

Stressmanagement als Burn-out-Prophylaxe

Work-Life-Balance und das Streben nach Gleichgewicht

„Wenn Helfer Hilfe brauchen“. So könnte die Überschrift lauten, die die Verfassung vieler Menschen kennzeichnet, die im Rahmen ihrer Helferrolle in einem sozialen Beruf Risiken für die eigene (seeleliche) Gesundheit erfahren und ihr seelisches Gleichgewicht bedroht sehen. Ob jugendliche Laienhelfer in Feriencamps, ob Ärzte oder Psychotherapeuten, die in multiprofessionellen Teams schwierige Patienten mit therapieresistenten Syndromen zu versorgen haben: Wenn eine immer komplexer werdende Aufgabenstellung die eigenen Fähigkeiten überschreitet oder mit hohem Schwierigkeitsgrad verbunden ist, können sie in eine Stressbeziehungsweise Überforderungssituation geraten [1, 2].

Die Übergänge zwischen Burn-out und psychischen Störungen in Form depressiver Anpassungsstörungen oder Syndrome sind fließend. In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen [3] wird das sogenannte „Ausgebranntsein“ beziehungsweise der „Zustand der totalen Erschöpfung“ nicht als eigenständige Diagnose, sondern als Problem mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung klassifiziert (ICD-10: Z73.0); eindeutige klassifikatorische Kriterien sind hier nicht definiert. In der Literatur werden unterschiedliche Definitionen verwendet. Im häufig eingesetzten und zitierten Maslach-Burn-out-Inventory (MBI) [4] repräsentieren die drei psychischen Dimensionen „Emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisierung“ und „reduzierte persönliche Leis-

tungsfähigkeit“ ein Burn-out. Die Überlappungen mit psychischen Störungen, insbesondere mit depressiven Störungsbildern, und die unterschiedlichen Definitionen erschweren die einheitliche Diagnostik und Abgrenzung des Burn-out-Syndroms von anderen psychischen Beeinträchtigungen.

Fließende Übergänge gibt es auch zwischen dem eher präventiv orientierten Stressmanagement und eher kurativen Psychotherapien [5, 6, 7].

Beim Stressmanagement zur Prophylaxe eines Burn-out-Syndroms stellen sich folgende Fragen:

- Wie können wir, mit unseren individuellen Voraussetzungen, in unserer jeweiligen Lebens- und Arbeitssituation mit ihren Anforderungen und Entwicklungsaufgaben ein körperliches, psychisches und soziales Gleichgewicht für ein möglichst gesundes Leben erreichen?
- Und wie können wir, auch angesichts steigender oder sich ändernder Anforderungen und Belastungen oder angesichts nachlassender Kompensations- und Bewältigungsmöglichkeiten, vorsorglich dazu beitragen, dass wir im Gleichgewicht bleiben beziehungsweise ein gesundes Gleichgewicht aufrechterhalten?

Zur Beantwortung dieser Fragen betrachten wir im vorliegenden Beitrag zunächst die Ziele, Ansatzpunkte und Mediatoren von Stressmanagementprogrammen. Anschließend fassen wir die Ergebnisse zur Wirksamkeit verschiedener Stressmanagementansätze auf der Basis verfügbarer Evidenz zusammen.

Die Literaturrecherche zu verfügbaren englisch- und deutschsprachigen Originalarbeiten, Reviews und Metaanalysen wurde in den Datenbanken „Medline“ und „Pubmed“ mit den Suchwörtern „stress management“, „burnout“, „job satisfaction“ und „prevention“ für den Zeitraum von 1990 bis 2011 durchgeführt. Die Auswahl der Publikationen erfolgte nach Analyse der Titel und Abstracts.

Präventives Stressmanagement und Burn-out-Prophylaxe: Ziele, Ansatzpunkte, Mediatoren

Präventive Stressmanagementprogramme dienen unterschiedlichen Zielen, wenden sich an unterschiedliche Zielpopulationen und setzen an der Person oder an der jeweiligen Situation beziehungsweise Umgebung an. In ihrer Wirkung sind sie häufig von zusätzlichen Einflüssen der Umgebung oder der Person (Mediatoren, Moderatoren) abhängig.

Ziele eines präventiven Stressmanagements

Primär präventives Stressmanagement wendet sich an gesunde Personen und dient dem Erhalt der Gesundheit und der Vorbeugung eines Burn-out. Sekundär präventives Stressmanagement wendet sich an Personen, die aufgrund persönlicher Voraussetzungen oder situativer (einschließlich beruflicher) Einflüsse dem Risiko zur Entwicklung eines Burn-out ausgesetzt sind. Es schließt die Früherkennung dieser Risiken und vorbeugende Frühinterventionen ein. Tertiär präventives Stressmanagement wen-

det sich an Personen mit einer manifesten Burn-out-Symptomatik mit der Erfordernis einer Behandlung zur Vorbeugung weiterer Progredienz. Im Sinne der Burn-out-Prophylaxe betrachten wir vorwiegend das primär und sekundär präventive Stressmanagement.

Präventives Stressmanagement dient individuellen Zielen im Sinne des Erhalts der Gesundheit auf seelischer, körperlicher und sozialer Ebene (angemessener Umgang mit Ärger, Angst und Unsicherheit; Vorbeugung psychischer Störungen; Zufriedenheit am Arbeitsplatz).

Weiterhin dient präventives Stressmanagement den institutionellen Zielen eines gesundheitsorientierten Gemeinwesens (Regionen, Gemeinden oder Institutionen in der Arbeitswelt).

Beide Zielebenen hängen zusammen. So können belastungsbedingte Krankheits- und Abwesenheitszeiten, als mögliche Begleitsymptome einer sich entwickelnden individuellen Burn-out-Symptomatik, eine adäquate Aufgabenerfüllung infrage stellen. Dies kann eine Belastung für die gesamte Institution darstellen, zum Beispiel in Form erhöhter Krankheitsraten, von Personalfuktuation, eines schlechten Betriebsklimas oder geringerer Produktivität.

Ansatzpunkte eines präventiven Stressmanagements

Beim Stressmanagement unterscheiden wir umgebungs- oder situationsbezogene von personenbezogenen Ansätzen.

Umgebung, Situation

Stressoren beziehungsweise Stresssituationen, die ein Risiko für die Entwicklung eines Burn-out oder gesundheitlicher Störungen darstellen, können im Alltag auftreten sowie in der Arbeitswelt, hier häufig bei helfenden Berufen.

Zu den allgemeinen Stressoren zählen bedeutsame Lebensereignisse, wie der plötzliche Verlust eines geliebten Menschen oder der Verlust des Arbeitsplatzes. Zudem können auch ständige und andauernde Alltagsbelastungen („daily hassles“), wie finanzielle Sorgen oder Unsicherheit des Arbeitsplatzes, für die Entwicklung eines Burn-out bedeutsam sein, vor allem, wenn sie die Selbstkontrollfä-

higkeiten überfordern und wenn kompensatorische Einflüsse durch die (kleinen) Freuden des Alltags („uplifts“) fehlen. Dies gilt auch für das Leben mit einer chronischen Erkrankung, mit Einschränkungen und/oder Behinderungen.

Bei beruflichen Stressoren unterscheiden wir zwischen operationalen Stressoren, die durch die berufliche Tätigkeit selbst bedingt sind (zum Beispiel Schusswechsel und körperliche Gefahren beim Polizeieinsatz), sowie organisatorischen Stressoren, die sich aus dem Kontext der beruflichen Tätigkeit ergeben (zum Beispiel geringes Einkommen, unzureichende Ausrüstung, geringe Wertschätzung) [8].

Individuum, Person

Wenn Personen auf Anforderungen einer Situation nicht vorbereitet sind oder ihnen grundlegende Erfahrungen und Verhaltensweisen zur Bewältigung fehlen, sind sie dem Risiko eines Burn-out ausgesetzt. Auch Einstellungen und Persönlichkeitseigenschaften können einen angemessenen Umgang mit einer situativen Anforderung verhindern. Sind Personen zum Beispiel krankheitsbedingten Stressoren ausgesetzt, so kann die Veränderung eigener Erwartungen und Leistungsansprüche entlastend und stresspräventiv wirken. Bei Schmerzpatienten konnte zum Beispiel gezeigt werden, dass die Art, wie sie mit Ärger umgehen, die Intensität des Schmerzes beeinflusst: Die Vermittlung von Techniken zum richtigen Umgang mit Ärger reduzierte die muskuläre Anspannung sowie den Blutdruck und verbesserte hierüber das akute und chronische Schmerzempfinden und die Schmerzbelastung [5, 6, 7].

Folglich zielen viele der proaktiven kognitiv-behavioralen Stressmanagementprogramme darauf ab, situative Bewältigungskompetenz zu verbessern und entsprechende Einstellungen zu verändern. Aber auch eher reaktive Stressmanagementtechniken wie Entspannungs- und Meditationsübungen setzen an persönlichen Kompetenzen an, zum Beispiel am Umgang mit eigenen Gefühlen, beim Körper- und Entspannungserleben oder bei der Achtsamkeit.

Mediatoren eines präventiven Stressmanagements

Die Beziehung zwischen den Anforderungen einer Situation und den Reaktions- und Erlebnismöglichkeiten einer Person darauf wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst, die zwar keine direkten Ansatzpunkte für das jeweilige Stressmanagement darstellen, jedoch einen vermittelnden oder moderierenden Einfluss darauf haben, wie eine Person auf die jeweilige Anforderung reagiert beziehungsweise ob sie von entsprechenden Stressmanagementmaßnahmen profitiert. Zu diesen Mediatoren oder Moderatoren gehören sowohl Umgebungseinflüsse als auch persönliche Eigenschaften. Sie lassen sich danach bewerten, ob sie ein zusätzliches Risiko für die Entwicklung eines Burn-out bedeuten oder ob sie protektiv, salutogenetisch wirken und die Entwicklung eines Burn-out unterbinden können.

Zu den protektiven Einflüssen der Umgebung zählen ein erfülltes Familienleben, eine liebevolle Partnerschaft, ein unterstützendes soziales Netzwerk und ein sicherer Arbeitsplatz. Im Arbeitsleben gehören hierzu ein gutes Arbeitsklima und die Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte. Gesellschaftlich können soziale Sicherungssysteme eine wesentliche Rolle spielen [9, 10].

Im Gegensatz dazu sind die hohe Veränderungsgeschwindigkeit und Beschleunigung zahlreicher Abläufe in hochindustrialisierten Gesellschaften eher ein Risikofaktor.

Extrembedingungen werfen nahezu jeden Menschen aus dem Gleichgewicht. Andererseits sind manche Menschen selbst gegenüber dramatischen und andauernden Belastungssituationen sehr resilient. Resilienz und Stresstoleranz sind keine statischen Gegebenheiten, sondern werden außer von biologischen Faktoren, der Persönlichkeit und Lebensphilosophie auch von der Lebensphase, von veränderungssensitiven Entwicklungsaufgaben wie Pubertät, Wechseljahre, Ausscheiden aus dem Beruf, Krankheit und vom Ausmaß der sozialen Unterstützung beeinflusst.

Stressmanagement als Burn-out-Prophylaxe: Was wirkt?

„Das“ Stressmanagement für alle gibt es nicht. Für die Burn-out-Prophylaxe müssen nicht nur die Inhalte, Strategien und Techniken der jeweiligen Stressmanagementprogramme betrachtet werden, sondern auch die jeweilige Umgebung, vor allem die Berufswelt und konkrete Arbeitssituation mit ihren spezifischen Anforderungen, sowie die Person mit ihren persönlichen Voraussetzungen einschließlich der beruflichen Qualifikation, Erfahrung und der kommunikativen Fähigkeiten.

Angesichts der Flut an populärer Literatur zum Thema Stress und Burn-out erscheint es überraschend, dass methodisch hochwertige Studien, vor allem zur nachhaltigen Langzeitwirkung von Stressprogrammen zur Burn-out-Prophylaxe, kaum vorliegen. Viele populäre Ratgeber, selbst in professionellen Management-Magazinen [11], haben eher einen narrativen Charakter und entbehren einer wissenschaftlichen Basis.

Daneben existiert eine Reihe von wissenschaftlichen Studien, Metaanalysen oder Übersichtsarbeiten zu Stressprogrammen für gesunde Personen, für Personen in der Arbeitswelt und für Burn-out-gefährdete Berufsgruppen. Diese Beispiele sind zwar nicht unmittelbar auf alle Berufsgruppen und Arbeitsbereiche übertragbar, können jedoch eine Orientierung zur Wirksamkeit des Stressmanagements zur Burn-out-Prophylaxe bieten.

Stressmanagement für Gesunde

Das Stressmanagement für gesunde Personen ist primär-präventiv orientiert und zählt zur allgemeinen Psychohygiene im Rahmen eines gesundheitsorientierten Lebens- und Arbeitsstils.

Beispielhaft für die Vielzahl vorgeschlagener präventiver Stressmanagementtechniken betrachten wir Stressmanagementansätze, die auf dem Prinzip der Achtsamkeit gründen, da hierzu eine neuere wissenschaftliche Übersicht und Bewertung sowie eine Metaanalyse über zehn Studien vorliegen [12]. Achtsamkeitsbasierte Stressprogramme (Mindfulness-based Stress Reduction, MBSR) [13, 14] bestehen aus drei Techniken:

Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:183–189 DOI 10.1007/s00103-011-1406-y
© Springer-Verlag 2012

A. Günthner · A. Batra

Stressmanagement als Burn-out-Prophylaxe

Zusammenfassung

Burn-out ist eine mögliche Folge von Überforderungssituationen, überstarker Beanspruchung oder fehlender Ressourcen zur Bewältigung schwieriger Aufgaben. Ein systematisches Stressmanagement ist eine Möglichkeit, das Risiko für die Entstehung eines Burn-out-Syndroms zu reduzieren. Auf Basis einer Literaturrecherche zu verfügbaren Originalarbeiten und Metaanalysen in den Datenbanken Medline und Pubmed werden aktuelle Befunde zu Inhalten und zur Effektivität von Stressmanagementprogrammen zur Burn-out-Prophylaxe für unterschiedliche Zielgruppen berichtet. Stressmanagementprogramme können in primär-, sekundär- und tertiärpräventive Programme unterteilt werden. Während primärpräventive Programme wenig spezifisch ausgerichtet sind,

fokussieren sekundär- und tertiärpräventive Programme auf die spezifischen Bedürfnisse verschiedener Zielgruppen. Die Wirksamkeit kognitiv-verhaltensorientierter Programme ist dabei am besten belegt. Die Kombination psychoedukativer Maßnahmen mit einer langfristigen Nachbetreuung erhöht die Ansprechrate auf ein Angebot zur Prävention von Burn-out. Neben der Dauer des Programms sind die Verfügbarkeit, Problemzentrierung und Nachhaltigkeit des Angebots für die langfristige Wirksamkeit in der Sekundär- und Tertiärprävention von Bedeutung.

Schlüsselwörter

Burn-out · Stressbewältigung · Stressmanagement · Prävention · Psychotherapie

Prevention of burnout by stress management

Abstract

Burnout is a possible consequence of excessive demands, high levels of stress, or a consequence of lack of resources for coping with difficult tasks. Systematic stress management might be effective in reducing the risk for development of a burnout syndrome. Based on a literature search on available research papers and meta-analyses in Medline and Pubmed, current findings on the content and effectiveness of stress management programs are reported for different target groups. Stress management programs can be divided into programs focusing on primary, secondary, and tertiary prevention. In contrast to primary prevention programs, secondary and tertiary preventive programs fo-

cus on the specific needs of different target groups. Cognitive-behavioral programs have been shown to be the most effective interventions. A combination of psycho-educational treatment with follow-up or booster sessions increases the long-term outcome in the prevention of burn-out syndromes. Beside the duration of the program, focus on problems and sustainability of supply is important for the long-term effectiveness in secondary and tertiary prevention.

Keywords

Burnout · Stress management · Prevention · Coping · Psychotherapy

1. achtsame Körperwahrnehmung (Body Scan),
2. Sitzmeditation,
3. Hatha Yoga.

MBSR führte im Vergleich zu verschiedenen Kontrollbedingungen zu einer klinisch relevanten Stressreduktion. Im Direktvergleich der MBSR mit einem Standard-Relaxationstraining waren beide bei der Stressreduktion gleich wirksam, das MBSR wirkte zusätzlich gegen eine Grübel- und Angstneigung und förderte Empathie und Selbstachtung. Die

Frage anhaltender Effekte über längere Katamnesezeiträume konnte in den verschiedenen Studien nicht einheitlich beantwortet werden.

Neben achtsamkeitsbasierten Ansätzen können auch entspannungsbasierete Ansätze wie die Progressive Muskelrelaxation (PMR) nach Jacobson und das Autogene Training (AT) nach Schultz zum primär-präventiven Stressmanagement gerechnet werden. Für diese Entspannungsverfahren gibt es eine Vielzahl evidenter Nachweise ihrer Wirksamkeit; sie sind fester Bestandteil vieler der

unten beschriebenen Stressmanagementprogramme für spezifische Subpopulationen sowie zahlreicher Behandlungsprogramme [15].

Stressmanagement bei Arbeitsstress

Primär-präventive Interventionen setzen häufig an Stressquellen am Arbeitsplatz an und umfassen umgebungsbezogene Maßnahmen wie Umstrukturierung im Sinne eines „Job Redesign“ (mit den Elementen „Analyse des Aufgabenprofils, Veränderung der Einzelaufgaben, Änderung der Beschreibung des Aufgabenprofils und Neukonzeption der Zusammenstellung geänderter und neuer Aufgaben“), Mitarbeiterunterstützungsgruppen oder personenbezogenes Training, zum Beispiel zur Verbesserung der Entscheidungskompetenz [16, 17].

Sekundär-präventive Interventionen zur Reduktion von Stress-Symptomen stellen den Hauptanteil an arbeitsbezogenen Stressmanagementprogrammen, sind vorwiegend personenorientiert und vermitteln in der Regel Instruktionen und Techniken zur besseren Bewältigung der anfallenden Belastungen [16, 18]. Zu ihnen zählen kognitiv-behaviorales Fertigkeitstraining, Meditation, Relaxation, vertiefte Atmung, Biofeedback-Training, körperliche Übungen, Führen eines Tagebuchs, Zeitmanagement und systematisches Verfolgen von Zielen.

In einer Übersicht und Metaanalyse untersuchten van der Klink et al. [19] die Wirksamkeit von 48 Interventionen und fanden für alle zusammen einen kleinen, jedoch signifikanten und klinisch relevanten Effekt (Gesamteffektgröße $d = 0,34$). Kognitiv-behaviorale Interventionen zeigten den stärksten Effekt ($d = 0,68$), gefolgt von multimodalen ($d = 0,51$), Entspannungs- ($d = 0,35$) und organisationsfokussierten Interventionen ($d = 0,08$).

In der Übersicht und Metaanalyse von Richardson und Rothstein [20] wurden 36 Arbeiten mit 55 Interventionen zum Stressmanagement am Arbeitsplatz und einer Gesamtstichprobe von 2847 Personen analysiert. Am häufigsten wurden Entspannungsverfahren eingesetzt, organisationsbezogene Interventionen selten.

Auch in dieser Analyse fand sich ein mittlerer bis großer Effekt mit einer gewichteten Gesamteffektstärke von $d = 0,526$. Die Interventionen wurden nach folgenden Interventionstypen klassifiziert: kognitiv-behavioral, Entspannung, organisatorisch, multimodal oder alternativ (Tagebuchführen, Körperübungen und andere). Wiederum zeigten die kognitiv-behavioralen Interventionen den größten Effekt; waren jedoch zusätzliche Komponenten Bestandteil des Stressmanagements, wurde dieser Effekt abgeschwächt. Bei den multimodalen Interventionen lagen die Effekte deutlich niedriger. Dies weist darauf hin, dass auch beim Stressmanagement „mehr“ nicht immer „besser“ ist. Den zweitstärksten Effekt zeigten die alternativen Interventionen (mit relativ großer Heterogenität), den drittstärksten Entspannungsverfahren. Mit Ausnahme der relativ seltenen organisationsbezogenen Interventionen waren die Effektstärken für alle anderen Interventionstypen statistisch signifikant. Die Autoren betonen bei ihrer Diskussion den proaktiven Aspekt kognitiv-behavioraler Interventionen gegenüber dem mehr passiven Aspekt des Loslassens bei der Entspannung und Meditation und empfehlen, kognitiv-behaviorale Programme eher nicht mit anderen Programmen zu kombinieren, während Entspannung und Meditation Teil umfassenderer Programme sein können.

Stressmanagement bei Berufsstress

Während der allgemeine Arbeitsstress ein Problem nahezu jeder Berufsgruppe sein kann, bringen spezifische berufliche Tätigkeiten und Arbeitsumgebungen besondere Bedingungen beziehungsweise Stressoren mit sich.

Stressmanagement in den Gesundheitsberufen

Menschen in helfenden Gesundheitsberufen sind hinsichtlich Stress und Burn-out gefährdet [21] und zeigen unter Umständen bereits vor Eintreten in diesen Beruf ein entsprechendes „Risikoprofil“. So wiesen in einer Studie fast 23% der untersuchten Medizinstudenten Zeichen eines Überengagements bei der Arbeit und einer Bereitschaft auf, sich zu überfordern

[22]. Auch nach Beendigung der beruflichen Tätigkeit kann die Lebenszufriedenheit maßgeblich beeinträchtigt sein, wie sich in einer Untersuchung an ehemaligen Ärzten an sieben deutschen Universitäten zeigte [23].

Schwappach und Boluarte [24] kamen in einer Metaanalyse zahlreicher Arbeiten zur Kompensation der Belastungen professioneller Helfer im Gesundheitswesen zu dem Ergebnis, dass auch die Einrichtungen und ihre Leitungen Verantwortung dafür tragen müssen, entlastende Strukturen zu schaffen.

Marine et al. [25] untersuchten auf der Basis von 19 Studien die Effektivität unterschiedlicher arbeits- und personenbezogener Stressmanagementinterventionen in verschiedenen Settings (Krankenhaus, forensisch-psychiatrische Abteilung, Pflegeeinrichtung). Die personenbezogenen Interventionen umfassten ein kognitiv-behaviorales Training, Entspannung, Musizieren, therapeutische Massage sowie Multikomponenteninterventionen (einschließlich dem achtsamkeitsbasierten Stressmanagement MBSR, siehe oben). Die arbeitsbezogenen Interventionen zielten auf Einstellungsveränderungen und Kommunikation, kollegiale Unterstützung und partizipatorisches Problemlösen und Entscheiden sowie Veränderungen in der Arbeitsorganisation.

Personenbezogene Interventionen reduzierten in den verschiedenen Studien Parameter für Stress, Burn-out (emotionale Erschöpfung, reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit) sowie Angstzustände. Eine Studie konnte eine anhaltende Stressreduktion noch einen Monat nach Abschluss der Intervention nachweisen, eine andere die Reduktion eines Burn-out bis zu zwei Jahren nach der Intervention, wenn zwischenzeitlich Booster- und Auffrischungssitzungen durchgeführt wurden. Zwei weitere Studien belegten anhaltende Effekte im Sinne einer Angstreduktion.

Auch arbeitsbezogene Interventionen reduzierten Stress-Symptome, Burn-out (Depersonalisierung) und Allgemeinbeschwerden. In einer Studie war aber die Stressreduktion sechs Monate später nicht mehr nachweisbar.

Van Wyk und Pillay-van Wyk [26] analysierten in ihrer Übersicht die Effekte präventiver Interventionen zur Unterstützung des Personals in den Gesundheitsberufen (vorwiegend Pflegepersonal) anhand von zehn Studien mit insgesamt 716 Personen. Interventionstypen waren ein Stressmanagementtraining mit Bezug auf den beruflichen Stress sowie Managementinterventionen zur Personalunterstützung.

In drei Studien reduzierte die Intervention den Berufsstress, aber nur in einer Studie konnte eine Nachhaltigkeit des Effekts auch noch nach ein bis sechs Monaten nachgewiesen werden. Eine Studie zeigte, dass hochintensives Stressmanagement einem Burn-out signifikant entgegenwirkt, während eine geringere Intensität hier keinen Nutzen bringt.

Managementinterventionen erhöhten die Arbeitszufriedenheit, senkten jedoch nicht die Fehlzeiten. Die Studien lieferten unzureichende Evidenz für die Effektivität des Stressmanagementtrainings bei Stress und Burn-out, legten jedoch nahe, dass längerfristige Interventionen mit Booster- oder Auffrischungssitzungen über einen Zeitraum von bis zu 18 Monaten nachhaltigere positive Effekte bewirken könnten.

In einer evidenzbasierten Literaturübersicht [27] zur Effektivität von arbeitsplatzbezogenem Stressmanagement für Pflegepersonal wurden zehn Studien mit insgesamt 782 Personen bewertet. Die personenbezogenen Interventionen über mehrere Wochen umfassten Informationen, Rollenspiele, Entspannung, Musik, Körperübungen, Humor oder kognitive Techniken. Umgebungsbezogene Managementinterventionen betrafen die Einführung einer neuen Pflegemethode mit strukturiertem Training oder die Einführung individualisierter Pflege. Kognitives Stressmanagement reduzierte Stress, für die Wirkung von Körperübungen, Musik und Entspannung auf das Stressempfinden fanden sich einige Belege, die Einführung einer neuen Pflegemethode blieb ohne Effekt.

Eine Übersicht über zehn englische und weitere Referenzstudien aus anderen Ländern [9] widmete sich der Effektivität des Stressmanagements für Berufsgruppen in der Psychiatrie (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Pflegekräfte, Arbeits-

Beschäftigungs- und Freizeittherapeuten, Rehabilitationsberater und -therapeuten, Fallmanager). In einer Längsschnittstudie aus den USA zu Burn-out und seiner Bewältigung [28, 29, 30] zeigten 82 Fallmanager mit längerer Beschäftigungsdauer zunehmend Stress- und Burn-out-Symptome. Dabei erwiesen sich Bewältigungsstrategien, die es den Mitarbeitern ermöglichten, ihre Arbeitsbedingungen zu kontrollieren, als Stresspuffer. Vermeidende Bewältigungsstrategien waren hingegen mit negativen Konsequenzen verbunden.

Drei Studien aus den USA evaluierten explizit die Effekte des Stressmanagements:

- Die Teilnahme an einem Workshop zur Personalentwicklung bewirkte keine Veränderungen in den Burn-out-Dimensionen. Erhalten Mitarbeiter jedoch zusätzlich über einen längeren Zeitraum eine nachhaltige Beratung, waren ihre Werte auf der Burn-out-Dimension „emotionale Erschöpfung“ signifikant niedriger [31].
- Weibliche Mitarbeiter in der psychiatrischen Versorgung erlebten eine geringere emotionale Erschöpfung und Depersonalisierung, wenn sie an einem intensiven Stressreduktionsprogramm (Wochenendkonferenzen mit nachfolgender Gruppenunterstützung) teilgenommen hatten [32].
- Interdisziplinäre Fortbildungen und Schulungen führten zu einer größeren Zufriedenheit und zu einem intensiveren beruflichen Austausch mit Kollegen [33].

In einer weiteren Übersicht [10] mit acht Artikeln zum Stressmanagement bei Pflegekräften in der Psychiatrie wurden folgende Interventionen als wirksam bewertet:

- Ein spezifisches Verhaltenstraining, vor allem als Vorbereitung auf pflegerische Aufgaben, erhöhte die Arbeitszufriedenheit und reduzierte die Zahl an Erkrankungen und Stress [34].
- Ein 15-Wochen-Training zur Vermittlung therapeutischer Fertigkeiten konnte Stress- und Burn-out-Symptome wirksam reduzieren, eine Fallbesprechungsgruppe führte zu keinem zusätzlichen Nutzen [35].

- Ein Training zur Anwendung empathieorientierter psychosozialer Interventionen in der forensischen Psychiatrie führte zu einer signifikanten Abnahme von Burn-out-Symptomen [36].

- Persönlich bevorzugte Entspannungstechniken wie Progressive Muskelrelaxation, standardisierte Meditation, Biofeedback, autogenes Training und Selbsthypnose befähigten die Pflegekräfte, mit Stress und Angst besser umzugehen [37].

- Stressmanagementworkshops mit Muskelrelaxation und der Besprechung schwieriger Situationen reduzierten Burn-out-Symptome [38].

Soziale Unterstützungsprogramme hatten hingegen im Vergleich zu einfachen sozialen Rückmeldungen keinen messbaren Vorteil für die Stressreduktion [39].

In einer schwedischen Studie führte eine klinische Supervision zu einer signifikanten Burn-out-Reduktion. Zwei weitere Studien mit sehr kleinen Fallzahlen (n = 11 beziehungsweise n = 22) konnten für diese Intervention keine Wirksamkeit nachweisen [10].

Stressmanagement bei Ordnungskräften und Polizei

Ein Cochrane-Review über zehn ausgewählte Studien aus sechs Ländern mit insgesamt 583 Personen widmet sich der Wirkung psychosozialer Interventionen zur Prävention psychischer Störungen bei Burn-out-gefährdeten Ordnungs- und Polizeikräften [8]. Die Autoren unterscheiden operationale Stressoren (wie lebensgefährliche Einsätze, Anwendung von Gewalt und Schusswaffen) von organisatorischen Kontextstressoren (wie Überstunden, Schichtarbeit, mangelnde Unterstützung, hoher Druck aufgrund der Erfordernis, rasche gravierende Entscheidungen treffen zu müssen).

Folgende psychosoziale Interventionen wurden berücksichtigt: Stressmanagementprogramm (versus Psychoedukation), mentales Vorstellungstraining (zu Hause), Gruppenberatung, Zirkeltraining mit Gewichten, visuomotorische Verhaltensübungen, Training sozialer Fertigkeiten (versus Problemlösetraining versus

Übersicht 1: Empfehlungen und Statements zum Stressmanagement als Burn-out-Prophylaxe

1. Personenbezogene Stressmanagementprogramme sollten intensiv und ausreichend lange (über mehrere, mindestens fünf bis sechs Wochen) durchgeführt werden [31].
2. Proaktiven kognitiv-behavioralen Ansätzen sollte der Vorzug gegeben werden [19].
3. Bei operationalen Belastungen in der Arbeitswelt, die mit der spezifischen beruflichen Tätigkeit zusammenhängen, sind Verfahren wirksam, die zur Vorbereitung auf diese Tätigkeit dienen und entsprechende Kenntnisse und Fertigkeiten vermitteln [34].
4. Je mehr das Stressmanagement der Bewältigung umschriebener Belastungssituationen (zum Beispiel bei der Arbeit) dienen soll, desto mehr sollte das Programm auf ein entsprechend gezieltes kognitiv-behaviorales Training ausgerichtet sein. Zusätzliche Komponenten können hingegen zu einer Abschwächung der präventiven Effekte führen [20].
5. Wenn Stressoren nicht zu vermeiden sind, können deren negative Auswirkungen durch eine Vielzahl reaktiver Bewältigungsstrategien gemildert (gepuffert) werden; hier haben sich vor allem Entspannungs- und Meditationsverfahren beziehungsweise achtsamkeitsbasierte Verfahren bewährt [12, 13, 14].
6. Für das Aufrechterhalten eines erfolgreichen Stressmanagements sind die Umgebungsbedingungen nach Abschluss des Programms wichtig. Als hilfreich haben sich regelmäßige Booster- und Auffrischungssitzungen erwiesen, ebenso die Beratung und Besprechung von Situationen, in denen das Erlernte eingesetzt beziehungsweise geübt werden kann [25, 26].
7. Verhältnispräventive und umgebungs- beziehungsweise organisationsbezogene Strategien wurden beim Stressmanagement und in der Burn-out-Prophylaxe bisher eher weniger eingesetzt und evaluiert. Unter primär-präventivem Aspekt bieten sie bei vertretbarem Aufwand jedoch die Chance, Stressoren zu vermeiden oder zu reduzieren; sie sollten deshalb stets Ziel institutionsbezogener Stressmanagement- und Burn-out-Prophylaxeprogramme sein, vor allem in der Arbeitswelt [43].

Kontrollgruppe) sowie ein Aerobic-Programm (versus theoretische Einführung in ein Übungsprogramm).

Die Studien belegten die Wirksamkeit von Interventionen auf psychische Probleme und Störungen wie Depressivität und Angst, nicht jedoch auf Arbeitsstress und Burn-out [40, 41, 42]. Allerdings hatte keine der Interventionen organisatorische Kontextfaktoren zum Ziel.

Fazit

Die Vielzahl an Stressbewältigungstechniken und ihren Kombinationen im Rahmen verschiedener Stressmanagementprogramme, die unterschiedlichen Inhalte, Zugangsvoraussetzungen, Rahmenbedingungen und Settings sowie die unterschiedliche Ausgestaltung und Dauer erschweren ihren wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis im Vergleich. Dies wird von zahlreichen Autoren beklagt.

Diese Vielfalt ist jedoch zugleich Ausdruck unterschiedlicher Lebens- und Arbeitswelten mit ihrem jeweils eigenen Bedarf, und viele der Autoren weisen zu Recht darauf hin, dass den umgebungsbezogenen, organisatorischen Bedingungen und Stressoren bei der Konzeption, Implementierung und Evaluation von Stressmanagementprogrammen bisher zu wenig Beachtung zuteil wurde. Kontextfaktoren [43] repräsentieren die Lebenswirklichkeit und

den Lebenshintergrund auch für das Erleben von und den Umgang mit Stress und Burn-out. Eine proaktive Verhältnisprävention kann unmittelbarer und wirksamer sein als eine reaktive Verhaltensprävention. Auch haben sich die proaktiven Ansätze der kognitiv-behavioralen Verhaltensprävention bewährt. Dass trotz der Vielfalt und methodischen Einschränkungen zahlreiche Studien positive Effekte des Stressmanagements auf die präventive Stressreduktion und Burn-out-Prophylaxe belegen, ist ermutigend, auch wenn Langzeiteffekte selten untersucht wurden. Da in zahlreichen Studien positive Effekte auf eine Depressivität oder Angst, nicht jedoch auf das Stresserleben oder Burn-out-Syndrom berichtet werden, sollten wir beim Gleichsetzen von Stress und Burn-out einerseits beziehungsweise von Stress und anderen psychischen Störungen andererseits eher vorsichtig sein und die differenziellen Effekte von Stressoren, Mediatoren sowie des Stressmanagements berücksichtigen. Ungeachtet dessen erfreuen sich kommerzielle Angebote zur Optimierung von Arbeitsplätzen, Stressseminare und Kurse zum Stressmanagement wachsender Beliebtheit. Auch bei fehlender Evidenzbasierung werden Personalentwicklungsmaßnahmen oder Maßnahmen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement in größeren Betrieben, in sozialen oder öffentlichen Einrichtungen, sowohl im Verwaltungs-

als auch Fertigungsbereich angeboten. Dies ist angesichts der zunehmenden Arbeitsverdichtung und steigender Anforderungen an die Arbeitnehmer zu begrüßen, sofern in Kenntnis um die noch unzureichend erforschte Wirksamkeit einzelner Maßnahmen die Auswahl der Angebote immer wieder überprüft und aktualisiert wird.

Für Stressmanagement als Burn-out-Prophylaxe lassen sich mit der gebotenen Vorsicht die in [Übersicht 1](#) formulierten Empfehlungen geben und Ausagen treffen.

Ganzheitliche Ansätze unter Einbeziehung der Umwelt sind selten. In einem holistisch orientierten Programm der Weltgesundheitsorganisation [44] sollen die Gesundheit und das Wohlergehen von Schülern und Studenten sowie der Lehrkräfte und Pädagogen systematisch gefördert werden.

Auf der persönlichen Ebene geht es um die Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lebensstils, auf der Ebene der schulischen Umgebung um die Unterstützung und Förderung eines solchen Lebensstils, und auf der Ebene der Gemeinde um die Befähigung und Einbindung von Schülern und Lehrkräften in ein aktives Gemeindeleben unter gesundheitsfördernden Lebensbedingungen. Was davon Utopie bleibt und was realisiert werden kann, wird vielleicht auch hier davon abhängen, ob die Betroffenen die Kontrolle über ihre eigenen Lebens- und Arbeitsbedingungen

erlangen können. Vieles spricht dafür, dass dies die zentrale Grundlage jeder wirksamen Burn-out-Prophylaxe darstellt.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. A. Batra

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Calwer Str. 14, 72076 Tübingen
anil.batra@med.uni-tuebingen.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Paisley K, Powell GM (2007) Staff burn-out prevention and stress management. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 16:829–841
- Kerr IB, Dent-Brown K, Parry GD (2007) Psychotherapy and mental health teams. *Int Rev Psychiatry* 19:63–80
- Deutsches Institut für Medizinische Information und Dokumentation (DIMDI) (2011) Internationale Klassifikation der Krankheiten 10. Revision, ICD-10-GM Version 2011. <http://www.dimdi.de>
- Maslach C, Jackson SE (1981) The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 2:99–113
- Burns JW, Bruehl S, Caceres C (2004) Anger management style, blood pressure reactivity, and acute pain sensitivity: evidence for „Trait x Situation“ models. *Ann Behav Med* 27:195–204
- Burns JW, Quartana PJ, Bruehl S (2009) Anger management style moderates effects of attention strategy during acute pain induction on physiological responses to subsequent mental stress and recovery: a comparison of chronic pain patients and healthy nonpatients. *Psychosom Med* 71:454–462
- Bruehl S, Chung OY, Burns JW (2003) Differential effects of expressive anger regulation on chronic pain intensity in CRPS and non-CRPS limb pain patients. *Pain* 104:647–654
- Peñalba V, McGuire H, Leite JR (2008) Psychosocial interventions for prevention of psychological disorders in law enforcement officers. *Cochrane Database Syst Rev*, Issue 3, Art. No. CD 005601
- Edwards D, Hannigan B, Fothergill A, Burnard P (2002) Stress management for mental health professionals: a review of effective techniques. *Stress Health* 18:205–215
- Edwards D, Burnard P (2003) A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *J Adv Nurs* 42:169–200
- Cryer B, McCraty R, Childre D (2003) Pull the plug on stress. *Harv Bus Rev* 81:102–107
- Chiesa A, Serretti A (2009) Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *J Altern Complement Med* 15:593–600
- Kabat-Zinn J (1990) Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. Dell Publishing, New York
- Kabat-Zinn J (2003) Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructiv Hum Sci* 8:73–107
- The Cochrane Collaboration (2011) Cochrane Reviews. <http://www2.cochrane.org/reviews>
- Murphy LR, Sauter SL (2003) The USA perspective: current issues and trends in the management of work stress. *Australian Psychologist* 38:151–157
- Bond F, Bunce D (2000) Mediators of change in emotion-focused and problem-focused workplace stress management interventions. *J Occup Health Psychol* 5:156–163
- Giga SI, Cooper CL, Faragher B (2003) The development of a framework for a comprehensive approach to stress management interventions at work. *Int J Stress Manag* 10:280–296
- Klink JJJ van der, Blonk RWB, Schene AH, Dijk FJH van (2001) The benefits of interventions for work-related stress. *Am J Public Health* 91:270–276
- Richardson KM, Rothstein HR (2008) Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *J Occup Health Psychol* 13:69–93
- Weinberg A, Creed F (2000) Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet* 355:533–537
- Voltmer E, Kieschke U, Spahn C (2008) Studienbezogenes Verhalten und Erleben von Medizinstudenten im ersten und fünften Studienjahr. *Gesundheitswesen* 70:98–104
- Rockenbauch K, Meister U, Schmutzger G, Alfermann D (2006) Lebenszufriedenheit von AbsolventInnen der Medizin. Eine empirische Untersuchung zum Vergleich der Lebenszufriedenheit von AbsolventInnen mit Gleichaltrigen sowie zur Aufklärung des Faktors Lebenszufriedenheit. *Gesundheitswesen* 68:176–184
- Schwappach DL, Boluarte TA (2009) The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. *Swiss Med Wkly* 139:9–15
- Marine A, Ruotsalainen MA, Serra C, Verbeck JH (2009) Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev* 4:1–44
- Wyk BE van, Pillay-van Wyk V (2010) Preventive staff-support interventions for health workers. *Cochrane Database Syst Rev* 3:1–32
- Mimura C, Griffiths P (2002) The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: an evidence based literature review. *Occup Environ Med* 60:10–15
- Kirk SA, Koeske GF, Koeske RD (1993) Changes in health and job attitudes of case managers providing intensive services. *Hosp Community Psychiatry* 44:168–173
- Koeske DF (1995) Direct and buffering effects of internal locus of control among mental health professionals. *J Soc Serv Res* 20:3–4
- Koeske DF, Kelly T (1995) The impact of over involvement on burnout and job satisfaction. *Am J Orthopsychiatry* 65:282–292
- Hunnicut AW, MacMillan TF (1983) Beating burnout: findings from a three-year study. *J Ment Health Adm* 10:7–9
- Mehr ML, Senteney A, Creadie TM (1995) Daydreams, stress and burn-out in women mental health workers: a preliminary clinical report. *Imagin Cogn Personal* 14:105–115
- Bhatara VS, Fuller WC, O'Connor-Davis L, Misra LK (1996) Improving job satisfaction of rural South Dakota mental health providers through education: a pilot study. *S D J Med* 49:93–96
- Milne D, Burdett C, Beckett J (1986) Assessing and reducing the stress and strain of psychiatric nursing. *Nurs Times* 82:59–62
- Lemna A (2000) Containing the containers. The effects of training and support on burnout in psychiatric nurses. Surrey University, Surrey
- Ewers P, Bradshaw T, McGovern J (2002) Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses? *J Adv Nurs* 37:470–476
- Watson J (1986) A step in the right direction: relaxation training for psychiatric staff. *Senior Nurse* 5:12–13
- Kunkler J, Whittick J (1991) Stress-management groups for nurses: practical problems and possible solutions. *J Adv Nurs* 16:172–176
- Carson J, Butterworth T, Burnard P (1998) Clinical supervision, stress management and social support. In: Butterworth T, Faugier J, Burnard P (Hrsg) *Clinical supervision and mentorship in nursing*. Stanley Thorne, Cheltenham, S 49–65
- Backman L, Arnetz BB (1997) Psychological effects of mental imaging training for police trainees. *Stress Med* 13:43–48
- Norvell N, Belles D (1993) Psychological and physical benefits of circuit weight training in law enforcement personnel. *J Consult Clin Psychol* 61:520–527
- Wilson SA, Tinker RH, Becker LA, Logan CR (2001) Stress management with law enforcement personnel: a controlled outcome study of EMDR versus a traditional stress management program. *Int J Stress Manag* 8:179–200
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2005) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). WHO, Genf
- Langford R, Campbell R, Magnus D et al (2011) The WHO health promoting school framework for improving the health and well-being of students and staff. *Cochrane Database Syst Rev*, Issue 1, Art. No. CD008958