

Kapitel 8

Burnout-Prävention bei Managern – Romantik oder Realität in Unternehmen?

D. HOLLMANN, D. HANEBUTH

Zusammenfassung. Das „Phänomen“ Burnout ist bei Managern hinlänglich bekannt. Dennoch können wenige Unternehmen nachweisen, die damit verbundenen Aufgaben konsequent und nachhaltig anzugehen. Im Folgenden diskutieren wir anhand wissenschaftlicher Befunde Zusammenhänge zwischen Verhältnissen am Arbeitsplatz von Managern und den Wirkungen auf ihre Gesundheit. Einerseits zeigen wir Hindernisse bei der Umsetzung geeigneter Maßnahmen auf, andererseits zeigen wir aber auch ein Beispiel für einen gelungenen Top-down-Prozess. In unserer Schlussfolgerung hinterfragen wir die Unternehmensverhältnisse kritisch und beleuchten dabei ebenso die Rolle der Wissenschaft.

8.1 Burnout im Fokus der Wissenschaft

Burnout – dieser Begriff ist und bleibt präsent. Aber wie wichtig ist er eigentlich?

Eine aktuelle bevölkerungsbasierte Studie aus Finnland hat sehr deutlich den Zusammenhang zwischen Schweregraden von Burnout in den Jahren 2000 und 2001 und der Erwerbsfähigkeit vier Jahre später gezeigt (Ahola et al. 2009). Unabhängig von Alter, Familienstand, beruflicher Stellung und psychischen oder körperlichen Vorerkrankungen stieg mit einer Burnout-Diagnose zum ersten Messzeitpunkt das Risiko einer Erwerbsunfähigkeit vier Jahre später um ca. 50 Prozent. Was die Studie nicht sagt: Erwerbsunfähigkeit, genau wie ein Herzinfarkt, ist häufig nur der vorläufige Endpunkt eines langen Leidensweges.

In Deutschland haben die Fälle von Frühverrentung aufgrund psychischer Erkrankungen in den vergangenen Jahren ebenfalls stark zugenommen, ebenso die

Anzahl der Fälle von Arbeitsunfähigkeit aufgrund der gleichen Diagnose in den Statistiken der Krankenkassen (s. Teil B in diesem Band). Dies sind deutliche Hinweise darauf, dass dem Thema Burnout mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Gute Möglichkeiten dafür finden sich unter anderem bei der Gestaltung von Arbeit und Führungsqualität.

8.1.1 Arbeitszufriedenheit und Führungsqualität

Burnout steht in deutlichem Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit. Faragher et al. (2005) haben in ihrem Review mittels einer Metaanalyse von 485 wissenschaftlichen Studien mit mehr als 250.000 Personen eine mittlere Korrelation von $r = 0.478$ errechnet. Anders ausgedrückt bedeutet das: Ein Burnout wird zu über 20 Prozent durch mangelnde Arbeitszufriedenheit

erklärt. Zusammenhänge dieser Größenordnung sind in den Arbeitswissenschaften selten. Da Arbeitszufriedenheit zu den am besten dokumentierten Gebieten der Arbeits- und Organisationspsychologie gehört, sparen wir an dieser Stelle die hinreichend geführte Diskussion über Zusammenhänge zwischen Führungsqualität und Arbeitszufriedenheit aus. Beeindruckender sind Resultate einer Studie über den Zusammenhang zwischen Führungsqualitäten von Führungskräften und dem Auftreten ischämischer Herzkrankheiten bei insgesamt 3.122 männlichen geführten Mitarbeitern (Nyberg et al. 2009). In den Jahren 1992 bis 1995 wurde das Verhalten von Führungskräften mit nur zehn Fragen durch die Mitarbeiter bewertet (■ Abb. 8.1). In den folgenden zehn Jahren wurden insgesamt 74 Klinikeinweisungen mit Diagnosen einer ischämischen Herzkrankheit wie Herzrhythmusstörung, akutem Myokardinfarkt, Tod infolge einer ischämischen Herzkrankheit oder sonstige akute oder subakute Formen von ischämischen Herzkrankheiten registriert.

- 1 Mein Vorgesetzter gibt mir die Informationen, die ich benötige.
- 2 Mein Vorgesetzter ist gut darin, Veränderungen durchzusetzen und umzusetzen.
- 3 Mein Vorgesetzter erklärt Ziele und Teilziele für unsere Arbeit so, dass ich verstehe, was sie für meinen speziellen Aufgabenbereich genau bedeuten.
- 4 Ich weiß genau, was mein Vorgesetzter von mir erwartet.
- 5 Mein Vorgesetzter zeigt Interesse daran, wie ich Dinge wahrnehme und wie ich fühle.
- 6 Ich habe für meinen Verantwortungsbereich genügend Umsetzungskompetenz.
- 7 Mein Vorgesetzter nimmt sich Zeit für die berufliche Weiterentwicklung der Mitarbeiter.
- 8 Mein Vorgesetzter ermuntert mich dazu, mich an der Planung meiner Arbeit mit zu beteiligen.
- 9 Mein Vorgesetzter lobt mich, wenn ich etwas gut gemacht habe.
- 10 Mein Vorgesetzter kritisiert mich, wenn ich etwas nicht gut gemacht habe.

Quelle: Nyberg et al. 2009

Fehlzeiten-Report 2011

■ **Abb. 8.1** Führungsskala in der Schwedischen WOLF-Studie

Das Risiko einer der oben beschriebenen Diagnosen sank deutlich mit zunehmender Führungsqualität des Vorgesetzten. Auch nach Kontrolle weiterer Einfluss-

größen wie Ausbildungsstand, sozioökonomischem Status, eigenem Vorgesetztenstatus, Rauchen, körperlicher Aktivität, Body-Mass-Index, Blutdruck, Blutfetten, Fibrinogenwerten und Diabetes blieb dieser Zusammenhang stabil. Führungsqualität ist also deutlich gesundheitswirksam.

Seit Beginn der Industrialisierung hat der Arbeitsschutz eine langsame, aber erfolgreiche Entwicklung durchlaufen. Die Leistungen der Gesundheits- und Arbeitswissenschaften haben einen wichtigen Beitrag dazu geleistet, dass Arbeit nicht krank machen muss. Arbeitgeber profitieren direkt davon, weil so Fehlzeiten reduziert werden. Heute geht es zunehmend um psychische Belastungen und psychosomatische Erkrankungen. Depressions- und Burnout-Prävention sind nichts anderes als Arbeitsschutz und Unternehmen sind nachdrücklich dazu aufgefordert, diese Aufgabe konsequent anzugehen.

8.2 Die Kluft zwischen Wissenschaft und moderner Unternehmenspraxis

Das Wissen und die Erfahrungen der Wissenschaft gelangen nur langsam in den Fokus von Unternehmen und können dort nicht immer gleich in wirksame Programme, hier zu Prävention von Burnout, umgesetzt werden. Konkurrierende Konzepte und unklare Begrifflichkeiten sind dabei nur ein Hindernis, das es zu überwinden gilt.

8.2.1 Definitionsprobleme

Die Wissenschaft hat bis heute, nach fast 40 Jahren Burnout-Forschung, noch keinen hinreichenden Beitrag dazu geleistet, eine praxistaugliche und allgemein akzeptierte Arbeitsdefinition von Burnout zur Verfügung zu stellen (Schaufeli u. Taris 2005). Nach wie vor gibt es ein nicht zielführendes Nebeneinander von „Konzepten“. Unter Wissenschaftlern mag diese Situation vielleicht begründbar sein. Einem Verantwortlichen im Unternehmen, der vor der Frage steht, welches „Burnout-Konzept“ auf seine Manager am besten übertragbar ist, wird man das jedoch kaum plausibel machen können. Umsetzungsbarrieren sind daher kaum vermeidbar.

Pragmatische Lösungen finden wir hingegen im medizinischen Bereich, denn dort sitzt ein Patient mit einem potenziellen Burnout real vor einem Arzt mit Diagnoseauftrag. Einen ausgezeichneten Überblick über angemessene Vorgehensweisen gibt von Känel (2008).

8.2.2 Ist das Stigma Burnout unüberwindbar?

Umsetzungsbarrieren gibt es nicht nur aufgrund einer verwirrenden Definitionsvielfalt, in deren Folge eine Vielzahl wissenschaftlicher Instrumente den Anspruch erheben, Burnout bei potenziell Betroffenen zu identifizieren. Eine weitere Barriere findet sich auch in der Stigmatisierung dieser Krankheit. Erst seit kurzer Zeit wird in wissenschaftlichen Journalen zum Thema Umsetzungsbarrieren publiziert. Eine neue Studie von Cherniack et al. zeichnet ein wenig erfreuliches Bild. Zielsetzung war die Akquise von Unternehmen mit der Bereitschaft („readiness“) zur Implementierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen und die Validierung einer Checkliste zur Beschreibung von Unternehmen mit „Bedarf und Bereitschaft“ (Cherniack u. Lahiri 2010; Cherniack et al. 2010). Die ca. 1.200 kontaktierten Unternehmen haben zahlreiche Gründe für Absagen angeführt. Kostendruck und Angst vor unentdeckten Problemen sind nur zwei der häufigsten und ernüchternden Antworten.

In der Arbeit von Cherniack und Mitarbeitern ging es um das gesamte Unternehmen und um breit angelegte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für alle Mitarbeiter. Der vorliegende Fehlzeiten-Report widmet sich gezielt den Führungskräften. An dieser Stelle sollen anonym Ansprechpartner aus drei großen deutschen Konzernen mit Milliardenumsatz zitiert werden, die wir um ihre Einschätzung hinsichtlich eines Burnout- und Depressionsscreenings gebeten haben. Alle drei Manager sind verantwortlich für das Gesundheitsmanagement und/oder die Führungskräfteentwicklung an den Konzernstandorten und haben uns in langen Vorgesprächen ihre Bedenken hinsichtlich der Durchführung eines solchen Burnout- und Depressionsscreenings bei Führungskräften mitgeteilt (■ Abb. 8.2). Die Gespräche wurden 2010 geführt und die Ergebnisse sollten sicher nicht verallgemeinert werden. Abseits jeder „Burnout-Präventionsromantik“ setzen diese drei Aussagen jedoch einen klaren Kontrapunkt und erinnern an die kostenbestimmte und kompetitive Realität in Unternehmen. Dies sind Anforderungen, mit denen Führungskräfte heute konfrontiert sind.

8.2.3 Forschung und Unternehmenspraxis: eine erste Annäherung

Viel zu selten beteiligen sich Wissenschaftler offen, standhaft und lösungsorientiert an der Klärung der Frage „Was kann man tun, um Burnout zu verhindern?“. Eine mutige Ausnahme ist Susan Michies knappe Be-

Gesundheitsmanager 1:



„Ihr Tool gefällt mir. Habe ich verstanden. Wir haben aber ein Problem. In Ihrem Tool kommt das Wort "Burnout" vor. Das dürfen wir hier auf keinen Fall sagen, weil wir es sonst durch kein Gremium bekommen. Können Sie das nicht einfach anders nennen?“

Gesundheitsmanager 2:



„Unsere Topmanager definieren sich hier selbst als die "besten Pferde im Stall". Die akzeptieren bei sich keine Schwächen. Was glauben Sie, was die mir erzählen, wenn ich sage, wir wollen eine Burnout- und Depressions-Früherkennung implementieren? Die erwarten von ihren Teams bedingungslosen Einsatz.“

Gesundheitsmanager 3:



„Der Betriebsrat ist dafür. Glatt durchgewunken. Jetzt hat plötzlich der Vorstand kalte Füße bekommen. Die haben Sorge, dass was Schlechtes rauskommt.“

Fehlzeiten-Report 2011

■ Abb. 8.2 Bedenken von Gesundheitsverantwortlichen zur Durchführung eines Burnout-Screenings

merkung, die wir hier ins Deutsche übersetzen (Michie 2002) (■ Abb. 8.3):

„Aus historischer Sicht war bisher die typische Antwort von Arbeitgebern auf Stress am Arbeitsplatz, den Betroffenen die Schuld zuzuweisen. Man kann zunehmend beobachten, dass Arbeitgeber eine teilweise gesetzlich geregelte Pflicht haben, dafür zu sorgen, dass Mitarbeiter nicht krank werden.“

Quelle: Michie 2002, S. 67

Fehlzeiten-Report 2011

■ Abb. 8.3 Zitat Michie 2002

Michie weist auch auf zwei weitere Aspekte hin: die einerseits immer mehr verschwindende Grenze zwischen Belastungen im Arbeitskontext und im privaten Bereich. Andererseits zeigt sie die Notwendigkeit einer simultanen Lösungsarbeit an der „Wurzel des Übels“ sowohl auf persönlicher Ebene (Person arbeitet am persönlichen Stressmanagement) als auch auf organisationaler Ebene (das Unternehmen geht die Stressoren an) auf. Hierbei sind Gender-Fragestellungen wichtig: Die Wechselwirkung aus Geschlechts-, Arbeits- und familiären Rollen ist ein bedeutsamer Belastungsfak-

tor und beeinflusst damit das Risiko eines Burnouts. Fachpersonen in Unternehmen müssen diesen „Gesundheitsfaktor“ konsequent in das betriebliche Gesundheitsmanagement integrieren.

Dass es wirksame Ansätze zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen gibt, wird von Michie und Williams in einem Review eindrücklich dokumentiert und motivierend interpretiert (Michie und Williams 2003). Psychische Erkrankungen und Fehlzeiten sind vornehmlich mit langen Arbeitszeiten, Überlastung durch Arbeitsmenge und Arbeitstempo sowie deren Effekte auf das Privatleben verknüpft. Gelungene Interventionen sind kombinierte Ansätze aus Personal- und Organisationsentwicklung und adressieren soziale Unterstützung, partizipative Führungsstile, Feedback-Kultur und die Kommunikation an sich.

Wer jetzt müde lächelt und der Meinung ist, man habe das alles schon einmal gehört, sei aufgefordert, sich umzusehen und zu prüfen, ob genau diese Gesundheitsfaktoren im eigenen Arbeitsumfeld genau so gepflegt werden. Das Resümee von Michie und Williams lautet nämlich: Praktisch alle nachgewiesenen organisationalen Gesundheitsfaktoren sind zugänglich und veränderbar.

8.3 Probleme in der Praxis

Dennoch ist eine Umsetzung in der Unternehmenspraxis häufig mit weiteren Hürden versehen. Probleme in der Praxis entstehen durch den sorglosen Umgang von Führungskräften mit ihrer eigenen Gesundheit und fehlender Interventionstiefe bei den Unternehmen. Dass die Gesundheit ihrer Führungskräfte den Unternehmen gleichgültig ist, kann hier aber nicht behauptet werden und zeigt sich an den vielen Angeboten von Führungskräfte-Checkups vor allem in größeren Unternehmen.

8.3.1 Wie gehen Manager mit ihrer eigenen Gesundheit um?

Es gibt nicht viele Daten, die über den Gesundheitszustand von Führungskräften Aufschluss geben (Bank-One-Studie; Prevent; Skolamed). Wie zu erwarten, zeigen Führungskräfte keine besonderen Auffälligkeiten. Das ist auch nicht verwunderlich, decken sich diese Erkenntnisse doch mit den Untersuchungen verschiedener Bevölkerungsgruppen und ihrem Gesundheitsverhalten. Gesundheit korreliert mit gesellschaftlichem Status und Ausbildung. Führungskräfte sind in der

Regel besser ausgebildet und verfügen über besseren Zugang zum Gesundheitssystem.

Risiken zeigen sich zumeist in der hohen Arbeitsbelastung, die wenig Zeit für Erholung lässt. Eine Studie der Unternehmensberatung Kienbaum besagt, dass es nur wenigen Führungskräften gelingt abzuschalten. Das Arbeitsleben ist vielen Fach- und Führungskräften auch in der Freizeit kognitiv präsent. Führungskräfte mit der höchsten Wochenarbeitsbelastung nehmen die wenigsten Urlaubstage im Jahr und häufig fehlt auch die Zeit für die tägliche Pause. Weniger als ein Drittel der befragten Führungskräfte nimmt sich diese Zeit. Moderne Kommunikationsmedien tragen ihren Anteil dazu bei: Laptop, Blackberry und Handy ermöglichen eine umfassende Erreichbarkeit. 85 Prozent der deutschen Manager, so ein Ergebnis der Studie, sind per Handy im Urlaub erreichbar. Inwieweit diese Erreichbarkeit einer sachlichen Notwendigkeit entspringt, müssen sich die Führungskräfte selbst beantworten. In vielen Fällen wird der Mythos der „umfassenden Erreichbarkeit“ von den Betroffenen selbst geschaffen und unhinterfragt in der Organisation gelebt (Kienbaum Management Consultants 2003). Einige Unternehmen wie die Deutsche Telekom AG haben darauf reagiert und sorgen dafür, dass das Handy am Wochenende ausgeschaltet bleibt.

8.3.2 Wertschätzung gesunder Führungskräfte

Allerdings ist den Unternehmen die Gesundheit ihrer Führungskräfte etwas wert. Das zeigen die vor allem in größeren Unternehmen häufig angebotenen Gesundheitsuntersuchungen für Führungskräfte. Diese gehen meist weit über das hinaus, was Krankenversicherungen ihren Versicherten anbieten und verschaffen den Empfängern dieser Leistungen und dem Arbeitgeber zumindest teilweise die Sicherheit, dass schwerwiegende Erkrankungen früh erkannt werden. So kann hoffentlich vermieden werden, dass Führungskräfte über einen längeren Zeitraum ausfallen.

Die Führungskräfte selbst sehen in den Angeboten ihres Arbeitgebers einen Fürsorgeakt und schätzen die Angebote aufgrund verschiedener Aspekte (Hollmann u. Lühmann 2006):

- Gesundheitliche Bestandsaufnahme: Erkennen von schweren Erkrankungen und Risikokonstellationen.
- Ein deutlicheres Bild von sich selbst gewinnen – als Grundlage für die Änderung der Lebensweise zum Positiven.
- Eine Gelegenheit, eine Zweitmeinung zu Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten einzuholen.

- Erhalt einer funktionellen Beschreibung des körperlichen Leistungsvermögens.
- Erreichen einer inneren Entlastung dadurch, dass Verantwortung für die Gesunderhaltung teilweise an die Firma abgegeben werden kann.
- Einig sind sich Führungskräfte darin, dass sie die Angebote des Unternehmens als sinnvoll beurteilen.

Werden auf der anderen Seite Unternehmen nach den Zielen von Gesundheits-Check-up-Programmen für Führungskräfte gefragt, standen die Förderung eines gesunden Lebensstils, die Prävention von schweren Krankheiten, aber auch die Umsetzung einer fürsorglichen Unternehmenskultur im Vordergrund.

Dies zeigt sich auch bei der Auswahl der Komponenten für die Untersuchungen. Dabei wird vor allem darauf geachtet, dass die Programme für die Zielgruppe attraktiv sind, wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise existieren und wie häufig und gefährlich die Zielerkrankung ist.

8.3.3 Falsche Interventionsrichtung und fehlende Interventionstiefe

Oft versuchen Unternehmen lediglich „reaktiv“ die Symptome zu bekämpfen, gestalten aber nicht proaktiv die eigene Organisation. Einen Familienservice oder Entspannungsoasen anzubieten, ist sicherlich für den einen oder anderen Mitarbeiter hilfreich, löst aber das Grundproblem nicht. Man kann weiter Vollgas geben, die Insassen sind ja angeschnallt und die Airbags aktiviert.

Unternehmen bedienen sich verschiedener Wege, um ihren Mitarbeitern einen „sorgenfreien“ Arbeits- oder Alltag zu bereiten. Ein gutes Employee-Assistance-Programm kann in puncto Service sicher einiges bieten: schnellen Zugang zu Therapie, Beratung in schwierigen Lebenslagen wie Schulden, Ehekrisen, Versorgung von Familienangehörigen. Ein gutes Leistungspaket, das alle Lebenssphären der Mitarbeiter abdeckt und sicherlich zu Recht darauf aufbaut, dass Probleme nicht allein am Arbeitsplatz entstehen. Es löst aber nicht die Spannungen, die aus Teamstrukturen oder durch Mängel in der Arbeitsorganisation entstehen.

Relativ neu sind Angebote, die unter dem Begriff „Resilienztraining“ angeboten werden. Auch sie zielen darauf ab, das Individuum zu stärken und mit den organisationalen Problemen so umzugehen, dass sie es nicht krank machen, sondern es wie eine Impfung gegen Stress, Überforderung und Führungsmängel im-

munisieren. Dies ist sicherlich eine gute Sache, doch als alleinige Maßnahme ohne eine begleitende Organisationsentwicklung auf Dauer ebenfalls nicht sinnvoll.

Gute Praxis geht darüber hinaus und Unternehmen, die dies erkannt haben, wählen Ansätze, die über die individuellen Dienstleistungsangebote hinausgehen.

Gerade im Zusammenhang mit psychischen Belastungen ist die Organisationsstruktur in starkem Maße mitentscheidend für den Erfolg von Maßnahmen. Sicherheit, Anerkennung der Leistungen, Selbstbestätigung, Zugehörigkeit, Möglichkeiten der Selbstentfaltung und Identitätsbildung sind prägende Faktoren des Arbeitsalltags. Ob sie fehlen oder nur unterentwickelt sind, ist häufig eine Frage der Unternehmenskultur und der Werte, die die Organisation prägen.

Einige Unternehmen, die dies erkannt haben, setzen daher auf alle drei Ebenen – Mitarbeiter, Team und Organisationsstruktur – Maßnahmen auf, um mentale Belastungen zu reduzieren.

Um Veränderungen in der Unternehmenskultur, der DNS einer Organisation, einzuleiten, reicht guter Wille allein nicht aus. Und auch das Vorhandensein eines geeigneten Analyseinstrumentariums bringt noch lange keinen Wandel.

Auch wenn ein Unternehmen über ein Befragungsinstrument verfügt, das Belastungen aller Art erfasst, ist dennoch eine Diskussion und Meinungsbildung im Unternehmen über das notwendig, was „normal“ ist bzw. das was „krank“ macht. Wo beginnt die Interventionsschwelle? Welche Resultate leiten zu Gestaltungsprozessen über? Auch hier stellt sich wieder die Frage: Wer wird adressiert? Idealerweise werden in solchen Prozessen alle Gestaltungswege offen gehalten und unliebsame oder vermeintlich schwierige Wege wie die Veränderung der Führungskultur nicht zur Tabuzone erklärt.

8.4 Vernunft zahlt sich aus

Seit 2006 begleitet die sciencetransfer GmbH die Manager eines internationalen Pharmakonzerns in der Schweiz mit kontinuierlichen Burnout-Screenings. Das Forschungsprojekt wurde an der ETH Zürich begonnen und wird am Swiss TPH Basel weitergeführt (Veröffentlichung in Arbeit). Eine erste Vorabanalyse zum Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung durch Vorgesetzte und arbeitsbezogenem Burnout hat die Bertelsmann-Stiftung publiziert (Hübner u. Hollmann 2010).

Das jährliche Burnout-Screening mit definiertem Nachsorge-Angebot kostet das Unternehmen 50.000

Schweizer Franken. Pro Manager sind das ca. 300 € pro Jahr. Im Gegensatz zu anderen Unternehmen haben die dortigen Verantwortlichen im Gesundheitsmanagement das Vorgehen mit nur zwei (vernünftigen) Argumenten durch alle Gremien gebracht und fest in der Unternehmenskultur verankert.

- 50.000 Schweizer Franken haben sich bereits amortisiert, wenn nur ein einziger Topmanager NICHT für zwei Monate wegen eines Burnouts ausfällt.
- Das Unternehmen will „The Employer of Choice“ für die qualifiziertesten Experten sein und betrachtet das als bedeutsamen Wettbewerbsvorteil. Ein attraktives Gesundheitsmanagement gehöre fest dazu.

Die Erfahrung in diesem Projekt hat gezeigt, dass ein Top-down-Prozess in Gang kommt, wenn Führungskräfte der obersten Führungsebene das Thema Burnout entstigmatisieren und bei sich selbst erste aktive Schritte wagen. Damit ist das gemeint, was Manager können und können sollten: den Ursachen auf den Grund gehen und kontinuierliche Verbesserungsprozesse auch im Bereich Gesundheit und Burnout managen – bei sich selbst und bei den eigenen Mitarbeitern.

Entscheidend bei der Implementierung war ein partnerschaftliches Vorgehen. Sowohl die Wissenschaftler und die Unternehmensvertreter haben das mittlerweile fünf Jahre andauernde Monitoring als offenen Lernprozess verstanden, der Fehler und Rückschläge zulässt. Die Gründe hierfür sind einleuchtend. Eine Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse im Unternehmenskontext erfordert viel Übersetzungsarbeit. Obwohl fast alle Manager des besagten Unternehmens einen hohen wissenschaftlichen Ausbildungsstand und ein großes Interesse an den Themen Burnout und Depression haben, bleibt es eine kontinuierliche Aufgabe, die Ergebnisse den einzelnen Teilnehmern verständlich und nicht stigmatisierend zurück zu melden. Die Unternehmensleitung fordert zusammengefasste Ergebnisse mit klaren Ansatzpunkten für Interventionen. Nicht immer wird hier über Details diskutiert. Wichtigstes Ergebnis dieses Dialoges war zum Beispiel, dass alle Beteiligten eine Metapher aus dem Sport für sich angenommen und auf die Themen Burnout und Depression übertragen haben: Wenn der Nationaltrainer einen verletzten Top-Spieler zur Regeneration auf die Bank setzt, wird kaum jemand dem Trainer einen Vorwurf machen. Denn der Spieler soll gesund werden und auch zukünftig Tore schießen. Ihn aufs Feld zu schicken wäre kurzfristig gedacht. Dieses Denken ist im Umgang von Unternehmen mit ihren Top-Playern selten. Das Unternehmen schult seine Manager regelmäßig in gesundheitsorientiertem Führen und bedient sich dabei bei den jährlichen Befra-

gungsergebnissen. Seitdem erhalten die Führungskräfte nicht nur bessere Bewertungen in sozial unterstützendem Führen, die Erholungsqualität der Mitarbeiter im privaten Bereich ist gestiegen und die Häufigkeit und Intensität körperlicher Aktivität ist (ab dem dritten Jahr des Monitorings) „im grünen Bereich“. Die Quote von Managern mit Burnout-Werten im „roten Bereich“ ist seit drei Jahren zwar gleich geblieben. Der Konsens ist jedoch, dass das realistisch betrachtet unter den deutlich gestiegenen Anforderungen der letzten Jahre ein vorläufig gutes Ergebnis ist. Das Reduzieren der Anforderungen und das Senken der Quote hoch belasteter Manager bleiben aber als Zielvereinbarung bestehen.

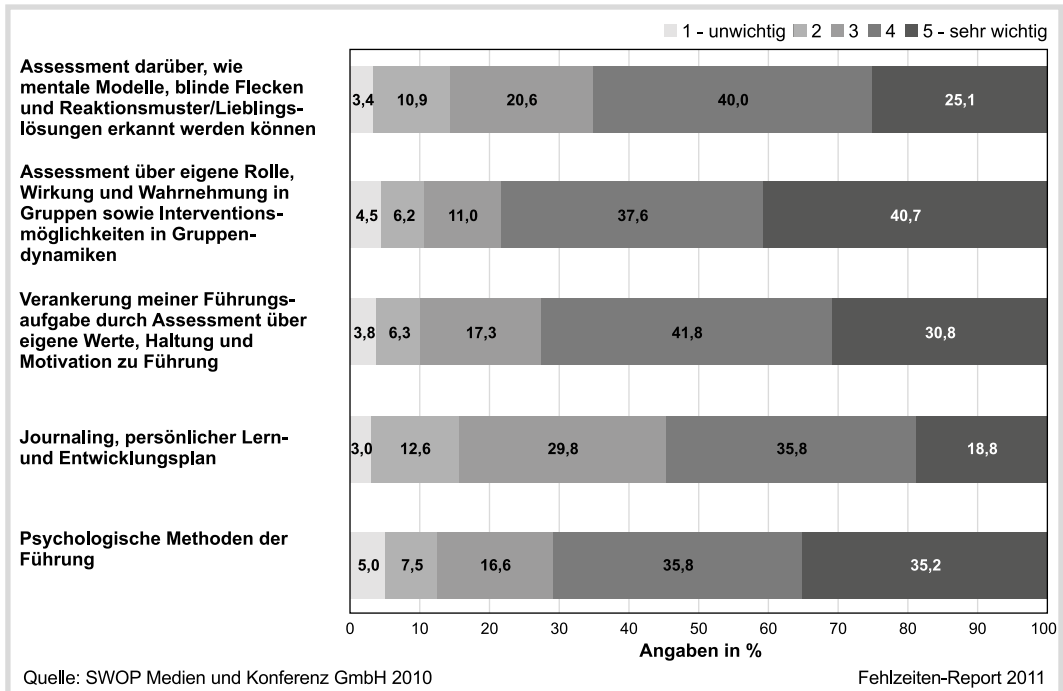
Und es gibt weitere Hoffnung. Eine aktuelle Umfrage von SWOP.exchange in Zusammenarbeit mit der Bertelsmann-Stiftung unter MBA-Studenten hat gezeigt: Mehr als zwei Drittel der Master-of-Business-Administration-(MBA-)Studenten in Deutschland wünschen sich eine Reform ihrer Hochschulausbildung. Die Führungskräfte von morgen wollen vor allem lernen, wie sie ihre Führungskompetenz verbessern können.

Für 84 Prozent wird der Erwerb von Führungskompetenz als Ergänzung der fachlichen Spezialisierung als wichtig oder sehr wichtig eingestuft (SWOP Medien und Konferenzen GmbH, 2010) (■ Abb. 8.4).

8.5 Schlussfolgerungen

Die Sicht eines Wissenschaftlers auf Burnout bei Managern wird sich selten problemlos in die Unternehmensrealität übertragen lassen. Allerdings lässt sich die Kluft aus „was sein müsste“ und „was realistisch machbar ist“ überwinden. Gefordert ist ein offener Dialog, in dem Experten von beiden Seiten Interesse an der anderen zeigen. Solange Vertreter aus der Wissenschaft sich nicht intensiv mit den Praxisanforderungen auseinandersetzen, werden sie auf berechtigten Widerstand der Manager stoßen. Hier ist die wissenschaftliche Gemeinde gefordert: Haben Professoren und deren Absolventen hinreichende Praxiskenntnisse, um sich an aktuellen und kommenden Aufgaben konstruktiv zu beteiligen?

Andererseits scheinen sich Entscheider in modernen Unternehmen noch immer nicht ausreichend mit der Thematik zu befassen. Wie sonst lassen sich die Zahlen zu Burnout- und Depressionsfällen begründen? Wenn ein Vorstand sich nicht mit der Burnout-Thematik befassen will, ist es dann polemisch zu behaupten, dass das größte Risiko für Manager-Burnout in seinem Unternehmen bereits identifiziert ist? Wenn ein Manager bei sich selbst jedes Anzeichen für eine Erschöpfung



■ **Abb. 8.4** Wie bewerten Sie folgende mögliche Angebote im Bereich Führung & Leadership?

ignoriert, wie hoch wird dann die Wahrscheinlichkeit sein, dass er sich gegenüber seinen Mitarbeitern wohlwollender verhält?

Die Zusammenhänge zwischen Führung und Gesundheit sollten in der Ausbildung von Führungskräften eine Rolle spielen. Kommt bereits hier dieser Aspekt zu kurz, können Unternehmen in ihren Führungskräfteentwicklungsprogrammen diesen Mangel später häufig nicht mehr ausgleichen.

Gute Führung macht zwar nicht gesund, aber sie kann Krankheit verhindern. „Gesunde Führung“ muss also kein Widerspruch in sich sein. Viele gute Beispiele zeigen, dass dies möglich ist.

Literatur

- Ahola K, Gould R, Virtanen M, Honkonen T, Aromaa A, Lonnqvist J (2009) Occupational burnout as a predictor of disability pension: a population-based cohort study. *Occupational & Environmental Medicine* 66(5):284–290; discussion 282–283
- Cherniack M, Lahiri S (2010) Barriers to implementation of workplace health interventions: an economic perspective. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* 52(9):934–942
- Cherniack M, Morse T, Henning R, Seidner A, Punnett L (2010) Health promotion site selection blues: barriers to participation and implementation. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* 52(6):626–634
- Faragher EB, Cass M, Cooper CL (2005) The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational & Environmental Medicine* 62(2):105–112
- Hollmann D, Lühmann D (2006) Die persönliche Gesundheitsbilanz. Check up für Führungskräfte. Gütersloh
- Hübner O, Hollmann D (2010) Unterstützen lernen. *Personal* 9:44–46
- von Känel R (2008) Das Burnout-Syndrom: eine medizinische Perspektive. *Praxis* 97(10):477–487
- Kienbaum Management Consultants (2003) *Zeitmanagement und Worklife Balance internationaler Top-Manager*. Kienbaum HR Studies, Berlin
- Michie S (2002) Causes and management of stress at work. *Occupational & Environmental Medicine* 59(1):67–72
- Michie S, Williams S (2003) Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* 60(1):3–9
- Nyberg A, Alfredsson L, Theorell T, Westerlund H, Vahtera J, Kivimäki M (2009) Managerial leadership and ischaemic heart disease among employees: the Swedish WOLF study. *Occupational & Environmental Medicine* 66(1):51–55
- Schaufeli W, Taris T (2005) The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress* 19(3):256–262
- SWOP Medien und Konferenzen GmbH (2010) *Was (zukünftige) Führungskräfte von Hochschulen und Arbeitgebern erwarten*. SWOP Medien und Konferenzen, Berlin