



© Corbis

Burnout ist ein krisenhafter Prozess, der nicht von einem Tag auf den anderen ausbricht.

Ein wesentliches Kriterium für die Entwicklung eines Burnout stellt jedoch die obligate Arbeitsbezogene Ursache dar. Die Symptomatik der Erkrankung ist ebenso vielfältig wie auch unspezifisch, wobei die emotionale Erschöpfung obligat erscheint.

Von Peter Hofmann, Christoph Ebner et al.*

Burnout

Einleitung

Trotz der heute noch bestehenden begrifflichen Unschärfe ist Burnout eine ernst zu nehmende Stresserkrankung mit weitreichenden medizinischen, psychologischen sowie auch wirtschaftlichen Konsequenzen. Burnout kann bekanntlich jede Berufsgruppe treffen und muss auf jeden Fall ernst genommen werden. Epidemiologisch findet man in der internationalen wissenschaftlichen Literatur speziell bei helfenden Berufen - auch bei Ärztinnen und Ärzten - eine besonders hohe Burnout-Gefährdung von 30 bis 50 Prozent. Zugleich kommt es beim zunehmenden Schweregrad eines Burnout zu einem erhöhten Risiko für eine depressive Erkrankung.

Historisches

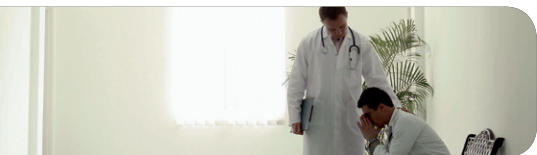
Der Begriff „Burnout“ (vom Englischen „to burn out“, zu Deutsch:

ausgebrannt sein, Erschöpfungssyndrom) wurde in den frühen 1970er Jahren vom New Yorker Psychoanalytiker Freudenberg geprägt. Er supervidierte im Rahmen seiner Tätigkeit unter anderem Drogenberater und beobachtete, wie diese zu Beginn ihrer Arbeit sehr engagiert waren, im Laufe der Zeit jedoch immer erschöpfter und resignierter wurden. Er erkannte bereits damals, dass es neben den Zeichen der Erschöpfung auch zu somatischen Symptomen wie Müdigkeit, Kopfschmerzen sowie auch Verdauungsbeschwerden kommen kann.

Zum Teil gibt es jedoch auch ältere Beispiele für Burnout wie zum Beispiel die Romanfigur Thomas Buddenbrook, der als müder und verdrossener Mann beschrieben wird, dem jede Aktivität eine übermäßige Anstrengung abver-

langte. Ein anderes historisches Beispiel: Auch J. W. von Goethe soll an einem Burnout gelitten haben, welches er durch ein „time out“ von seiner Arbeit bewältigen wollte.

Die anfänglich vorherrschende Meinung, dass Burnout nur im Kontext von helfenden und sozialen Berufen vorzufinden sei, kann gegenwärtig nicht mehr vertreten werden. Insgesamt geht man heute durch den Wandel der Arbeitsstrukturen in den industrialisierten Ländern seit den 1980er Jahren von einer Gefährdung für fast alle Berufsgruppen aus. Dies spiegelt auch den Trend wieder, dass es in den ökonomisch hochentwickelten Ländern Europas zu einer ständig steigenden Zahl an Krankenständen beziehungsweise Frühpensionierungen aufgrund von psychischen Erkrankungen kommt. ►►



» Definition

Obwohl mittlerweile Tausende Studien zum Thema Burnout vorliegen, gibt es bis heute keine konsensuelle Definition dieses Begriffes. Ein Definitionsversuch von Schaufeli und Enzmann besagt: „Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand ‚normaler‘ Individuen. Er ist in erster Linie von Erschöpfung gekennzeichnet, begleitet von Unruhe und Anspannung (distress), einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung dysfunktionaler Einstellung und Verhaltensweisen bei der Arbeit.“

Oftmals wird dieser Begriff jedoch auch sehr ungenau benutzt und zum Teil mit „ausgelaugt sein“ gleichgesetzt. Es besteht jedoch weitgehende Einigkeit darüber, dass Burnout als ein krisenhafter

Prozess, der nicht von einem Tag auf den anderen ausbricht, angesehen werden kann. Burnout stellt ein emotionales Phänomen dar, das sowohl körperliche als auch psychische Symptome hervorbringen kann. Die von Maslach und Jackson operationalisierten Kernkriterien werden wohl heutzutage am häufigsten verwendet: Neben einer emotionalen Erschöpfung an der Arbeit kommt es zu einer zunehmenden Entfremdung von und zynischen Einstellung gegenüber der Arbeit (Depersonalisation) sowie auch zu einer reduzierten Leistungsfähigkeit (subjektiver Leistungsabfall) bei der Arbeit.

Entscheidend für die Einstufung des Burnout-Risikos ist jedoch nicht allein das Vorhandensein von Anzeichen wie Insomnie oder Energiemangel, sondern die Häufigkeit beziehungsweise die Dauer der Symptomatik. Damit

lassen sich in weiterer Folge unterschiedliche Schweregrade bestimmen und damit mögliche unterschiedliche Therapiestrategien ableiten. Ein wesentliches Kriterium für eine Burnout-Entwicklung stellt jedoch die obligate arbeitsbezogene Ursache dar. Die Erschöpfungssymptomatik entwickelt sich somit aus dem Arbeitskontext heraus und stellt einen wichtigen Faktor zur Abgrenzung gegenüber einer depressiven Symptomatik dar.

Das Burnout-Syndrom ist bis dato nicht als eigenständige ICD-10 Diagnose erfasst, sondern lediglich mit der Ziffer Z73.0 unter den Problemen mit der Lebensbewältigung als Faktor aufgeführt, welcher den Gesundheitszustand beeinflusst und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führt. Somit hat Burnout zwar einen krankheitswertigen Charakter, ist jedoch noch keine offiziell anerkannte somatische oder psychische Erkrankung. Dies mag auch der Grund dafür sein, warum die Forschung zum Thema Burnout in den letzten Jahren auf verschiedenen Fachgebieten vorangetrieben wurde, in den letzten Jahren auch vermehrt von psychiatrischer Seite. Das Burnout-Syndrom ist vorteilhaft als Kombination eines somatischen als auch psychischen Syndroms (im Sinn einer Psychosomatose) zu konzeptualisieren. Von psychiatrischer Seite existieren Bestrebungen, das Burnout-Syndrom als eine medizinisch relevante Erkrankung bzw. Störung im DSM-V beziehungsweise im ICD-11 aufzuführen. Das ICD-Klassifizierungssystem findet insbesondere im europäischen Sprachraum Verwendung, das Burnout-Syndrom könnte vorteilhaft innerhalb der Kategorie F 4 als Subtypus der Anpassungsstörung (F43.0) definiert werden.

Die fünf klassischen Antreiber

Antreiber	Bedeutung
1. Sei perfekt!	Mach alles, was du tust, so gut wie möglich – auch wenn es wirklich nicht wichtig ist. (Sei erst mit dem Besten zufrieden. Und weil man selbst das Beste immer noch ein bisschen besser machen kann, sei <i>nie</i> zufrieden, schon gar nicht mit dir.)
2. Streng dich an!	Gib stets deine ganze Kraft – der Erfolg ist zweitrangig. (Und hörst dann auf, dich anzustrengen, wenn du völlig am Ende bist; Mach es Dir auf gar keinen Fall leicht.)
3. Beeil dich!	Mach alles, was du tust, so schnell wie möglich. (Am besten noch ein bisschen schneller. Auch wenn die Sache gar nicht eilig ist – es gibt immer viel zu tun.)
4. Sei stark!	Zeig keine Gefühle. (Gefühle sind ein Zeichen von Schwäche – also empfinde am besten gar keine.)
5. Mach's den anderen recht!	Denk an dich zuletzt, wenn überhaupt. Nimm dich nicht wichtig. (Die Ansprüche der anderen sind immer wichtiger als deine eigenen.)

Abb. 1: aus „7 Schritte gegen Burnout“ von Hotter E.; 2009, Leykam-Verlag

Die Comps ...

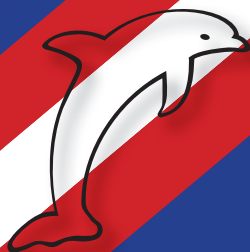


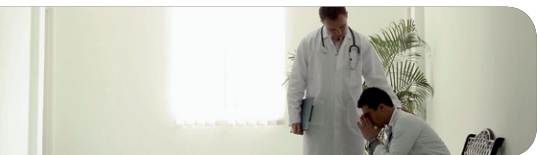
IMMER
GENERICON
GÜNSTIG

Fachkurzinformation siehe Seite 71



... von Genericon





» Pathogenese

Bei der Entstehung von Burnout zählen berufsbezogene Risikofaktoren neben persönlichen und gesellschaftlichen Faktoren zu den wesentlichen Ursachen. Auf beruflicher Ebene lassen sich quantitative Risikofaktoren wie zum Beispiel hohes Arbeitsaufkommen mit konsekutiv erhöhtem Zeitaufwand sowie vermehrtem administrativem Aufwand von qualitativen Indikatoren wie beispielsweise mangelnde positive Rückmeldung, geringe soziale Unterstützung sowie niedriges Lohnniveau differenzieren. Des Weiteren spielen persönliche Faktoren wie ein erhöhter persönlicher Leistungsanspruch mit übermäßiger Verausgabung - „overcommitment“ - eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von Burnout. Ebenfalls gefährdet scheinen autoritäre und zwanghafte Persönlichkeiten mit Angst vor Kontrollverlust zu sein, die Mühe haben, Arbeiten zu delegieren oder Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Pathogenetisch kommt es durch die Diskrepanz zwischen den persönlichen Zielen und Idealen einer Person einerseits und den Anforderungen durch die beruflichen Realitäten andererseits zu anhaltenden inneren Spannungen, die bei Vorliegen dysfunktionaler Coping-Strategien zu einem Burnout führen können. Zusätzlich können allgemeine gesellschaftliche Faktoren wie permanenter Zuwachs an Komplexität, Tendenz zur Individualisierung oder Zunahme von sozialen Ungerechtigkeiten das Risiko für Burnout maßgeblich erhöhen.

Die meisten Menschen leben jedoch auch mit einem oder mehreren sogenannten „Antreibern“ in sich. Solche Antreiber können so tief verankert sein, dass sie nicht einmal dann in Frage gestellt werden, wenn sie das eigene Leben beeinflussen. Die Entwicklung von „Gegengiften“ kann solche Menschen enorm entlasten (siehe Abb. 1).

Diagnostik

Derzeit steht noch kein objektiver Parameter für die Diagnostik von Burnout zur Verfügung. Das wohl am meisten verwendete diagnostische Instrument ist das von C. Maslach entworfene Maslach Burnout-Inventory (MBI). Damit werden über 22 Items drei Burnout-Dimensionen erhoben: emotionale Erschöpfung, Depersonalisation sowie Leistungsunzufriedenheit. Da dieses Instrument letztlich auch keine verbindliche Liste von Symptomen evaluieren kann, welche die Diagnose eines Burnout-Syndroms eindeutig erlauben, wird dieser im klinischen Alltag nur selten eingesetzt. Etwas präziser lässt sich die Symptomevaluierung mit Hilfe des von M. Burisch entwickelten Hamburger Burnout-Inventar (HBI) ermitteln. Dieses besteht aus 39 Items, erhebt zehn Burnout-Dimensionen und erlaubt eine detailliertere Erhebung der Symptome. Das von Aronson entwickelte Tedium Measure besteht aus 21 Items. Bei diesem Instrument bestehen allerdings Zweifel, ob es eine ausreichende diskriminative Validität gegenüber Selbstwertgefühl, Depression oder Ängstlichkeit besitzt.

Letztendlich wird die Diagnose hauptsächlich klinisch gestellt - meist anhand von Frühwarnsymptomen und Leitsymptomen im Rahmen des phasenhaft verlaufenden Burnout-Prozesses.

Klinik

Die Burnout-Symptomatik ist ebenso vielfältig wie auch unspezifisch, wobei die emotionale Erschöpfung obligat erscheint. Verschiedensten Autoren zufolge soll die Entwicklung von Burnout mit den zahlreichen somatischen, emotionalen und kognitiven

Sieben Phasen des Burnout-Prozesses

Phase 1: Anfangsphase

- Überhöhter Energieeinsatz
- Erschöpfung

Phase 2: Reduziertes Engagement

- für Kunden und Kollegen
- für andere Menschen allgemein
- für die Arbeit („Innere Kündigung“)
- erhöhte Ansprüche

Phase 3: Emotionale Reaktionen; Schuldzuweisung

- Niedergeschlagenheit
- erhöhte Reizbarkeit

Phase 4: Abbau

- der geistigen Leistungsfähigkeit
- der Motivation („Dienst nach Vorschrift“)

- der Kreativität
- des differenzierten Denkens

Phase 5: Verflachung

- des emotionalen Lebens; innere Leere
- des sozialen Lebens
- des geistigen Lebens

Phase 6: Körperliche Symptome

- Herz-Kreislauf-Beschwerden
- Magen-Darm-Beschwerden
- Schmerzen
- Muskelverspannungen
- geschwächtes Immunsystem

Phase 7: Existenzielle Verzweiflung

- Hoffnungslosigkeit
- Suizidgedanken

Abb. 2:
aus „Burnout erkennen, verstehen, bekämpfen“ von Prof. Dr. M. Burisch & CConsult; 2010

Symptomen als Prozess verlaufen. Aufgrund eigener Untersuchungen ziehen wir den Schluss, dass die Symptome emotionale Erschöpfung, Unfähigkeit zur Entspannung und Hilflosigkeit die ersten wesentlichen Parameter in der Entwicklung von Burnout sein können. Im klinischen Alltag ist evident, dass der Burnout-Prozess nicht linear verläuft, sondern gewisse Phasen rasch durchlaufen oder gar ganz übersprungen werden können. Welches Symptommuster sich in welcher Reihenfolge entwickelt, hängt von moderierenden Faktoren beim betroffenen Individuum und/oder seiner Umwelt ab. Objektiv gesehen steht jedoch ein überhöhter Einsatz (Überengagement) zu Beginn einer Burnout-Entwicklung im Vordergrund, gefolgt von einer komplett gegenteiligen Reaktion, nämlich einem Rückzug auf den verschiedensten Ebenen, der von unterschiedlichsten emotionalen Reaktionen begleitet sein und zu kompletten Leistungsausfällen führen kann. Psychosomatische Beschwerden wie Verspannungsgefühle und Schlafstörungen können sich entwickeln und über kompensatorische Mechanismen (veränderte Essgewohnheiten, Alkohol- und/oder Drogenkonsum,...) zu bedeutsamen psychiatrischen Erkrankungen führen (siehe Abb. 2).

Im Frühstadium der Entwicklung eines Burnout stehen sogenannte Frühwarnsymptome, die unter anderem Konzentrationsstörungen im Sinn einer zunehmenden Zerstreutheit und Flüchtighkeitsfehler beinhalten. Eine zunehmende innere Unruhe sowie eine konsekutiv folgende sichtbare Nervosität mit der Unfähigkeit, sich zu entspannen, können sich dazugesellen. Eine schon zu Beginn bestehende vermehrte Gereiztheit sowie Krankheitsanfälligkeit mit körperlichen Symptomen

Ursachen	Krankheiten/Störungen
<i>Somatisch</i>	Anämie, Eisenmangel Hypothyreose, Diabetes, Nebenniereninsuffizienz Herzinsuffizienz, COPD Niereninsuffizienz Borreliose, HIV, Tuberkulose Malignome, Lymphome, Leukämien Entzündliche Systemerkrankungen Degenerative Erkrankungen des ZNS Obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom, Restless-Legs-Syndrom Medikamentennebenwirkungen
<i>Psychosomatisch / Psychiatrisch</i>	Chronic-Fatigue-Syndrom Dysomnien Neurasthenie Somatisierungsstörungen Depressive Störungen Generalisierte Angsterkrankung Posttraumatische Belastungsstörung Essstörungen Substanzmissbrauch (Alkohol, Tranquillizer)

Tab. 1:
„Das Burnout-Syndrom: eine medizinische Perspektive“
von R. von Känel:
Praxis 2008;
97:477-487

sind Prädiktoren für den beschriebenen Rückzugsprozess und können damit auch den Weg für die Entwicklung einer depressiven Episode ebnen.

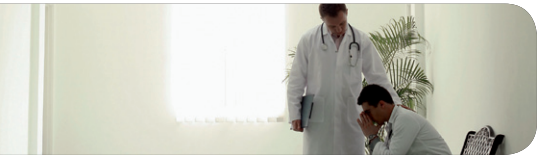
Differentialdiagnose

Differentialdiagnostisch müssen sowohl körperliche als auch psychiatrisch/psychosomatische Krankheitsbilder in Betracht gezogen werden (siehe Tab. 1). Erschöpfungszustände wie auch Müdigkeit stellen jedoch in der Allgemeinbevölkerung sehr häufig angegebene Symptome dar und besitzen somit keinen spezifischen Charakter. Insbesondere Schlafstörungen sind genauestens zu explorieren. Schlafstörungen im Sinn einer Insomnie mit oftmaligem nächtlichen Grübeln werden von Burnout-Patienten häufig berichtet und können ihrerseits eine bereits bestehende Burnout-Symptomatik weiter aufrecht erhalten.

Durchschlafstörungen sowie auch ein wenig erholsamer Schlaf können durch Stress am Arbeitsplatz bedingt sein und stehen nicht selten am Anfang

der Entwicklung einer Burnout-Symptomatik. Untersuchungen mit Hilfe der Polysomnographie zeigen bei Patienten mit hohen Burnout-Werten eine relative Verminderung der Tiefschlafphasen zugunsten der oberflächlichen Schlafstadien sowie eine Fragmentierung des Schlafes mit Micro-Arousals und Tages-schläfrigkeit. Differentialdiagnostisch ist jedoch bei erhöhtem Schlafbedürfnis auch immer an ein Chronic-Fatigue-Syndrom (CFS) zu denken, welches durch eine mehr als sechs Monate andauernde Müdigkeit (jedoch nicht Schläfrigkeit) nicht organischer Ursache charakterisiert ist. Beim CFS werden jedoch Schluckschmerzen sowie auch druckdolente Lymphknoten und neuartig angegebene Kopfschmerzen als Diagnosekriterium gefordert.

In der täglichen Praxis werden Burnout und Depression oft unscharf voneinander abgegrenzt oder gar synonym verwendet. Patienten mit einem Burnout zeigen aber im Vergleich zu depressiven Patienten vorrangig zu Beginn der Erkrankung ein unterschiedliches klinisches Spektrum auf. Klinische Untersuchungen betonen, dass es im ►►



►► Rahmen einer depressiven Episode zu körperlichen Symptomen wie Gewichtsabnahme und Appetitverlust kommt, bei Burnout eher nicht. Somit lässt sich der Rückschluss ziehen, dass bei der Entstehung von Burnout das noradrenerge Neurotransmittersystem - im Vergleich zum serotonergen System bei der Depression - eine wesentliche Rolle spielt.

Burnout ist bis heute in den Manualen von ICD-10 und DSM-IV nicht als psychiatrische Störung aufgeführt. Eine depressive Episode muss jedoch je nach Schweregrad klar definierte Symptome aufzeigen, um eindeutig diagnostiziert werden zu können. Eine lang anhaltende Erschöpfung muss nicht zwangsläufig in eine depressive Episode münden; jedoch besteht bei zunehmendem Schweregrad eines Burnout eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das gleichzeitige Vorliegen einer depressiven Episode. In einer groß angelegten finnischen Studie bei

Arbeitnehmern konnte eine klinisch relevante Depression bei 20 Prozent der Untersuchten mit mildem Burnout und bei 53 Prozent mit schwerem Burnout gefunden werden, wobei bei den Arbeitnehmern ohne Burnout nur bei sieben Prozent eine Depression nachgewiesen werden konnte.

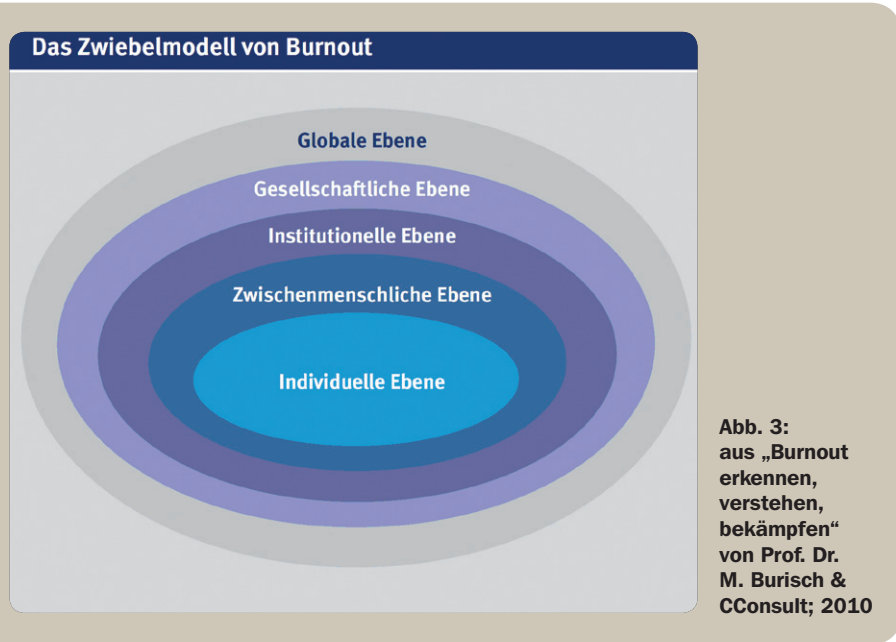
Komplikationen und Folgen

In der internationalen wissenschaftlichen Literatur findet man zwischen Burnout und kardiovaskulären, metabolischen als auch allergischen Erkrankungen eine hohe Assoziation. Zusätzlich kann es im Rahmen einer Burnout-Symptomatik zur Entwicklung eines Diabetes mellitus kommen; ebenso scheint eine Hyperlipidämie mit einer Burnout-Symptomatik vergesellschaftet zu sein. Die entsprechenden zu Grunde liegenden Pathomechanismen sind bis dato noch nicht ausreichend geklärt.

Hinweise zeigen sich jedoch im Bereich des Stresshormonsystems, wonach sich bei Patienten mit einem Burnout eine verminderte oder aber auch vermehrte Ausschüttung von Kortisol finden lässt. Im Fall einer zu niedrigen Kortisolkonzentration im Blut kann es über eine reduzierte Unterdrückung inflammatorischer Prozesse zu einer Arteriosklerose und damit zu koronarthrombotischen Ereignissen kommen. Zu hohe Kortisolwerte können über eine Erhöhung der Gerinnungsneigung ebenfalls zu koronarthrombotischen Komplikationen führen. Derzeit zeigen sich jedoch (noch) keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu Veränderungen bei anderen psychiatrischen Erkrankungen wie einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer depressiven Erkrankung. Diesbezüglich sind noch weitere Studien erforderlich.

Neben den organischen Folgeerscheinungen kann es jedoch auch zu anderen psychischen Erkrankungen wie einer Angststörung, Substanzmissbrauch oder der Entwicklung einer depressiven Episode kommen. All diese Erkrankungen können zu einer deutlichen Einschränkung bis hin zu einem völligen Verlust der Arbeitsfähigkeit führen und Rückzugstendenzen auf den verschiedensten Ebenen zusätzlich fördern. Bei einem bestimmten Schweregrad ist auch das Suizidrisiko erhöht.

Nicht nur für Betroffene besteht ein hoher Leidensdruck, auch Angehörige erleben eine Burnout-Symptomatik ihres Partners oder Freundes als enorm belastend. Dabei kommt der Geduld und dem empathischen Einwirken des Gegenübers eine sehr wichtige Rolle zu; essentiell ist jedoch die Motivation zur frühzeitigen Inanspruchnahme von Hilfe. Eine rechtzeitige Vernetzung der Helfersysteme ist vonnöten.



EINE SORGE WENIGER

bei co- und multimorbiden Patienten



KEINE
CYP450-
INTERAKTION!

MY SIZE:
iXeL

KLIN1009

Seite Fachkurzinformation Seite 73



» Therapie

Die Prognose ist generell günstig. Einer Therapieplanung vorausgeschickt werden sollte, dass Burnout reversibel ist. Häufig kann es bereits durch einfache Eingriffe sowohl im personellen Bereich als auch am Arbeitsplatz zu einem Rückgang der Burnout-bezogenen Symptomatik bis hin zur Remission kommen. Nach der erfolgten Psycho-diagnostik - wie zum Beispiel mit dem Hamburger Burnout-Inventar oder dem Maslach Burnout-Inventory - gilt es, den Schweregrad der Burnout-Symptomatik in die Behandlungsplanung mit einzubeziehen.

Burnout und Depressionserkrankungen verhalten sich nach neuesten Erkenntnissen eher wie Geschwister denn als Zwillinge. Für die Entstehung von Burnout ist pathogenetisch herausragend eine gewisse Persönlichkeits-inhärente Bereitschaft des Individuums auszubrennen. (Dies wird mit dem Begriff „omnipotentes Ich“ gut beschrieben.) Andererseits ist aufgrund veränderter Bedingungen und Einflussfaktoren (und somit potenzieller Stressoren) im psycho-ökosozialen Bereich die Arbeitsplatz-bezogene, gesellschaftspolitische Komponente mit einem erhöhten Burnout-Risiko der Gesamtgesellschaft vergesellschaftet. Nachdem Burnout im ICD-10 System nicht als eigenständige Erkrankung erfasst ist, gibt es zu den pharmakologischen Therapiemöglichkeiten noch keine verbindlichen Aussagen.

Insgesamt kann man sich aber für die Behandlung des Burnout an ein von Burisch entwickeltes Zwiebschalenmodell (siehe Abb. 3) halten, wobei die innerste Schale das ausgebrannte Individuum symbolisiert. Die nächste

Schale ist der interpersonelle, familiäre Rahmen beziehungsweise Freundeskreis. Die darüber gelegene Schicht stellt die Einbindung in den Arbeitsplatz dar; es folgt die gesellschaftliche Ebene, darüber hinaus lässt sich eine globale Komponente festmachen. Letztlich fügt sich das Zwiebschalenmodell gut in die Theorie von Weber, Jaekel-Reinhart bezüglich eines hohen Burnout-Risikos innerhalb der Gesamtgesellschaft ein.

Auf der individuellen Ebene sollte nach Ausschluss von differentialdiagnostisch in Frage kommenden Erkrankungen eine syndrombezogene Behandlung Platz greifen.

Besonders beim Vorliegen von depressiven Symptomen ist der Einsatz antidepressiv wirksamer Medikamente Mittel der Wahl. Da in der Regel Erschöpfung einerseits und andererseits die Unfähigkeit zur Entspannung zum Teil gepaart mit innerer Unruhe vorliegen können, auf jeden Fall jedoch auch Schlafstörungen neben einer generellen psycho-vegetativen Überreiztheit wesentliche Symptome von Burnout sind, sollte medikamentös insbesondere eine Resynchronisation des Schlaf-Wach-Rhythmus angestrebt werden. Dies kann zeitlich limitiert auch den Einsatz von Tranquilizern beziehungsweise hypnotisch wirksamen Medikamenten einschließen. Es sollte jedoch darauf geachtet werden, dass Medikamente aus der Benzodiazepingruppe ein bedeutendes Abhängigkeitspotential besitzen. Dementsprechend kurzfristig sollten diese Medikamente auch zum Einsatz kommen.

Die wichtigste Strategie gegen Burnout sind möglichst bereits präventiv erfolgende Maßnahmen. Die drei Säulen der Prävention (Primär-, Sekundär- beziehungsweise Tertiärprä-

vention) verweisen auf drei Ebenen. Die erste Ebene beschreibt die individuelle Mitarbeiterebene, Ebene zwei umfasst die betriebliche Struktur (Abteilungsebene), und die dritte Ebene verweist auf die Betriebskultur eines Unternehmens bzw. auf gesamtgesellschaftliche Entwicklungstendenzen in der modernen Arbeitswelt. Die drei Säulen der Prävention erfordern in Kombination mit den drei Ebenen unterschiedliche Therapienotwendigkeiten (Therapiematrix).

Bei der medialen Überpräsenz des Themas Burnout ist gegenüber den Heilsversprechen so mancher selbsternannter Experten Skepsis angebracht, angepriesene Behandlungswege sind kritisch zu hinterfragen. Grundsätzlich sollte nochmals betont werden, dass Burnout als ein ernst zu nehmendes Störungsbild im bio-, psycho- und ökosozialen Kontext gesehen werden muss. Es sollte in jedem Fall primär ärztlich abgeklärt werden, da sich hinter einer Burnout-Symptomatik differentialdiagnostisch ernsthafte Erkrankungen verbergen können.

Prävention

In der ersten Säule der Prävention geht es darum, Gesundheit zu erhalten beziehungsweise zu fördern und Burnout zu vermeiden. Letztendlich umfasst diese Säule der Prävention alle spezifischen Aktivitäten, die das Auftreten von Burnout verhindern oder bekannte Risikofaktoren dafür reduzieren. Bezogen auf die drei Ebenen (Individuum, betriebliche Abteilungsebene, Unternehmenskultur und auch gesellschaftliche Ebene) sollten die Aktivitäten der Primärprävention einerseits beim Verhalten und der persönlichen Einstellung beziehungsweise Haltung des Individuums zur Arbeit beziehungsweise zum Arbeitsumfeld »



**ANGRIFF IST DIE
BESTE VERTEIDIGUNG**

 **Aricept[®]**

OFFENSIV GEGEN ALZHEIMER*

Fachkurzinformation siehe Seite 73



*Aricept[®] ist zugelassen für leichte bis mittelschwere Alzheimer-Demenz



» und andererseits auf der Ebene der Mitarbeiter sowie bei den Arbeitsbedingungen (Fairness im Unternehmen, Unternehmenskultur) ansetzen.

Dazu zählt insbesondere eine gezielte Sensibilisierung der Mitarbeiter für das Thema Burnout. Einführende Seminare können hierzu eine wichtige psychoedukative und psychohygienische Aufgabe erfüllen. Oft reichen die in den Seminaren erlernten und einfach umzusetzenden Vorschläge, wie das Führen eines persönlichen Terminplanes mit Einplanung ausreichender Zeitressourcen für sich selbst, Methoden der Selbstbelohnung und des Genussstrainings, wie auch die Evaluation von Lebenszielen, das Erstellen eines Tagesresümees, gezieltes Erlernen des „Nein-Sagens“ etc. aus, um einen ausreichenden Schutz vor dem Hineinschlittern in schwerere Phasen des Burnout zu verhindern, beziehungsweise kann damit schon eine ausreichende Intervention zur Remission gesetzt sein.

Darüber hinaus sind seitens der Betriebsführung Arbeitsbedingungen zu

schaffen, welche mögliche Risikofaktoren für Burnout bereits im Keim ersticken können. Die Schaffung einer gesundheitsfördernden Unternehmens- und Führungskultur kann wesentlich dazu beitragen, dass das innerbetriebliche Burnout-Risiko deutlich geringer wird.

Die Säule der Sekundärprävention beschäftigt sich einerseits mit dem Erkennen von Krankheitssymptomen und dem Wiederherstellen von Gesundheit. Auf der Ebene der Mitarbeiter sind hier besonders Arbeitsmediziner und Arbeitspsychologen erste Ansprechpartner. Neben einer medizinischen und testpsychologischen Abklärung/Differentialdiagnostik greifen hier Maßnahmen des Coachings, der Verhaltensmedizin wie auch der speziellen Psychotherapie. In schweren Fällen tragen vier bis sechswöchige Urlaube beziehungsweise Krankenstand zusätzlich zu einer Reduktion der Symptomatik bei und sollten jedenfalls in Betracht gezogen werden. Auf dieser Ebene gilt es, bei Kunden-, Patienten- und Klientenkontakten Qualität vor Quantität zu

stellen, wie auch das Erlernen positiven Zugehens auf Kunden, Patienten oder Klienten etc. Hilfreich ist auch, wenn der Betroffene lernt, sich zuerst lösbarer Aufgabenstellungen zuzuwenden, aus denen sich direkt ein Erfolgserlebnis ergibt, wie auch Bedacht auf ausreichende Erholungszeiten genommen werden sollte.

Auf der betrieblichen Ebene ist es wichtig, dass die Aufgaben im Team einer möglichst gerechten Aufteilung unterzogen werden, da gerade Patienten mit Burnout dazu neigen, sich zunehmend mehr und vor allem schwierigere Aufgaben übertragen zu lassen als andere. Für ausreichende Erholungszeiten bei den Mitarbeitern ist Sorge zu tragen. Regelmäßige Mitarbeitergespräche und auch Supervision, wie sie aus dem medizinischen Bereich bekannt ist, entfalten neben ausreichendem Lob durch die Führungsebene für erbrachte Leistungen der Mitarbeiter ihre positive Wirkung und reduzieren das betriebliche Burnout-Risiko. Zuletzt sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass sich in der Sekundärprävention seitens der Unternehmensführung die Kooperation mit Experten als sehr hilfreich erweist.



Abb. 4: „Möglichkeiten der Intervention“

Im Rahmen der Tertiärprävention geht es nach erfolgter ärztlicher Abklärung auf Ebene des Individuums um Rückfallsprophylaxe. Hierbei greifen Coaching-Mechanismen in der Regel zu kurz. Neben einer verhaltensmedizinischen und psychotherapeutischen Behandlung ist oft auch eine psychopharmakologische Therapie notwendig. Auf der strukturellen Ebene des Betriebes beziehungsweise der Abteilung darf in der Tertiärprävention das Angebot eines Wiedereingliederungsmanagements mit Neuanpassung von Arbeitszeiten (zum Beispiel geringeres Beschäftigungsausmaß mit Ein-

schleifen zum gewohnten, bisherigen Beschäftigungsmaß) insbesondere beim Wiedereinstieg nicht fehlen. Gemeinsam mit Experten ist es unerlässlich, auf Ebene der Betriebsführung eine Betriebskultur herzustellen beziehungsweise zu erarbeiten, welche einerseits eine Endtabuisierung des Begriffes Burnout ermöglicht und andererseits bei den Mitarbeitern ein breites Verständnis für Burnout sowie die Möglichkeit einer wirksamen Prävention schafft.

Speziell Vorgesetzte haben in allen Phasen der Prävention eine wichtige Aufgabe, indem sie durch eine humanökologische Unternehmensführung eventuell unter Einbeziehung von Experten mit einfachen Methoden das betriebliche Burnout-Risiko senken können. Dazu gehören beispielsweise regelmäßige Mitarbeitergespräche mit Zielvereinbarungen genauso wie auch ein positives Zugehen auf Mitarbeiter mit Schaffung von Incentives, aber auch schon einfache Mechanismen wie regelmäßiges Lob und Anerkennung, das aktive Ausüben von Gerechtigkeit etc.

Bezogen auf die Unternehmenskultur zählen zur Burnout-Prophylaxe Maßnahmen wie innerbetriebliche Mitbestimmungsprogramme und regelmäßige Fortbildungen wie auch das Einführen flexibler Arbeitszeiten und letztlich der gute Ruf des Unternehmens zur Burnout-Prophylaxe. Selbstverständlich darf in der Behandlung des Burnout das persönliche, familiäre beziehungsweise private Umfeld nicht außer Acht gelassen und muss in die Entwicklung eines Gesamtbehandlungskonzeptes mit einbezogen werden.

An Burnout erkrankte Personen müssen wieder den Umgang mit Nähe

und Distanz sowohl erlernen als auch wieder erfahren, da sie oft dazu neigen, sich Parallelwelten aufzubauen, in denen das Nebeneinander als familiäres Miteinander umgedeutet wird. Hierbei erwies sich als hilfreich, die Lebenspartnerin, den Lebenspartner und die Familie in eine erfolgreiche Burnout-Therapie einzubeziehen. In diesem Kontext ist das Zulassen von Liebe und das Wiedererlernen von Vertrauen wie auch das aktive Einlassen auf die Beziehung zum Partner eine wesentliche Herausforderung.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Begleitung und Unterstützung beim Wiedereintritt ins Berufsleben durch die Familie und den Partner, da Verlässlichkeit auch Sicherheit gibt. Besonders erwähnenswert ist hierbei das Definieren gemeinsamer Ziele für Freizeit und nichtberufliche Aktivitäten. Auch darf Humor nicht zu kurz kommen und sollte in das Genusstraining mit einbezogen werden.

Bei der Therapie des Burnout-Syndroms sollte bei entsprechender Schwere der Symptome besonders beim kombinierten Auftreten mit einer mittelgradigen oder schweren depressiven Episode eine stationäre Behandlung überlegt werden. In Österreich gibt es dafür eine Vielzahl von psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken, aber auch Sanatorien mit einem multiprofessionellen Angebot (zum Beispiel Physio- und Ergotherapie, physikalische Therapie und neben der schulmedizinischen Behandlung im engeren Sinn auch insbesondere psychodynamisch interaktionelle wie auch indikative Psychotherapiegruppen neben Einzelpsychotherapie etc.), welche sich auf die Behandlung des Burnout-Syndroms spezialisiert haben.

Entspannungstraining, Körperwahrnehmung, Genusstraining wie auch körperliches Ausdauertraining stellen zusätzlich flankierende Maßnahmen auch im stationären Setting der Burnout-Behandlung dar. (siehe Abb. 4)

Zusammenfassung

Burnout zeigt sich als Stress-induzierte, Arbeitsplatz-bezogene und in Phasen verlaufende „Psychosomato-se“, welche jedoch aus heutiger Sicht durch Interventionsprogramme sowohl auf individueller als auch betrieblicher Ebene gut behandelbar ist. Burnout ist als reversibel zu bezeichnen und stellt per se keinen Grund für eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit dar. ◀◀

Literatur bei den Verfassern

***) Univ. Prof. Dr. Peter Hofmann,
Dr. Christoph Ebner,
Dr. Dietmar Bayer,
Erich Hotter;**

alle:

Univ. Klinik für Psychiatrie Graz,
Auenbruggerplatz 31, 8036 Graz;
Tel.: 0316/385-13612;

Fax: DW 13556

E-Mail: peter.hofmann@klinikum-graz.at

Lecture Board:

Univ. Prof. Dr. Josef Marksteiner,

LKH Rankweil/Abteilung Psychiatrie 1

Univ. Prof. DDr. Hans-Peter Kapfhammer,

Univ.-Klinik für Psychiatrie Graz

Univ. Prof. Dr. Herwig Scholz,

Krankenhaus de la Tour, Treffen

Herausgeber: Abteilung für Psychiatrie
und psychotherapeutische Medizin/
Medizinische Universität Graz,
Universitätsklinik für Psychiatrie

› Burnout

Im Rahmen des Diplom-Fortbildungs-Programms der Österreichischen Ärztekammer ist es möglich, durch das Literaturstudium in der ÖÄZ Punkte für das DFP zu erwerben.

Nach der Lektüre des State of the Art-Artikels beantworten Sie bitte die Multiple choice-Fragen. Eine Frage gilt dann als korrekt beantwortet, wenn alle möglichen richtigen Antworten markiert sind.

Insgesamt müssen vier von sechs Fragen richtig beantwortet sein, damit zwei DFP-Punkte „Psychiatrie“ im Rahmen des Literaturstudiums anerkannt werden. Schicken Sie diese Seite entweder per Post oder Fax an:

Verlagshaus der Ärzte GmbH
z. H. Frau Claudia Chromy,
1010 Wien, Nibelungengasse 13,
Fax: 01/512 44 86/24
Einsendeschluss: 14. Jänner 2010
(Datum des Poststempels)

Fragen:

1) Die Burnout-Rate liegt bei helfenden Berufen wie etwa bei Ärzten zwischen (eine Antwort ist richtig)

- a) 10-30 Prozent
- b) 20-40 Prozent
- c) 30-50 Prozent
- d) über 70 Prozent

2) Die möglichen Ursachen von Burnout sind auf folgenden Ebenen zu finden: (drei Antworten sind richtig)

- a) Persönliche Ebene
- b) Berufliche Ebene
- c) Gesellschaftliche Ebene
- d) Gefühlsebene
- e) Genetische Ursachenebene

3) Die drei Kernitems des Burnout-Syndroms sind: (drei Antworten sind richtig)

- a) Emotionales Ausgebranntsein
- b) Depersonalisation
- c) Derealisation
- d) Subjektiver Leistungsabfall
- e) Depressive Verstimmung

4) Mögliche somatische Folgeerkrankungen eines Burnout sind: (zwei Antworten sind richtig)

- a) Pankreatitis
- b) Koronare Herzerkrankung
- c) Diabetes mellitus
- d) Tendopathien

5) Im Rahmen der Prävention spielen folgende Faktoren eine Rolle: (drei Antworten sind richtig)

- a) Berufliches Wiedereingliederungsmanagement
- b) Enttabuisierung von Burnout
- c) Humanökologische Unternehmensführung
- d) Antidementiva bei amnestischen Symptomen

6) Zu den fünf klassischen Antreibern zählt nicht: (eine Antwort ist richtig)

- a) Sei perfekt!
- b) Sei stark!
- c) Streng dich an!
- d) Entspanne dich!

Absender:

Bitte deutlich in Blockbuchstaben ausfüllen, da wir sonst die Einsendung nicht berücksichtigen können!

Name: _____

Strasse: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin
- Facharzt/Fachärztin für
- Ich besitze ein gültiges DFP-Diplom.

Altersgruppe:

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| < 30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | > 60 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Meine ÖÄK-Arztnummer:

						-		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

Bei Patienten mit Hypercholesterinämie, einschließlich Patienten mit KHK und/oder Diabetes

Für Patienten, die unter Statin-Monotherapie
das LDL-C-Ziel nicht erreicht haben

Helfen Sie mit, die Lücke zum LDL-C-Ziel zu schließen.



EZETROL[®]
(Ezetimib)

INEGY[®]
(Ezetimib/Simvastatin)

EZETROL[®]

ist mit folgender Regel (hellgelber Bereich RE2) verschreibbar:

Sekundärprävention bei klinisch manifester Atherosklerose und/oder Diabetes mellitus mit hohem kardiovaskulären Risiko in Kombination mit Statinen, wenn der LDL-Wert unter bestehender Statintherapie höher als 113mg/dl liegt, um einen LDL-Zielwert von 100mg/dl zu erreichen und zu halten.



INEGY[®]

ist leicht mit folgender Regel (hellgelber Bereich RE2) verschreibbar:

Sekundärprävention bei klinisch manifester Atherosklerose und/oder Diabetes mellitus mit hohem kardiovaskulären Risiko, wenn der LDL-Wert unter bestehender Statintherapie höher als 113mg/dl liegt, um einen LDL-Zielwert von ≤100mg/dl zu erreichen und zu halten.



Merck Sharp & Dohme Ges.m.b.H.
EURO PLAZA Gebäude G, 5. Stock
Am Euro Platz 2
A-1120 Wien

© Registered Trademark
© Urheberrechtlich geschützt für Merck Sharp & Dohme Corp., ein Unternehmen von Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, U.S.A.
10-2011-EZT-2010-AT-5040-J, Erstellt: Oktober 2010

Vor Verschreibung eines der erwähnten Arzneimittel beachten Sie bitte die vollständige, aktuelle Fachinformation.
Fachkurzinformation siehe Seite