

Burnout

Psychisch krank oder psychisch verletzt?



Prof. Dr. med. Wolfgang Sent

Unter dem Stichwort „Burnout“ mehren sich Berichte über eine dramatische Zunahme von schwerwiegenden psychischen Beeinträchtigungen und psychosomatischen Störungen, die in einen Zusammenhang zu belastenden Arbeits- und Lebenswelten gestellt werden. Eine Reihe prominenter Opfer von Tim Mälzer über Miriam Meckel bis zu Matthias Platzeck haben sich öffentlich dazu bekannt. Viele Fragen dazu werden

in wissenschaftlichen Publikationen vor allem aber in den Medien kontrovers diskutiert. Nehmen psychische Störungen zu und werden zunehmend Leistungsträger unserer Gesellschaft davon erfasst?

In Studien wird ein Anstieg psychischer Störungen festgestellt, der dem wachsenden Arbeitsdruck und ansteigenden Belastungen am Arbeitsplatz geschuldet sein soll. Es gibt danach Hinweise, dass mittlerweile rund zwölf Prozent aller Erwerbstätigen (Frauen 14,8 Prozent, Männer 10,0 Prozent) unter psychischer Belastung am Arbeitsplatz leiden sollen und es betreffe sogar jeden fünften Akademiker (Statistisches Bundesamt, 2010). In der Informations-technologie-Branche zeigen ein Viertel der Beschäftigten Anzeichen chronischer Erschöpfung: Von 331 Beschäftigten, die nach ihrer Belastungssituation befragt worden waren, gaben nur 29 Prozent der Teilnehmer an, nach der Arbeit problemlos abschalten zu können und nur noch 37 Prozent der IT-Spezialisten meinen, ihre Arbeit sei auf Dauer durchzuhalten (Gerlmaier et al. 2010 u. 2011). Nach einer Analyse der Bundespsychotherapeutenkammer hat sich die Zahl der Krankschreibungen infolge von psychischen Erkrankungen seit den 1990er Jahren verdoppelt, Elf Prozent aller Fehltage sollen auf das Konto psychischer Erkrankungen gehen. Gesundheitsberichte von Krankenkassen weisen auf einen relativen Anstieg psychischer Erkrankungen bei Krankschreibungen bei ansonsten sinkenden Fällen von Arbeitsunfähigkeit (AU). Aufgrund der deutlich höheren Krankheitsdauer liegen die AU-Tage bei psychischen Störungen an dritter bis vierter Stelle (Lademann et al. 2006). Das Gutachten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Kruse et al. 2012) zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland belegt den gestiegenen Behandlungsbedarf bei psychischen Erkran-

kungen: Danach sind 16,5 Prozent der Fehltage von Arbeitnehmern auf psychische Krankheiten zurückzuführen. Psychische Krankheiten dauern mit über 40 Krankheitstagen länger als alle anderen Erkrankungen und sind der häufigste Grund für Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Laut BKK Gesundheitsreport waren es 2009 38 Prozent der Frühverrentungen (BKK Gesundheitsreport 2010). Ab dem Alter von 14 Jahren soll bei 2,9 Prozent der Bevölkerung in Deutschland von einem Arzt schon einmal ein „Burnout“ diagnostiziert worden, was hochgerechnet rund 1,9 Millionen Menschen betreffen würde, 7,7 Prozent der Bevölkerung geben an, sich wie ausgebrannt zu fühlen, was hochgerechnet rund 5,1 Millionen betreffen würde (Apotheken Umschau, 2011).

Hinzu kommen dann noch alarmierende Zahlen aus einer aktuellen europaweiten Studie (Wittchen et al. 2011) nach der rund 38 Prozent (!) der Bevölkerung in Europa, also mehr als 160 Millionen Menschen, aktuell an einer psychischen oder psychosomatischen Krankheit leiden: Sieben Prozent an einer Depression, 13,5 Prozent an einer Angststörung, 6,3 Prozent an somatoformen Störungen, 2,4 Prozent an einer Alkoholabhängigkeit. Aber nur höchstens ein Drittel der Betroffenen wird rechtzeitig und angemessen behandelt. Das ergibt Kosten von rund 277 Billionen Euro mit steigender Tendenz.

Geht die Entwicklung hin zu einer psychisch kranken Gesellschaft?

Zur Beruhigung kann zuerst einmal festgestellt werden, dass insgesamt ein Anstieg psychischer Störungen innerhalb der Bevölkerung wissenschaftlich nicht belegt ist (Wittchen et al. 2011; Richter et al., 2008). Die schlechte Nachricht dabei ist aber, dass das bemerkenswerte hohe Vorkommen psychischer und psychosomatischer Störungen offenbar schon lange besteht, ohne dass diese Tatsache bisher eine ähnlich starke öffentliche oder gesundheitspolitische Aufmerksamkeit gefunden hat wie der so genannte „Burnout“. Deshalb ist es zu begrüßen, dass sich inzwischen die öffentliche Aufmerksamkeit verstärkt auf die Realität psychischer und psychosomatischer Erkrankungen und Störungen in unserer Gesellschaft richtet. Daran zeigt sich auch eine zunehmende *Entstigmatisierung* psychischer Erkrankungen. Betroffene Menschen scheuen sich offenbar nicht mehr so sehr, sich öffentlich als „psychisch krank“ zu „outen“ und für sich Hilfe einzufordern. Bei dem als dramatisch verkündeten „Anstieg“ geht es offenbar mehr um eine „gefühlte“ Zunahme von psychischen Störungen bei einer schon lange bestehenden und durchaus besorgniserregenden Prävalenz psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Bei dieser *gefühlten Zunahme* spielt der Begriff des *Burnout* eine wichtige Rolle: Damit tun sich viele Menschen leichter als mit einer psychiatrischen Diagnose. Das *Bekennen* „ich habe einen Burnout“ ist offenbar einfacher als das *Geständnis* „ich habe eine Depression“. So sehr es den Hilfesuchenden leichter fällt, damit zum „Psychiater“, zum „Psychologen“ oder zum „Psychotherapeuten“ zu gehen, so wenig brauchbar ist dieser Begriff allerdings für die medizinische Praxis.

Was ist eigentlich gemeint, wenn ein Patient mit einem „Burnout“ kommt?

Tatsache ist, dass wir in der klinischen Praxis häufig mit Menschen konfrontiert sind, die sich erschöpft fühlen, depressiv verstimmt sind, an Schlafstörungen, insbesondere Durchschlafstörungen leiden, ständig ins Grübeln kommen, keine Zukunft mehr für sich sehen, kein Selbstvertrauen mehr haben oder Angst haben, ihre Fähigkeiten zu verlieren. Sie können sich nicht mehr richtig freuen, ziehen sich zurück, entwickeln Ängste vor der Arbeit und vor sozialen Kontakten. Sie verstehen sich und die Welt nicht mehr: „In einem solchen Zustand war ich noch nie.“ Die Betroffenen fühlen sich *psychisch krank* und nicht mehr leistungsfähig, sie haben deswegen neben der Angst oft auch Schuldgefühle, „versagt zu haben“. In solchen Fällen ist schnell von einem *Burnout* die Rede. Dazu ein typisches Fallbeispiel:

Herr A., Ingenieur, 47 Jahre alt, ist seit 15 Jahren als Spezialist in einem mittelständischen Betrieb für Sondermaschinenbau beschäftigt. Er ist verheiratet, ein Kind, die Ehefrau ist in Teilzeit tätig. Er kommt mit der hausärztlichen Diagnose Depression. Klinisch fühlt er sich depressiv, erschöpft, er hat Durchschlafstörungen, grübelt häufig, kann sich nicht mehr richtig freuen, entwickelt Ängste vor der Arbeit und will gar nicht mehr hingehen. Er war nie zuvor krank. Er hat sich unter Schuldgefühlen krankschreiben lassen. Er hat einen solchen Zustand noch nie erlebt. Es sind keine depressiven Erkrankungen in der Familie bekannt. Begonnen haben die Beschwerden etwa ein Jahr zuvor, sie haben sich immer mehr gesteigert. Im Umfeld des Beschwerdebeginns hat Herr A. ein Projekt nicht erfolgreich abschließen können. Er hat Fehler gemacht, zum ersten Mal in seiner Berufslaufbahn, wie er betont. Jetzt hat er starke Zweifel, ob er den Anforderungen seiner beruflichen Tätigkeit noch gewachsen ist, starke Schuldgefühle, die Projekte nicht mehr mit der gewohnten Zuverlässigkeit durchführen zu können. Es kommen Existenzängste auf, dass er „wegen meines Versagens“ und wegen „der Depression“ gekündigt werden könnte. Herr A. sieht die Schuld ganz auf seiner Seite, er sei eben nicht mehr so leistungsfähig. Bei näherer Betrachtung zeigt sich der folgende Sachverhalt. Die Firma, in der Herr A. tätig ist, stellt Sondermaschinen her, die eigens nach den Bedürfnissen der Kunden konstruiert werden. Diese Konstruktion war die Aufgabe von Herrn A., die er zu seiner und aller Zufriedenheit über Jahre kreativ erfüllt hat. Durch die Wirtschaftskrise ist es zu personellen Einsparungen gekommen, und Herr A. musste für seine Projekte sowohl Projektleiter als auch Konstrukteur sein. Gleichzeitig hat er einen ihm zuarbeitenden, erfahrenen Mitarbeiter abgeben müssen. Herr A. hat diese Aufgaben mit seiner Multitasking-Begabung und seinen sehr guten persönlichen Ressourcen gut geleistet, bis auf das Projekt, das ihm nicht so gelungen war, wie er das von sich erwartet. Sein Chef meint „Das schaffst Du schon!“

Klinisch handelt es sich bei Herrn A trotz der heftigen depressiven Symptomatik nicht um eine Depression, sondern um eine Anpassungsstörung (AS), hier infolge der besonderen Belastungen in der Arbeitssituation. Das Problem für Herrn A. ist nicht „persönliches Versagen“, sondern die Tatsache, dass er seine sehr guten Fähigkeiten nicht mehr angemessen nutzen kann, da die äußeren Anforderungen seine guten Ressourcen schlicht überfordern. Herr A. befindet sich in einem unlös-

baren aktuellen Konflikt (Aktualkonflikt): Er muss als Projektleiter den Konstrukteur aus ökonomischen Gründen antreiben („Die Kunden drängen!“) und sich als Konstrukteur dagegen wehren, deswegen schlechte Arbeit abzuliefern („Das ist aber noch nicht optimal!“). Zusätzlich spielt sich das ganze nicht etwa zwischen zwei unabhängigen Personen ab, sondern in ihm selbst.

Die Aufklärung über diesen Sachverhalt, die Klärung, dass das „Versagen“ nichts zu tun hat mit einem von ihm verschuldeten oder durch eine psychische Erkrankung bedingten Leistungsabfall, sondern der unzumutbaren und für ihn auf Dauer nicht lösbaren Rahmenbedingung geschuldet ist, hat Herrn A. schon in dem Erstgespräch entlastet. Weitere (nicht medikamentöse) klinische Maßnahmen wie Stabilisierungsübungen haben rasch zu einer deutlichen Besserung der Symptome geführt.

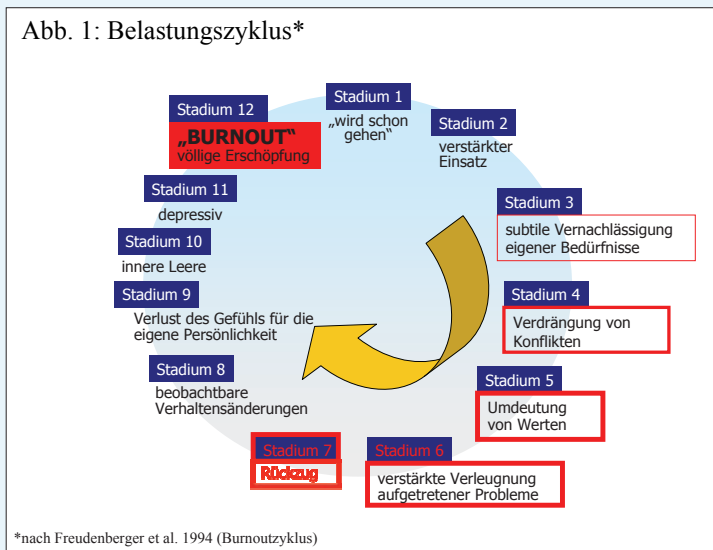
Ein Beispiel für eine *Stabilisierungsübung* ist die Betroffenen aufzufordern, sich in der Fantasie einen Tresor an einem gut zugänglichen aber nicht zu offenen Platz vorzustellen, in den sie die sich aufdrängenden schlechten Gedanken wegsperren sollen und den sie danach fest verschließen. Sie werden dann im zweiten Schritt aufgefordert, sich an eine schöne und entspannte Situation zu erinnern, die ruhig weiter zurück liegen kann, und mit dem Bild der guten Situation auch das damit verbundene gute Gefühl im Erleben zu aktivieren. Dieses vorgestellte Bild sollen sie dann in der Fantasie in einen Bilderrahmen geben und diesen in einem nicht zu weiten Abstand neben dem Tresor an die Wand hängen. Immer wenn die ungunstigen Gedanken aufkommen und im Kopf zu kreisen beginnen soll diese Übung erfolgen. Diese Stabilisierungsübung ist in den meisten Fällen wirksam und führt zu Entspannung und Entlastung.

Herr A. konnte diese Stabilisierungstechnik gut für sich nutzen. In den nachfolgenden Gesprächen wurde er ermutigt, mit seinem Chef über seine Überlastungen zu sprechen und von diesem zu fordern, ihm wieder einen Mitarbeiter für die Konstruktion zuzuweisen. Darüber hinaus wurde er ermutigt, sich einmal auf dem Arbeitsmarkt umzusehen, der für Herrn A. mit seiner Qualifikation durchaus günstig war. Er realisierte dabei, dass es für ihn durchaus gute Alternativen gibt. Alle diese Maßnahmen führten zu einer weiteren Besserung. „Ich bin wieder ich selbst“, sagte Herr A., er hatte sich wieder eine Perspektive eröffnet, indem er als eine aktive und lösungsorientierte Person seine Selbstwirksamkeit zurück gewonnen hatte und seine guten Ressourcen wieder nutzen konnte.

Um was geht es bei einem „Burnout“?

Allgemein gesprochen handelt es sich um einen Zustand der *physischen und mentalen Erschöpfung* („der Akku ist leer“), in dem die Betroffenen nahezu immer ausgeprägte depressive Symptombildungen erleben. Für diesen psychopathologischen Zustand, der sich hinweg über einen längeren Zeitraum von andauerndem Stress und übermäßiger Anstrengung entwickelt und dann zu dem Zustand völliger Erschöpfung („ich bin völlig zusammengebrochen“) aufgrund von Überforderungen führt, hat Freudenberg 1974 als erster den Begriff „*Burnout*“ benutzt (Freudenberg & North, 1994). Diese Entwicklung bis zu einem „*Burnout*“ kann mit einem Belastungszyklus gut beschrieben werden (Abb. 1).

Abb. 1: Belastungszyklus*



Die Anfangsstadien „wird schon gehen“, obwohl die Überforderung schon spürbar ist, und „verstärkter Einsatz“ durch Erweiterung oder Intensivierung der Arbeitszeiten, was meist mit einer gewissen Vernachlässigung eigener Bedürfnisse einhergeht, kennt nahezu jeder aus Zeiten vor Prüfungen oder in angespannten Arbeitssituationen. Das sind dann vorübergehende Zustände, denen eine Erholungsphase folgt. Kritisch wird es dann, wenn es zu einer anhaltenden „subtilen Vernachlässigung eigener Bedürfnisse“ kommt, also zu einer zunehmenden Fokussierung auf die zu bewältigenden Aufgaben, für die es keine absehbare Erledigung gibt. Die Vernachlässigung betrifft das Zurückstellen von Hobbys oder von Unternehmungen mit der Familie oder das Treffen mit Freunden („Geht ihr mal alleine los, ich muss noch arbeiten“ – „Für die Skatrunde habe ich einfach keine Zeit“). Folgt diesem Stadium die „Verdrängung von Konflikten“ („Ist das Problem mit den Kindern wirklich so wichtig?“ – „Ich kann gar nicht verstehen, warum du so verstimmt bist“), dann ist der Prozess der chronischen Überlastung schon weit fortgeschritten. Es folgen dann meist rasch das „Umdeuten von Werten“ und die beharrliche und umfassende „Verleugnung von Problemen“, was dann nahezu immer in einen weitgehenden sozialen „Rückzug“ mündet. Dann ist der Schritt zur Entwicklung psychopathologischer Symptome nicht mehr weit.

Dieser Belastungszyklus macht deutlich, dass es grundsätzlich um das Verhältnis von Anforderung (Belastung) und Bewältigung geht (Abb. 2), das im günstigen Fall in einer ausgewogenen Balance ist (Senf et al., im Druck; Senf et al., 2012). Bei ausreichend guten Voraussetzungen können auch größere Anforderungen und Belastungen durch die Mobilisierung innerer oder äußerer Ressourcen (Resilienz) bewältigt werden.

Warum tritt ein „Burnout“ auf?

Das Auftreten einer psychischen Störung kann prinzipiell zuerst einmal als Folge einer Störung dieser Balance betrachtet werden. Tritt eine psychische Störung auf, so ist zuerst einmal zu fragen, wodurch diese Balance gestört worden ist. In der Diagnostik stellt sich damit primär die Frage nach der symptomauslösenden Situation: Warum kann eine aktuelle Belastung von dem Patienten nicht bewältigt werden? Weiterhin stellen sich die folgenden Fragen:

- Wodurch ist die Balance zwischen Anforderung und Bewältigung ggf. so nachhaltig gestört?
- Ist es Folge einer so starken Belastung, dass sie selbst von einem gesunden Menschen nur schwer oder nicht bewältigt werden kann, wie z. B. bei einer Anpassungsstörung, einer akuten Belastungsreaktion oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung?
- Oder ist es die Folge von Vulnerabilität, durch welche die Bewältigungsmöglichkeiten für den Patienten rasch eingeschränkt sind, z. B. durch die Disposition zu einer psychiatrischen oder psychosomatischen Erkrankung?
- Oder finden sich traumatische Erfahrungen in der Biografie, die durch die aktuellen Ereignisse und Belastungen aktualisiert worden sind?

Klinisch interessiert ebenso die Frage nach der Resilienz:

- Warum ist die Störung erst jetzt aufgetreten und nicht schon früher?
- Was hat den betroffenen Menschen geschützt, gibt es protektive Faktoren und was hat das mit den Ressourcen des Patienten zu tun?

Vor diesem Hintergrund ist das so genannte „Burnout“ primär als Folge einer so starken Belastung zu verstehen, die selbst von einem gesunden Menschen nur schwer oder nicht bewältigt werden kann (Abb. 3).

Abb. 2: Anforderung (Belastung) und Bewältigung

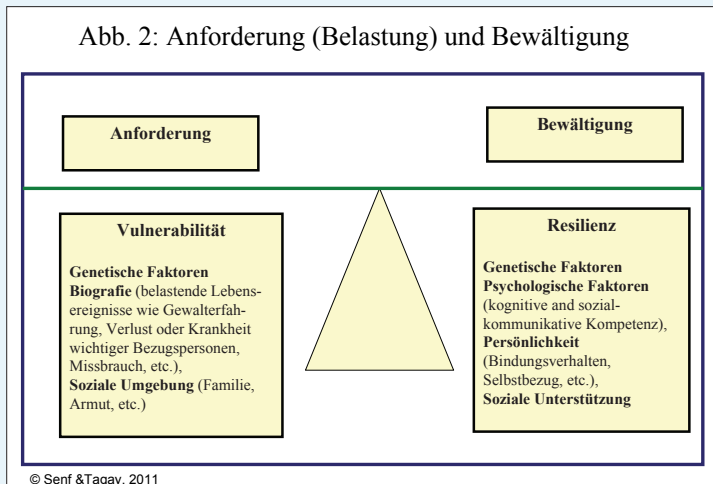
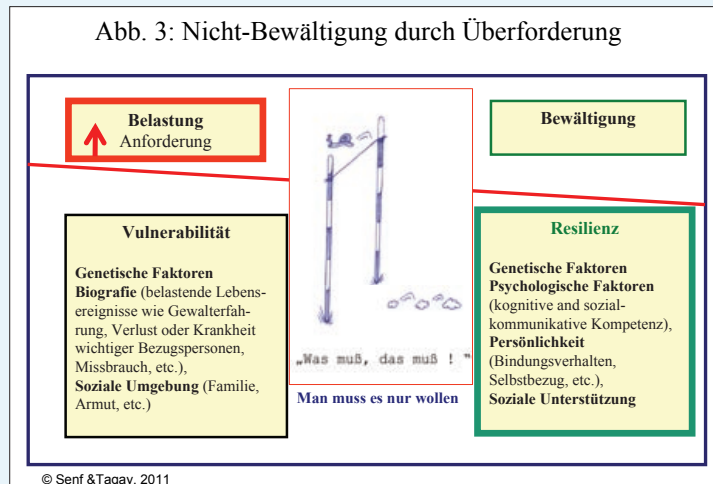


Abb. 3: Nicht-Bewältigung durch Überforderung



Mit dem folgenden Bild können Betroffene schnell begreifen, um was es geht: „Stellen Sie sich einmal vor, Sie sind Weltmeister im Hochsprung. Nun erhöht irgendjemand in kleinen Schritten die Latte, ohne dass Sie das bemerken. Sie strengen sich immer mehr an, schaffen es immer gerade noch bis zur Erschöpfung und müssen dann bei anwachsender Erschöpfung feststellen dass Sie zu dem, was Sie bisher immer geschafft haben, nicht mehr fähig sind. Wem geben Sie dann die Schuld? Natürlich sich selbst. Die wird in der Regel immer bei sich selbst gesucht. Und wer ist wirklich schuld? Doch derjenige, der die Messlatte langsam immer höher geschraubt hat! Wie ist das nun bei Ihnen?“

Das ist das *Grundmuster* bei einem typischen so genannten „Burnout“: Es betrifft in der Regel aktive und lösungsorientierte Menschen mit guten Ressourcen und ehrgeizigen Zielen bei primär gesunder Persönlichkeit. Bei anwachsenden Anforderungen geraten sie in den *Belastungszyklus* (Abb. 1) ohne erkennen zu können, dass die gestellten Anforderungen auf längere Dauer objektiv nicht zu bewältigen sind. Subjektiv sind sie der Meinung, das müsse mit vermehrter Anstrengung doch zu schaffen sein. Kommen bestimmte Persönlichkeitszüge hinzu (z. B. Perfektionismus, Idealismus, Helfersyndrom, nicht nein sagen können), dann steigt das Risiko vor allem dann, wenn die Arbeits- und/oder Lebenssituation darauf angelegt ist, immer weiter Höchstleistungen abzurufen, ohne Rücksicht auf die natürlichen Grenzen der Ressourcen von Mitarbeitern zu nehmen.

„Gut sein“ als Risiko

Unter diesem Gesichtspunkt kann „gut sein“ sogar zum Risiko werden. Anforderungen, die nicht zu bewältigen sind, ohne dass das von den Betroffenen erkannt wird und ohne dass sie entsprechend gegenregulieren können, führen zu immer größeren Anstrengungen bis die Betroffenen ihre Selbstwirksamkeit verlieren und damit ihre persönlichen Perspektiven. Ein Fallbeispiel:

Frau A. ist eine junge Ärztin im dritten Jahr ihrer Facharztweiterbildung an einem großen Krankenhaus in privater Trägerschaft. Die begabte junge Frau ist zugleich Musikerin und darauf bedacht, abends nicht zu spät aus der Klinik zu kommen, um sich ihrer Musik und ihrer Band widmen zu können. Wegen der Personalknappheit in der Klinik sind Überstunden die Regel, wenn die anstehenden alltäglichen Aufgaben erfüllt werden wollen. Die junge Ärztin profitiert von ihrem Multitasking-Vermögen, so dokumentiert sie z. B. während der Visite mit dem Oberarzt mit dem Handheld in dem Krankenhausinformationssystem den Befund und schreibt gleichzeitig schon den Arztbrief, den die Sekretärin dann nur noch ausdrucken muss. Das erspart ihr das nachträgliche Abarbeiten dieser Aufgabe. Ihre Stationsarbeit erledigt sie sofort und sie lässt nichts liegen. Dem Chef entgeht nicht, dass die junge Mitarbeiterin ihre Aufgaben zu aller Zufriedenheit löst, und sie dennoch weniger Überstunden macht als Ihre Kolleginnen und Kollegen, obwohl sie durchaus mehr Aufgaben übernimmt und sich keineswegs irgendwelchen Anforderungen verweigert. Der Chef weiß auch von ihrer Musik; er hat anlässlich einer wissenschaftlichen Tagung auf dem Tagungsfest von ihrer Band profitiert und dabei selbstgefällig festgestellt: „Was habe ich für begabte Leute.“ Er teilt ihr aber immer

mehr Aufgaben zu („das kann die schon“) und verbrämt das damit, sie persönlich fördern zu wollen, anstatt seiner Mitarbeiterin den Freiraum zu gewähren, den sie sich durch ihr „gut sein“ schaffen möchte. Es kommt, wie es kommen musste: Die junge Ärztin gerät an den Rand eines so genannten „Burnout“, sie musste sich krank schreiben lassen. Frau A. ließ sich psychotherapeutisch beraten und sie erkannte dabei, dass das „Versagen“ nicht an ihr und an fehlenden Fähigkeiten lag, sondern an den sie zunehmend überfordernden Arbeitsbedingungen. Sie rettete sich damit, dass sie kündigte.

Das ist kein seltenes Beispiel. Die Therapie kann in diesen Fällen alleine darin bestehen, die Anforderungen auf ein angemessenes Maß zu reduzieren und damit den Betroffenen als aktive und lösungsorientierte Personen ihre Selbstwirksamkeit wieder zurück zu geben, damit sie ihre guten Ressourcen wieder nutzen können.

Alles „Burnout“?

Dieses Grundmuster ist natürlich zu variieren, wenn es bei einem Betroffenen nicht um eine primär gesunde Persönlichkeit handelt, wenn also eine Vulnerabilität vorliegt. Dazu ein Fallbeispiel:

Frau B., 50 Jahre alt, Modedesignerin, kommt nach einem Klinikaufenthalt mit der Diagnose „Burnout“ zur Fortsetzung der Behandlung, da die Krankenkasse den einen stationären Aufenthalt nicht weiter finanzieren wollte. Die sechswöchige stationäre Psychotherapie hatte zwar zu einer gewissen Entlastung geführt, jedoch nicht zu einer deutlichen Besserung der ausgeprägten depressiven Symptome. Die Einnahme von Antidepressiva lehnt sie ab. Frau B. selbst ist von einem Burnout überzeugt, das sei ihr auch in der Klinik bestätigt worden, diese Diagnose findet sich auch in dem Entlassbrief. Sie schildert anwachsende Belastungen in den letzten zehn Berufsjahren als Modedesignerin bei großen Modelabels. Sie sei deswegen auch nicht in der Lage gewesen, sich in eine Partnerschaft einzulassen. Sie habe wegen dieser Überlastungen ihre Stelle gekündigt, weil sie sich morgens kaum mehr dazu aufraffen konnte, zur Arbeit zu gehen und es zu Fehlern und zu Fehlzeiten gekommen sei, was sie dem dortigen „unmenschlichen Stress“ zuschreibt. Sie hat sich selbstständig gemacht und dann mit Schrecken festgestellt, dass sich ihr psychischer Zustand nicht gebessert sondern noch verschlimmert hat.

Bei der klinischen Untersuchung wurde bald klar, dass es nicht alleine die durchaus sehr stressbelastet Arbeitssituation war, sondern dass sich bei Frau B. nach einer Trennung aus einer langjährigen ambivalenten Partnerbeziehung eine zunehmend stärker werdende typische depressive Symptomatik entwickelt hatte mit morgendlichem Tief, Schlafstörungen, Grübeln, existenziellen Sorgen, sozialem Rückzug, Gewichtsverlust, Freudlosigkeit etc. Solche Zustände hatte Frau B. schon mehrfach in Belastungssituationen, wie Prüfungen und vor allem Trennungen. Der biographische Rückblick offenbarte, dass Frau B. in Kindheit und Jugend erheblichen Belastungen ausgesetzt war und sie zu depressivem Rückzug neigte. Zudem gab es depressive Erkrankungen in der Familie.

In diesem Fall wurde offensichtlich, dass eine depressive Erkrankung vorlag, was die Patientin aber nicht für sich akzeptieren wollte. Hier spielten die äußeren Umstände zwar auch eine Rolle bei der

Störung der Balance zwischen Anforderung und Bewältigung, das größere Gewicht kam aber der individuellen Vulnerabilität zu, also der sich aus einer Krankheitsdisposition entwickelnden depressiven Erkrankung, was natürlich zunehmend zu einer Überforderung führte, aber schon bei Anforderungen, die von einem durchschnittlich gesunden Menschen bewältigt werden konnten.

Die Fallbeispiele zeigen, wie wichtig es ist, klinisch sehr genau zu untersuchen, was zu der Störung der Balance von Anforderung und Bewältigung geführt hat. Dazu gehört auch eine umfassende Orientierung über die Biografie der Betroffenen. Gab es schon früher „Zusammenbrüche“ ohne erkennbare schwerwiegende Belastungen, etwa alleine ausgelöst durch typische Schwellenanforderungen, die jeder Mensch bewältigen muss, wie Einschulung, Abschlussprüfungen, Auszug aus dem Elternhaus oder erste Beziehungen. Oder sind doch schwerwiegende Belastungen und Überforderungen in der Kindheit festzustellen, wie Gewalterfahrung, Vernachlässigung oder Missbrauch. Zur Orientierung darüber hilft der so genannte „*Klapperstorchtest*“ mit der folgenden Frage: „*Wissen Sie was der Klapperstorch macht? Er bringt die kleinen Kinder in die Familie. Hat der Klapperstorch Sie an der richtigen Tür abgesetzt?*“ Die Antworten sind manchmal verblüffend: Ein „ja“ trotz offensichtlicher schwerer Beeinträchtigungen ist ein Hinweis auf protektive Faktoren und Resilienzen, die für die Bewertung der akuten psychischen Störung wichtig sein können. Entsprechen ist ein „nein, er hätte weiter fliegen sollen“ ein Hinweis auf Belastungen, die noch nicht erkennbar sind.

Klinik des „Burnout“: Psychisch krank oder psychisch verletzt?

Bei dem so genannten „Burnout“ handelt es sich um einen sehr komplexen Sachverhalt, der aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten ist (Wilms et. al., 2009). Mit dem ICD-10 Code Z-73 (Diagnoseziffer Z73.0 ICD-10 „Probleme mit der Lebensführung“) bekommt das *Burnout-Syndrom* medizinisch zwar einen „Krankheitswert“, ist aber keine anerkannte somatische oder psychiatrische Krankheit. Es ist auch weitgehend unklar, ob bei der Diagnose eines Burnout-Syndroms der ICD-10 Code Z-73 verwendet wird oder ob auf andere Diagnosen (wie z. B. Depression) ausgewichen wird. Die Experten streiten sich noch über die Zuordnung: Handelt es sich um ein „neues“ Krankheitsbild, geschuldet der modernen Arbeits- und Lebenswelt - ähnlich wie bei dem Aufkommen der bis dahin weitgehend unbekanntenen Bulimie in der 80er Jahren - oder handelt es sich um eine spezielle Ausprägung einer psychiatrischen Depression?

Aufgrund der ähnlichen oder überlappenden Symptome ist die differentialdiagnostische Abgrenzung zwischen dem so genannten „Burnout“ und insbesondere Depressionen manchmal schwierig, wie sich an den Kasuistiken zeigt. Es bestehen aber deutliche Unterschiede.

„*Burnout*“ steht kausal im Zusammenhang mit chronischen (beruflichen) Stressoren und ist keine medizinisch definierte psychische Erkrankung. *Depressive Erkrankungen* sind medizinisch definierte psychische Erkrankungen, die nicht alleine auf eine berufliche Belastung reduziert werden können, sondern abhängig sind von

endogenen (neurobiologischen) Vulnerabilitäten und von exogenen Faktoren. Differentialdiagnostischer Abgrenzung bedarf es auch gegenüber klinisch definierten Schlafstörungen, Angststörungen, Neurasthenie oder Abhängigkeitssyndromen. Das alles macht erforderlich, dass Betroffene mit einem „Burnout“ in jedem Fall von einem Facharzt für Psychiatrie oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie untersucht werden.

Auf dem *Grundmodell von Anforderung und Bewältigung* bietet es sich an, das „Burnout-Syndrom“ als eine *Anpassungsstörung* nach (ICD-10 F43.2) aufzufassen, also als schwerwiegende psychische Beeinträchtigungen und Störungen, die auch bei primär psychisch und körperlich gesunden Menschen auftreten können. Nach der ICD-10-Definition resultiert eine Anpassungsstörung aus Belastungen, welche die Unversehrtheit des sozialen Netzes, das weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder soziale Werte betreffen, z. B. nach einem Trennungserlebnis, nach einem Trauerfall (was auch in eine komplexe Trauerreaktion münden kann), nach Emigration oder Flucht. Es handelt sich um Zustände nach einer entscheidenden Lebensveränderung, nach einem belastenden Lebensereignis oder auch nach schwerer körperlicher Krankheit, bei denen die gedankliche und emotionale Fixierung auf ein so genanntes Indexerlebnis zentral ist, z. B. die plötzliche Beendigung einer Liebesbeziehung, der Verlust des Arbeitsplatzes, ein operativer Eingriff oder eine schwere körperliche Krankheit wie Krebs oder AIDS. Die Symptomatik ist geringer ausgeprägt und erfüllt nicht die Kriterien für eine spezifische Störung wie eine Akute Belastungsreaktion nach ICD-10 F43.0 oder eine Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), eine depressive Episode oder eine Panikstörung.

Der Zustand eines „*Burnout*“ entspricht damit mehr einer „*psychischen Verletzung*“, die durch äußere Umstände hervorgerufen wird, die den betroffenen Menschen über einen längeren Zeitraum oder in einer aktuell empfindlichen Situation überfordern und dadurch „verletzen“. Das Modell schließt natürlich nicht aus, dass durch diese „Verletzungen“ vormalige psychische Störungen sowie psychiatrische oder psychosomatische Erkrankungen reaktiviert werden können. Eine psychische „Verletzung“ heilt aber in der Regel aus, wenn die Überlastungen beseitigt sind und der betroffene Mensch seinen Handlungsspielraum zurück gewonnen hat. Die Heilung erfolgt allerdings oft mit einer „*psychischen Narbenbildung*“ im Sinne einer deutlichen Empfindlichkeit gegenüber ähnlichen Situationen, die zu dem „Burnout“ – also der Anpassungsstörung - geführt haben.

„Burnout“ – oder?

Den Zustand eines so genannten „Burnout“ - wobei der Begriff für die Betroffenen aus schon genannten Gründen durchaus weiter in Verwendung bleiben sollte - als *Anpassungsstörung* (Simmen-Janevska et. al. 2011) aufzufassen, bringt einige diagnostische und therapeutische Vorteile.

Diagnostisch erlaubt es zu verstehen, warum diese oft heftige psychische Störung gerade primär gesunde Leistungsträger betrifft, um nochmals auf die eingangs genannten prominenten „Opfer“ hinzuweisen. Diese Auffassung verortet die „Schuld“ nicht alleine in den Betroffenen, sondern erfordert eine Veränderung der krankmachenden Umstände. Das ist übrigens oftmals eine schwierige

therapeutische Aufgabe, nämlich den Betroffenen klar zu machen, dass sie jetzt mit Ihrem Chef oder der Geschäftsführung darüber sprechen müssen, wie die Überlastungen abzustellen sind. Offenbar wächst dafür ein öffentliches Bewusstsein, wie die Aktivitäten vieler Industriefirmen zeigen, wie z. B. die Einrichtung *psychosomatischer Sprechstunden* in Firmen und Industriebetrieben (Rothermund et. al. 2012). Diagnostik heißt hier, über den medizinischen Tellerrand zu schauen, ohne die medizinische Sorgfalt einer Differentialdiagnostik aufzugeben. Ohne eine genaue Analyse der aktuellen beruflichen und persönlichen Lebensumstände ist diese Diagnose nicht zu stellen und zugleich muss jede Person mit einem „Burnout“ von einem psychiatrischen oder psychosomatischen Facharzt gesehen werden!

Was ist zu tun?

Therapeutisch sind die Betroffenen zuerst über die Sachverhalte aufzuklären, damit sie den ihnen bis dahin „unbegreiflichen“ Zustand verstehen lernen. Ein erster Schritt ist die Förderung von *Selbstmanagement* und *Selbstwirksamkeit*, womit schon die primären Zielsetzungen der psychotherapeutischen Intervention genannt sind. Statt der sofortigen Gabe von Psychopharmaka, was wegen der Möglichkeit einer Kontraindikation genau geprüft werden muss, sind meist so genannte Stabilisierungsübungen (siehe Fall Herr A.) zur Förderung von Selbstmanagement und Selbstwirksamkeit hilfreich (z. B. Sicherer Ort, Innerer Wohlfühlort, Blauer Mantel) (Möllering im Druck). Dann sind die Betroffenen durch Krankschreibung aus der Belastungssituation für einen ausreichenden Zeitraum herauszunehmen. In unkomplizierten Fällen kann es in drei bis vier Wochen mit einer ambulanten Psychotherapie zu einer weitgehenden psychischen Stabilisierung kommen. Eine dann anstehende Aufgabe ist die Veränderung der „krankmachenden“ Umstände.

Bei komplizierten Fällen etwa durch zusätzliche ungünstige aktuelle Umstände (familiäre Probleme, Schulden, etc.), durch komorbide psychische Störungen und psychiatrische, psychosomatische oder auch somatische Erkrankungen oder dadurch, dass die aktuell belastenden Umstände schlicht nicht zu beeinflussen sind, kann eine stationäre psychotherapeutische Behandlung in einer darauf spezialisierten Klinik notwendig sein. Oft muss sich dann eine längere ambulante Psychotherapie anschließen (z. B. Fall Frau B).

Was hier therapeutisch eigentlich recht einfach klingt, beinhaltet ein schwerwiegendes Problem: Die ausreichend schnelle Verfügbarkeit kompetenter psychotherapeutischer Hilfe. Die sehr langen Wartezeiten für eine psychotherapeutische Behandlung sind hinreichend bekannt und es ist auch dann, wenn ein Platz angeboten wird, nicht immer die richtige therapeutische Intervention hinreichend sicher gestellt. Das hat mit der Struktur des psychotherapeutischen Versorgungssystems zu tun. Es bedarf einer wesentlich schnelleren und niederschwelligeren Zugänglichkeit zu psychotherapeutischer Hilfe und vermehrt kurzzeittherapeutischer Behandlungsangebote (Stein et al. 2012). Dazu gibt es aber schon einige Ansätze wie z. B. die psychosomatische Sprechstunde in Betrieben oder spezialisierte Ambulanzen in Kliniken oder medizinischen Versorgungszentren. Es bedarf aber vor allem der gesundheitspolitischen Umsetzung.

Kann man sich vor „Burnout“ schützen?

Vor einem „Burnout“ kann man sich durchaus schützen. Zuerst hilft es, für sich selbst oder für seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den *Belastungszyklus* zu beachten. Wie weiter oben schon dargelegt gibt der Belastungszyklus Hinweise, wann Handlungsbedarf zur Abwendung eines „Burnout“ besteht. Das gilt nicht nur für potentiell Betroffene, sondern auch für verantwortliche Führungskräfte, die frühzeitig erkennen müssen, wann die Arbeitsanforderungen für welche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein Risiko sein können (siehe *Fall Frau A.*). Mitarbeiter sind zunehmend psychisch durch eine wachsende Anzahl von Aufgaben an parallelen Projekten und nicht selten in wechselnden Arbeitsgruppen beansprucht. Manche Betriebe haben deswegen für ihre Mitarbeiter niederschwellige psychosomatische Sprechstunden zusätzlich zu Stressbewältigungsprogrammen in der betrieblichen Gesundheitsfürsorge eingeführt. Der Vorteil liegt darin, dass schon frühzeitig Symptome wie Schlafstörungen, innere Unruhe, Gereiztheit, Müdigkeit und Erschöpfung thematisiert, medizinisch abgeklärt und früh behandelt werden können. Dadurch können die Manifestation einer psychischen Erkrankung verhindert, schweren Verläufe vorgebeugt und Chronifizierung vermieden werden.

Und was wenn?

Anpassungsstörungen sind bei raschem Behandlungsbeginn gut zu behandeln. Dazu muss aber eine schnelle und sichere Diagnostik erfolgen. Notwendige Behandlungsmaßnahmen sind mit dem Fall Herr A. schon beschrieben: vorübergehende *Herausnahme aus dem Konfliktfeld* etwa durch Krankschreibung, *Aufklärung über die Ursachen* der akuten Erkrankung im aufgezeigten Kontext von *Anforderung und Bewältigung*, psychische *Stabilisierung* durch entsprechende Interventionstechniken und erarbeiten von Handlungsalternativen zur Stärkung der *Selbstwirksamkeit*.

Das ist unvereinbar mit den langen Wartezeiten (Deutsches Ärzteblatt 2011; Kruse et. al. 2012) auf eine Psychotherapie. Das ambulante Versorgungssystem muss diese Patienten früher auffangen, denn lange Wartezeiten verschlimmern die Erkrankung und die Lebensqualität. Das bisherige Versorgungssystem muss schneller für Betroffene zugänglich sein. Die Unter-, Fehl- und Mangelversorgung für psychische Störungen muss beseitigt werden. Das wird aber nicht erreicht durch ein größeres Angebot an Psychotherapie. Hierzu ist primär eine Optimierung der vorhandenen Ressourcen ärztlicher Psychotherapie in unserem weltweit schon besten psychotherapeutischen Versorgungssystem vonnöten.

Das *Modell der Kurzzeitintervention* mit zunächst begrenzten Therapiesitzungen sollte in der ambulanten psychischen Versorgung häufiger Anwendung finden. Und je nach Bedarf können Arzt und Patient sich danach für weitere Maßnahmen entscheiden. Die Sprechstunde im Betrieb ist ein geeignetes Modell für eine bessere Erreichbarkeit psychotherapeutischer Hilfe, dadurch dass die betroffenen Menschen vor Ort eine direkte erste Hilfe bekommen. Es sollten aber auch offene Sprechstunden in psychosomatischen Facharztpraxen und Ambulanzen an den psychosomatischen Kliniken gefördert werden, da sie eine direkte Zugänglichkeit für Betroffene erlauben.

Prof. Dr. med. Wolfgang Senf

Literatur:

- BKK Gesundheitsreport 2010: Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft (Bundesverband der Betriebskrankenkassen) 11/2010. Online Publikation
- Deutsches Ärzteblatt.online/Nachrichten, 14.02.2011, Zweieinhalb Monate Wartezeit für eine Psychotherapie
- Freudenberger H, North G: Burn-out bei Frauen. Über das Gefühl des Ausgebranntseins. Frankfurt a. M.: Fischer 1994
- Gerlmaier A, Kümmerling A, Latniak E: Gesund altern in High-Tech-Branchen? Im Spannungsfeld von Innovation und Intensivierung, IAQ-Report 2010
- Gerlmaier A, Latniak E (Hrsg.): Burnout in der IT-Branche: Ursachen und betriebliche Prävention. Kröning: Asanger 2011
- Körner T, Puch K, Wingerter C: Wie wir arbeiten. Indikatorenbericht zur Qualität der Erwerbstätigkeit, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2010
- Kruse H, Herzog W: Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz. Gutachten im Auftrag der der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) 2012
- Lademann J, Mertesacker H, Gebhardt B: Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. Psychotherapeutenjournal 2006
- Möllering A: Stabilisierungstechniken. In: Senf W, Broda M, Wilms B (Hrsg.): Technik der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme 2013 (im Druck)
- Repräsentativbefragung der „Apotheken Umschau“, durchgeführt von der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) Nürnberg im Juli/August 2011, Zit. nach: Korczack D, Wastian M, Schneider M: Therapie des Burnout-Syndroms. DIMDI. Schriftenreihe Health Technology Assessment in der BRD 2012
- Richter D, Berger K, Reker T: Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. Psychiatr Prax 2008; 35(7): 321-330
- Rothermund E, Kilian R, Hoelzer M, Mayer D, Mauss D, Krueger M, Rieger MA and Guendel H: Psychosomatic consultation in the workplace? A new model of care at the interface of company-supported mental health care and consultation-liaison psychosomatics: design of a mixed methods implementation study. BMC Public Health 2012; 12: 780
- Senf W, Broda M, Wilms B (Hrsg.): Technik der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme 2013 (im Druck)
- Senf W, Tagay S, Langkafel M: Entwicklungstheorien. In: Senf W, Broda M (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme 2012
- Simmen-Janevska K, Maercker A: Anpassungsstörungen: Konzept, Diagnostik und Interventionsansätze. Psychother Psych Med 2011; 61(3/04)
- Stein B, Köllner V (Hrsg.): Kurzzeittherapie. Psychotherapie im Dialog 3 (2012)
- B Wilms, M Borcsa (Hrsg.): Burnout. Psychotherapie im Dialog 3 (2009)
- Wittchen H-U, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso, J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen H-C: The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology 2011; 21: 655-679

Angaben zum Autor:

Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Senf ist Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Duisburg-Essen. Eine seiner wissenschaftlichen Arbeitsgruppen hat sich mit der Diagnostik von Traumafolgestörungen sowie der Erfassung von Ressourcen und Schutzfaktoren beschäftigt und dazu Messinstrumente entwickelt (Essener Traumainventar, ETI; Essener Ressourceninventar, ERI), die für die klinische Verwendung und für die Forschung allgemein zugänglich sind (www.uni-due.de/rke-pp/index.shtml); Kontakt: Dr. S. Tagay, Mail: sefik.tagay@uni-due.de). Von März 2009 bis März 2012 war Professor Senf Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM).

Kontakt:

Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Senf
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universität Duisburg-Essen
Wickenburgstr. 21-23 • 45147 Essen
Tel. 0201/72 27 50 • Fax 0201/72 27 304
E-Mail: wolfgang.senf@uni-due.de

Kriterien zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

Stress bei der Arbeit macht immer mehr Menschen krank. Darunter leiden nicht nur die unmittelbar Betroffenen, sondern auch die Unternehmen. Betriebliche Gesundheitsförderung ist zum Zauberwort geworden, um die Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern zu steigern. Halbherzige Lösungen sind jedoch zum Scheitern verurteilt, sind Dr. Paul Jiménez und Mag. Kerstin Eibel vom Institut für Psychologie der Karl-Franzens-Universität Graz überzeugt. Die beiden Forscher haben anhand von Best-Practice-Beispielen herausgefunden, was Projekte zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz langfristig erfolgreich macht. „Wesentlich für die erfolgreiche Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung ist, dass sie von oben gewollt ist“, unterstreicht Paul Jiménez eine Voraussetzung, die selbstverständlich erscheint, in der Praxis aber keineswegs immer gegeben sei. Das gleiche gelte für die Mitarbeiter. „Sie müssen partizipieren und Ideen einbringen können.“ Und schließlich seien auch Veränderungen im System und in den Abläufen des Unternehmens nötig. „Das kann heißen, die Arbeitsorganisation zu optimieren oder eine neue Pausenkultur zu entwickeln“, nennt Kerstin Eibel Beispiele. Häufig beschränken sich Betriebe auf Angebote, die von den Mitarbeitern genutzt werden können oder nicht, wie etwa Laufgruppen oder gesunde Ernährung in der Kantine. Diese und ähnliche Maßnahmen greifen jedoch zu kurz. „Die Unternehmen müssen sich verantwortlich fühlen für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter und die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen, damit sich die Menschen bei der Arbeit wohlfühlen“, betont Eibel. Dazu zähle Unterstützung bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie ebenso wie die Schaffung eines Betriebsklimas, in dem jede und jeder Wertschätzung erfahre. Diese Erkenntnisse resultieren aus Untersuchungen im Rahmen des von der EU geförderten Forschungsprojekts „Chance4Change“. Gemeinsam mit Kollegen der Universität Maribor analysierten Jiménez und Eibel die Konzepte und Ergebnisse der betrieblichen Gesundheitsförderung von 62 Unternehmen aus dem EU-Raum.

Pressestelle der Karl-Franzens-Universität Graz