

Barbara Hochstrasser<sup>1</sup>, Beate Schulze<sup>2</sup>, Martin E. Keck<sup>3</sup>

# Burnout – eine Herausforderung aus unterschiedlichen Perspektiven

**Was ist Burnout überhaupt? Welches sind die medizinischen Herausforderungen? Was ist bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess zu beachten? Welche Präventionsstrategien sind angezeigt?**

## Definition von Burnout

Burnout bezeichnet einen Erschöpfungszustand, der prozesshaft in Folge einer lange andauernden Stressbelastung entsteht. Er geht einher mit dem Verlust von Motivation und Leistungsfähigkeit, psychischen, körperlichen und kognitiven Symptomen und Verhaltensänderungen. In der medizinischen Nomenklatur wird das Burnoutsyndrom als Z-Diagnose (Z73.0), das heisst als ein Begleitzustand zu anderen medizinischen Störungen, aufgeführt [1]. Psychiatrisch lässt sich eine beträchtliche Überlappung von Burnout mit depressiven Störungen, Angst und Neurasthenie beobachten. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde bezeichnet Burnout daher als einen Risikozustand, der bei chronischer Stressbelastung zu psychiatrischen und medizinischen Folgestörungen führen kann und insofern als behandlungsbedürftig gilt [2].

## Risikofaktoren und Verursachungsmodelle

Burnout wird als stressassoziierte Störung betrachtet, deren Stressfaktoren vorwiegend im Arbeitskontext, beziehungsweise in einer inadäquaten Bewältigungsfähigkeit des betroffenen Individuums verortet werden [3].

### Stress-Vulnerabilität

Genetische und epigenetische Faktoren oder frühkindlich belastende Erfahrungen können eine erhöhte Stress-Vulnerabilität vermitteln. Ebenfalls können gelernte Konzepte bezüglich des Selbst und der Umwelt sowie negative Kognitionen als Stressverstärker wirken. Relevant sind besonders geringes Selbstvertrauen, fehlende soziale Kompetenzen, emotionsorientiertes Coping und hohe Inkongruenz in der Erreichung motivationaler Ziele. Mangelnde soziale Unterstützung wirkt sich zudem negativ auf die Stresstoleranz aus.

### Neurobiologische Mechanismen

Neurobiologisch erweist sich eine chronisch aktivierte Stressachse als Noxe bezüglich der Neuroneogenese und kann direkt toxisch für neuronale Strukturen sowie dysregulierend für die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse wirken [4]. Chronische Stressbelastung beeinträchtigt die Insulinsekretion, einzelne Gerinnungsfaktoren und Immunparameter. Mögliche Folgeerkrankungen sind psychiatrische Störungen (Burnout, Depression) oder medizinische Störungen (Diabetes Typ II, Adipositas, kardiovaskuläre Erkrankungen, Infektanfälligkeit) [5].

### Risikofaktoren im Arbeitskontext

Burnout wird als das Resultat einer mangelnden Übereinstimmung zwischen dem Arbeitsumfeld und den individuellen Charakteristika des Mitarbeiters verstanden. Sechs Arbeitsbereiche gelten als potentiell gefährdend: *Arbeitsüberlastung, mangelnde Belohnung, mangelnde Autonomie, mangelnde Gemeinschaft, mangelnde Fairness, Wertekonflikte* [3]. Ein Ungleichgewicht zwischen Einsatz am Arbeitsplatz und Ertrag (besonders nicht-monetäre Aspekte wie Wertschätzung oder Arbeitsplatzsicherheit) ist verknüpft mit negativen gesundheitlichen Folgen wie Burnout, Depression und kardiovaskulären Erkrankungen, sowie einem reduzierten Arbeitsengagement [6]. Soziale Unterstützung erweist sich jedoch als wichtiger Puffer in der Entstehung von Stress und Burnout. Die spezifische Konstellation von Risikofaktoren ist von Individuum zu Individuum verschieden und muss einzeln geklärt werden.

## Die klinische Präsentation von Burnout

Burnout kann als Prozess verstanden werden, der sich primär als Stressreaktion manifestiert, bei zunehmender Chronifizierung ein komplexes Störungsbild aufweist und bei weiterem Fortschreiten meist in einer Depression mündet.

Kernsymptom des Burnouts ist die Erschöpfung, sowohl emotional als auch physisch. Sie geht einher mit Erholungs-Unfähigkeit, geringer Belastbarkeit, vegetativer Sensibilität und hoher Erschöpfungstendenz. Diese Symptome sind als neurasthenische Komponente des Burnouts zu bezeichnen und benötigen therapeutisch besondere Beachtung. Viele variable vegetative Symptome sind beobachtbar. Schlafstörungen treten häufig auf, primär in Form von Einschlafstörungen, später Durchschlafstörungen, und bei Vorliegen einer klinischen Depression typischerweise mit Früherwachen. Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen sowie Vergesslichkeit liegen oft vor. Betroffene erleben sich als zunehmend demotiviert, überfordert und vermindert leistungsfähig. Sie ziehen sich sozial zurück, werden emotional labil, reizbar, ängstlich und nervös. Zunehmend stellt sich Depressivität und verminderte Freude ein. Bei schweren Formen des Burnouts liegt meist eine depressive Episode vor.

## Medizinische Herausforderungen

### Diagnostik

Als erstes gilt es, eine sorgfältige internistische und psychiatrische Differentialdiagnose vorzunehmen. Es sind vor allem primäre Schlafstörungen und endokrine Störungen sowie autoimmune, onkologische und infektiöse Erkrankung auszuschliessen. Stressassoziierte Erkrankungen, wie kardiovaskuläre Risiken (z. B. Hypertonie), Adipositas und Diabetes Typ II müssen erfasst und lege artis behandelt werden. Psychiatrisch sind vor allem depressive Störungen und Angststörungen abzuklären.

Zur Abgrenzung einer psychiatrischen Störung von einem einfachen Burnout eignet sich neben der klinischen Evaluation der Einsatz von Fragebogen, wie das Beck Depression Inventory (Selbstbeurteilung) [7] oder die Hamilton Depressionsskala (Fremdbeurteilung). Das Ausmass des Burnouts kann durch die SMBM

<sup>1</sup> Privatklinik, Meiringen

<sup>2</sup> Universität Zürich und Universität Leipzig

<sup>3</sup> Clenia Schlössli AG, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Oetwil am See

(Shirom-Melamed Burnout Measure) [8] (siehe auch <https://www.surveymonkey.com/s/B9XGGF2>) etabliert werden.

### Behandlungsstrategien

Der Patient muss über sein Störungsbild und die stressbedingte Entstehung aufgeklärt werden. Bei Vorliegen einer ausgeprägten Leistungseinbusse, einem schweren Symptombild oder der Unfähigkeit, eine Entlastung von den hauptsächlichlichen Stressoren zu gewährleisten, muss der Betroffene teilweise oder ganz vom Arbeitsprozess dispensiert werden. Er sollte instruiert werden, Phasen einer nervlich wenig belastenden Tätigkeit mit Phasen der Erholung etwa dreimal im Tag abzuwechseln und mindestens einmal täglich einer leichten, seinem Leistungsniveau angepassten, körperlichen Bewegung nachzugehen. Dabei ist es nützlich, wenn er sein Energie-, Anspannungs- und Stimmungsniveau auf einer Skala von 1–10 notiert und mit seinen Aktivitäten in Verbindung bringt (Energie- und Stimmungsmessung). So lernt er, seine Energien besser einzuteilen, und der Arzt erhält einen Eindruck, wie belastbar der Patient ist. Medizinische und psychiatrische Begleiterkrankungen werden lege artis behandelt. Zur Förderung der Erholung eignen sich Entspannungsübungen, Massagen oder Körpertherapie sowie leichte sportliche Aktivität. Elementarer Baustein einer Burnoutbehandlung ist die individuelle Psychotherapie, welche die persönlichen Stressverstärker und beruflichen Auslöser beleuchtet, Ressourcen aufbaut und konstruktive Bewältigungsmechanismen fördert. Eine psychoedukative Gruppentherapie zu Stress und Stressmanagement wirkt ergänzend. Die Analyse der Arbeitsplatzsituation mit Entwicklung einer realistischen Zukunftsperspektive ist ein integraler Teil jeder Burnouttherapie. Die Unterstützung des Patienten bei einem Gespräch mit dem Arbeitgeber oder einem Casemanager ist empfohlen. Bei Bedarf sollte frühzeitig eine psychiatrische/psychotherapeutische Fachperson beigezogen werden.

### Reintegration in den Arbeitsplatz

Die Reintegration in den Arbeitsplatz sollte nie ohne vorherige Absprache mit dem Arbeitgeber, dessen Vertreter, einer Personalverantwortlichen oder einem Casemanager erfolgen. Im Allgemeinen ist eine sehr langsame Steigerung der Arbeitsbelastung sinnvoll. Anfänglich liegt diese möglicherweise bei 10%. Massgebend hierzu ist, wie lange am Stück eine Leistung erbracht werden kann, ohne danach schwer oder lange erschöpft zu sein. Dies kann mit dem vorher erwähnten «Energie- und Stimmungsmessung» abgeschätzt werden. Die Pausen zwischen den Arbeitseinsätzen sollten genügend lang sein, um eine Erholung zu gewährleisten. Erst wenn der Betroffene nachhaltig ein Energieniveau halten kann, sollte eine weitere Stei-

gerung der Arbeitsbelastung vorgenommen werden. Dieses Vorgehen berücksichtigt die neurasthenische Komponente des Burnouts und ist eine Voraussetzung für die Vermeidung von Rückfällen.

### Präventionsstrategien

Die Prävention muss einerseits beim Individuum, andererseits beim Arbeitsplatz sowie bei der Schnittstelle zwischen Arbeitnehmer und Arbeitsbedingungen ansetzen. Die individuelle Prävention umfasst eine ausgewogene Lebensführung, die die biologischen und psychologischen Bedürfnisse des Individuums berücksichtigt, und den Aufbau von konstruktiven Bewältigungsstrategien. Die Prävention am Arbeitsplatz muss eine gute Passung der Eigenschaften und Fähigkeiten des Mitarbeiters mit seinem Aufgabebereich anstreben. Allgemeine Prinzipien der Arbeitsplatzgestaltung sind im Rahmen der arbeitspsychologischen Erkenntnisse einer mitarbeitergerechten Führung abgebildet. Ergänzt werden diese sinnvollerweise mit spezifischen Präventionsmassnahmen zum Stressmanagement der Mitarbeiter.

### Literatur

- 1 Dilling H, Schmitt MH, Herausgeber. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Hans Huber Verlag Bern; 1993.
- 2 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Positionspapier zum Thema Burnout. [Internet: <http://burnoutm3.ch/positionspapier-der-deutschen-gesellschaft-fur-psychiatrie-psychotherapie-und-nervenheilkunde-dgppn-zum-thema-burnout/>].
- 3 Leiter MP, Maslach C. Six areas of worklife: a model of the organizational context of burnout. *Journal of Health and Human Service Administration* JHSA. 1999;472–489.
- 4 Eriksson P, Wallin L. Functional Consequences of stress-related suppression of adult hippocampal neurogenesis – a novel hypothesis on the neurobiology of burnout. *Acta Neurol Scand*. 2004;110:275–280.
- 5 Shirom A, et al. Burnout and Health Review: Current Knowledge and future Research Directions, in *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. John Wiley and Sons Ltd. 2005: p. 261–288.
- 6 Siegrist J. Adverse health effects of high effort/low reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996;1:27–41.
- 7 Hautzinger M, et al. Beck-Depressions-Inventar (BDI), Testhandbuch. 2nd ed. Hans Huber Verlag Bern; 1995.
- 8 Shirom A, Melamed S. A Comparison of the Construct Validity of Two Burnout Measures in Two Groups of Professionals. *International Journal of Stress Management*. 2006;13(2):176–200.

### Korrespondenz:

Dr. med. Barbara Hochstrasser, MPH  
 Chefärztin  
 Privatklinik Meiringen  
 3860 Meiringen  
[barbara.hochstrasser\[at\]privatklinik-meiringen.ch](mailto:barbara.hochstrasser@privatklinik-meiringen.ch)