

Umgang mit einem Dauerbrenner in der Hausarztpraxis

Diagnose «Burnout»: Pro und Contra



Welcher ärztliche Grundversorger kennt sie nicht: Patienten mit den Symptomen einer emotionalen Erschöpfung. In der Abklärung finden sich keine körperlichen Ursachen. Die Anamnese hingegen weist auf länger andauernde Belastungen am Arbeitsplatz hin. Soll der Hausarzt in diesen Fällen für seine Diagnose und die anschließende Kommunikation vom Begriff «Burnout» Gebrauch machen? Und wenn ja, wann und wie? Welches sind die Pro- und Contra-Argumente der aktiven Verwendung des Begriffs «Burnout»?

Das Burnout-Phänomen (englisch für «Ausgebranntsein») gilt als Paradigma für die negativen Auswirkungen der Postmoderne auf das Individuum in der Arbeitswelt.

Besonders im deutschsprachigen Mitteleuropa erfährt Burnout seit Jahren hohe Popularität: Medien porträtieren Betroffene oder versuchen, Burnout differenziert zu ergründen. Anbieter von Dienstleistungen zur Stressprophylaxe oder zur Behandlung von Stressfolgeerscheinungen nutzen den Begriff oft mit reisserischen Mitteln für ihre Zwecke.

Burnout scheint also mehr als eine Modeerscheinung zu sein. Arbeitsassoziierte Erschöpfungsphänomene stellen ein relevantes Phänomen dar, was durch die Erfahrungsberichte und Symptombeschreibungen unserer Patienten immer wieder neu bestätigt wird. Jedoch sollten wir uns als ärztliche Grundversorger um eine differenzierte Haltung zu «Burnout» bemühen und die Vor- und Nachteile bei der Verwendung des Begriffs im Kontakt mit Betroffenen und Angehörigen, Versicherungen oder dem Arbeitgeber sorgfältig abwägen.

Welche Argumente sprechen aus individueller Perspektive für die Verwendung des Begriffs «Burnout»?

In unserer Psychotherapie-Klinik mit 70 stationären Betten beträgt der durchschnittliche Anteil der Patienten, die an psychischen Folgeerkrankungen eines Burnout-Prozesses leiden, 15-20%. In einem wöchentlichen Patienten-Seminar werden in fünf Modulen die relevanten Perspektiven auf das Burnout-Phänomen bearbeitet. Auffällig ist, wie offen die Betroffenen nach anfänglicher Zurückhaltung über ihre subjektiv erlebte Burnout-Entwicklung sprechen. Im Wissen, dass sie «nicht alleine» sind und sich gemeinsam auf vollbrachte Leistungen resp. ehrenhafte Motive in ihrer Arbeitsbiographie (z.B. «Nur wer entflammt war, kann ausbrennen») beziehen können, erfahren sie emotionale Entlastung und Selbstwertstärkung. Ihre Symptome werden kausal verständlich («Batterie leer», «zu viel gearbeitet»), Schuld- und Schamgefühle bleiben erträglich. Burnout kann auch als «Schutzfunktion» von Körper und Geist bei der Gefahr energetischer Selbstausschöpfung verstanden werden. Die klinische Erkenntnis, dass es für die Umkehr des pathogenen Burnout-Prozesses keine einfa-



Dr. med. Sebastian Haas
Meilen

chen Lösungen gibt und viel Zeit braucht, in der Regel 6-18 Monate bis zur vollständigen Rekonvaleszenz, macht betroffen.

Trotzdem ist die Stimmung in den Gruppen meist gut und im Hinblick auf die eigene Genesung relativ optimistisch. Diese positive Haltung findet Unterstützung in einer Schweizer Studie, die aufzeigt, dass die stationäre multimodale Psychotherapie bei Burnout-assoziierten Erkrankungen als effektive Behandlungsmethode zu empfehlen sei. Nach sechswöchiger Therapie in einer auf Burnout spezialisierten Klinik haben 71% der Teilnehmenden den beruflichen Wiedereinstieg geschafft (7). Fazit: Burnout wird von den Betroffenen als plausibler und «salonfähiger» d.h. stigmatisierungsarmer bis sogar selbstwertsteigernder Begriff wahrgenommen und kann damit als aktuelles, unmittelbar überzeugendes und somit zeitgemässes, subjektives Störungsmodell verstanden und auch von professionellen Grundversorgern genutzt werden.

Welche Argumente sprechen aus gesellschaftlicher Perspektive für die Verwendung des Begriffs «Burnout»?

Den stigmatisierungsarmen Umgang mit dem Burnout-Begriff verstehen wir als Spiegel des mittlerweile gesellschaftlich akzeptierten offenen und öffentlichen Diskurses über kontroverse Phänomene der Postmoderne wie Globalisierung, Entgrenzung von Arbeit, zunehmendem Arbeitsdruck, abnehmende soziale und finanzielle Sicherheiten sowie den individuellen Zusammenhang von Arbeit und psychischer Gesundheit. Indem das Burnout-Phänomen die öffentliche Wahrnehmung auf Themen wie Arbeitnehmerschutz (in der Schweiz z.B. via SECO) lenkt und auf politischer Ebene Verhältnis-Prävention fördert, erscheint dies aus ärztlicher Sicht angemessen, richtig und wichtig.

Welche Argumente sprechen aus individueller Perspektive gegen die Verwendung des Begriffs «Burnout»?

Unbestritten ist, dass es sich bei Burnout nicht um eine definierte Erkrankung handelt. Somit lässt sich auch keine Diagnose «Burnout» stellen, die aus medizinischer Perspektive hinreichend objektiv, reliabel (reproduzierbare Befunde) und valide (auf eine Ursache zurückführbar resp. ätiologiebezogen behandelbar) ist (1). Das wusste schon der Erstbeschreiber Herbert Freudenberger, der 1974 das Burnout-Phänomen «entdeckte» und Burnout als Zustand kör-

TAB. 1 Vier Ebenen der Erschöpfungs-Symptomatik bei Burnout (5)			
Psychische Erschöpfung	Körperliche Erschöpfung	Kognitive Erschöpfung und motivationale Symptome	Soziale Erschöpfung und Verhaltensänderungen
Emotionale Labilität Reizbarkeit, Ärger Aggressivität Unsicherheit Ängste Niedergeschlagenheit Motivationsverlust Innere Leere Hoffnungslosigkeit u.a.	Energiemangel Schlafstörungen Chronische Müdigkeit Infektanfälligkeit Psychosomatische (vegetative) Symptome, Verdauungsstörungen, Verspannungen, Kopf-Schmerzen, Tinnitus u.a.	Aufmerksamkeitsstörung Konzentrationsstörung Gedächtnisstörung Entscheidungsschwierigkeiten Ineffektivität Abbau von Kreativität Lustlosigkeit Negative Einstellungen Sinnlosigkeitsgefühle u.a.	Erhöhte oder verminderte Aktivität (Aufgabe von Hobbies) Verlust von Empathie Sozialer Rückzug Suchtverhalten Leistungsminderung Arbeitsabwesenheit Belastungsinsuffizienz Zynismus u.a.

perlicher und psychischer Erschöpfung in der Folge beruflicher Überlastung bei zuvor besonders Engagierten beschrieb. Er postulierte, dass die Symptome bei jedem Betroffenen anders, also unspezifisch seien und dass es auch kein spezifisches Burnout-Syndrom gibt (2). Um diese Theorielücke zu schliessen, bemühte sich Christina Maslach in den 80er Jahren um eine psychometrische Definition des Burnout-Konstrukts und postulierte die Trias: Emotionale Erschöpfung, De-Personalisierung (emotionale Distanznahme gegenüber Anspruchsgruppen, z.B. Kunden) und Ineffektivität (reduzierte Leistungsfähigkeit) (3). Hohe Burnout-Werte, gemessen mit dem weit verbreiteten MBI (= Maslach Burnout Inventar) korrelieren zwar mit Depression und Angsterleben sowie beruflicher Unzufriedenheit, spiegeln aber primär subjektives Belastungserleben und inwieweit der Befragte seine Symptomatik als Burnout resp. «ausgebrannt sein» erlebt (1). Besonders problematisch ist, dass es zum MBI bis heute keine für die Bevölkerung repräsentativen Normwerte gibt. Auch neuere Instrumente und Biomarker zeigen Grenzen der Sensitivität und v.a. Spezifität, das heisst Burnout-Parameter messen nur bedingt das, was Fachleute oder Laien damit verbinden. Trotz der Tatsache, dass wir Burnout nur vage definieren können, glauben wir zu wissen, was es ist:

Burnout entspricht, und das ist nur einer von gegen 100 in der Literatur beschriebenen Definitionsvorschlägen, einem körperlichen, mentalen, geistigen und sozialen Erschöpfungssyndrom (vgl. Tab. 1) und kann als «Risikoprozess» verstanden werden, der durch länger dauernde Überlastung im beruflichen, privaten oder ehrenamtlichen Bereich meist schleichend entsteht, in dessen Folge es zu körperlichen oder psychischen Erkrankungen kommen kann, aber nicht muss. In der Literatur finden sich über 130 Einzelsymptome, welche mit Burnout in Verbindung gebracht werden. Als häufige Gemeinsamkeiten in der Begriffsbestimmung gelten, dass individuelle Faktoren (z.B. hoher Perfektionismus) und Arbeitsplatzbedingungen (z.B. geringe Wertschätzung, hoher Leistungs- und Wettbewerbsdruck) zur Überforderung beitragen können (4).

Auch die Prävalenz von Burnout ist nur sehr vage eruiert: Etwa ein Drittel der erwerbstätigen Bevölkerung befindet sich laut einer deutschen Studie selbstdeklarativ in einem Erschöpfungs-Prozess oder empfindet sich als «ausgebrannt», wobei jeder Zweite, der sich von «Burnout» Betroffen, aber nur jeder Fünfte, der sich «ausgebrannt» fühlt, die Screening-Kriterien einer Depression erfüllt (6). Ebenfalls kritisch zu sehen ist, wenn Betroffene, basierend auf einer Überidentifikation mit Burnout, die Ursachen einseitig nur im Aus-

sen suchen, in der Opferrolle verharren («Burnout als Auszeichnung») und damit der Bearbeitung eigener Anteile aus dem Weg gehen. Diese Haltung ist oft verbunden mit Selbstzuschreibungen wie «Ich habe ein Burnout und kann deshalb gar nichts mehr», in deren Folge das Bedürfnis entstehen kann, sich übermässig zu schonen oder über eine längere Krankschreibung die benötigte Entlastung zu suchen. Die allgemein und bei nicht-toxischen Bedingungen vorwiegend gesundheitsförderlichen Aspekte der Arbeit wie Strukturgabe, Identitätsstärkung und soziale Interaktion gehen damit verloren.

Burnout lässt sich demnach als «fundamental subjektives Konzept» mit unscharfer d.h. unspezifischer und uneinheitlicher Definition ohne valide Messbarkeit beurteilen, d.h. jeder, der sich in Burnout erkennen möchte, kann sich darin wiederfinden. Bei einer Vermischung der Betroffenen- und Experten-Perspektive droht gemäss Hillert (6) «babylonische Sprachverwirrung» und, bei allem Engagement für Patientenbedürfnisse und soziale Missstände, Professionalitätsverlust.

TAB. 2 Vor- und Nachteile im Verständnis und Umgang mit dem Burnout-Begriff		
Begriff Burnout	Pro	Contra
Individuelles Verständnis und Umgang von Betroffenen	Burnout als «salonfähiger» d.h. stigmatisierungsarmer bis selbstwertsteigernder Begriff - Burnout als zeitgemässes, unmittelbar überzeugendes, subjektives Störungsmodell - Burnout-Symptome kausal verständlich: ⇒ Äussere Belastung oder ehrenhafte Motive ⇒ Emotionale Entlastung ⇒ «Schuld» im Aussen statt persönliche Schwäche - Burnout als «Schutzfunktion»	Burnout als vager, unspezifischer Begriff - Konzeptuell fundamental subjektiv - Keine einheitliche Definition - Nicht valide und reliabel messbar - Bei Überidentifikation mit Burnout: ⇒ Einseitige Opferhaltung ⇒ Schonungs-Selbstkonzept ⇒ Zu lange Krankschreibung - Burnout als «Auszeichnung»
Gesellschaftliches Verständnis und professioneller Umgang mit Betroffenen	Burnout erlaubt einen offenen und öffentlichen Diskurs über Arbeit und psychische Gesundheit - Phänomene der Postmoderne: Globalisierung, Entgrenzung von Arbeit, zunehmender Arbeitsdruck - Abnehmende soziale und finanzielle Sicherheiten - Aufforderung politisch etwas zu verändern (Arbeitnehmerschutz etc.) - Burnout wird weniger stigmatisierend erlebt als Depression - Entlastung für Betroffene statt «bittere» Medizin: «Burnout ist behandelbar	Hohe Popularität führt zu unkritischer Verbreitung und Banalisierung des komplexen Phänomens Burnout - «Infektiöse» Qualität von Burnout - Soziale Perspektiven auf Burnout heterogen und divergierend - Depressive Symptome werden übersehen oder bagatellisiert - Vorurteil: «Einmal Burnout, immer Burnout-gefährdet» - «Anti-Burnout-Business» reisserisch und oft unqualifiziert

TAB. 3 Empfohlenes Vorgehen beim arbeitsassoziierten Erschöpfungssyndrom	
1. Welche Erschöpfungs-Symptome sind beim Patienten konkret vorhanden?	<p>⇒ Anamnese: Symptomerleben bzgl. der vier Ebenen (vgl. Abb. 1.) wertfrei erfragen und «Selbstidentifikation» inkl. Krankheitskonzept des Pat. bzgl. Burnout prüfen.</p> <p>Hilfreiche Fragen (8):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ «Wie äussert sich Burnout bei Ihnen? Was genau spüren Sie? Welche Beschwerden gehören zu ihrem Erschöpfungssyndrom?» ○ «Was glauben Sie, hat zu Ihrem Burnout geführt und warum kam es gerade jetzt?» ○ «Was können Menschen in Ihrem Umfeld oder Sie selber dazu beitragen, dass es Ihnen wieder besser geht?» <p>⇒ Körperliche Ursachen einer Erschöpfung ausschliessen und ggf. lege artis behandeln</p>
2. Welche Krankheit nach ICD-10 ist diagnostizierbar?	<p>⇒ Burnout ist keine eigenständige psychische Erkrankung oder Diagnose (keine F-Diagnose), sondern gehört zu den «Störungen verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung» und wird klassifiziert unter der unspezifischen Zusatz-Kodierung «Z73.0-Erschöpfungssyndrom (Burnout)».</p> <p>⇒ Cave: Z-Diagnosen sind Zusatzfaktoren, welche alleine keine AUF rechtfertigen können!</p> <p>⇒ Differenzialdiagnostisch eng mit Burnout assoziierte, nach ICD-10 kodierbare Störungen sind: Anpassungsstörungen (F43), depressive Störungen (F3, insb. Erschöpfungsdepression), Angst- und Zwangsstörungen (F4), Neurasthenie (F48), Störungen durch Alkohol oder andere Substanzen (F1), Hyperaktivitätssyndrom und Aufmerksamkeitsstörung (F9) sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6).</p>
3. Wie schwer ist die Erkrankung (Erschöpfungsdepression) ausgeprägt?	<p>⇒ Burnout (als Risikoprozess) und Depression (als psychische, schädigende, potentiell tödlich verlaufende Erkrankung) sollten begrifflich auseinandergehalten werden. Allerdings nimmt mit zunehmender Dauer und Schweregrad eines Burnouts die Wahrscheinlichkeit zu, dass eine klinische Depression diagnostiziert werden kann. Sind die Kriterien für eine depressive Episode nach ICD 10 erfüllt?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Leichte Episode: Mögliche Schwierigkeiten bisherige berufliche und soziale Aktivität uneingeschränkt fortzusetzen ○ Mittelgradige Episode: Erhebliche Schwierigkeiten berufliche, soziale und häusliche Aktivitäten fortzusetzen ○ Schwere Episode: Eine Fortsetzung von bisherigen beruflichen, sozialen und häuslichen Aktivitäten ist unwahrscheinlich.
4. Welche krankheitsbedingten funktionellen Einschränkungen bestehen am konkreten Arbeitsplatz?	<p>⇒ Beschreibung des Arbeitsplatzes gemäss Stellenbeschreibung kann hilfreich sein</p> <p>⇒ Ärztliche Einschätzung einer AUF sollte immer auf eine spezifische Arbeit (gemäss Stellenbeschreibung) bezogen werden und kein globaler Wert sein.</p> <p>⇒ Potentiell relevante Symptome bzgl. AUF: Reduziertes Leistungs- und Funktionsniveau z.B. infolge vermindertem Antrieb und gesteigerter Ermüdbarkeit, Verlust des Selbstvertrauens, Vermindertes Konzentration- und Denkvermögen, Unsicherheit und Unentschlossenheit, Angst vor Fehlern etc.</p>
5. Welche Einschränkungen ergeben sich hieraus für die Arbeitszeit und die Leistungsfähigkeit?	<p>⇒ Wenn möglich detailliertes Arztzeugnis verwenden (siehe z.B. www.aerzte-zh.ch)</p> <p>⇒ Krankheitsfremde Faktoren (z.B. Motivation, familiäre Probleme, soziokulturelle Faktoren, berufliche Unzufriedenheit etc.) dürfen nicht in die AUF einbezogen werden</p> <p>⇒ Längere Krankschreibung ohne Begleitmassnahmen ist kontraproduktiv!</p>

Welche Argumente sprechen aus gesellschaftlicher Perspektive gegen die Verwendung des Begriffs «Burnout»?

Im sozialwissenschaftlichen Diskurs über aktuelle Entwicklungen in Gesellschaft und Arbeitswelt divergieren Begriffe, Perspektiven und Gewichtung von Einzelfaktoren, so dass die Relevanz des Burnout-Begriffs nicht sicher eruierbar ist. Auch kann das Burnout-Phänomen infolge der hohen Popularität und Prägnanz auf psychologischer Ebene «infektiöse» Qualität haben, was bei leichtfertiger Verwendung des Burnout-Begriffes zu Banalisierung (z.B. «jeder hat mal ein Burnout») führen kann, was dann umso problematischer ist, wenn depressive Symptome übersehen oder bagatellisiert werden. Noch schlimmer ist es, wenn z.B. seitens Arbeitgeber oder HR-Vertretern, basierend auf Vorurteilen vertreten wird, Burnout sei «irreversibel», das heisst «als Veran-

lagung im betroffenen Menschen drin und trotz therapeutischer Anstrengungen nicht zu ändern.», vgl. zusammenfassende Übersicht in Tab 2.

Umgang mit Burnout in der Praxis

In der Konsequenz der diskutierten Pro- und Contra-Argumente empfiehlt sich im Umgang mit dem Burnout-Begriff eine pragmatische Herangehensweise (siehe Tab. 3). Manchen Patienten ist es durch den Begriff «Burnout» überhaupt erst möglich, psychosoziale Faktoren als Erklärung für ihre Symptome in Betracht zu ziehen. Produktiver als der Streit darüber, ob die subjektive Krankheits-Theorie von Burnout zutreffend ist oder nicht, kann es im Dialog mit den PatientInnen hilfreich sein, den Begriff Burnout individuell mit relevanten Inhalten zu füllen (8). Zudem ermöglicht der Burnout-Begriff gerade dank der unscharfen Definition einen zweckmässigen Einsatz in der Praxis, da diese den Spielraum für individuelle Lösungswege vergrössert.

Take-Home Message

- ◆ Burnout ist trotz berechtigter Kritik ein zeitgemässes, Betroffene unmittelbar überzeugendes subjektives Störungsmodell
- ◆ Körperliche Ursachen von Erschöpfung müssen zunächst ausgeschlossen werden
- ◆ In der Anamnese sollte zunächst - unter Verzicht auf Experten-Definitionen - die Selbstidentifikation des Betroffenen mit Burnout und Ausgebrannt-Sein erhoben werden
- ◆ Eine Erschöpfungsdepression ist oft die späte Folge eines Burnout-Prozesses. Diese muss behandelt werden und gehört in der Regel in die Hände von Spezialisten.

Dr. med. Sebastian Haas

Leiter Schwerpunkt Burnout und Belastungskrisen
 Privatklinik Hoheneegg AG
 Hoheneegg 1, 8706 Meilen
 sebastian.haas@hoheneegg.ch

+ **Interessenskonflikte:** Der Autor hat in Zusammenhang mit diesem Artikel keine Interessenskonflikte deklariert.

+ **Literatur** am Online-Beitrag unter: www.medinfo-verlag.ch

<https://doi.org/10.23785/ARZT.2018.12.001>