

H.-C. Friederich, P. Henningsen

Burnout-Syndrom – aus medizinischer Sicht

Das Burnout-Konzept wurde in den 70er Jahren von dem New Yorker Psychotherapeuten *Herbert Freudenberger* erstmals eingeführt [8]. Dieser beobachtete bei Beschäftigten in Pflegeberufen ein vermehrtes Auftreten von Symptomen wie emotionale Erschöpfung, Entfremdungserleben sowie körperliche Beschwerden. *Freudenberger* führte die Beschwerden der Pflegenden auf eine Arbeitsüberlastung zurück und ist nicht von einer manifesten psychischen Erkrankung ausgegangen. Dennoch scheinen vor allem Menschen mit hohen altruistischen Idealen und Ansprüchen in „helfenden Berufen“ in besonderem Maße gefährdet zu sein, emotional „auszubrennen“. Seit den 90er Jahren taucht der Begriff Burnout-Syndrom auch im Zusammenhang mit anderen Berufs- und Personengruppen auf. Hier sind in erster Linie Manager, Politiker und Spitzensportler zu nennen, die sich in besonderem Maße dem Druck aussetzen, Leistung zu erbringen [7]. Somit beinhaltet die Burnout-Diskussion seit Anfang dieses Jahrhunderts auch eine kritische Auseinandersetzung mit dem Einfluss aktueller Arbeitsbedingungen und gesellschaftlicher Entwicklungen auf unsere psychische Gesundheit.

In den Medien wird das Burnout-Syndrom als Volkskrankheit der moder-

nen Leistungs- und Stressgesellschaft gesehen. Die veränderten Arbeitsanforderungen der modernen wissens- und kommunikationsintensiven Dienstleistungsgesellschaft haben zu einer Abnahme körperlicher Belastungen und Zunahme psychosozialer Beanspruchungen am Arbeitsplatz geführt. Neuere Untersuchungen belegen eindrücklich die Bedeutung von ungünstigen Arbeitsbedingungen für die seelische und körperliche Gesundheit. Menschen, die sich am Arbeitsplatz überfordert und ausgebrannt fühlen, weisen ein erhöhtes medizinisches Risiko auf. In einer großangelegten britischen Studie konnte z. B. gezeigt werden, dass Angestellte, die sich von ihren Vorgesetzten ungerecht behandelt fühlen, ein höheres Herzinfarktrisiko aufweisen als Angestellte, die dies nicht angeben [12].

Die Burnout-Diskussion in den Medien wird zusätzlich befördert durch die stetige Zunahme der Arbeitsunfähigkeitstage und Frühberentungen aufgrund von psychischen Erkrankungen. Die Krankenkassen konnten in den letzten Jahren einen deutlichen Anstieg des Anteils psychischer Erkrankungen an allen Arbeitsunfähigkeitstagen auf ca. 15 % beobachten [4]. Damit rangieren psychische Erkrankungen auf Platz zwei nach den Muskel- und Skeletterkrankungen. Auch zeigt sich eine besorgniserregende Zunahme des Anteils psychischer Erkrankungen an den Gesamtberentungen. Gemäß einer aktuellen Untersuchung der Psychotherapeutenkammer [15] sind für 42 % der Frühverrentungen psychische Erkrankungen verantwortlich. Damit haben sich psychische Erkrankungen als Diagnosegruppe an die Spitze der häufigsten Frühverrentungen gesetzt. Das Burnout-Syndrom gewinnt als Vorstufe von psychischen Erkrankungen somit eine wachsende gesundheitspolitische und sozioökonomische Dimension.

Für Betroffene ist es meist weniger stigmatisierend an einem Burnout-Syndrom oder auch unter Überlastungsbe-

Zusammenfassung

Das Burnout-Konzept wird in den Medien als neue Volkskrankheit der modernen Arbeitswelt und Gesellschaft diskutiert, während es in der medizinisch-wissenschaftlichen Fachwelt bisher eine vergleichsweise geringe Rolle spielt. Die Burnout-Diskussion in den Medien wird zusätzlich befördert durch die stetige Zunahme der Arbeitsunfähigkeitstage und Frühberentungen aufgrund von psychischen Erkrankungen. Das Burnout-Syndrom beschreibt eine berufsbezogene Symptomatik, die mit emotionaler Erschöpfung, Entfremdungserleben und Abnahme der Leistungsfähigkeit einhergeht.

Im internationalen Klassifikationssystem der Krankheiten (ICD-10) wird das Burnout-Syndrom nicht als eigenständige psychische Erkrankung aufgeführt. Das Burnout-Syndrom ist ein unscharf definiertes Konstrukt, das keine Differenzierung zwischen Krankheit und Gesundheit bzw. eine Diskriminierung von anderen psychischen Erkrankungen erlaubt. Dennoch geht das Burnout-Syndrom mit einem erhöhten medizinischen Risiko für andere psychische als auch somatische Erkrankungen einher. Ferner liefert es wichtige zusätzliche Informationen für die Behandlungsplanung und ist auch im Hinblick für die Wiedereingliederung nach längerer Arbeitsunfähigkeit bedeutsam. Präventive Maßnahmen können sowohl an äußeren Faktoren ansetzen (Arbeitsbedingungen) als auch an inneren Faktoren (individuelles Stressmanagement). Warn- und Frühsymptome sollten aufgrund des erhöhten Risikos für die Entwicklung einer manifesten psychischen Erkrankung ernst genommen werden. Bezüglich der psychosozialen Risikofaktoren am Arbeitsplatz ist eine Einbeziehung der Arbeitsmedizin frühzeitig anzustreben. Zusammenfassend stellt das derzeitige Burnout-Konzept keine sinnvolle Erweiterung zu den bisherigen psychischen Diagnosen dar, die eine eigenständige und unabhängige medizinische Diagnose rechtfertigen würde.

Schlüsselwörter Burnout-Syndrom – berufsbezogene Stresstörung – Erkrankungsentität – psychische Erkrankung – Arbeitsunfähigkeit – Arbeitsüberlastung

Anschrift der Verfasser

PD Dr. med. *Hans-Christoph Friederich*
Medizinische Universitätsklinik
Allgemeine Innere Medizin und
Psychosomatik
Im Neuenheimer Feld 410
69120 Heidelberg

Univ.-Prof. Dr. med. *Peter Henningsen*
Klinik und Poliklinik für Psycho-
somatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar, Technische
Universität München
Langerstr. 3
81675 München

schwerden zu leiden, als an einer Depression oder auch an einer Neurasthenie (Chronic-Fatigue-Syndrom) erkrankt zu sein. „Ausbrennen“ kann nur, wer vorher viel gearbeitet und für eine Sache „gebrannt“ hat. Wer an einem Burnout-Syndrom leidet, ist zum Opfer zermürbender und überfordernder Umstände geworden. Mit dem Begriff der Depression verbinden wir häufig in stärkerem Umfang persönlichkeitsimmanente Probleme, die weniger vom psychosozialen Umfeld abhängig sind. Diese in der Allgemeinbevölkerung weit verbreiteten Konnotationen des Burnout-Syndroms und der Depression haben maßgeblich dazu beigetragen, dass die weniger stigmatisierende „Modediagnose“ Burnout-Syndrom häufiger auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vermerkt wird.

Das Burnout-Konzept nimmt in den Medien mehr Raum ein und wird dort intensiver diskutiert, als es bisher in der medizinisch-wissenschaftlichen Fachwelt der Fall ist. Dies veranschaulicht, dass der Umgang mit dem Burnout-Syndrom in erster Linie ein Thema der Gesellschaft und Arbeitswelt ist. Dennoch stellt sich die Frage, inwieweit die medizinische Fachwelt die klinische Bedeutung bisher verkannt hat, und das Burnout-Syndrom eine sinnvolle Erweiterung zu den psychischen Erkrankungen Depression und Chronic-Fatigue-Syndrom darstellt. Im Weiteren soll auf diese Fragen sowie die Prävention und das therapeutische Vorgehen näher eingegangen werden.

Diagnostik

In internationalen Klassifikationssystemen der Krankheiten wie der ICD-10 und dem DSM-5 wird das Burnout-Syndrom nicht als eigenständige psychische Erkrankung aufgefasst, sondern gilt im ICD-10 als ein Problem der Lebensbewältigung (Zusatzcodierung: Z 73.0) bzw. findet im DSM-5 keine Erwähnung [2,5]. Somit existiert keine international gültige Definition des Burnout-Syndroms.

Für die Erfassung des Burnout-Syndroms wurden diverse Selbstbeurteilungsinstrumente entwickelt. Das am häufigsten verwendete Instrument zur Erfassung des Burnout-Syndroms ist das von der Sozialpsychologin *Christina Maslach* (Univer-

sity of California, Berkeley) entwickelte „Maslach Burnout Inventory“ (MBI), das auf drei Dimensionen rekurriert [14]:

1) *Emotionale Erschöpfung*: Gefühl von körperlicher, geistiger und seelischer Erschöpfung und Überforderung, vermehrte Reizbarkeit, nervöse Anspannung und Schlafstörungen, Auftreten von körperlichen Beschwerden wie Rückenschmerzen, Magen-Darm-Beschwerden, vermehrte Infektanfälligkeit;

2) *Depersonalisation*: das hohe berufliche Engagement wird durch zunehmenden Zynismus, Gleichgültigkeit für die Tätigkeit, emotionale Verarmung sowie sozialer Distanziertheit gegenüber Kollegen abgelöst;

3) *Erleben von Misserfolg*: die positive Identifizierung mit der Tätigkeit weicht einer zunehmenden Sinnentleerung, Unzufriedenheit sowie Abnahme der Produktivität.

Die Symptomatologie des Burnout-Syndroms erweist sich bei genauer Betrachtung als außerordentlich komplex mit einer unscharfen Diskriminierung gegenüber anderen psychischen Erkrankungen. Während objektiv von einer multifaktoriellen Ätiologie auszugehen ist, die persönlichkeitsimmanente (innere Faktoren) als auch Arbeitsbedingungen (äußere Faktoren) berücksichtigt, ist die subjektive Krankheitsüberzeugung der Betroffenen in erster Linie, dass ihre Beschwerden aus einer Überlastung im Zusammenhang mit der Arbeit resultieren.

Stellt das Burnout-Syndrom eine eigenständige Erkrankungsentität dar?

Basierend auf dem gegenwärtigen Wissensstand erfüllt das Burnout-Syndrom nicht die Kriterien, die an eine eigenständige, unabhängige Krankheitsentität gestellt werden. Für die Validität und Reliabilität einer psychischen Diagnose werden folgende Bedingungen gefordert:

Psychopathologischer Befund, der eine Diagnosestellung und Differenzierung zwischen Krankheit und Gesundheit ermöglicht

Für das Burnout-Syndrom wurde bisher keine charakteristische Psychopathologie definiert, die eine Diagnose-

stellung ermöglicht. Ferner existiert bislang kein strukturiertes Interview bzw. keine Fremdeinschätzung zur Erfassung des Burnout-Syndroms. Die Bewertung basiert ausschließlich auf Selbstbeurteilungsinstrumenten. Auch wenn es erste Versuche gibt, Cut-off Werte für ein leichtes, mittelschweres und schweres Burnout-Syndrom festzulegen, werden diese nicht dem Anspruch der diagnostischen Validität gerecht.

Psychopathologischer Befund, der eine klare Abgrenzung von anderen psychischen Erkrankungen erlaubt

Die derzeitigen Dimensionen des Maslach Burnout Inventory erlauben keine klare Abgrenzung z.B. von einer Depression oder einem Chronic-Fatigue-Syndrom.

Verlaufsformen mit und ohne Behandlung sowie Stabilität der Symptome

Es liegen bisher nur sehr eingeschränkt Informationen zur Stabilität der Symptome sowie bezüglich potentiell unterschiedlicher Verlaufsformen von Burnout vor.

Klinisch relevanter Leidensdruck als auch Einschränkung im alltäglichen Funktionsniveau

Das Burnout-Syndrom geht mit einem erhöhten medizinischen Risiko für andere psychische (Depression, Schlafstörung und Alkoholabhängigkeit) als auch somatische (Männer: v.a. kardiovaskuläre, Frauen: v.a. muskuloskeletale) Erkrankungen einher. Ferner zeigt sich als Parameter des eingeschränkten Funktionsniveaus eine vermehrte Arbeitsunfähigkeit. Bemerkenswerterweise konnte dieser Zusammenhang bei Ärzten mit Burnout-Syndrom nicht nachgewiesen werden [1].

Da die Validitäts- und Reliabilitätskriterien nicht oder nur in Teilen erfüllt sind, ist beim Burnout-Syndrom nicht von einer klinischen Diagnose auszugehen. Das derzeitige Krankheitskonzept stellt keine sinnvolle Erweiterung dar, die eine eigenständige und unabhängige Diagnose rechtfertigen würde. Aus medizinischer Sicht sollten Krankheitskonzepte nur dann ausgeweitet werden, wenn dadurch klinisch relevantes Leiden besser als bis-

her erkannt werden kann. Ferner legt der direkte Bezug zur beruflichen Beanspruchung eine Änderung des Begriffs in „berufsbezogene Stressstörung“ nahe.

Als wichtigste Differenzialdiagnosen des Burnout-Syndroms sind die Depression und das Chronic-Fatigue-Syndrom zu nennen.

Differenzialdiagnose Depression

Die Hauptsymptome der Depression sind 1) Niedergeschlagenheit, 2) Interessenverlust, 3) Freudlosigkeit und 4) Müdigkeit bzw. das Gefühl, keine Energie zu haben. Häufige Zusatzsymptome sind Schlaf-, Appetit-, Konzentrationsstörungen, Negativismus, mangelndes Selbstvertrauen, Schuldgefühle sowie Suizidalität. Bei schweren depressiven Episoden wird unterschieden zwischen Episoden mit und ohne begleitende psychotische Symptome. Körperliche Schmerzen sind häufig mit depressiven Erkrankungen vergesellschaftet, stellen jedoch kein diagnostisches Kriterium dar [5].

Im Unterschied zum Burnout-Syndrom kann für die Diagnose der Depression ein charakteristischer psychopathologischer Befund mit verminderter affektiver Schwingungsfähigkeit, psychomotorischer Verlangsamung, kognitiver Störung sowie ggf. formalen und inhaltlichen Denkstörungen herangezogen werden.

Wir unterscheiden bei der Depression unterschiedliche Verlaufsformen, wobei das Auftreten in rezidivierenden Episoden am häufigsten zu beobachten ist. Die Schweregradeinstufung in leicht, mittel und schwer erfolgt nach dem ärztlichem Befund. Die Diagnosestellung und differenzialdiagnostische Abgrenzung basiert auf einem ärztlichen Interview. Sowohl aus der Sicht des Patienten als auch der Sicht der Behandler wird von einem Zusammenwirken unterschiedlicher Faktoren in der Entstehung der Erkrankung ausgegangen.

Differenzialdiagnose Chronic-Fatigue-Syndrom

Das Störungsbild des Chronic-Fatigue-Syndroms wird in den Klassifikationssystemen sowohl unter den neurologischen G-Diagnosen (G93.3) als auch unter den psychischen F-Diagnosen (F48.0) geführt. Die neurologische Dia-

gnose lautet „Myalgische Enzephalomyelitis/Chronic-Fatigue-Syndrom“. In den F-Diagnosen wird das Erkrankungsbild als „Neurasthenie“ bezeichnet.

Die bis heute gültigen Forschungskriterien stammen von *Fukuda et al.* [9]. Kernsymptom der Erkrankung ist die chronische Erschöpfung, die 1) zu einer mindestens 50% Reduktion früherer Aktivitäten im beruflichen und privaten Bereich führt, 2) nicht durch andere Erkrankungen erklärt werden kann (DD: tumorassoziierte Fatigue), 3) sich durch Ruhe nicht spürbar bessert, 4) nicht Folge einer anhaltenden Überlastung ist und 5) länger als sechs Monate anhält. Des Weiteren müssen vier von insgesamt acht Nebenkriterien für die Diagnosestellung erfüllt sein. Zu den Nebenkriterien zählen z.B. Gedächtnis-/Konzentrationsstörungen, Muskelschmerzen, Gelenkschmerzen, empfindliche Hals- und Achsellymphknoten, etc.

Trotz des Einzugs des Chronic-Fatigue-Syndroms in das diagnostische Klassifikationssystem der Krankheiten des ICD-10 erfüllt das Störungsbild nicht die Validitäts- und Reliabilitätskriterien, die an eine klinische Diagnose gestellt werden. Für das Chronic-Fatigue-Syndrom liegt kein charakteristischer psychopathologischer oder somatischer Befund vor. Bisher wurden keine unterschiedlichen Verlaufsformen beschrieben und der Schweregrad ist definitionsgemäß als mindestens mittelschwer einzustufen.

Zusammenfassend handelt es sich beim Chronic-Fatigue-Syndrom um eine deskriptiv vom Arzt zu stellende Diagnose, die einen Ausschluss von möglichen Differenzialdiagnosen umfasst. Bezüglich der Ätiologie besteht eine heftige Kontroverse nicht nur zwischen Arzt und Patient [10], sondern auch in der wissenschaftlichen Fachwelt. In der Verursachung werden auf der einen Seite immunologische Faktoren bzw. eine postinfektiöse Genese als zentral angesehen, während die Gegenseite in erste Linie eine psychische Genese als relevant ansieht.

Burnout-Syndrom, Depression und Chronic-Fatigue-Syndrom im Vergleich

Den beiden Diagnosen Depression und Chronic-Fatigue-Syndrom sowie dem Leidenszustand Burnout-Syndrom

gemeinsam ist die anhaltende Erschöpfung und Müdigkeit. Während die beiden eigenständigen Diagnosen voneinander und gegen andere Diagnosen abgegrenzt werden können, zeigt das Burnout-Syndrom insbesondere mit einer depressiven Episode eine hohe Überlappung. In einer aktuellen Untersuchung von *Bianchi et al.* [3] konnte nachgewiesen werden, dass das Burnout-Syndrom und die Depression in acht der neun Depressionskriterien keine Unterschiede aufwiesen. Der einzige Unterschied ergab sich für das Kriterium „Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit“, für das Patienten mit einer Depression einen höheren Score aufwiesen. Ein weiterer Beleg dafür, dass das Burnout-Syndrom keine unabhängige Krankheitsentität darstellt.

Die Erfassung des subjektiven Leidenszustands Burnout-Syndrom liefert jedoch zusätzliche wichtige Informationen und ist somit für die Therapieplanung einer psychotherapeutischen Behandlung von Relevanz:

- 1) Das subjektive Erklärungsmodell von Burnout-Patienten sieht die Verursachung der Beschwerden meist in widrigen Arbeitsbedingungen. Diese Externalisierung scheint mit geringeren Selbstwertzweifeln assoziiert zu sein, geht jedoch auch mit einer geringeren selbstbezogenen Veränderungsmotivation einher.
- 2) Das Vorliegen einer Burnout-Symptomatik kann einen Hinweis für typische Persönlichkeitsmerkmale geben. Persönlichkeitsmerkmale wie altruistische Grundhaltung, hohes Engagement, Idealismus sowie ein hoher perfektionistischer Selbstanspruch gelten als prädisponierend für die Entwicklung eines Burnout-Syndroms.
- 3) Der direkte Bezug zu den Arbeitsbedingungen motiviert ggf. zu einer arbeitsplatzbezogenen Gefährdungsbeurteilung.

Liegt eine relevante Überlastung am Arbeitsplatz vor, ist deren zusätzliche Erkennung bei depressiven Patienten z.B. auch im Hinblick auf die Wiedereingliederung nach längerer Arbeitsunfähigkeit bedeutsam. Auch hier gilt jedoch, dass das Burnout-Syndrom eine Zusatzinformation gibt und nicht als Differenzialdiagnose zu sehen ist.

Des Weiteren kann es sinnvoll sein, die Burnout-Symptomatik in medizinischen Befunden als subjektiven Leidenszustand zu dokumentieren, auch wenn keine manifeste psychische Erkrankung vorliegt. Dies ist ggf. zu empfehlen vor dem Hintergrund, dass das Burnout-Syndrom als Risikofaktor für die Entwicklung von psychischen und somatischen Erkrankungen gilt.

In einer großen Stichprobe an 7900 US-amerikanischen Chirurgen mit einer durchschnittlichen Arbeitsbelastung von 60 Stunden pro Woche und zwei Nachtdiensten pro Woche ergab sich bei 40% aller Befragten ein Burnout-Syndrom mit einer hohen emotionalen Erschöpfung und Entfremdungssymptomatik nach dem Maslach Burnout Inventory. Dies entspricht weitestgehend der Häufigkeit in vielen anderen Arztstudien. Trotz dieser erheblichen Arbeitsüberlastung würden 74% wieder den Beruf als Chirurg ergreifen und etwa die Hälfte würde diesen Beruf ihren Kindern empfehlen [16].

Des Weiteren ergab die Untersuchung, dass vor allem bei Vorliegen von Konflikten in der Vereinbarkeit zwischen Beruf und Privatleben/Familie innerhalb der letzten drei Wochen ein enger Zusammenhang mit der Burnout-Symptomatik bestand. Für die berechnete Odds-Ratio (OR) ergab sich, dass das Risiko, ein Burnout-Syndrom zu entwickeln mehr als doppelt so hoch war, wenn ein Konflikt in der Vereinbarkeit zwischen Beruf und Privatleben vorlag. Interessanterweise ergab sich zwischen dem Arbeitsumfang (Anzahl der geleisteten Arbeitsstunden pro Woche) und dem Auftreten eines Burnout-Syndroms kein Zusammenhang [6]. Diese Untersuchung zeigt, dass nicht allein die berufliche Überlastung, sondern insbesondere das Zusammenwirken beruflicher und privater Stressoren das Risiko für das Auftreten eines Burnout-Syndroms erhöht.

Prävention

Präventive Maßnahmen können sowohl an äußeren (Arbeitsbedingungen) als auch an inneren Faktoren (individuelles Stressmanagement) ansetzen. Für den Arbeitsplatz Klinik sind hier z.B. an ein geändertes Arbeitszeitbewusstsein, ausreichende Bezahlung, Mentoring bzw.

unterstützendes Arbeitsklima, eine Fehlerkultur und ein Fehlermanagement im Krankenhaus sowie die Beratung durch den Betriebsarzt zu denken.

Die individuelle Prävention beginnt bei einer differenzierten Aufklärung über berufsbezogene Stresstörungen. Ärzte sollten sich informieren über die Folgen von Stresstörungen für die eigene Person aber auch ihr Umfeld. Ferner gilt es, Überlastungssymptome bei sich selbst als auch bei Kollegen frühzeitig zu erkennen und darauf zu reagieren. Ein kompetenter Umgang mit Belastungen schließt ein, sich über mögliche Hilfs- und Unterstützungsangebote zu informieren [11]. Ferner ist eine gute Kommunikationskompetenz des Arztes nicht nur für die Identifizierung von Patientenproblemen wichtig, sondern hat sich in Untersuchungen auch als wirksame Burnout-Prophylaxe erwiesen. Ärzte mit guten kommunikativen Fähigkeiten zeigen eine höhere Arbeitszufriedenheit, berichten über eine geringere Arbeitsbelastung und fühlen sich weniger gestresst [13]. Das Erlernen kommunikativer Fähigkeiten im Rahmen des Medizinstudiums hat inzwischen an fast allen Medizinischen Fakultäten in Deutschland Einzug ins Lehrcurriculum genommen. Ferner soll die kommunikative Kompetenz der Medizinstudenten zukünftig auch durch innovative Prüfungsformen in der Gesamtbewertung Berücksichtigung finden. Die verbesserte kommunikative Kompetenz zukünftiger Ärzte ist auch als eine hilfreiche Prävention gegen das Burnout-Syndrom anzusehen.

Weitere evidenz-basierte Maßnahmen zur individuellen Prävention des Burnout-Syndroms sind: Beachtung der „Work-Life Balance“, Freundschafts- und Partnerschaftspflege, Balint- bzw. Intervisionsgruppen sowie das angesprochene Training zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz für Ärzte mit direktem Patientenkontakt.

Ferner sollten Warn- und Frühsymptome ernst genommen werden. Hierzu zählen z.B. Früherwachen mit Grübeln über mehr als ein paar Tage, anhaltende Reizbarkeit, anhaltende Kopf- und Rückenschmerzen, vermehrter Alkoholkonsum und eine Arbeitsstörung (z.B. Arztbriefstau). Sofern Warnzeichen deutlich vorhanden sind, ist es wichtig, Ver-

traute und Freunde zu informieren und einzubeziehen. Dies erhöht die Verbindlichkeit, sich therapeutische Hilfe zu holen. Die Angst vor der Stigmatisierung und die Beschämung, als nicht belastbar eingestuft zu werden, verhindert leider häufig, dass präventive Maßnahmen frühzeitig wahrgenommen werden.

Therapeutisches Vorgehen

Als Therapeut ist es wichtig, eine Haltung einzunehmen, in der sich der Betroffenen mit seinen Beschwerden ernst genommen fühlt und Zeit hat, darüber zu sprechen. Das subjektive Krankheits- und Erklärungsmodell sollte zunächst nicht wertend angenommen werden, um den Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung nicht zu gefährden. Andere Ursachen für die Müdigkeit sollten systematisch ausgeschlossen und die Ursachen-suche nicht vorschnell beendet werden. Nicht jede berufsbezogene Stresstörung ist ein Burnout-Syndrom. Der Therapeut sollte einen inflationären Gebrauch des Begriffs nicht unterstützen und sollte differenzieren zwischen Leidenszustand und manifester psychischer Diagnose.

Ferner wird ein therapeutisches Vorgehen entsprechend des „sowohl-als-auch“ Ansatzes empfohlen. Dieser Ansatz zielt darauf ab, sowohl individuelle psychische als auch Arbeitsaspekte von Beginn an in ihrer intensiven Wechselwirkung zu beschreiben. Eine iatrogene Fixierung auf äußere/somatische Faktoren sollte auf jeden Fall vermieden werden. Ferner sollte der Veränderungsbedarf herausgearbeitet und das Selbstwirksamkeitserleben des Patienten zur Veränderung seiner Situation gestärkt werden.

Des Weiteren sollten parallel bestehende psychische Erkrankungen wie Depression und Chronic-Fatigue-Syndrom entsprechend den Leitlinienempfehlungen behandelt werden. Bezüglich der psychosozialen Risikofaktoren am Arbeitsplatz ist eine enge Kooperation mit der Arbeitsmedizin anzustreben.

Literatur

- 1 Ahola K, Kivimäki M, Honkonen T, Virtanen M, Koskinen S, Vahtera J, Lonnqvist J: Occupational burnout and medically certified sickness absence:a

- population-based study of Finnish employees. *J Psychosom Res* (2008), 64: 185–193
- 2 American Psychiatric Association: Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. Fifth Revision (DSM-5). American Psychiatric Press, 2013
 - 3 Bianchi R, Boffy C, Hingray C, Truchot D, Laurent E: Comparative symptomatology of burnout and depression. *J Health Psychol* (2013), 18: 782–787
 - 4 DAK. Gesundheitsreport 2013. http://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2013-1318306.pdf
 - 5 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Hans Huber, 2000
 - 6 Dyrbye LN, Shanafelt TD, Balch CM, Satele D, Sloan J, Freischlag J: Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex. *Arch Surg* (2011), 146: 211–217
 - 7 Farber BA: Introduction: Understanding and treating burnout in a changing culture. *J Clin Psychol* (2000), 56: 589–594
 - 8 Freudenberger H: Staff burn-out. *Journal of Social Issues* (1974), 30: 159–165
 - 9 Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A: The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Ann Intern Med* (1994), 121: 953–959
 - 10 Godlee F: Ending the stalemate over CFS/ME. *BMJ* (2011), 342: d3956
 - 11 Iversen A, Rushforth B, Forrest K: How to handle stress and look after your mental health. *BMJ* (2009), 338: b1368
 - 12 Kivimaki M, Head J, Ferrie JE, Hemingway H, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG: Working while ill as a risk factor for serious coronary events: the Whitehall II study. *Am J Public Health* (2005), 95: 98–102
 - 13 Maguire P, Pitceathly C: Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* (2002), 325: 697–700
 - 14 Maslach C, Jackson SE, Leiter MP: Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1996
 - 15 Psychotherapeutenkammer 2013. BPTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung. http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPTK-Studien/Arbeits-_und_Erwerbsunfaehigkeit/20140128_BPTK-Studie_Arbeits-und_Erwerbsunfaehigkeit-2013.pdf
 - 16 Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, Russell T, Dyrbye L, Satele D, Collicott P, Novotny PJ, Sloan J, Freischlag JA: Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg* (2009), 250: 463–471