

Burnout-Syndrom Mode oder Krankheit?

OETWIL AM SEE ZH – 1974 führte der Psychoanalytiker Herbert Freudenberger den Begriff Burnout ein. In der Fachdiskussion gibt es aber immer wieder die kritische Frage, ob es sich wirklich um eine eigene Krankheits-Entität handelt oder ob der Begriff eher eine Rechtfertigung für verminderte Leistungen und Arbeits-Unlust ist.

Das Burnout-Syndrom zeigt folgende Hauptsymptomatik:

- affektive Abstumpfung, Gefühl von einer inneren Leere und Interessenlosigkeit
- körperliche Erschöpfung
- verringerte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Schlafstörungen
- sozialer Rückzug
- psychosomatische Reaktionen wie Kopfschmerzen, Herzklappen, Übelkeit, Magen-Darm-Beschwerden.

Die Symptome treten charakteristischweise durch Belastungen am Arbeitsplatz auf. Die Erkrankung gehört damit zur Gruppe der Stressfolge-Erkrankungen, die nachgewiesene Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen sind. Typisch für das Burnout-Syndrom ist, dass im Vorfeld der klinischen Symptomatik meist ein grosser Einsatz am Arbeitsplatz geleistet wird. Die Betroffenen haben ein hohes Engagement, tragen oft eine überdurchschnittliche Arbeitslast und

konzentrieren sich zunehmend mehr auf die Arbeit, unter Vernachlässigung ihres persönlichen Umfeldes.



Professor Dr. Achim Haug

In einer zweiten Phase wird dieses überdurchschnittliche Engagement reduziert. Es entwickeln sich negative Gefühle gegenüber Kunden, Mitarbeitern und Vorgesetzten. Die verringerte emotionale Schwingungsfähigkeit drückt sich in emotionaler Kälte gegenüber Menschen im beruflichen und privaten Umfeld aus. Es folgt der Verlust von Empathie bis hin zum

Zynismus. In dieser Phase kann von den Betroffenen die zurückgegangene Arbeitsleistung nicht mehr durch grössere Anstrengung kompensiert werden. Es kommt zum emotionalen Zusammenbruch, der sich in schwerer Erschöpfung und verringertem Antrieb zeigt. Oft können die Betroffenen nicht mehr anders reagieren, als die Notbremse zu ziehen. In dieser Phase kommt es zu Kündigungen, ohne dass die Folgen sorgfältig abgewogen werden oder auch vorher mit dem Arbeitgeber Gespräche stattgefunden hätten. Erst jetzt wird in der Regel professionelle Hilfe angefordert.

Die Klassifizierung des Burnout-Syndroms

Für das Burnout-Syndrom stellt die ICD-10 eine eigene Z-Diagnose zur Verfügung (Z73.0). Im Einzelfall ist aber zu prüfen, ob nicht auch die diagnostischen Kriterien der längerdauernden depressiven Reaktion (F43.2) oder sogar der depressiven Episode (F32) erfüllt sind. Um einer weiteren inflationären Ausweitung des Begriffs Einhalt zu gebieten, sollten folgende Regeln beachtet werden:

1. Die Stress-Situation ist auf den Arbeitsplatz bezogen.
2. Die Symptomatik entwickelt sich bei vorher leistungsstarken Menschen, ein ausgeprägter Veränderungs-Gradient ist vorhanden.
3. Es liegen eindeutige Symptome des depressiven Syndroms vor.

Was ist bei der Behandlung wichtig?

Die Behandlung des Burnout-Syndroms orientiert sich an dieser besonderen Konstellation. Zunächst sollte eine genaue Arbeitsprozess-Analyse erfolgen. Wo immer möglich, sollte eine Einschränkung des Arbeitspensums und Entlastung bei zugewiesenen Aufgaben erreicht werden. Hier sind oft auch Verhandlungen mit dem Arbeitgeber zu führen. Eine längere Krankschreibung, wie auch längere Kur- oder Wellness-Aufenthalte ohne begleitende Therapie, bringen meist keine nachhaltige Entlastung, da die verursachenden Faktoren unverändert bleiben. Die psychotherapeutische Begleitung fokussiert zu Beginn vor allem auf entlastende Arbeitsprozesse. Die auf die aktuelle Situation bezogene Analyse dysfunktionaler Bewältigungsmuster bei Belastung kann bis zur biografischen Aufarbeitung allgemeiner Störungen der Konfliktbewältigung führen.

Ziel ist eine neue Work-Live-Balance ohne wesentliche Einschränkung der früheren Arbeitsfähigkeit. Die Erlernung von Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, Meditation) gehört zur Standard-Behandlung des Burnout-Syndroms. Da bei den Betroffenen eine Störung der Stressbewältigung vorliegt, kann mit Biofeedback-Methoden die Steuerungsfähigkeit im Umgang

mit Stress wieder eingeübt werden. Techniken der Achtsamkeitsübungen sowie Übungen zur Wiedererlangung der Genussfähigkeit können das Therapie-Programm ergänzen. Übungen zur Früherkennung von Belastungs-Zeichen sind Teil der psychoedukativen Massnahmen.

Braucht es eine Medikation?

Abhängig von der Schwere des depressiven Syndroms wird in der Regel eine zusätzliche antidepressive Medikation indiziert sein. Nicht selten ist bei schwerer depressiver Symptomatik mit oft vorhandenem Lebens-Überdruß und Verzweiflung eine Behandlung in der psychiatrischen Klinik notwendig.

Wegen der ausreichenden differenzialdiagnostischen Schärfe und des charakteristischen Behandlungssets handelt es sich beim Burnout-Syndrom um eine sinnvolle Krankheitsbezeichnung im Rahmen der Stressfolge-Erkrankungen. Der Leidensdruck der Betroffenen kann erhebliche Ausmassen annehmen. Da der Begriff wenig stigmatisiert ist, dient er auch dazu, depressive Menschen einer erfolgreichen Therapie zuzuführen, die ohne den Hilfsbegriff Burnout den Schritt zur indizierten psychiatrischen Behandlung gescheut hätten. Prof. Dr. Achim Haug, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärztlicher Direktor Clenia Privatklinik-Gruppe



Praxisworkshop Gynäkologie

Folge 1 Aktuelle Studienlage zur postpartalen i.v. Eisensubstitution

Potenziell starken Blutverlust während der Geburt einkalkulieren Wann sollte Eisen parenteral substituiert werden?

BASEL – Bis zur Menopause besteht bei Frauen das latente Risiko einer Eisenmangelanämie. Insbesondere in Phasen erhöhter Blutverluste ist es erfahrungsgemäss nicht ganz einfach, den Eisenbedarf zu decken. Das gilt für starke Menstruationsblutungen ebenso wie für den Blutverlust unter einer Geburt. Über ihre Erfahrungen auf der Mutter-Kind-Station des Frauenspitals Basel sprachen wir mit Professor Dr. Irene Hösli, Abteilungsleiterin Geburtshilfe und Schwangerschaftsmedizin.



Unsere Expertin:
Professor Dr.
Irene Hösli

Wie sehen die Eisenreserven der schwangeren Frauen aus, die Sie betreuen?

Prof. Hösli: Relativ häufig beobachten wir grenzwertige Ferritinpiegel bei den Schwangeren, wobei sehr tiefe Werte ($<15 \mu\text{g/l}$) eher selten sind. Ausserdem muss der Eisenspiegel kontrolliert werden, um nichts zu verpassen. Für uns stellt sich in erster Linie die Frage: wie kommen die Frauen zu uns zur Entbindung? Wir haben inzwischen Hinweise, dass 20% der Frauen einen Eisenmangel aufweisen. Was wir nicht wissen: war die Compliance mit der oralen Eisentherapie einfach schlecht?

Wie stellen Sie eine gute Eisenversorgung während der Schwangerschaft sicher?

Das beginnt mit der Ernährungsberatung, schwangere Frauen sollten regelmässig Fleisch konsumieren. Wenn sich der Bedarf so nicht decken lässt und die Ferritinpiegel deutlich zu tief sind, müssen wir Eisen substituieren. Gerade während der Schwangerschaft kommt man jedoch mit der oralen Gabe an Grenzen, wegen der

häufig schlechten gastrointestinalen Verträglichkeit.

Bietet sich dann die parenterale Gabe als Option an?

Bei tiefen Ferritin-Werten sind wir relativ grosszügig mit der parenteralen Gabe. Die Vorteile liegen auf der Hand. Wir sind auf der sicheren Seite, da es kein Compliance-Problem gibt, und die Speicher rasch aufgefüllt sind. Man muss ja auch bedenken, dass das ungeborene Kind die mütterlichen Eisenreserven beansprucht. Und dann kommt der mehr oder weniger ausgeprägte Blutverlust bei der Entbindung.

Abgesehen davon sind erhöhte Eisenvorräte bei Frauen sinnvoll, die längerfristig voll stillen möchten.

Wie sehen die Erfahrungen in der Praxis aus?

Wir sind überzeugt, dass wir diesen Frauen etwas Gutes tun, auch vor dem Hintergrund einer erhöhten Rate von Sectiones und Mehrlingsgeburten. Die ausreichend mit Eisen versorgten Frauen fühlen sich leistungsfähiger und belastbarer, und manche berichten auch über eine verbesserte Stimmung.

Auch die interne Statistik spricht für sich: In der Top 75-Liste des medizinischen Bedarfs unserer Station steht Eisen auf Platz 21, während Eisencarboxymaltose bereits an 7. Stelle rangiert.

Steckbrief: Starker postpartaler Blutverlust



Die typische Patientin, die für eine i.v. Eisensubstitution in Frage kommt, hat einen starken postpartalen Blutverlust erlitten, meist über 1 000 ml. Das Hb liegt vor Beginn der parenteralen Eisengabe bei durchschnittlich 7,6 mg/dl. Im Mittel war es unter der Geburt zu einem Hb-Abfall von rund 4 mg/dl gekommen.

Therapie: 2 Ampullen à 500 mg Eisencarboxymaltose (FCM).

Evidenz: die vorliegenden Studien¹⁻³ bestätigen den Nutzen von parenteraler Eisencarboxymaltose auf dem Evidenzlevel I.

Studienhintergrund

- Parenterale FCM hat sich als sichere, wirksame und gut verträgliche Therapie der postpartalen Anämie bewährt. Die Eisenspeicher normalisieren sich rasch¹.
- Bei postpartaler Eisenmangelanämie erwies sich FCM nicht nur als sicher und gut verträglich, sondern auch gegenüber der oralen Therapie mit Eisensulfat als überlegen².
- Mit hochdosiertem FCM (2 x 500 mg) erreicht man eine raschere Korrektur der postpartalen Anämie – mit entsprechendem Hb-Anstieg – als mit oraler Eisengabe³.

1 Breymann, C et al. Int J Gynecol Obstet 2008; 101: 67-73
2 Seid, MH et al. Am J Obstet Gynecol 2008; 199: 435-437
3 Van Wyck, DB et al. Obstet Gynecol 2007; 110: 267-278