

Nur moderate Modifikationen in der ICD-11

Burnoutbehandlung: ein Update

Mit der neuen ICD-11 wurden grundlegende Änderungen in der Klassifikation des Burnouts erwartet – am Ende blieben diese aber aus. Beim SGPP-Kongress in Bern gab Dr. med. Michael Pfaff, Ärztlicher Direktor der Clinica Holistica Engiadina, einen umfassenden Überblick zur überarbeiteten Klassifikation des Burnouts und zu neuen Diagnose- und Therapieansätzen.

Was ist Burnout eigentlich?

Bis heute gibt es keine einheitliche Definition des Phänomens «Burnout». Die Behandlung in Kliniken erfolgt aktuell, ohne Klarheit über die eigentliche Erkrankung zu haben. Die Schweiz verfügt auf Initiative des Schweizer Expertennetzwerkes Burnout (SEB) unter der Leitung von Barbara Hochstrasser über einzigartige Behandlungsempfehlungen,¹ die 2016 erstellt und bisher selbst in Deutschland noch nicht repliziert wurden.

Burnout in der ICD-11: alles neu?

Während der Erstellung der ICD-11 (gültig ab 1. Januar 2022) wurde vorübergehend verlautbart, Burnout würde darin als Diagnose aufgenommen werden. Wenige Tage später wurde diese Meldung allerdings wieder dementiert. Burnout bleibt also in der ICD-11 ähnlich wie zuvor in der ICD-10 lediglich «ein Faktor, der die Gesundheit beeinflusst oder die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten mit sich führt». Es wird aber auch weiterhin nicht als eigenständige Krankheit angesehen und daher auch in Zukunft nicht zu IV-Renten, Krankenhausbehandlungen oder Krankenhaustaggeldzahlungen berechtigten.

Modifikationen in der Einordnung von Burnout wurden dennoch vorgenommen: Bisher stand das Burnout unter der Überschrift «Probleme in der Lebensbewältigung». In der ICD-11 wird Burnout nun der Unterüberschrift «Probleme, die mit der Arbeit oder Arbeitslosigkeit verbunden sind» zugeordnet. Es wird definiert als Syndrom, welches aufgrund von chronischem Stress am Arbeitsplatz, der nicht erfolgreich

bewältigt wurde, bedingt ist. Die Charakterisierung erfolgt durch drei Dimensionen:

- das Gefühl von Energieverlust und Erschöpfung
- die zunehmende mentale Distanz von der Arbeit oder Gefühle von Negativismus bzw. Zynismus bezüglich der Arbeit
- die reduzierte berufliche Leistungsfähigkeit

Burnout bezieht sich also in der ICD-11 spezifisch auf Phänomene im Arbeitskontext und sollte nicht auf Erfahrungen in anderen Lebensbereichen angewendet werden.

Ursache Arbeitsstress oder doch Depression?

Ob diese Zuordnung allerdings so einfach ist bleibt offen. Bianchi et al. sind in einer ihrer Studien der Frage nachgegangen, ob Burnout spezifisch durch Arbeitsbedingungen induziert wird.² 468 Mitarbeiter des Gesundheitswesens wurden mittels Online-Fragebögen – Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) und Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) mit jeweils der Zusatzfrage, ob die aktuelle Arbeitstätigkeit die Hauptursache der Probleme sei – zu Burnout und Depression befragt. Nur 44% der Befragten mit klaren Burnoutsymptomen sahen dafür die Ursache in der Arbeit. Im Vergleich dazu gaben 39% der Befragten mit Depressionssymptomen an, ihre Arbeitssituation sei ursächlich für ihren psychischen Zustand. Nach Korrelations- und Clusteranalysen zeigt sich eine Überlappung zwischen Burnout und Depression. Burnout scheint demnach kein spezifisch durch ungünstige Arbeitsbedingungen hervorgerufenen Leiden zu sein.

Auch in weiteren zwischen 2015 und 2019 mit Burnout- und Depressionsfragebögen durchgeführten faktoranalytischen Untersuchungen kommen Bianchi und Schönfeld immer wieder zu dem Ergebnis, dass Burnout nicht als eigenständiges nosologisches Konstrukt zu sehen ist, sondern vielmehr im Konzept von Depression zu erfassen ist.

Lebenszusammenhänge rücken in den Fokus

Aber auch diese Schlussfolgerung scheint die komplexe Sachlage nicht vollständig zu beschreiben. Aus der Klinik ist bekannt, dass Depression bei Burnoutpatienten mittels verschiedener Therapieoptionen gut in den Griff bekommen werden kann, die Erschöpfungszustände jedoch meist länger bestehen bleiben. Die noch junge Disziplin der Psychoneuroimmunologie, ein interdisziplinärer Forschungsansatz, der Zusammenhänge und Wechselbeziehungen nicht nur auf der körperbiologischen Ebene sieht, sondern auch den Zusammenhang mit biopsychosozialen Prozessen sucht, könnte hier Antworten liefern. Hannemann et al.³ betrachten in ihrer Veröffentlichung Burnout im Rahmen des biopsychosozialen Modells. Nervensystem, Immunsystem, Hormonsystem sowie psychische bzw. psychosoziale Prozesse beeinflussen sich nicht nur «top-down», sondern auch «bottom-up».

In der einen Richtung ist das Immunsystem dabei wesentliches Zielorgan in der Übermittlung von Stressreizen aus der Peripherie: Gefühle führen zu Stressreaktionen im Körper, Stress wiederum unterdrückt das Immunsystem. Unter diesem Gesichtspunkt werden im biopsychosozialen



© iStockphoto.com/designer491

len Modell auch Lebensumstände berücksichtigt. Somit rücken auch in der medizinischen Forschung Lebenszusammenhänge immer mehr in den Mittelpunkt. Betrachtet man jene Prozesse, die vom Immunsystem ausgehen, wie das sogenannte «sickness behaviour» zum zentralen Begriff. Peripher angestiegene proinflammatorische Zytokinlevel passieren die Blut-Hirn-Schranke und nehmen Einfluss auf das Erleben und Verhalten.⁴ So sorgen Entzündungsparameter beispielsweise dafür, dass wir bei einer Grippe erschöpft sind und uns zurückziehen. Kurzfristig dient dieser Prozess zur Erholung und ist daher sinnvoll, langfristig ist dieses Verhalten als Ausdruck von pathologischen überdauernden stressbedingten Entzündungsaktivitäten zu verstehen.

Biomarkerforschung

2011 erschien ein grosser Review von 31 Studien zu Burnout, die insgesamt 38 verschiedene Biomarker untersuchten. Die Autoren fanden keine Zusammenhänge zwischen Biomarkerausprägungen und dem Vorliegen von Burnout.⁵ Auch zu Cortisol liegt bisher keine einheitliche Studienlage vor. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass es konkretere biopsychosoziale Ansätze der Forschung braucht, die nicht nur auf eine «defekte Maschine» blicken, sondern auch sozialwissenschaftliche Einsichten miteinbeziehen.

Biomarker spielen aber trotz fehlender

Aussagekraft in der Diagnose eine wichtige Rolle in der klinischen Behandlung. Studien zeigten, dass höhere Cortisolspiegel zu Beginn der Behandlung eine eher schlechtere Therapiewirksamkeit von Antidepressiva und Psychotherapie voraussagen.^{6, 7} Eine Typisierung der Patienten anhand ihrer Herzratenvariabilität (HRV) kann in der Therapieplanung hilfreich sein.⁸

Trainingsmethoden bei Burnout

Die Steuerung und die Effekte verschiedener Trainingsmethoden werden zunehmend erforscht. Im Leistungssport ist die tägliche Messung der HRV in der Trainingsvorbereitung bereits zur Routine geworden. In der Burnoutdiagnostik wird die HRV ebenfalls bereits häufig verwendet. Als relativ aufwendige 24-Stunden-Messung ist sie für die Behandlungssteuerung allerdings nicht geeignet. Nichtsdestotrotz könnten Kurzzeit-HRV-Messungen ein hilfreiches Element in der Steuerung der Burnoutbehandlung sein.⁹ An der Clinica Holistica Engiadina wird daher ab 2020 in einer Studie untersucht, ob in der Burnout-Therapie bestimmte Patientengruppen von (Hoch-)intensivem Intervalltraining im Vergleich zu moderatem Ausdauertraining besonders profitieren.

Therapieansätze in der Praxis

Das SEB hat umfassende Ziele der Burnoutbehandlung erarbeitet (siehe Kasten).

Um diese Ziele zu erreichen, empfiehlt das SEB einen multimodalen Therapieansatz bestehend aus

- Patientenbegleitung
- Biologisch-medizinischer Dimension
- Sportlicher Aktivierung
- Entspannung/Achtsamkeit
- Psychotherapie
- Existenzieller Dimension
- Vorbereitung/Begleitung in der beruflichen Reintegration

Ausschlaggebend für den Erfolg der Burnoutbehandlung in der Zukunft wird

Ziele der Burnoutbehandlung

«Um eine nachhaltige Besserung zu erreichen, gilt es, psychologische Risikofaktoren zu relativieren, eine nachhaltige Selbstfürsorge zu entwickeln und eine erhöhte Kompetenz hinsichtlich Stressbewältigung, Konfliktlösung und sozialer Interaktion zu erwerben. Zentrales Ziel muss sein, die Betroffenen erneut zu befähigen, Kontrolle über ihr Leben zu gewinnen und die für ihren Lebensentwurf und ihre Identität wichtigen Kompetenzen und Ressourcen aufzubauen.» (nach Hochstrasser et al. 2016¹)

das reibungslose Zusammenarbeiten aller Glieder der Behandlungskette sein: ambulante und stationäre Versorgung, Nachbehandlung, Betreuung durch Case Manager und Reintegration.

Ressourcenaktivierung

In der Clinica Holistica Engiadina setzt man in der Burnouttherapie auf die Ressourcenaktivierung bei affektiven Störungen und eingeschränkter Kognition. Der Fokus liegt dabei auf einer handlungsorientierten, nonverbalen Intervention.

Man stützt sich dabei auf die These, dass Handeln und Erfahren einen prägenden Einfluss auf Denk-, Fühl- und Verhaltensmodifikationen nehmen. Diese Handlungsorientierung schafft es, die bereits vorhandenen Fähigkeiten der Patienten zu aktivieren und weitere Entwicklungen anzustossen, um so über die Therapiemotivation einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg zu nehmen. Dieses erfahrungsorientierte Lernen in der Psychotherapie wird beispielsweise im Hochseilgarten der Klinik Wollmarshöhe eingesetzt.

«Return to work» nach Burnout

Wie können Personen nach einem Burnout erfolgreich wieder in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden? Eine Metaanalyse zeigte, dass die Mehrzahl jener Interventionen, die mit «return to work» (RTW) als Zielgrösse arbeiten, die Burnoutsymptomatik reduzieren können, aber das Ziel verfehlen, die Arbeitsfähigkeit zu fördern und lange Fehlzeiten zu verhindern. Kombinierte Interventionen hingegen, die beim Individuum und am Arbeitsplatz ansetzen, können den Rehaerfolg unterstützen. Dabei haben Programme, die auf validierten Burnouttheorien aufbauen, die grössten Erfolgchancen.¹⁰ Im Kanton Graubünden wurde zur Unterstützung der beruflichen Re-Integration nach Burnout das Netzwerk Rework aufgebaut. Um ein sogenanntes «ressourcenorientiertes Eingliederungsprofil» herum wird versucht, die Keyplayer Arbeitgebende, Arbeitnehmende, Ärzte, Spitäler und Sozialversicherungen frühzeitig an einen Tisch zu bringen und Gespräche zu initiieren. Nähere Informationen findet man auf www.rework-gr.ch. ■

Bericht:
Dr. Gabriele Senti
■19

Quelle:

SGPP-Kongress, 4. bis 6. September 2019, Bern

Literatur:

1 Hochstrasser B et al.: Swiss Medical Forum - Schweizerisches Medizin-Forum 2016; 16(25): 538-41 2 Bianchi R, Brisson R: J Health Psychol 2019; 24(11): 1574-80 3 Hanneemann J et al.: Schweizer Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie 2019; 2: 18-23 4 Strahler J et al.: Neurosci Biobehav Rev 2016; 68: 298-318 5 Danhof-Pont MB et al.: J Psychosom Res 2011; 70(6): 505-24 6 Fischer S et al.: Br J Psychiatry 2017; 210(2): 105-9 7 Fischer S et al.: Neurosci Biobehav Rev 2017; 83: 200-11 8 Kircanski K et al.: Depress Anxiety 2019; 36(1): 63-71 9 Riffer F et al.: Neuropsychiatr 2016; 30(4): 198-206 10 Ahola K et al.: Burnout Research 2017; 4: 1-11

Studie zu finanziellen Folgen der Eltern-Kind-Bindung veröffentlicht

Mehr elterliche Fürsorge, weniger Kosten

Geborgenheit, Nähe und Unterstützung sind wesentliche Faktoren, die zu einer sicheren und zuverlässigen Bindung zwischen Kindern und ihren Eltern beitragen. Welche finanziellen Konsequenzen eine fehlende oder schwache Eltern-Kind-Bindung hat, wurde nun erstmals untersucht.

Gemeinsam mit Kollegen der London School of Economics und des Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, London, haben Professor Dr. Dr. med. Christian Bachmann aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie und sein Team am Universitätsklinikum Ulm herausgefunden, dass eine sichere Bindung zwischen Kindern und Eltern mit signifikant geringeren gesamtgesellschaftlichen Kosten – wie für schulische Fördermassnahmen, ausserhäusliche Unterbringung oder Krankenhausaufenthalte – verbunden ist.

Die elterliche Fürsorge wirkt sich positiv auf die soziale Entwicklung der Kinder aus und führt zu geringeren Kosten für das Ge-

sundheitswesen. Noch ausgeprägter als bei der Mutter ist der Effekt bei der Bindung an den Vater und bleibt auch nach der Kontrolle von Einflussfaktoren wie Geschlecht, Alter oder sozioökonomischem Status bestehen.

Die Ergebnisse der Studie sind auch im Hinblick auf die Frage der Frühbetreuung von Kindern und des dafür erforderlichen Personalschlüssels in Kindergärten und Kinderkrippen interessant. «Aus unserer Sicht liefern die Ergebnisse der Studie ein Argument für die Förderung guter Bindungsqualität bereits im Baby- und Kleinkindalter, da in diesem Alter die Grundlagen für das zukünftige Bindungsverhalten gelegt werden», sagt Professor Bachmann.

An der Untersuchung auf Basis zweier hochwertig randomisierter und kontrollierter Langzeitstudien beteiligten sich 174 Familien aus Grossbritannien mit Kindern im Alter von neun bis 17 Jahren. (red) ■

Quelle:

Medienmitteilung des Universitätsklinikums Ulm

Literatur:

Bachmann CJ et al.: The cost of love: financial consequences of insecure attachment in antisocial youth. J Child Psychol Psychiatry 2019. doi: 10.1111/jcpp.13103. [Epub ahead of print]