

Einmal Burnout ist nicht immer Burnout: Eine stationäre multimodale Psychotherapie ist eine effektive Burnout-Behandlung

Effectiveness of an Inpatient Multimodal Psychiatric-Psychotherapeutic Program for the Treatment of Job Burnout

¹Kathleen Schwarzkopf, ²Nathalie Conrad, ^{3,4}Doris Straus, ^{3,4}Hilburg Porschke,
^{1,5}Roland von Känel

Universitätsklinik für Neurologie, Inselspital Bern¹; ZHAW Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Zürich²;
Oberwaid Kurhotel & Privatklinik, St. Gallen³; Clinica Holistica Engiadina, Susch⁴; Psychosomatische Medizin, Klinik Barmelweid⁵

Zusammenfassung: Retrospektiv wurden der klinische Verlauf und die Langzeiteffekte einer stationären Behandlung bei 723 Patientinnen und Patienten untersucht, die 2012–2013 in einer auf «Burnout»-Behandlung spezialisierten Klinik mit einer ICD-10 F-Hauptdiagnose und Zusatzcode Z73.0 («Zustand der totalen Erschöpfung») hospitalisiert waren. Die Charakterisierung der Studienteilnehmenden erfolgte anhand von Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Status, sowie semiquantitativ mit testpsychologischen Fragebogen zu Beginn und am Ende der sechswöchigen stationären Behandlung. Eine Katamnese konnte bei 232 Studienteilnehmenden im Mittel 15 Monate nach Entlassung erfolgen. Die Resultate verdeutlichen den Erfolg einer stationären multimodalen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit einer signifikanten Reduktion der allgemeinen und für Burnout spezifischen (d.h. emotionale Erschöpfung, Depersonalisation, reduzierte Leistungsfähigkeit) Symptombelastung. Die Mehrheit der Patienten (>90%) erlebte die Therapie als erfolgreich. Eine berufliche Reintegration erfolgte bei 71%.

Schlüsselwörter: Burnout – psychologischer Stress – multimodale Therapie-Arbeit – berufliche Reintegration

Abstract: We studied the clinical course and long-term effects of inpatient treatment in 723 patients with job burnout referred with an ICD-10 F diagnosis and Z73.0 code («overwhelming exhaustion») to a Swiss hospital specialized in the treatment of job stress-related disorders. Patients were characterized in terms of age, gender, socioeconomic status. Self-rated psychological measures related to general and burnout-specific symptoms (i.e., emotional exhaustion, depersonalization, and diminished personal accomplishments) were applied before and after a six-week treatment program, as well as at 15 months after hospital discharge in 232 patients. The results show that the multimodal inpatient psychiatric-psychotherapeutic treatment was successful with a sustainable effect on psychological well-being (>90%), including improvements regarding emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishments as well as professional reintegration in 71% of cases.

Key words: burnout – psychological stress – multimodal therapy – work – professional reintegration

Résumé: L'anamnèse clinique et les effets à long terme d'un traitement hospitalier pour des patients avec un syndrome d'épuisement général situé dans un contexte de travail («burnout») ont été collectés. Les données de 723 patients hospitalisés entre 2012 et 2013 au sein d'une clinique spécialisée pour «burnout» ont été analysées rétrospectivement. Les aspects suivants ont été recueillis: âge, sexe, statut socioéconomique, évaluation psychologique semi-quantitative du niveau dépressif, symptômes de «burnout», qualité du sommeil et niveau de stress avant et après six semaines de traitement, ceci en moyenne 15 mois après la sortie. Les résultats montrent qu'un traitement multimodal hospitalier psychiatrique-psychothérapeutique mène à une amélioration durable (>90%) et à une réintégration professionnelle (71%) pour une grande majorité des patients.

Mots-clés: burnout – stress psychologique – thérapie multimodale – travail – réinsertion professionnelle

Im Artikel verwendete Abkürzungen:

BDI	Beck depressions inventory	MBI	Maslach Burnout Inventar
BSI	Brief symptom inventory	PSQI	Pittsburgher Schlafqualitäts-Index
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten	PSS	Perceived stress scale

Einleitung

Vorübergehende Überbelastungen während des Arbeitsalltags sind üblich. Diese können mit kurzzeitig vegetativen Stresssymptomen wie Herzrasen, Schweissausbrüchen, Schlafstörungen und Erschöpfungsgefühlen verbunden sein, die sich während kürzeren Erholungsphasen zurückbilden. Länger anhaltende und durch die Betroffenen nicht kontrollierbare Überforderungen am Arbeitsplatz können zu einem Erschöpfungssyndrom im Sinne eines «Burnouts» führen, das teilweise mit einer depressiven und Angstsymptomatik sowie multiplen körperlichen Beschwerden einhergeht [1]. Neben dem Kernsymptom der emotionalen Erschöpfung ist Burnout durch psychovegetative, kognitive und körperliche Leistungsminderung sowie Gefühlen von Selbstentfremdung und Zynismus charakterisiert. Letztere zeigen sich mit Reizbarkeit, Labilität, sozialem Rückzug und einer kritischen Distanz zur Arbeit [2]. Arbeitsverdichtung, Arbeitsbeschleunigung, Termin- und Leistungsdruck, Fragmentierung von Arbeitsabläufen und durch Unsicherheit geprägte Arbeitsverhältnisse werden als häufige Faktoren einer zunehmenden arbeitsbezogenen Stressbelastung und Burnout genannt. Mit Burnout assoziiert sind ebenso Arbeitsunfähigkeit und Berentung [3–5].

Nach wie vor lässt sich dem Burnout-Syndrom auch in den neuen Klassifikationssystemen psychischer Störungen wie dem ICD-10 keine eigenständige Diagnose zuordnen. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) empfiehlt in ihrem Positionspapier zum Burnout dieses nicht als Krankheitsbild, sondern als Risikozustand für vielfältige psychische und körperliche Krankheiten zu verstehen und die Zusatzkodierung Z 73.0 im ICD-10 zu verwenden: «Burnout gleichbedeutend mit Zustand der totalen Erschöpfung» [1]. Unabhängig von der Kontroverse zur diagnostischen Zuordnung wird Burnout in der Öffentlichkeit und den Medien breit diskutiert [6]. Diese Entwicklung scheint positiv, unterstützt sie doch die Entstigmatisierung psychischer Krankheiten.

Die Thematik rund um Burnout gehört mittlerweile auch zum Alltag der medizinischen Grundversorgung; bei der Differenzialdiagnose eines chronischen, somatisch nicht erklärbaren Erschöpfungszustands sollte ein Burnout-Syndrom in Erwägung gezogen werden [7]. Zudem sind Ärzte selbst von Burnout betroffen. Bereits vor zehn Jahren litt ein Drittel der Grundversorger in der Schweiz an einem mittelschweren Burnout und vier Prozent an einer schweren Form [8], wobei die Prävalenz in den letzten Jahren noch zugenommen hat [9]. Zahlreiche Konzepte zur Therapie und Prävention von Burnout im Arbeitskontext wurden in den letzten Jahren entwickelt [10]. Diese wurden bisher bezüglich ihrer Wirksamkeit und Nachhaltigkeit nicht in grösseren Patientenkollektiven im mehrwöchigen stationären multimodalen Behandlungssetting untersucht [11].

Mit dem Ziel, diese Wissenslücke zu verkleinern, wurden die Daten aller in den Jahren 2012 und 2013 in einer Schweizer Burnout-Klinik nach einheitlichem multimodalem Kon-

zept über sechs Wochen stationär psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelten Patientinnen und Patienten ausgewertet und eine Subgruppe zum psychologischen und beruflichen Outcome ungefähr ein Jahr nach Spitalaustritt befragt. Das multimodale Konzept beinhaltet allfällige somatische Therapien, Psychoedukation, Gesprächspsychotherapie, körperorientierte und kreative Therapieverfahren, Bewegungstherapie und bei Bedarf Pharmakotherapie.

Methode

Studiendesign

Es handelt sich um eine Outcome-Studie mit katamnästischer Patientenbefragung. Retrospektiv wurden alle 723 Patienten, die in den Jahren 2012 und 2013 in der Clinica Holistica Engiadina hospitalisiert waren, in die Studie eingeschlossen. Die Daten wurden mit verschiedenen Selbsteinschätzungs-Fragebogen jeweils zum Zeitpunkt der Aufnahme, kurz vor Entlassung und im Mittel 15 Monate nach Entlassung erhoben. Die Zeitpunkte für die Katamnese-Erhebung, die zwischen April und August 2014 stattfand, waren, je nach Zeitpunkt des Therapieabschlusses, unterschiedlich. Eingeschlossen wurden alle Patienten, die eine F-Hauptdiagnose nach ICD-10 (überwiegend F3 oder F4) mit der Zusatzkodierung Z73.0 erhielten [1]. Die Outcome-Studie zum Verlauf der stationären Behandlung im Sinne der Eigenforschung wurde von der Kantonalen Ethikkommission Zürich bewilligt. Die Patienten haben der Teilnahme an der Studie, nach vorgängiger Aufklärung, zugestimmt. Die Katamanesedaten wurden zur Qualitätskontrolle bezüglich Nachhaltigkeit des Therapieeffekts des stationären Behandlungsprogramms nacherhoben.

Parameter

Soziodemografische Faktoren

An soziodemografischen Faktoren wurden Alter, Geschlecht, der sozioökonomische Status und die Hauptdiagnose nach ICD-10 erhoben.

Psychologische Faktoren

Um die psychische Verfassung der Studienteilnehmer zu beschreiben, wurden Resultate verschiedener standardisierter Testverfahren wie folgt zusammengetragen.

Depressivität: Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) ist ein standardisiertes Verfahren zur Selbstbeurteilung der Schwere depressiver Symptome [12]. Anhand von 21 Items wird der Patient gefragt, wie er sich während der vergangenen Woche gefühlt hat. Der Gesamtscore liegt zwischen 0 (vergleichbar als normal) und 63 (schwere Depression) Punkten mit folgender Einteilung: <10, unauffällig; 10–18, schwache Depressivität; 19–29, mässige Depressivität; ≥30 schwere Depressivität.

Symptombelastung

Das Brief-Symptom-Inventory (BSI) wird zur Erfassung der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung bedingt durch körperliche und/oder psychische Symptome eingesetzt [13]. Das aus 53 Items bestehende Instrument erfasst sowohl die aktuelle Belastung als auch die Stärke der Belastung. Die Items lassen sich in folgende neun Skalen einteilen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus. Der Gesamtscore liegt zwischen -2,0 (kein Distress) und 8,0 (sehr schwerer Distress) Punkten mit folgender Einteilung: -2,0 bis 0 (keine); 0,1 bis 2,0 (leichte); 2,1 bis 4,0 (mittlere); 4,1 bis 6,0 (starke); und ab 6,1 (sehr starke Symptombelastung).

Burnout

Um das Konstrukt abzubilden, wurde das weit verbreitete Maslach-Burnout-Inventar (MBI) in seiner deutschen Fassung eingesetzt [14,15]. Die Subskalen emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte Selbstwirksamkeit repräsentieren die drei Hauptsymptome des Burnouts. Emotionale Erschöpfung als Kernsymptom verkörpert die Unfähigkeit bzw. die mangelnde Energie, sich im Beruf zu engagieren. Das MBI gibt aktuell keinen Schwellenwert für einen Burnout-Gesamtscore an, sondern nur Grenzwerte für die MBI-Subskalen. Werte zwischen 0,0 und 1,8 entsprechen keiner bis einer geringen, 1,9 bis 2,8 einer mittleren und ab 2,9 einer hohen emotionalen Erschöpfung. Mit der Subskala der Depersonalisation ist eine Distanzierung von der Arbeit gemeint, die sich in zynischen und abwertenden Gedanken und Verhaltensweisen äussert. Skalenwerte zwischen 0,0 und 1,3 entsprechen keiner bis einer geringen, Werte von 1,4 bis 2,5 einer mittleren und ab 2,6 einer hohen Depersonalisation. Die subjektiv wahrgenommene reduzierte Leistungsfähigkeit kann sich in Konzentrations- und Gedächtnisschwächen, dem Vergessen von Terminen und häufigen Flüchtigkeitsfehlern äussern. Werte zwischen 0,0 und 1,1 entsprechen keiner bis einer geringen, 1,2 bis 1,9 einer mittleren und ab 2,0 einer hohen reduzierten Leistungsfähigkeit.

Schlafqualität

Die subjektive Schlafqualität wurde für den Zeitraum des letzten Monats mit dem Pittsburgher Schlafqualitätsindex (PSQI) gemessen [16]. Der Fragebogen beinhaltet Items zu Schlaflatenz und -dauer, Häufigkeit schlafstörender Ereignisse, Beurteilung der Schlafqualität, gewöhnliche Schlafzeiten, sowie Schlafmedikation und Tagesmüdigkeit. Der Gesamtscore liegt zwischen 0 und 21, wobei ab einem Skalenwert von 5 eine subjektive Schlafstörung angenommen wird.

Wahrgenommener Stress

Die Perceived Stress Scale (PSS) ist ein weit verbreitetes Instrument, um das Ausmass von subjektiv wahrgenommenem Stress im letzten Monat zu messen [17]. Der Fragebogen be-

steht aus 14 Items, die mit 0 (nie) bis 5 (sehr oft) beurteilt werden und bezieht sich auf Situationen, die als unvorhersehbar und unkontrollierbar erlebt werden.

Katamnese

Zum Katamnese-Zeitpunkt wurden ausserdem die subjektive Patienteneinschätzung (Belastbarkeit, Leistungsfähigkeit, allgemeine Zufriedenheit mit der stationären Therapie und hilfreiche Massnahmen nach Klinikaustritt) sowie quasi-objektive Outcome-Merkmale (Dauer der Krankschreibung, Beschäftigungsgrad) erfragt.

Statistische Auswertung

Für die Auswertung der Daten wurde die Statistiksoftware IBM SPSS Statistics, Version 21.0 (SPSS Inc., Chicago, IL) verwendet. Deskriptive Statistiken von allen Variablen wurden berechnet und Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) angegeben. Der Signifikanzlevel beträgt $p < 0,05$ (zweiseitig). Die Normalverteilung der Daten wurde mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test verifiziert. Für die Überprüfung der Wirksamkeit wurden anhand des t-Tests für verbundene Stichproben die Mittelwerte der Prä-, Post- und Katamnese-Messungen verglichen und die Unterschiede auf Signifikanz überprüft. Im Falle nicht-normalverteilter Daten wurde der Wilcoxon-Rangsummentest angewandt. Ein negativer Wert bedeutet im t-Test eine Zunahme der Belastung vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt, wohingegen ein positiver Wert eine Abnahme der Belastung aufzeigt.

Resultate

Charakteristika der Studienteilnehmer

Das durchschnittliche Alter (SD) der 723 Studienteilnehmer betrug 49,6 (8,8) Jahre mit einem Range von 22 bis 81 Jahren. Mit 51,2% Frauen und 48,8% Männer waren beide Geschlechter gleichmässig vertreten. Die Mehrheit der Studienteilnehmer gab als höchsten Abschluss die Maturitätsstufe oder die höhere Fach- oder Berufsschule (51,2%) an, wohingegen 44,3% eine Berufslehre oder Vollzeitberufsschule absolviert hatten. Die verbleibenden 4,5% hatten maximal die obligatorische Volksschule absolviert oder beantworteten diese Frage nicht.

92,0% der Studienteilnehmer erfüllten bei Eintritt die Diagnosekriterien nach ICD-10 für die Hauptdiagnose einer affektiven Störung (F3). Spezifisch litten 1,0% unter einer leichten depressiven Episode, 65,9% unter einer mittelgradigen depressiven Episode und 3,8% unter einer schweren depressiven Episode (3,6% ohne psychotische Symptome, 0,2% mit psychotischen Symptomen). Weiter wiesen 13,2% eine rezidivierende depressive Störung auf, 11,1% mit gegenwärtig mittelgradiger Episode, 2,0% mit gegenwärtig schwerer Episode ohne psychotische Symptome. Die Verteilung weiterer affektiver Störungen lag unter 1%. Im Vergleich dazu wiesen 6,6% eine neurotische, Belastungs- oder soma-

toforme Störung (F4) auf und nur 0,1% erfüllten die Diagnosekriterien für eine Verhaltens- und emotionale Störung (F9). Für die verbleibenden 1,3% konnte keine klare ICD-10 Diagnose vergeben werden.

Psychologische Parameter

Die Verteilung (N), Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der 723 Studienteilnehmer zum Zeitpunkt des Klinikeintritts sind in Tabelle 1 angegeben.

- **Depressivität:** Mit einem Mittelwert von 20,3 auf dem BDI litten die Studienteilnehmer durchschnittlich an einer mässigen Depressivität. Genauer erfüllten 376 der 723 Patienten (52,0%) die Werte für eine mässige bis starke Depressivität.
- **Symptombelastung:** Die Studienteilnehmer gaben auf dem BSI durchschnittlich eine starke Symptombelastung an (M = 4,06). 511 Studienteilnehmer (70,7%) waren bei Klinikeintritt subjektiv mittelmässig bis sehr stark durch psychische und körperliche Symptome beeinträchtigt.
- **Burnout:** Die Ergebnisse des MBI fielen noch deutlicher aus, indem 82,4% (N = 596) der Studienteilnehmer eine mittlere bis hohe emotionale Erschöpfung aufwiesen. 53,1% (N = 384) gaben mittlere bis hohe Werte für Depersonalisation an und 36,6% (N = 264) waren von einer mittleren bis stark reduzierten Leistungsfähigkeit betroffen.
- **Wahrgenommener Stress:** Der Mittelwert der PSS lag bei 34,2. Im Vergleich dazu liegt der Mittelwert bei einer gesunden Studentenpopulation bei 23,2.
- **Schlafqualität:** Bei 82,0% (N = 593) der Studienteilnehmer ergab sich ein subjektiv gestörter Schlaf.

Wirksamkeit der Interventionen

Zur Bestimmung der Wirksamkeit der Interventionen wurden die Mittelwerte des BSI und des MBI zu den verschiedenen Messzeitpunkten verglichen (Tab. 2). Die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer betrug 5,92 Wochen (SD = 1,27). Für die Erhebung der Katamnese konnten insgesamt 232 Patienten über den Postweg erreicht und für die Teilnahme gewonnen werden (Rücklaufquote 32,1%). Sie wurden im Mittel 15 Monate nach Klinikaustritt angeschrieben. Die Katamnese-Stichprobe unterschied sich bezüglich der Geschlechter- und der Altersverteilung nicht von den 67,9% der Studienteilnehmer, die für die Katamnese-Erhebung nicht erreicht werden konnten.

Symptombelastung: Für die erste Überprüfung der Wirksamkeit der Interventionen auf die Symptombelastung wurden die Mittelwerte des BSI zum Zeitpunkt des Klinikeintritts, des Klinikaustritts und der Katamnese verglichen. Für diese Analyse standen Daten von 598 bzw. 224 Studienteilnehmern zur Verfügung. Die Symptombelastung hatte zwischen Eintritt und Austritt signifikant abgenommen, um dann bis zum Katamnese-Zeitpunkt wiederum signifikant anzusteigen. Trotzdem ergab sich insgesamt eine hochsignifikante Abnahme der Symptombelastung zwischen Eintritt und Katamnese.

Tabelle 1. Psychologische Parameter bei Klinikeintritt

Parameter		N	M	SD
BDI Depression	Total	723	20,3	8,96
	Schwere Depressivität	117 (16,2%)		
	Mässige Depressivität	259 (35,8%)		
	Schwache Depressivität	223 (30,8%)		
	Unauffällig	82 (11,3%)		
	Fehlend	11 (1,5%)		
BSI Gesamt	Total	723	4,06	2,79
	Sehr starke Symptombelastung	164 (22,7%)		
	Starke Symptombelastung	164 (22,7%)		
	Mittlere Symptombelastung	183 (25,3%)		
	Leichte Symptombelastung	133 (18,4%)		
	Keine Symptombelastung	39 (5,4%)		
	Fehlend	40 (5,5%)		
MBI Burnout	Total	723	7,90	2,82
	Hohe emotionale Erschöpfung	517 (71,5%)		
	Mittlere emotionale Erschöpfung	79 (10,9%)		
	Geringe emotionale Erschöpfung	60 (8,3%)		
	Fehlend	66 (9,1%)		
	Hohe Depersonalisation	190 (26,3%)		
	Mittlere Depersonalisation	194 (26,8%)		
	Tiefe Depersonalisation	272 (37,6%)		
	Fehlend	67 (9,3%)		
	Hohe reduzierte Leistungsfähigkeit	106 (14,7%)		
Mittlere reduzierte Leistungsfähigkeit	158 (21,9%)			
Tiefe reduzierte Leistungsfähigkeit	392 (54,2%)			
	Fehlend	67 (9,3%)		
PSS Subjektiver Stress	Total	723	34,2	8,10
	Gültig	682 (94,3%)		
	Fehlend	41 (5,7%)		
PSQI Schlafqualität	Total	723	10,4	4,19
	Schlafstörung	593 (82,0%)		
	Keine Schlafstörung	79 (10,9%)		
	Fehlend	51 (7,1%)		

Abk.: N=Gesamtzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Burnout: Da das MBI die aktuelle Belastung am Arbeitsplatz bewertet, wurde Burnout nur zum Zeitpunkt des Eintritts und der Katamnese erhoben. Es standen Daten von 202 Studienteilnehmern für die Analyse zur Verfügung, die eine hochsignifikante Abnahme für den MBI Totalscore sowie für die drei Subskalen emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte Leistungsfähigkeit ergab.

Subjektive Outcome-Kriterien: 230 ehemalige Patienten machten Angaben zu den subjektiven Einschätzungskriterien, die in Tabelle 3 dargestellt sind. Die Hälfte schätzte ihre subjektive Belastbarkeit und ihre Lebenszufriedenheit als

hoch ein, wohingegen sich weniger als 10 % eine tiefe Belastbarkeit und Lebenszufriedenheit zuschrieben. Fast ausnahmslos alle ehemaligen Patienten waren mit der stationären Therapie sehr zufrieden oder zufrieden. Als hilfreichste Massnahmen nach dem Klinikaufenthalt wurden die Psychotherapie, Bewegung, Entspannungstechniken und kreative Tätigkeiten genannt.

Quasi-objektive Outcome-Merkmale: Angaben zum beruflichen Wiedereinstieg konnten von 224 Befragten gewonnen werden (Tab. 4). Die Minderheit der ehemaligen Patienten war nach Klinikaustritt länger als acht Wo-

Tabelle 2. Vergleiche zwischen Eintritt, Austritt und Katamnese-Zeitpunkt

Symptombelastung	Prä-Post (N = 598)					
	BSI	M	SD	T	df	Sig
		3,04	2,35	31,6	597	p < 0,001
	Post-Katamnese (N = 224)					
	M	SD	T	df	Sig	
		-0,68	2,10	-4,89	223	p < 0,001
	Prä-Katamnese (N = 224)					
	M	SD	T	df	Sig	
		2,64	2,65	14,9	223	p < 0,001
Burnout	Prä-Katamnese (N = 202)					
	MBI	M	SD	T	df	Sig
Total		2,52	3,48	10,3	201	p < 0,001
Emotionale Erschöpfung		1,47	1,54	13,5	201	p < 0,001
Depersonalisation		0,62	1,45	6,04	201	p < 0,001
Reduzierte Leistungsfähigkeit		0,44	1,32	4,73	201	p < 0,001

Abk.: N = Gesamtzahl, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, T = T-Wert, df = Freiheitsgrade, Sig = Signifikanz

Tabelle 3. Subjektive Outcomekriterien (Katamnese-Zeitpunkt)

	%	N		%	N
Selbsteinschätzung Belastbarkeit		230	Selbsteinschätzung Lebenszufriedenheit		230
Hoch	50,4	116	Hoch	58,3	134
Mittel	43,0	99	Mittel	34,3	79
Tief	6,5	15	Tief	7,4	17
Zufriedenheit mit der stationären Therapie			Hilfreiche Massnahmen nach Klinikaufenthalt *		
Sehr zufrieden	76,6	178	Psychotherapie	54,7	123
Zufrieden	21,1	49	Bewegung, Entspannung, Kreativität	53,9	125
Unzufrieden	1,7	4	Körperorientierte Therapien	29,7	69
Sehr unzufrieden	0,4	1	Betriebliches Coaching	15,1	35
			Umfeld	14,7	34
			Coaching seitens Versicherungen	6,5	15
			Pharmakotherapie	4,4	10

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 4. Quasi-objektive Outcomekriterien (Katamnese-Zeitpunkt)

	%	N		%	N
Aufenthaltsdauer (in Wochen)		232	Dauer der Krankschreibung (in Wochen) zum Katamnesezeitpunkt		219
0–4	14,7	34	0–8	53,0	116
5–8	84,5	196	9–16	10,0	22
9–12	0,9	2	17–24	10,5	23
			25–32	3,2	7
			33–40	7,3	16
			Über 40	2,7	6
			Zum Katamnesezeitpunkt ganz oder teilweise krankgeschrieben	13,2	29
Beruflicher Wiedereinstieg		224	Kein beruflicher Einstieg		65
Ja	71	159	Nicht berufsfähig	9,2	6
Nein	29	65	Krankgeschrieben	29,2	19
			Arbeitslos gemeldet	7,7	5
			IV angemeldet	44,6	29
			Andere	9,2	6
Kündigung nach Klinikaufenthalt		223	Andere betriebsinterne Funktion übernommen		137
Nein	61,4	137	Ja	26,3	36
Seitens Patient	10,8	24	Nein	73,7	101
Seitens Arbeitgeber	19,3	43	Stufenweiser beruflicher Einstieg		219
Selbstständig erwerbend	1,3	3	Ja	64,4	141
Nicht erwerbstätig	7,2	16	Nein	24,7	54

chen krankgeschrieben. Nur jeder siebte Patient gab zum Katamnese-Zeitpunkt an, noch ganz oder teilweise krankgeschrieben zu sein. Von den beruflich wieder Eingestiegenen hatte dies die Mehrheit stufenweise getan, indem sie mit reduziertem Pensum die Arbeit wieder aufgenommen hatten. Eine Kündigung erfolgte bei ca. 30 % der Befragten, wovon ein Drittel angab, die Arbeitsstelle selber gekündigt zu haben.

Key messages

- Burnout im Kontext von Stress am Arbeitsplatz ist gesellschaftlich ein zunehmend anerkanntes Phänomen, das auch in den Alltag der medizinischen Grundversorgung Eingang gefunden hat.
- Die Wirksamkeit stationärer multimodaler Therapieprogramme für Burnout ist bisher unzureichend erforscht.
- Die vorliegende retrospektiv angelegte Katamnese-Studie zeigt, dass ein sechswöchiges Therapieprogramm in einer auf Burnout spezialisierten Klinik die psychische Befindlichkeit und arbeitsbezogene Faktoren nachhaltig zu verbessern mag.
- Eine ambulante Nachsorge im Anschluss an die stationäre Therapie scheint ein wichtiger Eckpfeiler für einen nachhaltigen Therapieerfolg zu sein.

Diskussion

Der vorliegende Überblick über relevante soziodemografische und psychologische Parameter von Patienten, die stationär in einer «Burnout-Klinik» behandelt wurden, zeigt eine hohe Effektivität einer im Durchschnitt sechs Wochen dauernden psychotherapeutisch ausgerichteten multimodalen Therapie. Die Studienteilnehmer bewerteten im Vergleich zur gesunden Stichprobe bei Klinikeintritt ihr Leben als unvorhersehbarer und unkontrollierbarer und damit stressvoller, wie dies bei in einer Klinik für stressassoziierte Erkrankungen Hospitalisierten zu erwarten ist. Die positiven Effekte zeigen sich bei Ende der Therapie (Klinikaustritt) und in der Katamnese hinsichtlich der subjektiven Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit, die von über 90 % der Befragten auch Monate nach Therapieende noch als mittelgradig bis hoch eingeschätzt wird.

Die Auswertung der standardisierten psychologischen Testverfahren zeigte zum Zeitpunkt der Katamnese, die im Mittel 15 Monate nach Klinikaustritt erhoben wurde, insgesamt eine Abnahme der psychischen und körperlichen Symptombelastung sowie der Gesamtsymptomatik für Burnout, sowie für alle Burnout-Subskalen. Naturgemäß geht der Klinikaustritt mit dem Verlassen eines geschützten Rahmens einher, der das multimodale psychiatrisch-psychotherapeu-

tische Setting bietet. Angesichts der erneuten Konfrontation mit dem Alltag ist daher wenig erstaunlich, dass die Symptombelastung zwischen Klinikaustritt und Katamnese-Messung wiederum anstieg, zum Katamnese-Zeitpunkt aber immer noch hochsignifikant tiefer lag als bei Klinikeintritt. Sowohl die emotionale Erschöpfung, die Gefühle der Depersonalisation als auch die reduzierte Leistungsfähigkeit hatten sich nachhaltig und signifikant reduziert.

In Übereinstimmung mit dem nachhaltigen Therapieerfolg war die Rate der subjektiven Zufriedenheit mit der stationären Therapie hoch. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass viele Patienten eine mehrwöchige Abschirmung von der gewohnten Umwelt und das Zusammensein mit anderen Betroffenen als hilfreich empfinden, da das Kliniksetting ein sowohl konfrontierendes als auch stützendes soziales Übungsfeld darstellt. Zudem bietet die multimodale Therapie die Möglichkeit, bedrohlich erlebte negative Gefühle und Erfahrungen von Überforderung und Kontrollverlust in der Kombination von Gesprächs-therapie mit kreativen und körperlich orientierten Verfahren zu bearbeiten. Dies verbessert die emotionale und körperliche Selbstwahrnehmung als Voraussetzungen für Selbstwirksamkeit und Entspannungsfähigkeit, den Kernkompetenzen im Umgang mit Stress. Kontrolle wird zurückgewonnen, Ressourcen werden aktiviert und Ängste abgebaut. Erst die nachhaltige Fähigkeit des Perspektivenwechsels und der Aufbau neuer funktionaler Verhaltensmuster ermöglichen es, zukünftige Anforderungen wiederholt erfolgreich zu bewältigen. Entsprechend umfassen die poststationär als hilfreich erlebten Massnahmen die ambulante Fortsetzung der Psychotherapie in Kombination mit verschiedenen weiteren Therapien. Dabei scheint die Weiterführung der in der Klinik erlernten Strategien der Selbstwirksamkeit und Stressbewältigung in Form von Bewegung und Entspannungsübungen für eine nachhaltige Gesundung förderlich zu sein.

Interessant sind die gewonnenen Daten zum beruflichen Wiedereinstieg, der bei knapp drei Viertel (71%) der ehemaligen Patienten erfolgen konnte. Die Mehrheit davon steigerte den Arbeitsumfang schrittweise. Diese Zahlen sind allerdings mit der notwendigen Vorsicht zu interpretieren, da der zeitliche Abstand zwischen Austritt und Zeitpunkt der Katamnese-Erhebung variierte. Zudem handelte es sich um eine heterogene Stichprobe bezüglich Beruf und Alter. Eine Kündigungsrate nach Klinikaufenthalt in fast einem Drittel der Fälle zeigt, wie tiefgreifend sich das berufliche Leben der Betroffenen durch ein Burnout verändert hat. Fast ein Drittel aller Kündigungen erfolgte durch die Patienten selber, was aufzeigen mag, dass durch die intensive Auseinandersetzung auch Neuorientierungen möglich wurden.

Die vorliegende Untersuchung ermöglicht im Hinblick auf das multimodale stationäre Behandlungskonzept keine Aussagen darüber, ob spezifische einzelne Interventionen besonders wirksam gewesen wären. Hierzu wären longitudinal angelegte randomisierte Studien gefragt, welche die einzelnen Therapien in ihrer Wirkung vergleichen und evidenzbasiert evaluieren. Dennoch zeigen die vorliegenden

Resultate, dass die pessimistische Prognose «einmal Burnout immer Burnout» nicht zutreffen muss. Die nachhaltige Remission von Burnout kann bereits in der relativ kurzen stationären Therapiedauer von sechs Wochen im multimodalen Behandlungssetting erreicht werden, wobei eine ambulante Nachsorge nachdrücklich zu empfehlen ist.

Bibliografie

- Berger M, Linden M, Schramm E, et al.: Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout. *Nervenarzt* 2012; 4: 537–543.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP: Job burnout. *Ann Rev Psychol* 2001; 52: 397–422.
- Burisch M: Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. 4. aktualisierte Aufl., Berlin-Heidelberg; Springer: 2010.
- Rössler W: Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2012; 262: 65–69.
- Schaufeli WB, Buunk BP: Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing. In: Schabracq M, Winnubst JA, Cooper CL (Eds.): *The handbook of work and health psychology*. 2nd ed, Chichester; Wiley: 2002. 282–424.
- Thalhammer M, Paulitsch K: Burnout – eine sinnvolle Diagnose? Kritische Überlegungen zu einem populären Begriff. *Neuropsychiatr* 2014; 28: 151–159.
- von Känel R: Das Burnout-Syndrom: eine medizinische Perspektive. *Praxis* 2008; 97: 477–487.
- Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Künzi B, Bovier P: Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly* 2005; 135: 101–108.
- Arigoni F, Bovier PA, Sappino AP: Trend of burnout among Swiss doctors. *Swiss Med Wkly* 2010; 140: w13070.
- Awa WL, Plaumann M, Walter U: Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ Couns* 2010; 78: 184–190.
- Korczak D, Wastian M, Schneider M: Therapy of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess* 2012; 8: Doc05.
- Beck AT, Steer RA, Hautzinger M: Beck-Depressions-Inventar (BDI) Testhandbuch. Bern; Verlag Hans Huber: 1994.
- Franke GH: BSI: Brief Symptom Inventory von LR Derogatis: (Kurzform der SCL-90-R): deutsche Version: Testmappe. Beltz Test: 2000.
- Schaufeli WB, Leiter MP: Maslach burnout inventory-general survey. In: *The Maslach burnout inventory-test manual*. Palo Alto, CA; Consulting Psychologists Press: 1996. 19–26.
- Büssing A, Glaser J: Deutsche Fassung des Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS-D). München; Technische Universität, Lehrstuhl für Psychologie: 1999.
- Buyse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ: The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28: 193–213.
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R: A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 385–396.
- Kaluza G: Stressbewältigung. Berlin-Heidelberg; Springer: 2011.

Manuskript eingereicht: 5.4.2015

Manuskript nach Revision angenommen: 16.12.2015

Interessenskonflikte: Die Autoren erklären, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Dipl. Psych. M. Sc. Kathleen Schwarzkopf

Praxis am Waldrand
Rattenholz 47
3087 Niedermuhlern bei Bern

K.Schwarzkopf@gmx.ch