

# Was der Klinikarzt vom Burnout-Syndrom wissen sollte

## Von der gezielten Fragestellung bis zur Übermittlung der Verdachtsdiagnose

**Roland von Känel**

Psychosomatische Medizin, Klinik Barmelweid, Barmelweid, Schweiz  
 Universitätsklinik für Neurologie, Inselspital Bern, Schweiz  
 Departement für Klinische Forschung, Universität Bern, Schweiz

**Das durch belastende Arbeitsbedingungen verursachte Burnout-Syndrom ist durch die 3 Symptomdimensionen emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit definiert. Der Klinikarzt ist gefordert, bei einem anhaltenden Erschöpfungszustand, für welchen er keine alleinige somatische Ursache findet, differenzialdiagnostisch an ein Burnout-Syndrom zu denken. Das gezielte Erfragen von wenigen arbeitsbezogenen Stressoren ist diagnostisch zielführend. Weitere, außerberufliche Stressoren und körperliche und psychische Begleitkrankheiten, können die Burnout-Symptomatik verstärken oder auch als Folge eines Burnout-Syndroms auftreten. Die Übermittlung der „Verdachtsdiagnose Burnout-Syndrom“ an den Patienten bezweckt eine Chronifizierung mit länger dauerndem Ausfall am Arbeitsplatz und Folgekrankheiten abzuwenden. Für die fachspezifische Therapie sollen Patienten gegebenenfalls in die ambulante oder stationäre psychosomatische Versorgung überwiesen werden.**

Erstmals 1974 durch den New Yorker Psychotherapeuten Herbert Freudenberger beschrieben [1], hat das Phänomen „Burnout“ in der Presse, am Fernsehen und auch in Fachzeitschriften mittlerweile eindruckliche Beachtung gefunden. Kaum eine Woche, in der nicht über eine Berufsgruppe mit hohem Burnout-Risiko oder eine Person des öffentlichen Lebens berichtet wird, welche Burnout bedingt eine Auszeit nimmt, oder nach einer solchen „erfolgreich“ wieder in die Arbeitswelt zurückgekehrt ist – oder eben auch nicht, dafür aber den befreienden Ausstieg aus der einengenden Arbeitswelt kundtut. Bezogen auf den Arztberuf zeigen Untersuchungen, dass jeder dritte Grundversorger selber ein mittelschweres Burnout aufweist, mit zunehmender Häufigkeit in den letzten Jahren [2]. Burnout ist in der breiten Gesellschaft angekommen und damit auch im Sprechzimmer des Klinikarztes [2]. Nachdem die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) 2012 ein Positionspapier zu Burnout als Risikozustand bei arbeitsbedingtem Stress verfasst hat, ist eigentlich auch die mitunter heftig diskutierte Frage geklärt, ob Burnout im medizinischen Sinne überhaupt „existiert“ [3]. Sollte das Phänomen „Burnout“ im klinischen Kon-

text also nach wie vor ignoriert werden, so kämen verschiedene Gründe dafür in Frage. Etwa eine Informationslücke bei Klinikärzten, aber auch der Versuch, etwas Unvertrautes oder allzu „Modernes“ (z.B. Burnout als Etikette für die Depression des Tüchtigen) aus dem Gefühl von Überforderung oder anderen Motiven zu ignorieren.

Der vorliegende Übersichtsartikel beabsichtigt, dem Klinikarzt die Informationen zu vermitteln, die ihm die Kompetenz geben und die Neugier wecken, sich dem Phänomen Burnout im Klinikalltag anzunehmen. Hierzu gehören das rechtzeitige Erkennen von Burnout-assoziierten psychischen und körperlichen Beschwerden unter differenzialdiagnostischen Gesichtspunkten und das Wissen um die Exploration belastender Arbeitsumstände, welche das Burnout-Risiko erhöhen, mithilfe gezielter anamnestischer Fragen.

### Definition des Burnout-Syndroms Konzeptuelle Überlegungen

Gemäß dem erwähnten Positionspapier ist Burnout keine eigenständige Krankheit, sondern ein durch Arbeitsstress bedingter Risikozustand für spätere psychische und körperliche Krankheiten, welcher hohe volkswirtschaftliche Kosten durch Fehlzeiten am Arbeitsplatz und Frühberentungen verursacht [3]. Diese Position lässt sich damit begründen, dass Burnout bisher nicht in einem Kapitel der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) aufgeführt ist. Die Störungsgruppe Z in der ICD-10 listet Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen. Die Ziffer Z 73 bezeichnet Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung und schließt Z 73.0 Erschöpfungssyndrom (Burnout-Syndrom) mit ein [4]. Nichtsdestotrotz muss ein wissenschaftlicher Ansatz darauf abzielen, das Phänomen Burnout anhand von charakteristischen Symptomen

(Krankheitszeichen) zu operationalisieren, wie dies für ICD-10-Diagnosen, bspw. einer Depression (F32) mit den Hauptsymptomen Niedergestimmtheit, Freudlosigkeit und Ermüdbarkeit der Fall ist. Nur so können klinisch begründet angemessene diagnostische und therapeutische Schritte zur Versorgung der vom Burnout-Syndrom Betroffenen eingeleitet werden. In der medizinischen Krankheitslehre wird üblicherweise versucht, Symptome, welche ätiopathogenetisch und phänomenologisch einen ähnlichen Zustand bezeichnen, zu einem Syndrom zusammenzufassen. Vor diesem Hintergrund scheint die Verwendung des Begriffs Burnout-Syndrom, als Stressfolgekrankheit durch belastende Arbeitsbedingungen, trotz offiziell fehlendem Krankheitsstatus von Burnout, nosologisch legitim.

### Symptomkonstellation

Die im klinischen Rahmen, sowie in der arbeitspsychologischen und medizinischen Forschung der letzten 3 Jahrzehnte, am häufigsten verwendete Konzeptualisierung des Burnout-Syndroms stützt sich auf die 3 Symptomdimensionen 1) Emotionale Erschöpfung durch die Arbeit, 2) Depersonalisation bzw. Entfremdung von der Arbeit und 3) reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit bei der Arbeit [5]. Diese wurden mit dem Maslach Burnout Inventar (MBI) operationalisiert [6].

Tab. 1 Maslach Burnout Inventar-General Survey: Symptomdimensionen und Items.

Emotionale Erschöpfung (EE)	
EE1	Ich fühle mich gefühlsmäßig leer durch meine Arbeit.
EE2	Ich fühle mich am Ende eines Arbeitstages erledigt.
EE3	Ich fühle mich müde, wenn ich morgens aufstehe und wieder einen Arbeitstag vor mir habe.
EE4	Den ganzen Tag zu arbeiten ist für mich wirklich eine Belastung.
EE5	Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt.
Depersonalisation (DP)	
DP1	Ich habe weniger Interesse in meiner Arbeit seit ich an dieser Arbeitsstelle arbeite.
DP2	Meine Begeisterung für meine Arbeit hat abgenommen.
DP3	Ich möchte nur meine Arbeit tun und in Ruhe gelassen werden.
DP4	Ich bin zynischer darüber geworden, ob ich mit meiner Arbeit irgendeinen Beitrag leiste.
DP5	Ich bezweifle, dass meine Arbeit wichtig ist.
Reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit (PL)	
PL1	Ich kann die Probleme, die in meiner Arbeit entstehen, erfolgreich lösen.
PL2	Ich denke, dass ich einen wichtigen Beitrag für diese Arbeitsstelle leiste.
PL3	Ich leiste meiner Meinung nach gute Arbeit.
PL4	Ich bin guter Stimmung, wenn ich in meiner Arbeit etwas erreicht habe.
PL5	Ich habe in meiner derzeitigen Arbeit viele wertvolle Dinge erreicht.
PL6	Ich bin sicher, dass ich in meiner Arbeit die Dinge erfolgreich erledige.
Schweregrad je Item für EE und DP: 6 = täglich, 5 = ein paar Mal in der Woche, 4 = wöchentlich, 3 = ein paar Mal im Monat, 2 = monatlich, 1 = ein paar Mal im Jahr, 0 = niemals. Inverse Bewertung für PL.	
Anmerkung: Die Items dienen zur Illustration in Anlehnung an die englischsprachige Originalversion des Maslach Burnout Inventar-General Survey [6] und wurden bisher in der vorliegenden deutschen Eigenübersetzung nicht validiert [9].	

Tab. 2 Arbeitsbezogene Stressoren und gezielte anamnestiche Fragen.

Zu hohe Anforderungen	
• Arbeitsaufgabe	• Wie hartes Arbeiten erfordert Ihre Arbeit?
• Überstunden	• Wie viele Überstunden müssen Sie leisten?
• Verantwortung	• Wie hektisch ist Ihre Arbeit?
	• Wie gut ausgebildet sind Sie für Ihre Arbeit?
Zu wenig Kontrolle	
• Handlungsspielraum	• Können Sie mitbestimmen, was Sie bei Ihrer Arbeit tun?
• Selbstbestimmung und Planung	• Erlaubt Ihnen Ihre Arbeit, eigene Entscheidungen zu treffen?
• Einsatz persönlicher Fähigkeiten	
Zu wenig Belohnung	
• Bezahlung und Aufstiegsmöglichkeiten	• Wie gut sind die Aufstiegchancen in Ihrem Bereich?
• Anerkennung	• Erhalten Sie von Ihren Vorgesetzten die Anerkennung, die Sie verdienen?
• Arbeitsplatzsicherheit	
Zu wenig soziale Unterstützung	
• Rückhalt durch Mitarbeiter	• Wie gut fühlen Sie sich im Team aufgehoben?
• Führungsverhalten der Vorgesetzten	• Wie unterstützend erleben Sie Ihren Vorgesetzten?
Ungerechte Behandlung	
• Fairness am Arbeitsplatz	• Werden Sie ungerechtfertigt kritisiert?
	• Erhalten Sie genügend und widerspruchsfreie Informationen?
„Overcommitment“	
• Verausgabebereitschaft	• Wie leicht kommen Sie beim Arbeiten in Zeitdruck?
• Leistungsmotivation	• Wie stark opfern Sie sich für Ihren Beruf auf?
• Zeitdruck bei der Arbeit	• Wie gut können Sie von der Arbeit abschalten?
• Distanzierung von der Arbeit	

Tabelle 1 zeigt die 16 Items, des MBI-General Survey (MBI-GS; deutsche Eigenübersetzung unter [7]), die nach der Häufigkeit ihres Auftretens von nie bis täglich mit einem Punktescore bewertet werden. Die Schwellenwerte für ein klinisch relevantes Burnout-Syndrom sind nicht klar definiert. Ein gängiges Vorgehen ist es, den Mittelwert der jeweiligen Items für Erschöpfung mit 0,4, für Depersonalisation mit 0,3, und für Leistungsfähigkeit ebenfalls mit 0,3 zu multiplizieren. Werte zwischen 0 und 1,49 zeigen kein Burnout an, Werte zwischen 1,50 und 3,49 verweisen auf ein mittelschweres Burnout und Werte zwischen 3,50 und 6,00 auf ein schweres Burnout [8]. Diese Skalierung wurde auch in verschiedenen Populationsstudien angewandt, welche das MBI-GS einsetzen. Im Gegensatz dazu verwendet das MBI – Human Services Survey (MBI-HSS) Formulierungen für Menschen, die mit anderen Menschen arbeiten und durch emotionale Beziehungsarbeit „ausbrennen“ können. Ein Beispiel hierfür wäre die Formulierung „Ich bin abgestumpfter gegenüber den Patienten geworden, seitdem ich in diesem Beruf arbeite“ (aus dem MBI-HSS) im Gegensatz zu „Ich habe weniger Interesse in meiner Arbeit seit ich an dieser Arbeitsstelle arbeite“ (aus dem MBI-GS).

### Zwischenbilanz

Aufgrund der bisher ausgeführten konzeptuellen und nosologischen Überlegungen, bei gleichzeitig charakteristischer Symptomtrias, lässt sich

zusammenfassend also festhalten [2–4], dass ein Burnout-Syndrom:

- keine „Modediagnose“ ist, welche folgenlos ignoriert werden kann
- sich auch ohne Kundenkontakt einstellen kann
- durch das Kernsymptom Erschöpfungszustand charakterisiert ist
- auf einen belastenden Arbeitskontext bezogen werden muss
- Krankheitswert hat und Kosten verursacht.

### Pathogenese des Burnout-Syndroms Arbeitsplatzbezogene Stressoren

Abbildung 1 zeigt ein pathogenetisches Modell für das Burnout-Syndrom. Ein entscheidender Bedingungsfaktor für ein arbeitsbezogenes Burnout-Syndrom ist per definitionem eine längerdauernde, meist über mehrere Monate bis Jahre bestehende Belastung durch die Arbeit [3]. Die in Tabelle 2 aufgeführten 6 arbeitsbezogenen Stressoren (nach Karasek, Siegrist und Moorman) haben sich zuverlässig als wichtige Risikofaktoren für ein Burnout-Syndrom identifizieren lassen [9]. Beispielhaft sei hierzu eine Studie aus Holland mit über 10000 Angestellten erwähnt. Diejenigen mit hohen Arbeitsanforderungen und gleichzeitig geringen Kontrollmöglichkeiten oder dem Gefühl, für das Geleistete zu wenig zurückzubekommen, zeigten 15-mal häufiger emotionale Erschöpfung und 3-mal häufiger psychosomatische/funktionelle Beschwerden als die Angestellten ohne dieses

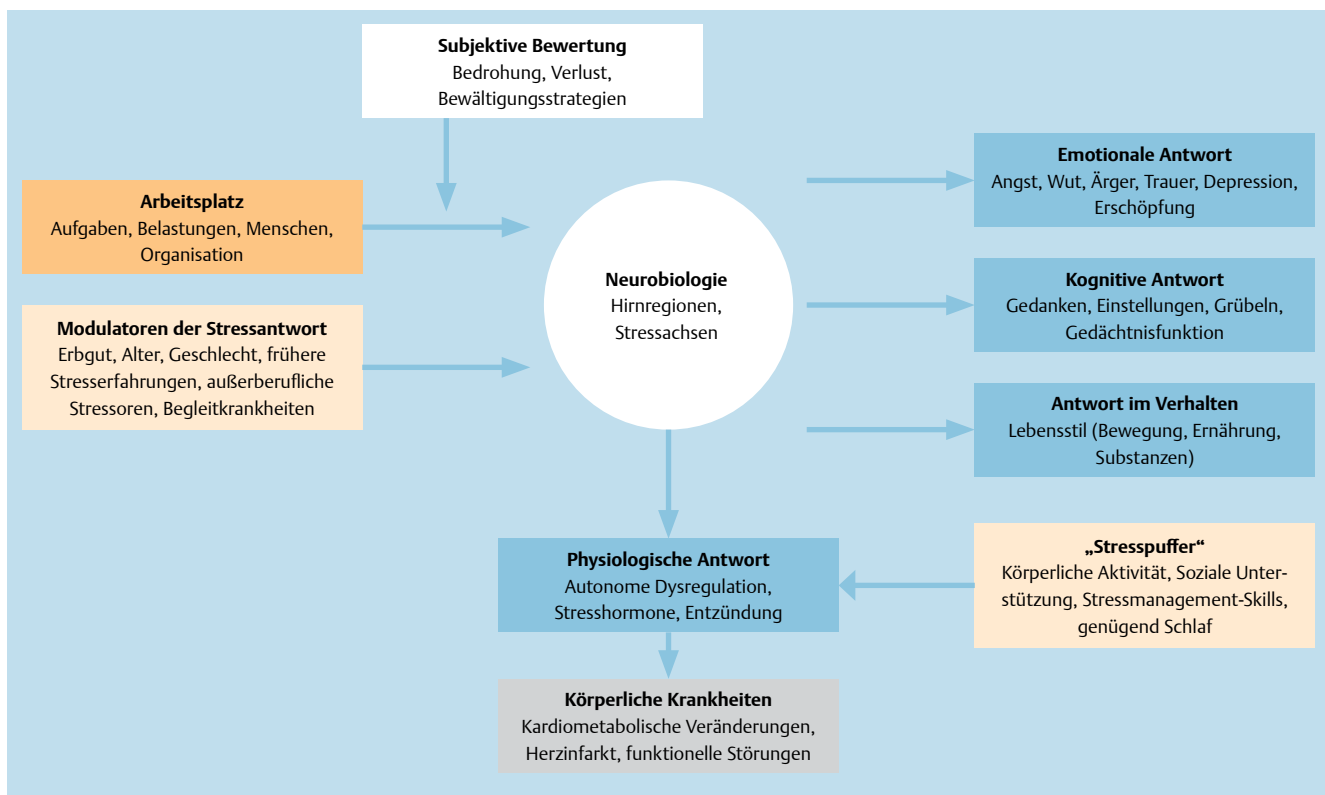


Abb. 1 Modell zur Entstehung eines Burnout-Syndroms (inkl. Erschöpfung und negativer Einstellungen gegenüber der Arbeit) mit den Folgen (nach [9]).

Missverhältnis. Bei Angestellten mit der Persönlichkeitseigenschaft, sich übermäßig in der Arbeit zu verausgaben, stiegen das Risiko für emotionale Erschöpfung über das 20-fache und für psychosomatische Beschwerden auf das 5-fache an [10].

### Anamnestiche Fragen nach arbeitsplatzbezogenen Stressoren

Wichtig für die Tätigkeit des Klinikarztes, welcher aufgrund eines ungeklärten chronischen Erschöpfungszustandes bei seinem Patienten ein Burnout-Syndrom vermutet, ist die Exploration der Arbeitsbedingungen mit wenigen, ebenfalls in Tabelle 2 aufgeführten, gezielten anamnestiche Fragen zu den 6 Arbeitsstressoren. Prinzipiell kann davon ausgegangen werden, dass eine Burnout-Konstellation umso wahrscheinlicher ist, je mehr dieser Belastungen vorliegen, und diese vom Patienten als schlecht zu bewältigen interpretiert werden, weil unter diesen Umständen die Stressreaktion stärker ausfällt.

Eine gezielte ergänzende Frage nach der subjektiven Bedeutung der Arbeit sollte nicht fehlen. Sie kann in Erfahrung bringen, dass die enttäuschte Vision einer überhöhten subjektiven Bedeutung der Arbeit im individuellen Lebensentwurf des Patienten negative Gefühle provoziert und damit den Stresspegel erhöht hat. Der Wunsch nach Reflexion über diese Enttäuschung, mit der Option einer beruflichen Neuorientierung, kann dem Patienten Motivation sein, sich in eine Psychotherapie zu begeben.

### Weitere pathogenetische Faktoren

Als weitere Bedingungsfaktoren für ein Burnout-Syndrom sind außerberufliche Stressoren, wie ein Paarkonflikt oder finanzielle Schwierigkeiten, körperliche und psychiatrische Begleitkrankheiten, vor allem solche, welche auch mit Müdigkeit einhergehen, zu evaluieren [3]. Eine Frage nach außerberuflichen Stressoren wäre etwa „Gibt es allenfalls neben der Arbeit noch weitere Dinge, die Sie im Moment belasten?“ Einem ressourcenorientierten Ansatz folgend, sollen auch protektive Faktoren, welche stresspuffernd wirken können, erfragt werden. So ein tragfähiges soziales Umfeld („Wer ist wichtig für Sie“, „Wem sind Sie wichtig?“), regelmäßige körperliche Aktivität (mind. 30 Minuten Bewegung an 5 Tagen in der Woche), sowie gute Schlafhygiene („Wie ist Ihr Schlaf?“) und Stressbewältigungs-Strategien („Was tun Sie, wenn Sie gestresst sind?“) (Abb. 1).

### Differenzialdiagnose des Burnout-Syndroms

#### Abgrenzung von anderen Krankheiten mit chronischer Erschöpfung

Die Differenzialdiagnose des Burnout-Syndroms orientiert sich am Kardinalsymptom der emotio-

Tab. 3 Differenzialdiagnosen zum Burnout-Syndrom (nach [2]).

Somatische Ursachen
• Anämie, Eisenmangel
• Hypothyreose, Diabetes, Niereninsuffizienz
• Herzinsuffizienz, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
• Niereninsuffizienz
• HIV/AIDS, Borreliose, EBV-Infekt, Hepatitis
• Malignome, Lymphome, Leukämien
• Entzündliche Systemkrankheiten
• Mangelernährung und Zöliakie
• Degenerative Erkrankungen des ZNS
• Schlaf-Apnoe-Syndrom, Narkolepsie, Restless-Legs-Syndrom
• Medikamentennebenwirkungen
Psychosomatische und psychiatrische Ursachen
• Chronic Fatigue Syndrom
• Dysomnien (Insomnie, Hypersomnie) und habitueller Schlafmangel
• Neurasthenie
• Somatoforme Störungen
• Depressive Störungen
• Generalisierte Angststörung
• Posttraumatische Belastungsstörung
• Essstörungen
• Substanzmissbrauch (Alkohol, Hypnotika)
• Körperliches Übertraining

nen Erschöpfung (Fragen hierzu s. Tab. 1) [4]. Das Vorgehen zum Ausschluss somatischer Ursachen für einen chronischen Erschöpfungszustand ist klinischer Alltag und orientiert sich an internmedizinischen Standardwerken (Tab. 3). Besonders hervorgehoben seien der Eisenmangel ohne Anämie, eine Schilddrüsen-Unterfunktion, Nebenwirkungen von Medikamenten und Schlafstörungen, wie das häufige obstruktive Schlafapnoe-Syndrom und die Narkolepsie [2]. Bei letzteren ist oft zusätzlich eine Tagesschläfrigkeit abzugrenzen. Immer daran zu denken ist, dass Patienten mit einem Burnout-Syndrom gleichzeitig mehrere körperliche und psychische Ursachen, sowie Änderungen im Lebensstil aufweisen können, welche das grundsätzlich uncharakteristische Symptom Erschöpfung bzw. Müdigkeit mit verstärken können. Unter den psychischen Störungen sind unter anderem Angststörungen (mitunter assoziiert mit Benzodiazepingebrauch und Selbstmedikation mit Alkohol) und insbesondere die Depression zu nennen.

#### Abgrenzung zur Depression

Burnout und Depression sind nicht dasselbe. Eine Überlappung erklärt sich unter anderem dadurch, dass, gemäß ICD-10, erhöhte Ermüdbarkeit als depressives Symptom gilt, welches bei

Abwesenheit von Niedergestimmtheit und Freudlosigkeit für sich alleine jedoch noch keine klinische Diagnose einer Depression rechtfertigt [2, 3]. Mit zunehmendem Schweregrad des Burnout-Syndroms steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Patienten gleichzeitig auch eine klinisch relevante Depression aufweisen, nämlich in 50% bei schwerem Burnout-Syndrom, in 20% bei mittelschwerem Burnout-Syndrom und auch in 7% bei Individuen ohne Burnout-Syndrom [11]. Dies illustriert die Wichtigkeit der Depression als einer Folgekrankheit von Burnout. Der Prozess des buchstäblichen Hineingleitens von einem Burnout in eine Depression erklärt die häufig verwendeten, jedoch in offiziellen Diagnosemanualen nicht aufgeführten Begriffe „Stressdepression“, und „Erschöpfungsdepression“. Es sei an dieser Stelle nochmals betont, dass Patienten gleichzeitig ein Burnout-Syndrom und eine depressive Störung haben können und sich diese Diagnosen gegenseitig nicht ausschließen [3].

Für den klinischen Alltag können Fragen wie „Was würden Sie unternehmen, wenn Sie nicht so erschöpft wären?“, „Warum gehen Sie nicht mehr unter die Leute?“ und „Warum sind Sie körperlich nicht mehr aktiv?“ differenzialdiagnostisch weiterhelfen. Der Patient mit Burnout-Syndrom wird sich dadurch erklären, dass er sehr gerne etwas unternehmen, ausgehen und Sport treiben möchte, er dies aber jeweils mit vermehrter Erschöpfung „büßen“ müsse und daher vermeide. Demgegenüber wird der Patient mit einer Depression eher antworten, dass er keine Lust und Antrieb mehr habe, etwas zu unternehmen, und ihm die Mitmenschen gleichgültig geworden seien.

#### **Abgrenzung zum Chronic Fatigue Syndrom**

Das Chronic Fatigue Syndrom (CFS) ist ein funktionelles somatisches Syndrom, welches durch anhaltende Müdigkeit von mindestens 6 Monaten Dauer charakterisiert ist [12]. Die Müdigkeit bessert sich nicht durch Ruhe und der Schlaf ist nicht erholsam. CFS ist nicht durch Tagesschläfrigkeit, aber meist mit subjektiven Schlafstörungen (Insomnie) assoziiert. Zusätzliche Symptome sind fibromyalgiforme Schmerzen und kognitive Einschränkungen sowie leichte infektiöse Zeichen, wie Subfebrilität oder das alleinige Gefühl, Fieber zu haben, Halsschmerzen und dolente Lymphstationen. Schon nur geringe mentale, kognitive und vor allem körperliche Aktivität kann beim CFS die Erschöpfung meist mit Verzögerung von bis zu 2 Tagen verstärken, wohingegen Patienten mit Burnout Fatigue/Erschöpfung zumindest leichte körperliche Aktivität positiv erfahren, was einen qualitativen Unterschied der Müdigkeit bei Burnout und CFS vermuten lässt. Trigger für ein CFS können Infekte, sowie langan-

haltende psychische und körperliche Stressoren sein; eine berufliche Belastungssituation ist also nur einer von vielen möglichen Auslösern. Erhebliche Überschneidungen ergeben sich zwischen dem CFS und der Neurasthenie, dem funktionellen Erschöpfungssyndrom aus der psychiatrischen Nosologie [4].

### **Folgekrankheiten des Burnout-Syndroms**

#### **Körperliche und psychische Krankheiten**

Die Folge von Burnout bzw. Burnout begleitend sind umfassende stressadaptive Vorgänge, wie sie bei chronischem psychosozialen Stress außerhalb des Arbeitskontextes vergleichbar ablaufen, mit Reaktionen auf der Verhaltensebene, Gefühls-ebene, kognitiven Ebene und physiologischen Ebene [2]. Der Klinikarzt kann den Betroffenen diese Stressreaktionen mit psychoedukativem Anspruch erklären. Diese Stressreaktionen lassen den Patienten verstehen, weshalb es bei Burnout zu körperlichen Krankheiten, Schlafstörungen, Depressionen und Ängsten (inkl. Panikattacken), Substanzmissbrauch (inkl. übermäßigem Alkoholkonsum), ungünstigem Gesundheitsverhalten, funktionellen Störungen (muskuloskeletale Schmerzen, Verdauungsproblemen, Tinnitus) und Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, kommen kann. An körperlichen Folgekrankheiten sind namentlich kardiometabolische Störungen, einschließlich Übergewicht, Diabetes, hoher Blutdruck und Fettstoffwechselstörungen zu nennen. Burnout erhöht das Risiko für eine koronare Herzkrankheit und an irgendeiner Ursache vorzeitig zu versterben, vor allem bei jüngeren Angestellten, wie prospektiv angelegte Populationsstudien zeigen konnten. Ein erhöhtes Risiko an Hauterkrankungen und Allergien zu leiden, wurde ebenfalls beschrieben [9].

#### **Psycho- und Neurobiologie**

Die Krankheitsfolgen lassen sich auf psychobiologischer und neurobiologischer Ebene erklären durch eine Dysregulation im autonomen Nervensystem (mit Hyperaktivität des Sympathikus und Entzug vagaler Aktivität), der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse und Ausbildung einer Hypersensitivität des zentralen Nervensystems [2, 9]. Letztere bezieht sich auf Erkenntnisse der letzten 10 Jahre, wonach funktionelle Körpersymptome überwiegend auf eine verstärkte Prozessierung des zentralen Nervensystems von somatosensorischen und viszerale Reizen zu erklären sind. Dies vor dem Hintergrund einer genetischen Prädisposition (z.B. Genpolymorphismen mit Einfluss auf die Reaktivität der Stressachsen), aufgrund früherer psychisch und körperlich belastender Ereignisse mit Ausbildung von „Symptomgedächtnissen“ (z.B. für Müdigkeit und Schmer-

zen), welche durch aktuelles Stresserleben reaktiviert und „in Erinnerung“ gerufen werden [13]. Burnout begleitende Müdigkeit und Erschöpfung, Schmerzen und Verdauungsprobleme haben zumindest teilweise eine genetische und biographisch begründete Pathogenese, ähnlich derjenigen bei der Fibromyalgie, dem CFS und dem Reizdarmsyndrom.

### Burnout – ein zentrales Hypersensitivitäts-Syndrom?

Demnach könnte Burnout auch als ein zentrales Hypersensitivitätssyndrom konzeptualisiert werden, bei dem das Gehirn mit übermäßiger Erschöpfung reagiert, und zwar bei fortgeschrittenem Krankheitsverlauf schon nur bei kleinen Anstrengungen. Der beim Burnout-Syndrom wiederholt beschriebene relative Hypokortisolismus, als Folge einer „ausgebrannten“ Cortisolachse, zusammen mit einer niederschweligen systemischen Entzündungsreaktion [2], sind plausible neuroendokrine und neuroinflammatorische Korrelate für erhöhte Müdigkeit, Depressivität, kognitive Störungen und eine herabgesetzte Schmerzschwelle, wie diese beim sogenannten „Sickness Behavior“ auftreten. Dieses beschreibt einen durch proinflammatorische Zytokine induzierten primär adaptiven Komplex von Verhaltensweisen zur Regenerierung des kranken bzw. überlasteten Organismus, infolge von z.B. Infektionskrankheiten oder chronischem Stress [14].

### Rolle des Klinikarztes für die Burnout-Therapie

#### Übermitteln der Verdachtsdiagnose

Vom Klinikarzt ohne zusätzliche psychosomatische Kenntnisse kann und soll nicht erwartet werden, dass er den Patienten mit einem Burnout-Syndrom kompetent behandeln kann. Ist er aber einmal zur Beurteilung gelangt, dass aufgrund von Erschöpfung und belastender Arbeitssituation ein Burnout-Syndrom vermutet werden kann, so ist viel gewonnen, wenn er dem Patienten seinen Eindruck mit der Verdachtsdiagnose Burnout-Syndrom mitteilt. Die Mitteilung der Verdachtsdiagnose erfolgt umso überzeugter, je mehr der Klinikarzt über die in diesem Übersichtsartikel ausgeführten pathogenetischen Zusammenhänge Bescheid weiß. Für den Klinikarzt nicht unwichtig, gibt ihm diese Erkenntnis die notwendige Sicherheit, im Moment auf weitere unnötige und allenfalls teure apparative und Laboruntersuchungen zu verzichten.

#### Behandlung durch den Klinikarzt

Die Behandlung von somatischen Komorbiditäten des Burnout-Syndroms liegt in der Kompetenz des Klinikarztes und soll in jedem Fall erfolgen. Der Klinikarzt kann Medikamente ohne Abhängig-

Tab. 4 Symptomatische Begleitmedikation beim Burnout-Syndrom (nach [2]).

Symptome	Begleitmedikation	
Schlafstörungen	Sedierende Antidepressiva	Amitriptylin Trazodon Mirtazapin Trimipramin
	Benzodiazepin-Rezeptor-Agonisten	Zolpidem Zopiclon
Muskuloskeletale Schmerzen	Nichtsteroidale Antirheumatika	Ibuprofen Diclofenac
	Antidepressiva	Amitriptylin Venlafaxin Duloxetin
	Andere	Paracetamol Pregabalin
Depression, in der Regel mindestens mittelgradige Episode	Antidepressiva	SSRI: Escitalopram, Sertralin, Paroxetin SNRI: Venlafaxin, Duloxetin Bupropion

Tab. 5 Diagnoseliste zur Überweisung in stationäre psychosomatische Rehabilitation.

ICD-10 F32.1	Mittelgradige depressive Episode
ICD-10 Z 73.0	Burnout-Syndrom
ICD-10 Z 56	Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit

keitspotenzial indikationsgeleitet zur Verbesserung der Schlafqualität, von funktionellen Schmerzen und der Stimmungslage einsetzen, sofern er mit den jeweiligen Substanzen genügend Erfahrung hat (Tab. 4) [2]. Die Evaluation des Einsatzes von Psychostimulanzien im Einzelfall sollte dem Facharzt vorbehalten bleiben. Eine erste Aufklärung zu einem gesunden Lebensstil („Stresspuffer“) mit guter Schlafhygiene, regelmäßiger körperlicher Aktivität, moderatem Alkoholkonsum, Pflegen sozialer Kontakte und Stressregulation, kann je nach Kompetenzen und der zur Verfügung stehenden Zeit, ebenfalls durch den Klinikarzt erfolgen. Eine persönliche, nicht überheblich formulierte Mitteilung durch den Klinikarzt, wie er die eigene Burnout-Prophylaxe betreibt, kann die Arzt-Patienten-Beziehung stärken.

### Stufenmodell mit allfälliger Überweisung an Fachinstanzen

Manchen Patienten mag die Mitteilung der Verdachtsdiagnose genügen und dazu anregen, selbstständig weitere Schritte für den Genesungsprozess einzuleiten. Mittlerweile gibt es auch Webapplikationen, mit welchen das Burnout-Risiko anonym eingeschätzt und über die Zeit monitorisiert werden kann [7]. Der Stellenwert solcher Applikationsformen mit Handlungsanleitungen zur Burnout-Prävention wird sich aus wissenschaftlicher Sicht aber noch zeigen müssen.

Angesichts der vielfältigen Folgekrankheiten von Burnout, für welche das Risiko mit zunehmender Chronifizierung steigt, kann es zweckmäßig sein, dem Patienten aktiv zu empfehlen, sich an eine geschulte Fachperson zu wenden. Eine weitere Stufe im Versorgungsprozess stellt die konsiliarische Überweisung an einen psychosomatisch geschulten Fachkollegen dar. Eine Überweisung kann der Klinikarzt mit dem durch diesen Artikel erworbenen Wissen für den Patienten gut nachvollziehbar begründen, sodass sich dieser nicht „abgeschoben“ vorkommt. Andererseits sind unreflektierte Ratschläge, wie die Arbeitsstelle zu wechseln oder dem Vorgesetzten doch einmal die Meinung zu sagen, längere Krankschreibungen ohne begleitendes Coaching oder Psychotherapie, und unkritische Verschreibung von Antidepressiva bei Abwesenheit einer depressiven Symptomatik oder von Opiaten bei Burnout begleitenden funktionellen Schmerzen nicht zielführend.

Bei schwereren Fällen ist eine stationäre psychosomatische Rehabilitation in einer Fachklinik zu erwägen [15]. Die Ziffer Z 73.0 reicht für eine stationäre Zuweisung bzw. Antrag auf Kostenübernahme durch die Krankenversicherer in der Regel nicht aus. Zusätzlich braucht es eine ICD-10 Diagnose und, mit Vorteil, auch den Verweis auf eine belastende Arbeitssituation (Bsp. s. Tab. 5). Die multimodale Burnout-Therapie beinhaltet allfällige somatische Therapien, Psychoedukation, Entspannungsformen, Gesprächspsychotherapie mit Analyse arbeitsbezogener Stressfaktoren und persönlichem Stellenwert der Arbeit, körperorientierte und kreative Therapieverfahren, ein nicht leistungsorientiertes körperliches Training und eine bedarfsgerechte Pharmakotherapie [2, 4, 15].

### Schlussfolgerungen

Eine medizinisch wichtige und zugleich dankbare Aufgabe des informierten Klinikarztes ist es,

dem chronisch erschöpften Patienten die Verdachtsdiagnose eines Burnout-Syndroms übermitteln und begründen zu können. Ein Burnout-Syndrom schließt weitere somatische und psychische Ursachen für chronische Erschöpfung nicht aus und umgekehrt. Allfällige Mitursachen einer chronischen Erschöpfung müssen daher aktiv gesucht und ebenfalls behandelt werden. Die fachspezifische Behandlung eines Burnout-Syndroms ist nicht die Aufgabe des Klinikarztes, er kann den Patienten aber hierzu ermutigen, um die vielfältigen medizinischen und psychosozialen Folgen von Burnout abzuwenden.

### Literatur

- 1 Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974; 30: 159–164
- 2 von Känel R. Das Burnout-Syndrom: eine medizinische Perspektive. *Praxis* (Bern) 1994. 2008; 97: 477–487
- 3 Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout vom 07.03.2012. Unter folgendem Link (letzter Zugriff am 22.12.2015): [http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-03-07-burnout.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-03-07-burnout.pdf)
- 4 Hillert A. Burnout: eine zeitgemässe psychische Störung? Geschichte, Konzepte, Perspektiven. *PSYCH up-2date* 2012; 6: 361–376
- 5 Burisch M. Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Heidelberg: Springer, 2014
- 6 Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. Third Edition. CPP, Inc.: Mountain View, California, 1996
- 7 Burnout Risiko-Test BRIX® 2015. Burnout Protector GmbH: Erlinsbach, Schweiz. Unter folgendem Link (letzter Zugriff 22.12.2015): <http://www.burnoutprotector.com/>
- 8 Kalimo R, Pakkin K, Mutanen P, Toppinen-Tanner S. Staying well or burning out at work: work characteristics and personal resources as long-term predictors. *Work Stress* 2003; 17: 109–122
- 9 von Känel R. Stressbedingte Krankheiten und deren körperliche Symptome. Aus Becker P (Hrsg.). *Executive Health - Gesundheit als Führungsaufgabe*. Wiesbaden: Springer Gabler, 2015: 57–78
- 10 de Jonge J, Bosma H, Peter R, Siegrist J. Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2000; 50: 1317–1327
- 11 Ahola K, Honkonen T, Isometsä E et al. The relationship between job-related burnout and depressive disorders--results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord* 2005; 88: 55–62
- 12 Linde A. Chronisches Erschöpfungssyndrom – eine funktionelle Störung. *Ther Umsch* 2007; 64: 567–574
- 13 Ursin H. Brain sensitization to external and internal stimuli. *Psychoneuroendocrinology* 2014; 42: 134–145
- 14 Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG et al. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nat Rev Neurosci* 2008; 9: 46–56
- 15 Brühlmann T. Praxis der Burnout-Diagnostik und Therapie. *Schweiz Med Forum* 2012; 12: 955–960



### Korrespondenz

Prof. Dr. med. Roland von Känel  
Chefarzt Psychosomatische  
Medizin,  
Psychiatrie und Psychotherapie  
Klinik Barmelweid  
CH-5017 Barmelweid  
Fax: 062/857-2741  
E-Mail: roland.vonkaenel@  
barmelweid.ch

10.1055/s-0041-111192  
**kliniker** 2016; 45 (1): 26–32  
© Georg Thieme Verlag KG ·  
Stuttgart · New York  
ISSN 0341-2350

### What the hospitalist needs to know about job burnout – From targeted question to transmission of the suspected diagnosis

Chronic work stress may lead to job burnout that is characterized by emotional exhaustion, depersonalization and low accomplishments. Hospitalists need to consider job burnout as a possible reason for chronic exhaustion. A few specific questions targeting stressful work circumstances may help to make a more definite diagnosis. Additional factors contributing to burnout are life stressors outside the job environment and physical and mental comorbid diseases. The hospitalist should communicate a clinical suspicion of job burnout to the patient in an attempt to avoid burnout to become chronic, long-term sick leave, as well as a range of burnout-related physical and mental illnesses. For professional treatment, hospitalists are best advised to refer the patient to a psychosomatic medicine specialist.

### Key words

Job burnout – psychological stress – psychosomatic medicine – work stress

### Autorenerklärung

Der Autor ist Chief Science Officer und Mitglied der Geschäftsleitung der Burnout Protector GmbH.