

# Apropos

Psychische Erkrankungen bei Ärztinnen und Ärzten  
Bewegendes zur Anorexie am Aadorfer Fachforum Psychotherapie  
Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Burnout und Depressionen  
Ambulatorium Zürich mit neuer Leitung

«ES IST ERSTAUNLICH, WIE VIELE  
ÄRZTE TROTZ EINER DEPRESSION  
NOCH ARBEITSFÄHIG SIND.»

Ärztinnen und Ärzte erkranken überdurchschnittlich häufig an Depressionen oder Burnout. Warum die Prävalenz in dieser Berufsgruppe so hoch ist und was dagegen getan werden könnte, erklärt Dr. med. Roland Kowalewski im Interview.



Dr. med. Roland Kowalewski  
stv. Ärztlicher Direktor  
Bereichsleitung Privatstation ViaNova  
Chefarzt Privatklinik Aadorf

**Herr Dr. Kowalewski, sind Ärzte tatsächlich häufiger von Depressionen und Burnout betroffen als andere Berufsgruppen?**

Ja, das ist eindeutig so, bei beiden Störungsbildern. Das belegen zahlreiche Studien. Interessanterweise findet sich bereits bei Medizinstudenten mit dem Eintritt ins Studium eine schlagartige Zunahme von Depressionen. Danach bleiben die Werte relativ stabil – wobei schwer Belastete auch eher das Studium aufgeben. Während die Prävalenz der Depression in der Allgemeinbevölkerung bei fünf bis zehn Prozent liegt, beträgt diese gemäss einer sehr umfangreichen Metaanalyse bei den Medizinstudenten ganze 27 Prozent. Solch ein Effekt zeigt sich auch bei anderen Studienrichtungen, jedoch viel weniger aus-

geprägt. Mit Einstieg in den Arztberuf, bei den Assistenzärzten, geht es tendenziell noch weiter nach oben, bei den «Seniors» dann wieder etwas nach unten. Vermutlich findet da auch eine weitere Selektion statt, weil quasi die besonders Resilienten übrig bleiben.

Noch höher ist die Prävalenz beim Burnout-Syndrom. Wobei Burnout weniger eindeutig definiert und messbar ist als die Depression, zumal es keine eigentliche Diagnose darstellt. Die grössten Untersuchungen und Metaanalysen zeigen aber doch recht konsistente Werte, zwischen 40 und 50 Prozent. In anderen helfenden, häufig betroffenen Berufen, etwa bei Pflegekräften oder auch Lehrern, sind es etwa 20 Prozent weniger.

### **Woran liegt es denn, dass Ärzte so häufig von psychischen Gesundheitsproblemen wie Depressionen und Burnout betroffen sind?**

Zum einen zeigt sich immer wieder, dass die hohe quantitative Belastung – sprich Arbeitsmenge und Arbeitszeiten – ein ganz wichtiger Faktor ist, deren Reduktion die Situation eindeutig verbessert. Auf der anderen Seite ist auch ein qualitatives Element massgeblich, also die Dichte und Komplexität der Aufgaben, mit der Verantwortung für «das höchste Gut Gesundheit». Hier wird von Ärztinnen und Ärzten zu Recht erwartet, dass aus einer enormen Menge an Wissen und Daten heraus und unter Beachtung vielfältiger Regulatorien die richtigen Entscheidungen für die Diagnostik und Therapie getroffen werden, und zwar in einfühlsamer Übereinstimmung mit den Betroffenen und Beteiligten. Dazu gehören ja auch Angehörige sowie weitere Berufsgruppen, Kostenträger und Ämter. Nicht zuletzt wollen auch die Krankheitsschicksale, mit den Grenzen der Behandelbarkeit, verarbeitet werden.

Dabei dürften Ärzte gemäss Bildung und Herkunftsverhältnissen ziemlich stressresistent und sowieso hochmotiviert ans Werk gehen. Dennoch sind viele stark mitgenommen, halten aber noch lange irgendwie weiter durch.

### **Gehört das Durchhalten in gewissem Sinne zum Arztberuf?**

Das scheint unweigerlich dazuzugehören. Es findet ja von vornherein eine Selektion hinsichtlich Motivation und Durchhaltevermögen statt, manche warten auch lange auf einen Studienplatz, wohl wissend, dass da einiges auf sie zukommt. Die Schwelle, das Erreichte aufzugeben, wird dann entsprechend hoch bleiben. Und tatsächlich bringt der Arztberuf ja auch viel Schönes und enorm Motivierendes mit sich, das man nicht mehr hergeben möchte. Arbeitslast und Verantwortung sind aber nun mal hoch. Vielleicht auch als Flucht nach vorn entwickelt sich so eine Art heroisches Element, das ja auch irgendwie schick ist, à la Dr. House, aber ebenso ungesund. Die Burnout-Merkmale «emotionale Erschöp-

fung», «Leistungsminderung» und «Zynismus» rücken näher. Spätestens mit der Depression wird klar, dass der Preis für den einst wohligen Adrenalinschauer zu hoch ist. Aber auch dann bleiben offensichtlich viele Ärztinnen und Ärzte eisern bei der Sache, mit entsprechend bescheidener Lebensqualität.

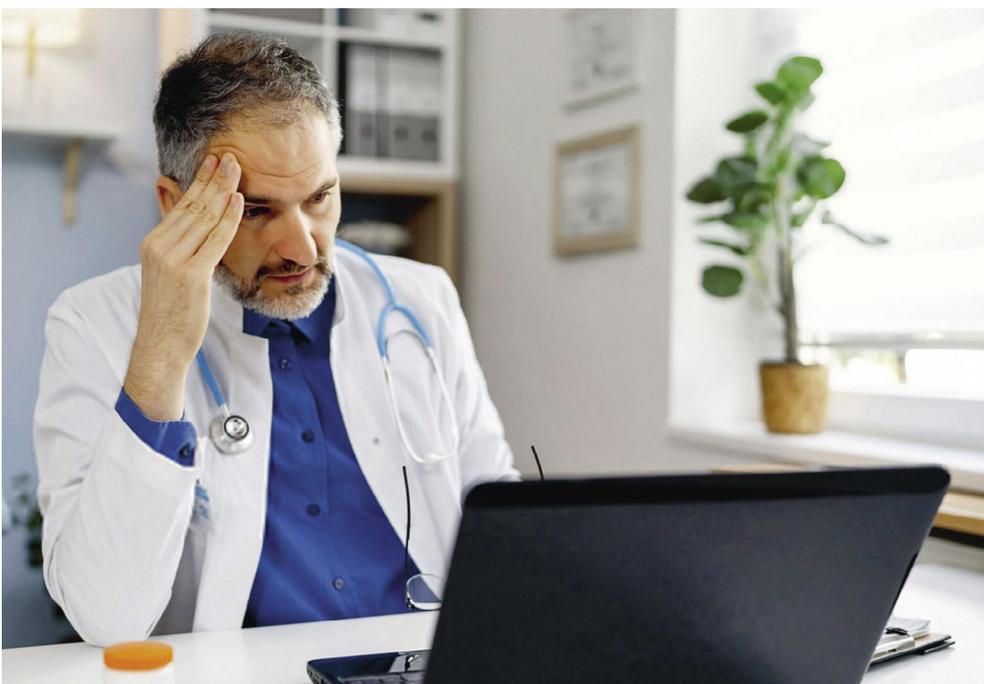
### **Ärzte warten also länger als andere Berufsgruppen, bis sie aktiv werden und sich Hilfe suchen?**

Das offenbaren die Studien. Da kommt auch die Selbstbehandlung zum Zuge, die auf Dauer problematisch sein kann, aber oft auch erst einmal funktioniert, zum Beispiel, wenn Ärzte sich selbst Antidepressiva verschreiben. Während andere längst krankgeschrieben wären, können Ärzte sich so noch durchwursteln und funktionieren. Hinzu kommt das Bewusstsein, dass es angesichts der Arbeitsdichte für Kollegen und Patienten schnell prekär wird, wenn einer fehlt.

Gemäss einer britischen Studie waren 95 Prozent von Ärzten, die sich das Leben genommen haben, bis direkt vor dem Suizid arbeitstätig, das ist schon bemerkenswert. Angesichts der Leistungsorientierung dürfte die Schwelle zum Eingestehen von Schwächen oder gar psychischem Kranksein noch höher sein als sonst schon. Und so wird die depressive Unterlegung für viele Ärzte zur Normalität und fällt auch nicht mehr gross auf.

### **Wie können denn Kollegen und Vorgesetzte am besten auf Anzeichen von Burnout oder Depressionen bei einem Arzt reagieren?**

Gute Frage. Kollegialität pflegen und ernsthaft ins Gespräch kommen ist sicher gut, wird aber erschwert, wenn die Mehrheit sowieso nah am Burnout ist und den Kollegen nicht gern raten, sich doch ruhig mal durchchecken zu lassen, sich womöglich eine Auszeit zu gönnen oder weniger zu arbeiten. Vorgesetzte haben zwar eine dahingehende Verpflichtung, müssen aber auch dafür sorgen, dass der Laden läuft, unter den Bedingungen, wie sie halt



Notfallmediziner, Allgemein-Internisten und Hausärzte sind besonders häufig von Burnout betroffen.

sind. Wenn alle gestresst sind, denkt der Einzelne: «Ich muss mich ja auch zusammenreissen, anders gehts nicht, ich habe mir das auch anders vorgestellt – wieso soll der das nicht hinkriegen?» Da wird nicht so einfach der eine Arzt die Patientenrolle einnehmen und der andere zum Behandler. Es braucht wohl auch eine Art Kulturwandel oder zumindest ein geschärftes Bewusstsein für diese ernstesten Probleme. Solange Arbeitslast und -dichte aber «heroisch» bleiben, stösst man schnell an Grenzen.

### **Gibt es bestimmte Fachrichtungen in der Medizin, die ein höheres Risiko für Burnout oder Depressionen aufweisen?**

Zum Burnout ist das gut untersucht, vor allem in den USA. Dort stechen Notfallmediziner mit rund 60 Prozent hervor, gefolgt von Allgemein-Internisten und Hausärzten. Arbeitsmediziner und Dermatologen stehen mit etwa 35 Prozent am anderen Ende der Skala, bei den Psychiatern sind ungefähr 40 Prozent betroffen. Tendenziell scheint also die «klinisch breite Frontarbeit» besonders viel abzuverlangen. Die Unterschiede zwischen den Disziplinen sind nicht riesig, aber doch markant.

### **Wie sieht es mit der Behandlung von Ärzten aus? Gibt es spezielle Therapieansätze oder Interventionen, die sich als besonders geeignet erwiesen haben? Oder sind sie vergleichbar mit den üblichen Ansätzen?**

Grundsätzlich würde ich sagen, dass sie vergleichbar sind. Bei den Ärzten spielen die Arbeit und die Identifikation damit aber eine besondere Rolle – nicht nur beim Burnout, sondern oft auch bei der Depression. Zudem ist die Stigma-Problematik verschärft; das Eingestehen, dass es so nicht weitergeht und Behandlung und Erholung nötig sind, fällt umso schwerer. Erst recht das grundsätzliche Überdenken der verinnerlichten Leistungsansprüche und Ideale. Die entsprechen ja auch erst mal der gewachsenen Lebens- und Berufsplanung. Hier ein Gleichgewicht zu finden, ist nicht einfach.

Es gibt spezielle Unterstützungs- und Behandlungsprogramme für angeschlagene Ärzte. Nicht selten sind diese, vor allem im Zusammenhang mit Suchtproblemen, stark an behördliche Auflagen gebunden, weg von der Eigenverantwortung. Betroffene Ärzte müssen dann zum Teil drakonische Kontroll- und Therapiezyklen absolvieren, um überhaupt weiterarbeiten zu dürfen. Das ermuntert nicht gerade dazu, sich zu offenbaren, und ist in dieser Form fragwürdig. Je nach Land werden persönliche Rechte und Verhältnismässigkeit aber auch besser gewahrt.

In meinen Augen ist es wichtig, dass psychisch kranke Ärzte sich zwar nicht nur selbst behandeln, der Expertenstatus aber berücksichtigt wird und sie massgeblich mitentscheiden – was ja auch bei medizinischen Laien selbstverständlich ist, auch in der Suchtbehandlung.

### **Sie haben Unterstützungsprogramme erwähnt. In der Schweiz gibt es das Netzwerk ReMed. Wird dieses auch tatsächlich genutzt?**

Ja, jährlich etwa ein halbes Prozent der Ärzteschaft meldet sich dort wegen gesundheitlicher Probleme, meistens im Kontext von Arbeitsüberlastung, um erst einmal Rat zu erhalten. Das Angebot ist niederschwellig und primär auf Augenhöhe. Man bekommt dann innerhalb von drei Tagen eine Konsultation zur weiteren Abklärung und gegebenenfalls eine Therapievermittlung an Psychia-

ter und Psychotherapeuten, die sich speziell bereit erklärt haben, mit Kolleginnen und Kollegen zu arbeiten. Es gibt auch regionale Coachinggruppen, wo sich betroffene Ärzte austauschen und beraten.

### **Bei ReMed findet also eine Art Triage statt.**

Ja, primär das. In Extremfällen könnten auch Meldungen an Behörden erfolgen, aber die Schwelle, sich da über die Schweigepflicht hinwegzusetzen, ist natürlich sehr hoch. Insgesamt ist ReMed ein guter Ansatz und durchaus etabliert, könnte aber ruhig noch mehr genutzt werden.

### **In Deutschland gibt es Kliniken, die sich darauf spezialisiert haben, Ärzte zu behandeln. Würde ein solches Angebot auch in der Schweiz Sinn machen?**

Durchaus. Bei uns in Aadorf haben wir immer wieder mal Kolleginnen und Kollegen in Behandlung, was gut funktioniert. Da spielen schon die arzttypischen Themen hinein und der Umgang hat eine eigene Nuance. Bei einer Spezialisierung könnte man sich noch gezielter darauf einstellen, und der Austausch untereinander würde auch helfen.

### **Welche Massnahmen wären aus Ihrer Sicht am effektivsten, um Burnout und Depressionen bei Ärzten vorzubeugen?**

Eine Reihe von Studien untersuchen die Auswirkung spezieller Schulungen für besseres Priorisieren, Effizienzsteigerung, «Leadership» und dergleichen – und finden fast keinen Effekt. Die Reduktion der Arbeitslast hingegen führt klar zu besserem Befinden. Als inhaltlich besonders belastend genannt werden als gängelnd empfundene administrative Aufgaben und Umstände, unzureichende Wertschätzung und schwierige Interaktionen, aber auch der Zeit- und oft dann Schlafmangel sowie die grosse Verantwortung mit dem Gefühl, nie ganz fertig zu sein und alles gemacht zu haben.

Kurzfristig lässt sich das nicht alles verändern – allmählich aber vielleicht schon. Ich erinnere mich gut daran, dass man vor vielen Jahren für die Primär-50-Stunden-Woche kämpfte und einem entgegengehalten wurde: «Die sind doch Ärzte geworden und wussten, was auf sie zukommt.» Seither haben Bewusstsein und Verständnis aber zugenommen, nicht zuletzt auch, weil von einstiger Ärzteschwemme schon lange keine Rede mehr sein kann. Ich denke, der Sinneswandel muss weitergehen, dass Ärzte auch nur Menschen sind, die zwar bereit sind, hart und verantwortungsvoll zu arbeiten, aber schon im Sinne der Patientensicherheit die eigene Gesundheit und Lebensqualität im Auge behalten und sich, bei aller Anpassungsbereitschaft, auch gesundheitspolitisch selbstbewusst positionieren sollten. Die Arbeit ist und bleibt anspruchsvoll und auch sehr befriedigend, aber die Dichte darf nicht erdrücken. Ausgleich und Wertschätzung müssen bis zu einem gewissen Grad dazu korrespondieren. Da ist zum Teil Umorganisieren nötig. Dann können OP-Kataloge auch mit halbwegs normalen Arbeitszeiten erfüllt werden. Untersuchungen zeigen, dass die eigentlich belastende Aufgabenkomplexität gut toleriert wird, wenn sie sozusagen zum Stellenprofil passt. Eine Überidentifikation mit der Arbeit und unzureichende «Gegenleistung» gehen aber klar mit mehr Depressionen einher. Wenn Ärztinnen und Ärzte genug Ausgleich und Erholung finden, dann gehts ihnen besser und sie werden auch konzentrierter arbeiten und im Kontakt entspannter rüberkommen. Es lohnt sich also. ■

# BEWEGENDES ZU ESSSTÖRUNGEN

Die jüngste Veranstaltung des Aadorfer Fachforums Psychotherapie in Zürich war ausgebucht – und auch sonst ein voller Erfolg. Prof. PMU Dr. med. Isa Sammet erklärte in ihrem Vortrag über die Dynamik der Magersucht im therapeutischen Prozess, mit welchen Herausforderungen sowohl Patientinnen als auch Behandler konfrontiert sind. Dr. med. Petra Dallmann richtete in ihrem Referat einen vertieften Blick auf Essstörungen im Leistungssport. Die anschließenden Workshops boten Gelegenheit, sich mit einzelnen Aspekten genauer auseinanderzusetzen – unter anderem auch in tanzender Form.



Prof. PMU Dr. med. Isa Sammet zeigte in ihrem Referat typische Dynamiken der Arzt-Patient-Beziehung auf.



Dr. med. Petra Dallmann bei ihrem Vortrag zu Essstörungen im Leistungssport.



Angelika Markaj, MSc (links), und Florence Simonetta, MSc (rechts), leiteten den Workshop zur stationären Therapie der Anorexia nervosa.



Ernährungsberaterin Laura Fall informierte in ihrem Workshop über die Orthorexie.



Die Tanz- und Bewegungstherapeutinnen Denise Hersche (links) und Franziska Düring (rechts) vermittelten einen bewegten Einblick in die Tanztherapie.

# UNTERSCHIEDE UND GEMEINSAMKEITEN VON BURNOUT UND DEPRESSIONEN

Auch wenn das Burnout-Syndrom nicht als Krankheit anerkannt ist, leiden Betroffene häufig an ähnlichen Symptomen wie bei einer krankheitswertigen Depression. Im Interview erklärt Prof. PMU Dr. med. Isa Sammet, worin sich die beiden Störungsbilder gleichen und unterscheiden.



Prof. PMU Dr. med. Isa Sammet  
Bereichsleitung Oase und Ambulatorien  
Chefärztin

## **Frau Prof. Dr. Sammet, wo liegen die grundsätzlichen Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Burnout und Depression?**

Menschen mit Burnout oder depressiven Störungen haben oft ähnliche Beschwerden. Beim Burnout-Syndrom stehen die chronische Erschöpfung und die reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit im Vordergrund. Vermehrt kommt es zudem zu psychosomatischen Beschwerden wie Verdauungsproblemen, Schmerzen oder erhöhter Infektanfälligkeit. Aber auch Symptome, die für Depression typisch sind, nämlich die gedrückte Stimmung, der Verlust von Interesse und Freude sowie die Verminderung des Antriebs, Gefühle von Schuld und Versagen, Gereiztheit und Stimmungsschwankungen sowie Schlafstörungen, kommen bei Burnout vor. Insofern ist der Schwerpunkt der Beschwerden lediglich ein anderer.

Was das Burnout-Syndrom von der depressiven Störung unterscheidet, ist das Vorliegen eines klaren Ursachenkonzepts. Burnout-Patienten sind durch dauernden beruflichen Stress so belastet, dass sich ein Zustand physischer und emotionaler Erschöpfung mit Reduktion der Leistungsfähigkeit einstellt. Der Begriff der Depression hingegen fasst eine Gruppe von Störungsbildern zusammen, die eine multifaktorielle Genese aufweisen. Im Zusammenspiel können medizinische Faktoren, körperliche Krankheiten, Persönlichkeitszüge, genetische Faktoren, Traumatisierungen oder soziale Belastungen die Krankheit auslösen und aufrechterhalten.

## **Warum ist das Burnout-Syndrom im Gegensatz zur Depression bisher nicht als Krankheit anerkannt?**

Tatsächlich wird das Burnout-Syndrom in der noch gängigen amtlichen Diagnoseklassifikation ICD-10 der WHO nicht explizit er-

wähnt. In der neuen Version ICD-11 ist das Burnout-Syndrom zwar genannt, aber nicht als medizinische Erkrankung definiert. Vielmehr wird es als Folge von chronischem Stress am Arbeitsplatz beschrieben und unter dem Abschnitt QD8 «Probleme in Verbindung mit Arbeit oder Arbeitslosigkeit» eingeordnet.

In der Behandlung von Burnout-Patienten zeigt sich in vielen Fällen eine erhebliche Schwere sowie eine besonders lange Dauer der Beschwerden. Insofern kann die Tatsache, dass Burnout nicht als Erkrankung eingestuft ist, aus medizinischer Sicht infrage gestellt werden. Im Hinblick auf den als ursächlich genannten chronischen Stress am Arbeitsplatz ist auch zu hinterfragen, ob nicht auch Faktoren, die nicht berufsbedingt sind, etwa die Pflege von Angehörigen, zu einem Burnout führen können.

Dass das Burnout-Syndrom noch keine eigene Erkrankung nach ICD-11 darstellt, könnte darauf zurückzuführen sein, dass die empirische Evidenz noch nicht ausreichend belegbar macht, ob es sich um ein eigenes Krankheitsbild oder um eine Unterform der Depression handelt. Zudem sei auch angemerkt, dass mit der Einordnung des Burnout-Syndroms als eigenständige Erkrankung auch das relevante Thema der Anerkennung als Berufserkrankung auftreten könnte – mit entsprechenden volkswirtschaftlichen Folgen.

## **Hat die fehlende Anerkennung als Krankheit auch einen Einfluss auf die Diagnostik?**

Beim Burnout-Syndrom gibt es keine ganz eindeutigen diagnostischen Kriterien. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde DGPPN empfiehlt, dann von einem Burnout zu sprechen, wenn sich hohe Anforderungen der Arbeitswelt in Verbindung mit vegetativen Stresssymptomen äussern. Die Störung muss mehrere Wochen bis Monate anhalten und darf sich nicht in kurzen Erholungsphasen zurückbilden.

## **Wie entwickelt sich ein Burnout typischerweise? Gibt es Frühwarnzeichen, die Betroffene oder ihre Umgebung erkennen können?**

In der Regel verläuft die Burnout-Erkrankung in typischen Stadien. Ausgangspunkt ist oft ein hohes gefordertes berufliches Leistungsniveau. Betroffene verspüren die Notwendigkeit, sich zu

beweisen. Wenn dies nicht gelingt, kann es zum Beispiel zu Tadel oder Abmahnungen seitens der Vorgesetzten kommen. Betroffene versuchen dann, die erwarteten Leistungen umso bemühter zu erbringen, und beginnen dabei, eigene Bedürfnisse zu vernachlässigen. Führt dies nicht zu einem positiven Ergebnis, kommt es in der nächsten Phase zu Flucht oder Rückzug. Betroffene reduzieren ihre Ziele und vermindern ihr Engagement. Dies zieht zirkulär neue Probleme nach sich, die Betroffene dann mit Isolation und Passivität beantworten, was einen weiteren Verlust an Initiative und Flexibilität sowie eine Verflachung des beruflichen und sozialen Lebens zur Folge hat. Es entsteht eine innere Leere und das Gefühl, die eigene Identität und Persönlichkeit verloren zu haben. Gerade jene Menschen, die initial am ehrgeizigsten sind und sozusagen am meisten für die Arbeit brennen, laufen am ehesten Gefahr, irgendwann auszubrennen.

Angehörige können grundsätzlich in allen Phasen auf die Veränderung des Erlebens und Verhaltens einer betroffenen Person reagieren und sie darauf hinweisen. Meistens ist jedoch wegen der hohen Leistungsmotivation keine schnelle Einsicht in diese Prozesse zu erreichen.

### **Burnout wird wie erwähnt als Folge von chronischem Stress am Arbeitsplatz definiert. Welche spezifischen Faktoren begünstigen die Entstehung eines Burnout-Syndroms?**

Viele Menschen können auch unter starkem Zeitdruck und bei hoher Arbeitslast gut arbeiten – sofern sie am Arbeitsplatz mitbestimmen dürfen und für ihre Tätigkeit Anerkennung bekommen. Sind diese Bedingungen jedoch nicht gegeben, erhöht dies die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Burnouts erheblich. Auch fehlende Unterstützung oder Konflikte mit Vorgesetzten oder Kollegen wirken sich sehr ungünstig aus.

Eine Expertenbefragung von 2015 hat ergeben, dass folgende Bedingungen ein Burnout-Syndrom begünstigen: hohe Anforderung (91% Übereinstimmung), mangelnde Kontrolle über die Arbeitsabläufe (54%), interpersonelle Probleme wie Belästigung oder Diskriminierung (50%), mangelnde Unterstützung (51%), Veränderungen im Betrieb mit Arbeitsplatz-Unsicherheit (31%) sowie erlebte Ungerechtigkeit (26%). Dies bedeutet, dass sich wohl ein erheblicher Teil der Burnout-Fälle vermeiden liesse, wenn sich Unternehmen an den genannten Faktoren orientieren und entsprechende Umstellungen ihrer Arbeitsprozesse vornehmen.

Insgesamt spielt aber für die Zunahme der Burnout-Häufigkeit der Aspekt der Arbeitsverdichtung eine besondere Rolle. Aus einer schon älteren Studie aus dem Jahr 2000 der CFO ist bekannt, dass die Schlafdauer in den westlichen Industrienationen im letzten Jahrhundert um zwei Stunden abgenommen hat, hingegen ist die Arbeitsstunden-Produktivität von 1960 bis 2000 um 255% angestiegen. Die Gründe dafür mögen vielfältig sein. Einer von mehreren Faktoren ist vermutlich die Digitalisierung, die nicht zuletzt zu einer ständigen Erreichbarkeit, einer Beschleunigung von Prozessen sowie einer einfacheren Verteilung von Informationen auf viele Empfänger geführt hat.

Natürlich sind auch persönliche Faktoren für die Entwicklung eines Burnout-Syndroms relevant. Dies lässt sich schon daraus ableiten, dass nicht alle Personen unter den gleichen Bedingungen an einem Burnout-Syndrom erkranken. Hier spielen – ebenfalls

nach Expertenbefragung von Wong (2015) – Persönlichkeitszüge wie erhöhte Vulnerabilität (43%) eine Rolle, ebenso psychische Vorerkrankungen (40%) sowie belastende soziale Umstände (37%).

### **Inwieweit unterscheiden sich die therapeutischen Ansätze für Burnout und Depression?**

Grundsätzlich geht es beim Burnout-Syndrom wie auch bei der Depression darum, die betroffenen Menschen zunächst zu entängstigen und ihnen klarzumachen, dass ihre Antriebslosigkeit und innere Leere krankheitswertig sind und nicht schnell überwunden werden können, wenn man sich nur genug anstrengt. Dies impliziert auch, Burnout-Patienten nicht zu früh wieder zur Arbeit zu schicken oder schwer depressive Patienten nicht aufzufordern, sich einfach mit schönen Dingen abzulenken – denn genau dies ist ihnen ja nicht möglich. Dies ist ein Behandlungsfehler, sowohl im Umgang mit Depressionen als auch mit der Burnout-Symptomatik. Die Betroffenen würden sich dann als versagend erleben, was die Symptomatik noch verstärken dürfte. Vielmehr gilt es, die Patienten zu beruhigen und erst allmählich therapeutisch ihre Schwierigkeiten am Arbeitsplatz zu analysieren und alternative Lösungen oder Verhaltensweisen zu erarbeiten.

Wie bei allem psychischen Erkrankungen und Beschwerden ist die Grundlage jeder Behandlung eine individualisierte Diagnostik. Es gilt, ungünstige dysfunktionale habituelle Beziehungsmuster zu erkennen, die den Menschen immer wieder in ähnliche Schwierigkeiten bringen, und ihn in die Lage zu versetzen, Änderungen zu realisieren. Auch sämtliche weiteren Faktoren, welche die Symptomatik begünstigen, müssen bei beiden Krankheitsbildern gesamtheitlich berücksichtigt werden.

Bei Burnout-Patienten ist es wesentlich zu beachten, auf der Basis welcher persönlichen Arbeitsstile die Überarbeitung zustande gekommen ist. Dies kann sehr unterschiedlich sein: Manche Betroffene können einfach nicht Nein sagen, haben das Bedürfnis, immer allen anderen helfen zu müssen, und können sich bei der Arbeitszeit nicht begrenzen. Andere wiederum benötigen die übermässige Arbeitstätigkeit zur Stabilisierung ihres leistungsfähigen Selbstbildes. Bei manchen ist die Flucht in die Arbeit das Resultat unzufriedenstellender familiärer Verhältnisse. Andere arbeiten so viel, weil sie übermässig ordentlich sind und dadurch ihre Arbeit nicht in der vorgesehenen Zeit schaffen können. Wieder andere sind in einem sehr begeisterungsfähigen und wett-eifernden Stil unterwegs und ständig auf der Suche nach neuen Herausforderungen. Dies sind alles Anhaltspunkte, um herauszufinden, an welchen Stellen mit den Betroffenen gearbeitet werden kann.

Eine Besonderheit bei den Burnout Patienten ist, dass – sofern möglich und vom Betroffenen gewünscht – konkrete Kontakte mit den Arbeitgebern hergestellt werden können. Unter anderem werden dabei auch Konflikte moderiert oder unter sozialarbeiterischer Mitarbeit andere Berufsfelder für den Patienten erkundet.

### **Wann ist eine medikamentöse Behandlung bei Burnout angezeigt?**

Es gibt keine spezifischen Psychopharmaka, die für ein Burn-out-Syndrom indiziert sind. Wenn aber Symptome bestehen, die einer depressiven Störung ähneln, wie zum Beispiel Schlafstörungen,

so können Antidepressiva mit entsprechendem Wirkprofil unter Beachtung der Nebenwirkungen eingesetzt werden.

### Wie wichtig ist die soziale Unterstützung in der Behandlung von Menschen mit Burnout-Syndrom oder Depressionen?

Ohne Ausnahme ist bei allen psychischen Erkrankungen die soziale Unterstützung ein wesentliches Kriterium, um die Heilung zu unterstützen. Dies gilt auch für Burnout-Betroffene sowie depressive Patienten. Hierbei ist es wesentlich, die Bezugspersonen zu informieren, dass sich Heilungsprozesse über längere Zeit hinziehen können, damit nicht eine – durchaus nachvollziehbare – Ungeduld im unmittelbaren Umfeld entsteht und diese dann die Symptomatik des Betroffenen noch verstärkt. Bei Bedarf können sich Angehörige auch selbst Unterstützung in entsprechenden Angehörigengruppen suchen.

### Welche präventiven Massnahmen können ergriffen werden, um Burnout zu verhindern?

Arbeitgeberseitig können die Verantwortlichen sich bemühen, Eigenbestimmtheit und Wertschätzung in den Arbeitsprozessen zu optimieren und zu maximieren. In konkreten Fällen geht es darum, individuelle Lösungen zu finden, damit der Mitarbeitende entsprechend seinem Leistungsvermögen und seiner Kompetenz bestmöglich eingesetzt werden kann.

Auf individueller Ebene gibt es für Betroffene vielfältige Möglichkeiten, um Präventivstrategien zu entwickeln. Zentral sind zunächst unter anderem die Akzeptanz des Problems, die Suche nach Helfenden, der achtsame Umgang mit der Zeit sowie der Versuch, das Anspruchsniveau zu senken und den Perfektionismus abzubauen. Hier stehen im verhaltenstherapeutischen Kontext zahlreiche Übungen und Strategien zur Verfügung, die spezifisch gelernt und angewendet werden können. ■

Kurzmeldung

## AMBULATORIUM IN ZÜRICH UNTER NEUER LEITUNG



Mit ihren beiden Ambulatorien verfügt die Privatklinik Aadorf über ambulante Anlaufstellen, die das stationäre Angebot sinnvoll ergänzen. Ab 2025 wird Prof. PMU Dr. med. Isa Sammet die Leitung des Ambulatoriums Zürich übernehmen.

Das Ambulatorium Zürich liegt an bester Lage an der Dahliastrasse im Zürcher Seefeld.

Das Angebot umfasst einerseits poststationäre Übergangsbehandlungen und Beratungsgespräche für bestehende Patientinnen und Patienten. Zugleich werden auch neue Patientinnen und Patienten aufgenommen, in erster Linie im Sinne einer Triage zur Diagnostik und Bewertung, ob eine behandlungsbedürftige Störung vorliegt.

Im Vordergrund stehen die Fachgebiete Essstörungen und Burnout, daneben werden aber auch Menschen mit Depressionen, Angststörungen und weiteren psychischen Erkrankungen behandelt.



Privatklinik Aadorf  
Ambulatorium Zürich  
Dahliastrasse 5  
8008 Zürich

Tel. +41 44 380 27 80  
info@klinik-aadorf.ch

# Privat Klinik Aadorf

*Persönlich  
und diskret.*

Psychotherapie  
Psychosomatik  
Psychiatrie

Sie möchten das Apropos mit spannenden **Fachartikeln und News** aus der Privatklinik Aadorf in Zukunft per Mail erhalten?

Sie möchten stets bestens über unsere **Fachanlässe des Aadorfer Fachforum Psychotherapie** informiert bleiben?

Dann melden Sie sich unter [www.klinik-aadorf.ch](http://www.klinik-aadorf.ch) für unseren e-Newsletter an:



## PRIVATKLINIK AADORF

Die Privatklinik Aadorf ist eine ärztlich geleitete Fachklinik für Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie. Sie erfüllt den Leistungsauftrag des Kantons Thurgau und ist auf dessen Spitalliste aufgeführt.

Das Leistungsspektrum ist auf vier Fachgebiete fokussiert: Essstörungen, Adipositas, Depressionen / Angststörungen / Burnout sowie Psychotherapie 50+.

**Die Klinik ist offen für Patientinnen und Patienten aus dem In- und Ausland.**

**Die Grundversicherung – auch für Ausserkantonale – ist ausreichend.**

Vereinzelte Ausnahmen werden von der Klinik umgehend abgeklärt und rückgemeldet.



Allgemein  
Versicherte  
Thurgau



Allgemein  
Versicherte  
anderer Kantone



Halbprivat  
Versicherte



Privat  
Versicherte



Selbstzahler  
In- und Ausland

Klinik Aadorf AG  
Fohlenbergstrasse 23  
CH-8355 Aadorf  
Tel. +41 (0)52 368 88 88  
Fax +41 (0)52 368 88 99  
info@klinik-aadorf.ch  
www.klinik-aadorf.ch

ISO 9001 zertifiziert