

Apropos

Prof. Dr. med. Hartmut Radebold über die Alterspsychotherapie
Die Bedeutung des Körpers in der Psychotherapie
Depression, Burnout-Syndrom und Chronic Fatigue im Überblick

Im Gespräch mit Prof. Dr. med. Hartmut Radebold

«SEELISCHE PROBLEME WERDEN WEITERHIN HÄUFIG NICHT OFFEN GEZEIGT.»

Kaum ein anderer Wissenschaftler hat die Alterspsychotherapie im deutschsprachigen Raum so stark beeinflusst wie Prof. Dr. med. Hartmut Radebold. Der Altersforscher und Psychoanalytiker hatte über 20 Jahre lang den Lehrstuhl für Klinische Psychologie an der Universität Kassel inne und gründete 1999 das Lehrinstitut für Alternspsychotherapie. In zahlreichen Büchern gibt er einen vertieften Einblick in die Geschichte und die Möglichkeiten der psychotherapeutischen Behandlung älterer Menschen.



Prof. Dr. med. Hartmut
Radebold

Einen besonderen Stellenwert in seinem späteren Werk nehmen die Traumata ehemaliger «Kriegskinder» ein. Radebold hat als Kind die Schrecken des Zweiten Weltkrieges selbst miterlebt, aber erst Jahrzehnte später erkannt, welchen Einfluss längst überwunden

geglaubte Erlebnisse aus dem Krieg auf die Psyche haben können. Er veröffentlichte mehrere Bücher zum Thema «Kriegskinder». In einem davon – dem Werk «Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit» – geht Radebold unter anderem spezifisch auf den Stellenwert des Körpers beim Altern ein. Dabei werde der eigene Körper häufig zum letzten Verbündeten – eine These, die Prof. Dr. med. Hartmut Radebold auch im

Rahmen des Aadorfer Fachforums Psychotherapie erörterte.

Prof. Radebold, Ihr Referat beim Anlass des Aadorfer Fachforums Psychotherapie trug den Titel «Unser Körper im Alter – der letzte Verbündete». Welche Rolle spielt denn der Körper im seelischen Erleben von älteren Menschen?

Der Körper im Alter bedingt Autonomie, er bedingt Befriedigung, Beweglichkeit und viele Kontaktmöglichkeiten. Das schafft Lebensqualität. Der Körper ist somit enorm wichtig für das allgemeine Befinden. Und vor allem dann, wenn persönliche Kontakte im Alter zunehmend wegbrechen, werden die letzten verbleibenden Kontakte über den Körper gepflegt, etwa beim Arzt, beim Therapeuten oder bei Pflegepersonen.



Gerade darum ist es wichtig, den Körper bewusst als Thema in die Psychotherapie einzubinden. Es muss darüber geredet werden, welche Bedeutung der Körper hat und wie man den Umgang mit ihm verändern kann.

Mit dem Altern nimmt nicht zuletzt auch die Leistungsfähigkeit des Körpers ab. Wie geht die heutige Generation älterer Menschen damit um?

Die Funktion des Körpers verändert sich in den Jahren zwischen 30 und 80 um etwa 50 Prozent. Zum Beispiel nimmt die Kraft des Handmuskels um 50 Prozent ab, was sich unter anderem zeigt, wenn man die Chipstüte nicht mehr so gut aufzureissen vermag oder das Gurkenglas nicht mehr öffnen kann.

Menschen gehen unterschiedlich mit dieser Entwicklung um, abhängig vom Leitbild, das ihnen mitgegeben wurde, aber auch von der Bedeutung der Funktion, die dem Körper innewohnt. Wer sein Leben lang intensiv Sport getrieben hat, reagiert anders darauf, als wenn er nie sportlich aktiv war.

Gerade für aktive ältere Menschen, die möglichst lange fit bleiben wollen, kann es eine Herausforderung sein, die Veränderungen, die da sind, auch zu akzeptieren und damit umzugehen. Dies zeigt sich auch in der Bereitschaft, Hilfsmittel zu benutzen. Wenn ich die Chipstüte nicht von Hand aufzureissen vermag, muss ich eben die Nagelschere zu Hilfe nehmen.

Eine weitere Erkenntnis brachte diesbezüglich eine Untersuchung bei Gärtnerinnen und Gärtnern, die sich mit Einschränkungen aufgrund des Alterns auseinandersetzen mussten. Die Gärtnerinnen griffen bereitwillig auf viele Hilfsmittel wie Hochbeete zurück und machten aus Blumenrabatten Rasenflächen. Die Gärtner hingegen blieben stur; alles sollte so bleiben, wie es schon immer war. Mann und Frau haben diesbezüglich offensichtlich andere Leitbilder verinnerlicht.

Sie setzen sich intensiv mit den psychischen Spätfolgen von Kriegsgräueln auseinander. Haben Menschen mit Kriegstraumata auch eine andere Einstellung zu ihrem Körper als jene, denen solche Erlebnisse erspart geblieben sind?

Die Antwort lautet ganz eindeutig Ja. Meine Generation in Deutschland hat gelernt, auf keinen Fall Rücksicht auf den Körper zu nehmen. Man wurde entsprechend trainiert und konditioniert.

Sie leben zeitweilig in Schweden, sind bisweilen auch in der Schweiz tätig. Weisen ältere Menschen in diesen Ländern, die ja beide nicht direkt in den Zweiten Weltkrieg involviert waren, weniger psychische Probleme und Traumata auf als ältere Menschen in Deutschland?

Die älteren Menschen in Schweden oder in der Schweiz leiden natürlich deutlich weniger häufig an posttraumatischen Belastungsstörungen als in Deutschland. Hier können die alten Traumata immer wieder aufgrund von Trauma-Reaktivierungen oder Re-Traumatisierungen aufwachen. Aber auch Menschen in Schweden oder in der Schweiz können Traumatisierungen erleben, etwa durch einen Überfall, durch einen schweren Autounfall mit Verlust des Partners, durch einen Einbruch in die Wohnung. Eine Untersuchung aus Deutschland hat gezeigt, dass der Anteil an Menschen über 60 Jahre, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, in Deutschland bei rund 7 Prozent liegt. In der Schweiz und in Schweden sind es hingegen nur rund 1 bis 2 Prozent.

In einem Interview mit dem Magazin «Der Spiegel» aus dem Jahr 2005 erzählten Sie davon, dass Sie auf Ihrem ersten Ausweisfoto von 1947 bereits Tränensäcke hatten, und meinten, dass es die nicht geweinten Tränen sind, insbesondere über den frühen Verlust Ihres Vaters im Krieg. Ihnen und vielen anderen war antrainiert, jeglichen Kummer zurückzuhalten. Können die nachfolgenden Generationen tatsächlich besser mit inneren Gefühlen wie Kummer und Traurigkeit umgehen?

Ich zweifle daran. Zwar sieht man in der Öffentlichkeit immer häufiger weinende Männer, man denke beispielsweise nur an den Fussball. Hingegen gibt es für Trauer keinen öffentlichen Raum mehr. Nach einem Todesfall wird nicht mehr schwarz getragen, es wird keine Trauerarbeit mehr geleistet.

Im Zuge der Selbstoptimierung werden Kummer und Traurigkeit unter Verschluss gehalten. Das sieht man unter anderem auch beim Burnout, wo so lange gezögert wird, über das innere Erleben zu sprechen, bis es nicht mehr geht. Seelische Probleme werden weiterhin häufig nicht offen gezeigt.

Inwiefern stimmt denn die Aussage, dass die Menschen immer häufiger an Depressionen leiden?

Studien zufolge sind es nicht mehr Menschen, die an Depressionen erkranken, doch sie werden gerade bei älteren Menschen

nicht ausreichend diagnostiziert. Untersuchungen haben gezeigt, dass in der Altersgruppe der über 65-Jährigen rund 28 Prozent der Personen von einer Depression betroffen sind, bei den über 75-Jährigen sind es 24 Prozent. Doch erkannt und diagnostiziert wird davon jeweils nur ein Drittel. Das liegt zum Teil auch daran, dass viele Betroffene durch das Diagnose-Raster gemäss ICD-10 fallen.

Als Mediziner sind wir aufgefordert, Depressionen rechtzeitig zu diagnostizieren und zu behandeln, idealerweise durch eine Kombination aus Psychotherapie und Psychopharmaka.

Die demografischen Entwicklungen laufen darauf hinaus, dass die durchschnittliche Lebenserwartung weiter steigt. Was bedeutet das für die Alterspsychotherapie? Wird sie sich in Zukunft mit deutlich mehr Patientinnen und Patienten auseinandersetzen haben?

Wie aktuelle Untersuchungen zeigen, profitieren in der Alterspsychotherapie bisher vor allem Frauen aus den mittleren und höheren Bildungsschichten von therapeutischen Angeboten, Männer hingegen sehr viel weniger. Dazu kommt, dass für Menschen über 70 oder 80 Jahre kaum entsprechende Angebote existieren. Aus psychotherapeutischer Sicht weiss man viel zu wenig über diese Altersgruppen.

In der Alterspsychotherapie werden viele Themen nach wie vor wenig berücksichtigt, zum Beispiel Übergänge. Dazu zählen Übergänge vom Arbeitsleben in den Ruhestand, mit der Aussicht auf eine lange Zeit ohne strukturierte Beschäftigung. Aber auch Übergänge durch den Verlust des Partners, als Folge von schweren Krankheiten oder einer beginnenden Demenz.

Grundsätzlich kommen auf die Alterspsychotherapie viele Herausforderungen zu, die in einer Weise bewältigt werden müssen, dass Ältere davon profitieren können. Aber ja, die Zahl wird eindeutig zunehmen, die Leistungen der Alterspsychotherapie werden in Zukunft zweifellos häufiger nachgefragt werden.

Die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung ist hierzulande gut ausgebaut, und gerade in der Alterspsychiatrie verfügt die Schweiz im Verhältnis über deutlich mehr Fachpersonen und Angebote als beispielsweise Deutschland. Gibt es dennoch Defizite und Mankos, derer man sich annehmen müsste?

Die Versorgung in der Schweiz ist im Vergleich tatsächlich beeindruckend. Rund 150 Fachärzte in der Schweiz tragen den Zusatz Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie. In Deutschland gibt es das nicht, entsprechend eingeschränkt ist die Versorgung. In Österreich ist die Alterspsychotherapie noch weniger verbreitet.

Dennoch gibt es auch in der Schweiz Aufgaben, die sich stellen. Bei vielen organischen Krankheiten muss eine frühe Mitdiagnostik und Mitbehandlung stattfinden. Nur einige Beispiele: Rund 50 Prozent aller Bewohnerinnen und Bewohner von Altersheimen leiden an Depressionen. Auch etwa 20 Prozent aller Herzinfarkt-Patienten und 30 Prozent aller Schlaganfall-Patienten entwickeln eine Depression. Das wird oft übersehen, muss aber unbedingt berücksichtigt werden. Dafür braucht es mehr Konsiliardienste, mehr Angebote.

Auch sollten Psychotherapeuten in zunehmendem Masse darüber berichten, was sie tun, sollten auch die Bevölkerung im Detail informieren. Hier besteht durchaus Nachholbedarf. Wichtig ist dabei, dass die Vorträge allgemeingültiger adressiert werden. Zu einem Vortrag über Depressionen im Alter kommen im besten Fall die Angehörigen, aber nicht die Patientinnen und Patienten und schon gar nicht jene, die nicht direkt betroffen sind. Ein offeneres Themenspektrum, zum Beispiel zur allgemeinen Entwicklung von Körper und Seele im Alter, würde auch dem Bereich der Depression und ihren Behandlungsmöglichkeiten den nötigen Raum bieten – und zweifellos eine grössere Resonanz nach sich ziehen.

Sie haben gemeinsam mit Ihrer Frau Hildegard Radebold das Buch «Älterwerden will gelernt sein» veröffentlicht. Haben Sie es gelernt? Und lernen Sie noch immer?

In jenem Buch, das meine Frau und ich im Jahr 2009 veröffent-

«Rund 50 Prozent aller Bewohnerinnen und Bewohner von Altersheimen leiden an Depressionen.»

licht haben, versuchten wir, die Entwicklungsaufgaben zu beschreiben, die sich im letzten Drittel der Lebenszeit stellen. Dazu zählten unter anderem die befriedigende Klärung der intra- und intergenerationalen Beziehungen, die Intensivierung der Partnerschaft, das Bemühen um die Erhaltung der Gesundheit. Das Buch bezieht sich auf die Gruppe der 60- bis 75-Jährigen. Heute bin ich 83 Jahre alt und sehe mich wieder mit neuen Entwicklungsaufgaben konfrontiert.

Was sind das für Aufgaben?

Eine gewichtige Herausforderung ist zweifellos der Umgang mit den Verlusten, die sich häufen. In den wenigen Tagen, die wir nun hier aus Schweden in Deutschland zurück sind, mussten wir bereits eine Beerdigung besuchen und erhielten zwei Meldungen über den Tod von nahestehenden Menschen.

Ein anderes Beispiel: Im Januar 2017 erhielt meine Frau in einer dritten, komplizierten Operation ein neues Kniegelenk mit anschliessender mühevoller Rehabilitation. Gleichzeitig bekam ich die Diagnose eines Prostatakarzinoms mittelaggressiver Form. Wir kamen in eine Situation, in der jeder für sich selbst zurechtkommen musste, gleichzeitig aber dem anderen helfen sollte. Solche Aufgaben stellen sich im hohen Erwachsenenalter, also ab 80, zunehmend häufiger. ■

DIE BEDEUTUNG DES KÖRPERS IN DER PSYCHOTHERAPIE

In seiner jüngsten Veranstaltung richtete das Aadorfer Fachforum Psychotherapie den Blick auf den Stellenwert des Körpers in der psychotherapeutischen Behandlung.

Körper und Psyche stehen in einem unmittelbaren und sehr vielschichtigen Zusammenhang, beeinflussen sich gegenseitig. Auch in der Psychotherapie spielt der Körper im Idealfall eine zentrale Rolle, gerade im Umgang mit älteren Menschen. Im Rahmen der Veranstaltung des Aadorfer Fachforums Psychotherapie im Sorrell Hotel Rüden in Schaffhausen setzte sich Prof. Dr. med. Hartmut Radebold mit dem Körper im Alter auseinander, diesem «letzten Verbündeten», wie er ihn bezeichnete.

Der Körper in der Psychotherapie

Ein befriedigender Umgang mit dem Körper zählt zu den zentralen Zielsetzungen der Psychotherapie älterer Menschen. Doch wie soll man als psychotherapeutische Behandlungsperson den Körper in die Behandlung einbinden? In seinem Referat riet Prof. Dr. med. Hartmut Radebold den anwesenden Fachpersonen zu mehr Offenheit. «Wenn wir offen bereit sind, über die beschämenden, kränkenden, bedrückenden und bedrohlichen Veränderungen des alternden Körpers zu sprechen und uns mit den diesbezüglichen Ängsten auseinanderzusetzen, schafft dieses Angebot Vertrauen.»



Prof. Dr. med. Hartmut Radebold referierte über den letzten Verbündeten – den Körper im Alter.

Anhand von zahlreichen Erfahrungen während seiner langjährigen psychotherapeutischen Begleitung von älteren Menschen sowie von persönlichen Empfindungen und Erlebnissen legte Prof. Dr. med. Hartmut Radebold dar, wie gross der Stellenwert des Körpers in der Psychotherapie ist.

Die Messbarkeit von Burnout

Zuvor hatte der Arbeitsmediziner Dr. med. Dieter Kissling einen spannenden Einblick in das Burnout-Syndrom und dessen Messbarkeit vermittelt. Nach einem informativen Überblick bezüglich Häufigkeit, Entstehung und Auswirkung von Burnout beantwortete er die Frage «Ist Burnout messbar?», die seinem Referat den Titel gab, auf augenscheinliche Weise mit Ja.

Das zentrale Nervensystem erlaubt eine körperliche Messung des Stresszustandes. Diese Messung erfolgt in den Reizleitungen des Herzens im Rahmen eines EKG über 24 Stunden, bei welchem die Variabilität des Herzschlags aufgezeichnet wird. Konkret werden die Einflüsse von Sympathikus, Parasympathikus und Barorezeptoren auf den Herzschlag gemessen. Anhand von Fallbeispielen aus der Praxis konnte Dr. med. Dieter Kissling mit beeindruckender Klarheit aufzeigen, welche Auswirkungen eine Burnout-Erkrankung auf das zentrale Nervensystem hat. Und in der Langzeitbetrachtung mittels Messung der Herzratenvariabilität wurde zudem deutlich, wie lange es dauert, bis sich ein Burnout überwinden lässt.



Dr. med. Dieter Kissling beantwortete in seinem Referat die Frage «Ist Burnout messbar?».

Spezifische Workshops

Der Event des Aadorfer Fachforums Psychotherapie wurde durch drei bereichernde Workshops abgerundet, die sich ebenfalls mit dem Körper in der Psychotherapie auseinandersetzten. Dr. med. Roland Kowalewski stellte in Bezug auf die Themen Burnout und Chronic Fatigue die Frage «Körper oder Geist?». med. pract. Katja Meier-Müller setzte sich mit der Ablehnung des weiblichen Körpers bei Anorexiepatientinnen in der Adoleszenz auseinander. Und die Tanz- und Bewegungstherapeutinnen Eve Bhend und Bettina Läubli luden in ihrem Workshop buchstäblich zum Tanz und zeigten die Bedeutung der Tanz- und Bewegungstherapie in der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Psychiatrie auf. ■

ERWEITERUNG DER GESCHÄFTSLEITUNG DER PRIVATKLINIK AADORF



Walter Lins,
Kaufmännischer Direktor

Walter Lins ist neuer Kaufmännischer Direktor

Walter Lins bringt langjährige und breit abgestützte Erfahrung im unternehmerischen und betriebswirtschaftlichen Teil des Gesundheitswesens mit. Unter anderem war er in leitender Stellung bei der Spital Thurgau AG und der Klinik Bellevuepark tätig, ebenso als Chief Operating Officer (COO) beim Paracelsus-Spital und beim Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden. Zuletzt zählte er als Leiter Unternehmensentwicklung und Projekte zur Geschäftsleitung der Oberwaid AG, Hotel und Privatklinik in St.Gallen.

Neben seiner Qualifikation als Betriebsökonom HWV in General Management hat sich Walter Lins zudem in der Unternehmensentwicklung und strategischen Unternehmensführung fortgebildet und das Nachdiplomstudium zum «Executive MBA FHO» absolviert. An der Privatklinik Aadorf wird Walter Lins unter anderem seine hohe Dienstleistungskompetenz, seine vielfältigen Erfahrungen und seine Fähigkeiten zu pragmatischen Lösungsansätzen einbringen.

Herr Lins, was reizt Sie an der neuen Herausforderung an der Privatklinik Aadorf?

Die Kombination aus Tagesgeschäft und der Mitwirkung in der Geschäftsleitung spricht mich an. Ausserdem ist es reizvoll, dazu beizutragen, eine renommierte Spezialklinik mit neuen Eigentümern und fokussiertem Angebot in die Zukunft zu führen. Die Privatklinik Aadorf verfügt über kompetente und sympathische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die viel Herzblut in die Klinik einbringen. Die hohe medizinische Qualität, das empathische Fachpersonal, das einmalige Ambiente an peripherer Lage in einem Thurgauer Dorf mit Nähe zur Agglomeration Zürich – diese Aspekte spornen an und sind bereichernd.

Sie haben sich in der Vergangenheit viel Know-how und Erfahrung im Gesundheitswesen erarbeiten können. Woher rührt Ihr Interesse an dieser Branche?

Ich erachte es als lohnenswerte Aufgabe, sich für Menschen einzusetzen und mit dem medizinischen Angebot einen Beitrag zum Gesundwerden und Gesundbleiben leisten zu können – zu möglichst bezahlbaren Preisen, versteht sich. Gerade die interdisziplinäre Zusammenarbeit eröffnet mir laufend neue Perspektiven, ich kann meinen kaufmännischen Horizont mit neuen Aspekten erweitern. Immer wieder beeindruckt bin ich vom respektvollen Umgang untereinander in den Betrieben, selbst in ökonomisch angespannten Zeiten und bei hohem Kostendruck. Und nicht zuletzt freut mich die Wertschätzung, die mir bisher entgegengebracht worden ist.

Welches sind Ihrer Ansicht nach die Herausforderungen der Zukunft – für das Gesundheitswesen im Allgemeinen und für die Privatklinik Aadorf im Speziellen?

Im Gesundheitswesen stellen sich viele wichtige Fragen, auf die wir dringend eine passende Antwort finden müssen. Wann und wie gelingt es, die verschiedenen Interessengruppen im schweizerischen Gesundheitswesen zu gemeinsamen Lösungen zu bewegen und damit den ständigen Anstieg der Gesundheitskosten zu bremsen? Welche Rolle spielen dabei die Spitäler der öffentlichen Hand? Und in Anbetracht der Tatsache, dass Krankenkassenprämien und allgemeine Gesundheitskosten nicht erst seit heute einen massiven Anteil des Familienbudgets ausmachen, muss man sich wohl oder übel fragen, wie lange wir uns das noch leisten können.

Für die Privatklinik Aadorf stellen sich ebenfalls entscheidende Herausforderungen. Wir müssen uns als kleinere Privatklinik in unseren Nischen behaupten und mit spezialisiertem Angebot, hoher medizinischer Behandlungsqualität und kostendeckenden Tarifen erfolgreich positionieren. Zukunftssicherung bedeutet auch, dass wir ein attraktiver Arbeitgeber für Fachpersonal sind und bleiben. Ein besonderes Augenmerk gilt natürlich auch der kantonalen und interkantonalen Spitalplanung, wo es darum gehen muss, unsere Präsenz auf der Spitalliste zu wahren und womöglich noch auszubauen. Grundsätzlich darf man aber feststellen, dass die Privatklinik Aadorf der Zukunft optimistisch entgegenblicken kann. Und ich freue mich darauf, diese Zukunft mitzugestalten. ■

DEPRESSION, BURNOUT UND CHRONIC FATIGUE

In welchen Punkten unterscheiden sich Depression, Burnout-Syndrom und Chronic Fatigue? Wie ist ihre Akzeptanz? Wo stehen die Betroffenen? Ein Überblick.



Dr. med. Roland Kowalewski

stv. Ärztlicher Direktor
Bereichsleiter Station ViaNova
Chefarzt Privatstation

Depression

Die Depression ist eindeutig als Krankheit definiert und auch in der Öffentlichkeit zunehmend als solche akzeptiert. Der Weg zu dieser Entstigmatisierung war lang und ist nicht abgeschlossen, noch immer herrscht einiges Unverständnis und die Mehrheit depressiv Erkrankter erhält keine adäquate Behandlung.

Aber inzwischen trauen sich Betroffene und Bezugspersonen eher, sich zu offenbaren und Hilfe zu suchen, wenn sie nicht so können, wie sie eigentlich wollen oder sollen. Und das betrifft innerhalb eines Jahres rund acht Prozent der Bevölkerung, Frauen häufiger als Männer. Unbehandelt drohen indes Leid, psychosoziale Folgeschäden oder gar der Tod durch Suizid. Die Diagnose lässt sich klinisch zuverlässig stellen, das individuelle Entstehungsgefüge wird im Therapieprozess klarer und hilft, die Behandlung weiter zu differenzieren.

Die therapeutischen Optionen sind breit evidenzbasiert und weisen hohe Effektstärken auf, gerade auch für die Rückfallprophylaxe. In jedem Fall gilt es dranzubleiben, nicht nur wegen der enormen sozioökonomischen Bedeutung – allein

für die Schweiz werden die jährlichen Folgekosten auf zehn Milliarden Franken geschätzt.

Wie ist die Situation aber beim Burnout sowie beim Chronic-Fatigue-Syndrom, deren Konzepte weniger klar verortet sind?

Burnout-Syndrom

Der Begriff Burnout taucht seit den 70er Jahren in ansteigender Häufigkeit in der Laien- und Fachpresse auf – und das ist wohl gut so. Denn die damit angesprochenen, primär arbeitsplatzbezogenen Probleme sind für den Einzelnen wie auch gesamtgesellschaftlich von hoher Bedeutung und haben so einen Namen erhalten. Auch wenn bis heute eine hinreichende Definition als Krankheit fehlt, so zeigen die meisten Menschen Verständnis, wenn jemand sich bei der Arbeit verausgabt hat und sich schliesslich erholen und neu disponieren muss. Die Prävalenz ist in Helferberufen besonders hoch und beträgt beispielsweise bei Ärzten bis zu 50%. Aber auch in anderen Branchen liegt diese im zweistelligen Prozentbereich.

Auch wenn keine Behandlungsleitlinien existieren, so hat die Burnout-Forschung doch viele wertvolle Ansätze hervorbringen können, unter anderem zu Selbstfürsorge, Work-Life-Balance und Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz, ebenso konkrete Behandlungsansätze. Das medizinisch-psychotherapeutische Versorgungssystem kommt insbesondere nach Entwicklung krankheitswertiger Folgesymptome, zum Beispiel einer beginnenden Depression, zum Zuge. Dann gilt es, mittels multimodaler Therapie Regeneration, Reflektieren und die richtigen Weichenstellungen zu ermöglichen. Das braucht Zeit, die Erfolgsaussichten sind aber sehr gut.

Chronic Fatigue

Beim Chronic-Fatigue-Syndrom (CFS, auch ME für Myalgische Enzephalomyelitis) ist die Lage vertrackter. Viele CFS-Kranke sind schwer eingeschränkt, obwohl man ihnen das nicht sofort ansieht, und die zumeist immunologischen Ursachen sind heterogen und schwer nachweisbar. Das macht auch Fachpersonen skeptisch und verleitet zu Fehlinterpretationen in Richtung Psyche. Die Krankheit ist mit einer Prävalenz von rund 0,5 Prozent nicht häufig, aber auch keine Rarität.

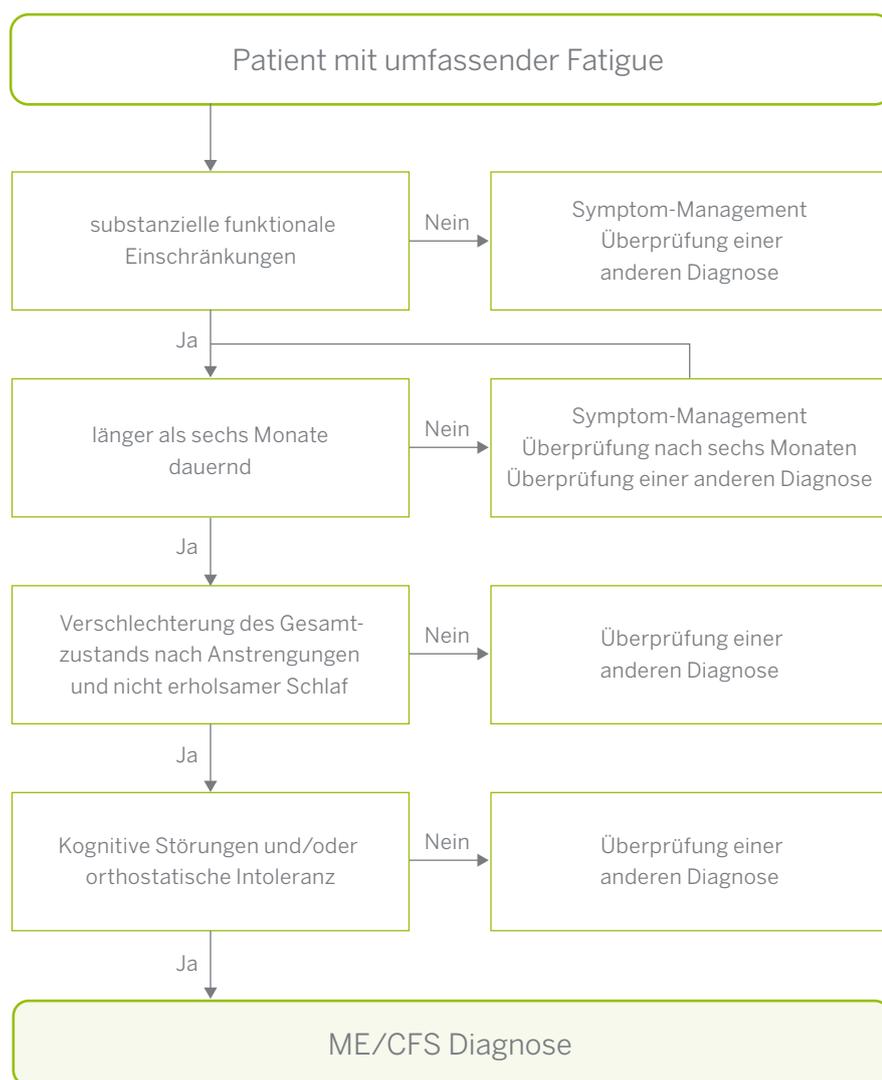
Charakteristisch ist die lähmende Erschöpfung mit Verschlechterung und zusätzlicher, prolongierter Malaise nach körperlicher oder auch geistiger Anstrengung. Unter den zahlreichen Begleitsymptomen sind Schlafstörungen und orthostatische Intoleranz sowie ein wechselndes Gefühl von Benebeltsein besonders charakteristisch.

Die Diagnose lässt sich mit etwas Erfahrung und einer guten Checkliste zuverlässig stellen, wesentlich ist der Ausschluss anderer Erkrankungen wie zum Beispiel des Schlafapnoe-Syndroms oder endokrinen sowie psychischen Störungen.

Das Befinden schwankt, und so wollen viele CFS-Patienten bessere Tage ausnutzen und möglichst viel nachholen – um dann durch den nächsten «Crash» zurückgeworfen zu werden. Ein mühsames Einteilen der Energie ist also unverzichtbar. Viele Betroffene erleben eine wesentliche Erleichterung, wenn sie dies schliesslich akzeptieren und berücksichtigen.

Therapeutisch steht der behutsame Aufbau von (Rest-)Aktivität bei ausreichender Schonung im Vordergrund, zum Beispiel

Diagnostik-Algorithmus für ME/CFS



Quelle: Institute Of Medicine

im zeitlichen Verhältnis 1:3. So werden Dekonditionierung ebenso wie die berüchtigten «Push-Crash-Zyklen» vermieden, allerdings erfährt auch dann nur eine Minderheit eine durchgreifende Besserung.

Kognitive Verhaltenstherapie kann helfen, mit der schwierigen Situation zurechtzukommen und einer Depression entgegenzuwirken. Erstaunlicherweise ist das Risiko für eine Depression bei CFS-Kranken nicht massiv erhöht, auch sonst sind psychische Auffälligkeiten nicht typisch.

Psychopharmaka werden nicht gut vertragen, dennoch sollten angesichts der Symptomschwere insbesondere Antidepressiva bezüglich Schlaf, Schmerzen, Stimmung und Energie vorsichtig evaluiert werden.

Das CFS figuriert im ICD-10 als G93.3 unter den neurologischen Erkrankungen. Gleichwohl weigern sich Rentenversicherer oft hartnäckig, ihrer Leistungspflicht in entsprechend schweren Fällen nachzukommen, womöglich auch, weil CFS vielen Medizinern noch immer ominös erscheint.

Fazit

Während wir also bei der Depression auf klare Eckpunkte für die Diagnostik und Therapie zählen können, bleibt die Öffentlichkeitsarbeit wesentlich, damit Betroffene davon auch tatsächlich profitieren. Das Burnout-Syndrom wird weiterhin viel beachtet und beforscht, sodass inzwischen sehr plausible und auch evidenzbasierte Ansätze für die Behandlung und Prävention zur Verfügung stehen. Obwohl das Chronic-Fatigue-Syndrom als – oft

schwerwiegende – Krankheit definiert ist, erscheint es auch Fachleuten schwer fass- und abgrenzbar, was ein angemessenes Verständnis und die Behandlung und Unterstützung als somatisch induziertes Leiden erschwert.

Den von diesen Störungen Betroffenen mag man also wünschen, dass wir Behandler uns für diese vielfältigen Zusammenhänge begeistern und ihnen fachlich wie menschlich überzeugend zur Seite stehen. ■

PRIVATKLINIK AADORF SETZT AUF HIN-VERSCHLÜSSELUNG IM E-MAIL-VERKEHR

Die Privatklinik Aadorf hat mit der Einführung der HIN-Mail-Gateway-Lösung im neuen Rechenzentrum die Datensicherheit weiter optimiert. Zuweisende, Versicherer, Patientinnen und Patienten und weitere Beteiligte können auf einen sicher verschlüsselten Mailverkehr vertrauen.

Als derzeitiger Standard im Gesundheitswesen gewährleistet die HIN-Mail-Gateway-Lösung einen sicher verschlüsselten Mailverkehr zwischen den einzelnen HIN-Teilnehmenden (Zuweisende, Versicherer etc.). So können sensible Patientendaten, Untersuchungsergebnisse oder andere personenbezogene Anfragen schneller und sicher ausgetauscht werden.

Auch wer nicht in das HIN-Netzwerk eingebunden ist, kann von dieser Lösung profitieren. Eine HIN-verschlüsselte Mail lässt sich erst nach Erhalt eines Sicherheitscodes und der kostenfreien Anmeldung auf der HIN-Plattform öffnen. Dadurch wird auch der Datenaustausch zwischen Patientinnen und Patienten und der Klinik beschleunigt und vor ungebeter Einsichtnahme geschützt.

Parallel zur Einführung der HIN-Verschlüsselung wurde auch das ERP-System der Privatklinik Aadorf umfassend optimiert und die Effizienz der IT-Prozesse weiter gesteigert. ■

AGENDA

Ambulatorium Zürich, Dahliastrasse 5

Informations- Apéro / Tag der offenen Tür

Präsentation Angebot und Impulsreferat zum Konzept

Spezialsprechstunde Essstörungen

1. November 2018, von 17.00 bis 19.00 Uhr

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

Privat Klinik Aadorf

*Persönlich
und diskret.*

Psychotherapie
Psychosomatik
Psychiatrie

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 9001:2015 zertifiziert