

[Anzeige]

neuro  
aktuell

LA-MED



Informationsdienst für Neurologen und Psychiater

**Inhalt**

<b>Editorial</b>		
Zurück zur Drehtürpsychiatrie?	3	
<b>Kommentare</b>		
Muss Stress eigentlich immer Aggressionen hervorrufen?	8	
Arzt-Bewertungsportale – wie zufrieden sind Praxisinhaber?	8	
Stressforschung: „Gleiche Augenhöhe“	10	
<b>Multiple Sklerose</b>		
Neurodegeneration bei Multipler Sklerose	10	
<b>Neuro-Quiz</b>		
Was passieren kann, wenn ein Praxisinhaber die Urlaubswünsche seiner Belegschaft nicht berücksichtigt	12	
<b>FSME</b>		
Was der Neurologe über Frühsommer-Meningo-Enzephalitis wissen sollte	14	
<b>Borreliose</b>		
Borreliose und assoziierte psychische Erkrankungen	15	
<b>Kurz berichtet</b>		
Kein eindeutiger Beweis für „chronischen Botulismus“ beim Menschen	19	
<b>Parkinson</b>		
Demenz bei Morbus Parkinson	20	
<b>Bipolare Störungen</b>		
Schwerpunkt Manie – Probleme und Prophylaxe	25	
<b>Neuro-Forschung</b>		
Schlaganfalltherapie mit modernen Kathetern senkt Sterberate deutlich	26	
Fortschreiten der Alzheimer-Erkrankung an einzelnen Neuronen ersichtlich	29	
Spastische Spinalparalyse: Neue Erkenntnisse zur Pathogenese	30	
Interessante Perspektiven für die Wiederherstellung der Handmotorik nach Schlaganfällen	31	
Wird Panikstörung ausgelöst durch Hyperaktivierung des linken inferioren frontalen Kortex?	32	
Neurostimulation, eine neue Therapieoption bei chronischer Migräne?	33	
<b>Ausschreibung / News</b>		34
<b>Angst</b>		
Transkulturelle Aspekte von Angststörungen bei Migranten	42	
<b>Forum</b>		45
<b>Altruismus</b>		
Ist Altruismus anatomisch bedingt?	47	
<b>Impressum</b>		47

**Der Burnout des optimierten Menschen**

Burnout ist das Ergebnis eines länger dauernden, nicht bewältigbaren Stressprozesses. Nicht jeder Stressor wirkt sich bei unterschiedlichen Personen gleich stark aus. Jeder wird entsprechend seiner Persönlichkeit, Erziehung und Ausbildung, seinem individuellen Lebensstil und seinen Persönlichkeitseigenschaften, Resilienzfaktoren usw. ein individuelles Bewältigungsmuster (coping) aufweisen. Als Stressoren sind auch Umweltfaktoren wie allgemeine gesellschaftliche, sozioökonomische, kulturelle Umweltbedingungen, Lebens- und Arbeitsbedingungen, Gemeinde und engeres soziales Umfeld von größerer Bedeutung (Dahlgren und Whitehead 2006, Zaudig et al. 2012, Berberich et al. 2012). Veränderte Umweltbedingungen führen zu erhöhter Anpassungsleistung und zu forcierter Optimierung z. B. durch Leistungssteigerung unter Zuhilfenahme von Medikamenten usw. In Deutschland gilt mehr als ein Drittel der Werkstätigen als Burnout-gefährdet; alle aktuellen Gesundheitsberichte (2011/2012) der Krankenkassen (s. u.) belegen, dass psychische Krankheiten in den letzten 20 Jahren dramatisch zugenommen haben, vor allem Depressionen und Anpassungsstörungen.

Fortsetzung auf Seite 3

[Anzeige]

## Zurück zur Drehtürpsychiatrie?

**Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,**

im Sommer letzten Jahres verabschiedete der Bundestag das Psychiatrie-Entgeltgesetz, welches den Rahmen für eine neue Finanzierung der Krankenhausbehandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen setzen soll und ab Januar diesen Jahres in Kraft ist. Man gewinnt den Eindruck, dass hier mittels eines neuen „Entgeltkatalogs“, quasi im Rahmen eines Feldversuchs, die stationären Behandlungskosten für Menschen, die vor allem unter schweren psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Schizophrenien und auch Demenzen leiden, gesenkt werden sollen. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) protestierte im Oktober letzten Jahres zusammen mit zahlreichen weiteren Fach- und Betroffenen-Verbänden: Mit diesem überstürzt und auf einer völlig unzulänglichen Datenbasis entwickelten „Entgeltkatalog“ würden nur Fehlanreize gesetzt. Belohnt werde derjenige, der Patienten ohne ausreichende Gesundung vorschnell wieder aus dem Krankenhaus entlässt. Häufige Rückfälle und Wiederaufnahmen seien so vorprogrammiert. Die „Drehtürpsychiatrie“ werde finanziell belohnt, die Krankenhäuser würden ermuntert, vorzugsweise solche Patienten zu behandeln, die weniger schwer krank sind. Persönliches Leid der Betroffenen, Chronifizierung der Erkrankung, extreme Belastung der Familien und Angehörigen seien die Folge.

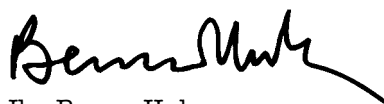
Dabei gab es in den letzten Jahren genug warnende Hinweise von Patienten-, Angehörigen- und Fachverbänden, von den Verbänden der Krankenhausträger und von den Bundesländern, die alle vom Bundesgesundheitsministerium ignoriert wurden. Vor allem wurde gefordert, sich bei der Entwicklung eines neuen Finanzierungssystems mehr Zeit zu lassen, da es anders als bei Einführung des DRG-Systems in der somatischen Medizin vor zehn Jahren keinerlei Vergleichsmodell – auch nicht international – gibt, an dem man sich orientieren könnte.

In welchem Ausmaß stationär-psychiatrische Behandlungen in den letzten Jahren zunahmen und was evtl. noch auf uns zukommt, wird auch aus den Zahlen des Krankenhausreports 2011 der Barmer GEK – an dem sich das Bundesgesundheitsministerium möglicherweise orientierte – deutlich: Die Zahl der speziell wegen psychischer Störungen im Krankenhaus Aufgenommenen stieg in den letzten 20 Jahren um 129 Prozent. Laut Gesundheitssurvey 2012 des Robert-Koch-Instituts (Bundesgesundheitsblatt) leidet mindestens jeder vierte Mann und jede dritte Frau im Laufe des Lebens

unter einer ernsthaften psychischen Störung. Dabei wurde die stationäre Behandlungsdauer inzwischen schon von 45 auf 31 Tage gesenkt. Circa ein Drittel der Patienten wird innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung, etwa die Hälfte in den ersten drei Monaten erneut stationär behandelt.

Wir sollten uns also darauf einstellen, dass eine solche Änderung der Vergütung für die stationär psychiatrische Behandlung, insbesondere der schwer psychisch Erkrankten, zu einer erheblichen Verschlechterung ihrer medizinischen Betreuung führen wird, und dass die beschränkten vertragsärztlichen Möglichkeiten diese Entwicklung kaum auffangen werden können.

Mit freundlichem kollegialem Gruß



Ihr Benno Huhn

Fortsetzung von Titelseite

## Der Burnout des optimierten Menschen

Michael Zaudig, Windach

Die depressive Episode ist die dritthäufigste Erkrankung, gefolgt von Anpassungsstörung als vierthäufigste. Laut Barmer/GEK-Report 2011 ergab sich in den letzten 20 Jahren eine Zunahme psychischer Erkrankungen von 57%. Die wesentlichen Einflussfaktoren auf den Krankenstand waren Arbeitslosigkeit, hohe Arbeitsbelastung und schlechtes Betriebsklima. Nahezu alle Krankenkassenstudien zu Burnout sehen als Ursache eine extreme Verdichtung des Arbeitsprozesses, der immense, kaum zu bewältigende Informationsfluss, hohe Anforderung an Flexibilität und Mobilität, Verschärfung der Spielregeln in der Arbeit mit vermehrten Konflikten, mangelnde Anerkennung und immer weniger Handlungsspielräume (Melchior et al. 2007, DAK-Report 2012, Zaudig et al. 2012). Man könnte von einer Burnout-Epidemie sprechen – andererseits stellt sich auch die Frage, ob es sich nicht um eine Burnout-Hysterie handelt (Kratzer 2012).

### Entwicklung des Burnout-Konzepts

Erstmalig beschrieb der New Yorker Psychoanalytiker Herbert J. Freudenberger 1974 „Burnout“ als einen „...Energieverschleiß, eine Erschöpfung aufgrund von Überforderungen, die von innen oder außen – durch Familie, Arbeit, Freunde, Liebhaber, Wertsysteme oder die Gesellschaft – kommen kann und einer Person Energie, Bewältigungsmechanismen und innere Kraft raubt. Burnout ist ein Gefühlszustand, der begleitet ist von übermächtigem Stress und der schließlich persönliche Motivationen, Einstellungen und Verhalten beeinträchtigt“. Obwohl inzwischen unendlich viel dazu geschrieben wurde, ist diese Definition bis heute als

gütig anzusehen. Galt Burnout früher als ein spezifisches Problem von in Sozialberufen tätigen Menschen (Freudenberger 1974), dürfte es heute nahezu keine Berufsgruppe mehr geben, die von Burnout unbelastet ist. Christine Maslach und Susan Jackson, zwei amerikanische Gesundheitspsychologinnen, entwickelten 1984 im Kontrast zu Freudenbergers psychosozialen Ansatz den eher organisationsorientierten Ansatz, der die Ursachen von Burnout stärker auf Seite der Arbeitsorganisation und der damit einhergehenden Interaktion sieht. Inzwischen haben auch sie sich der Ansicht angenähert, dass sowohl organisatorische als auch individuelle psychische Voraussetzungen an der Entstehung von Burnout beteiligt sind (Maslach und Jackson 1996). Sie entwickelten das bis heute am häufigsten verwendete Inventar zur Messung von Burnout: *Maslach Burnout Inventory* – MBI. Das MBI definiert Burnout durch drei Skalen: (1) Emotionale Erschöpfung (Emotional exhaustion) – ausgelaugt, ausgebrannt; (2) Depersonalisation – Zynismus, abgestumpft, negativ, und (3) Leistungs(un)-zufriedenheit (Personal accomplishment) – insuffizientes Arbeiten, gefühlte Inkompetenz.

### Burnout-Symptomatik /- Syndrom

Burnout kann als singuläres Symptom im Sinne von Ausgebranntsein verstanden werden, als Syndrom wird es zwar in der Literatur häufig beschrieben, aber mit höchst unterschiedlicher Symptomatik, z. B. führt Burisch (2010) mehr als 130 verschiedene Symptome an. In der Regel handelt es sich um stressbezogene Symptome, die sich körperlich, behavioral oder kognitiv-emotional zeigen können (siehe Tabelle).

Chronischer Stress hat nicht nur schädliche Einflüsse auf die körperliche Gesundheit zur Folge (wie z. B. Gastritis, Hypertonie, Kopf- und Rückenschmerzen, Diabetes), sondern bewirkt auch Störungen des psychischen und sozialen Wohlbefindens und führt zu geschwächter Immunkompetenz (Müller und Schwarz 2012) und gesundheitlichem Risikoverhalten (siehe Tabelle). Die Burnout-Symptomatik stellt ein psychovegetatives Erschöpfungssyndrom in Folge multipler, zum Teil chronischer Stressbelastungen dar.

### Diagnostik

Inzwischen ist hinlänglich bekannt und publiziert, dass Burnout keine Krankheit nach ICD-10 oder DSM-

IV-TR darstellt (ausführlich Zaudig et al. 2012, Korczak et al. 2010, Kaschka et al. 2011). In ICD-10 wird Burnout als „Ausgebranntsein“ und „Zustand der totalen Erschöpfung“ mit dem Zusatzdiagnoseschlüssel Z73.0 erfasst, d. h. als ein Faktor, der den Gesundheitszustand beeinflusst und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führt. Ein chronischer Stressprozess führt in unterschiedlichen Phasen der Entwicklung auch zu unterschiedlichen Symptomen, von leichteren Befindlichkeitsstörungen, vegetativen Störungen (mit leichtem Krankheitswert) über schon ausgeprägtere und klar definierbare Anpassungsstörungen bis hin zu typischen Achse I-Störungen wie depressive Episode oder Angststörungen. In eigenen Untersuchungen (Zaudig et al. 2012) konnte gezeigt werden, dass sich (bei klinischen Fällen) unter dem Label Burnout zu 98% mittelgradige bis schwere depressive Episoden verbergen. Bezüglich des Burnout-Prozesses ergeben sich höchst individuelle Verlaufsaspekte der Symptomatik, kein allgemeines Syndrom wie von vielen Autoren behauptet wird. Leider gibt es keine einzige prospektive Langzeitstudie dazu.

### Ursachen des Burnout

Der Begriff Burnout wird immer in Zusammenhang mit chronischem Stress und Formen der Stressbewältigung gebracht; Burnout ist das Resultat eines chronischen Stressprozesses, der sich nach Cherniss (1980) aus Umweltstressoren, Stress und psychologischer Anpassung zusammensetzt. Stress ist die psychophysische Antwort des Organismus auf eine Belastung.

### Stress

Es können drei große Gruppen von Definitionen für den Stressbegriff unterschieden werden:

- ▶ Stress als psychophysische Antwort des Organismus auf alles, was ihn aktiviert und eine emotionale Reaktion hervorruft (Selye 1936, 1976). Bereits 1936 publizierte Selye die erste Version des Allgemeinen Adaptionssyndroms (AAS), das aus drei Phasen besteht: Alarmreaktion, Widerstandsphase und Erschöpfung. Chronischer Stress führt zu einer Schwächung des Immunsystems (Müller und Schwarz 2012) und zu einem ständig erhöhten Cortisonspiegel mit entsprechenden kognitiven Symptomen wie z. B. Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. ▶

#### Burnout-Symptome

emotionale Symptome	motivationale Symptome	Verhaltensänderungen	körperliche Symptome	kognitive Symptome
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reizbarkeit</li> <li>• Aggressivität</li> <li>• Angst</li> <li>• Unruhe</li> <li>• Schuldgefühle</li> <li>• Hilflosigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlust der Motivation</li> <li>• Resignation</li> <li>• Zynismus</li> <li>• Demoralisierung</li> <li>• Lustlosigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vermehrtes Risikoverhalten</li> <li>• sozialer Rückzug</li> <li>• Leistungsminderung</li> <li>• vermehrter Konsum von Nikotin, Alkohol, Beruhigungstabletten</li> <li>• keinerlei Freizeitaktivitäten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neigung zu Infektanfälligkeit</li> <li>• massive Schlafstörungen</li> <li>• körperliche Erschöpfung</li> <li>• Müdigkeit</li> <li>• Apathie</li> <li>• Magen-Darm-Beschwerden</li> <li>• diffuse Schmerzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstzweifel</li> <li>• Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen</li> </ul>

Tabelle: Burnout-Symptome (modifiziert nach Zaudig et al. 2012)



- ▶ Stress als Auslöser = Stressor: In der Life-event-Forschung spielen Stressoren die wichtigste Rolle. Ob ein Stressor als positiv oder negativ bewertet wird, ist weniger wichtig als die Tatsache, dass sich etwas im Leben verändert und Anpassung erfordert (Holmes und Rahe 1967), und
- ▶ Stress im Sinne eines interaktiven Prozesses: Nach dem transaktionalen Ansatz der Stressforschung (Lazarus und Folkman 1984) entsteht Stress im Zusammenspiel zwischen situativen Anforderungen und individuellen Beurteilungen, Einschätzungen der eigenen Ressourcen und Fähigkeiten. Entscheidend ist die jeweils subjektive Bewertung der Anforderung, nicht allein die objektive Stärke eines Stressors. Kognitive Bewertung (appraisal), Stress und Bewältigung (coping) sind nach Lazarus untrennbar miteinander verwoben. Demnach kann jedes relevante Ereignis oder jeder Reiz einen Stressor darstellen oder auch nicht, je nachdem, ob er von einer Person als solcher bewertet wird oder eben auch nicht. Individuelle Faktoren dürften bei der Burnout-Entwicklung ähnlich wichtig sein wie äußere Stressoren.

### Vulnerabilität und Resilienz

Die Passung zwischen Person und Umwelt wird als entscheidend für die Resistenz gegen die Entwicklung eines Burnout-Syndroms angesehen (Swider und Zimmermann 2010, Berberich et al. 2012). Wie Menschen auf einen Stressor reagieren, hängt ganz wesentlich von seinen Sensibilitäten (Vulnerabilität) oder Stärken (Resilienz) ab. Welche Art der Vulnerabilität oder Resilienz bei einem Individuum vorliegen, wird wiederum durch genetische Prädisposition, Persönlichkeitseigenschaften, prä-, peri- und postnatale Stresserfahrungen, frühkindliche Schädigung, Erziehung, Ausbildung, individuellen Lebensstil oder durch die sozioökonomische Situation massiv beeinflusst. Die wichtigsten Risikofaktoren für das Auftreten verschiedener psychischer Störungen im Erwachsenenalter sind frühe Stresserfahrungen wie Vernachlässigung, sexueller und körperlicher Missbrauch, Misshandlungen, chronische familiäre Disharmonie, auffällige psychische Störungen der Eltern usw. (Egle und Hart 2005, Egle und Zentgraf 2012). Gesichert ist der Zusammenhang zwischen frühen Stresserfahrungen und einer erhöhten Vulnerabilität für psychische Störungen, insbesondere für Depression und Angststörungen. Frühe Stresserfahrungen prädisponieren auch für die Entwicklung verschiedener körperlicher Erkrankungen wie z. B. kardiovaskuläre, metabolische und immunologische Störungen sowie chronische Schmerzsyndrome und gastrointestinale Beschwerden (Heim 2005, Felitti et al. 2002). Multiple körperliche Beschwerden können durch chronischen Stress im Erwachsenenalter ausgelöst oder verschlimmert werden.

### Welche Rolle spielen Persönlichkeitseigenschaften für die Entwicklung des Burnout?

Viele Publikationen nennen häufig und übereinstimmend folgende Burnout förderlichen Persönlichkeitsei-

genschaften: emotionale Labilität, besondere Sensibilität, Helfersyndrom, perfektionistische Kontrollattributionen, Narzissmus, Arbeitssucht, Ängstlichkeit, Selbstunsicherheit, mangelnde Resilienz, mangelnde Stressbewältigungskompetenz usw. (Zaudig et al. 2012). Zahlreiche Studien belegen inzwischen einen Zusammenhang von bestimmten Persönlichkeitseigenheiten (traits) und erhöhten Burnout-Maßen, gemessen mit dem MBI (Maslach und Jackson 1996). Am häufigsten wurde dieser Zusammenhang überprüft für die „Big Five“, das Fünf-Faktoren-Modell mit den Subskalen „Neurotizismus“, „Extraversion“, „Offenheit“, „Verträglichkeit“ und „Gewissenhaftigkeit“ (Costa und McCrae 1992; Übersicht: Berberich et al. 2012, Zaudig et al. 2012). Unter allen Studien zeigt die Big-Five-Dimension „Neurotizismus“ die stabilste und stärkste Korrelation zum Gesamtwert des MBI (Swider und Zimmermann 2010).



Ebenfalls sehr starke Zusammenhänge finden sich zwischen den MBI-Maßen und dem Hardiness-Konzept (Kobasa 1979, Kobasa et al. 1982), insbesondere mit den Faktoren Engagement und Kontrolle. Das Hardiness-Konzept beinhaltet im Wesentlichen drei protektive Persönlichkeitseigenschaften: Engagement und Selbstverpflichtung (commitment) – dies bedeutet, neugierig auf das Leben zu sein und sich mit dem, was man tut, innerlich zu verbinden und sein Bestes zu geben –, den Faktor Kontrolle – den Lauf der Dinge selbst bestimmen zu können – und als dritten Faktor die Herausforderung (challenge) – dies bedeutet, dass Veränderungen nicht als bedrohlich wahrgenommen werden, sondern als positive Chance. Ein weiteres Resilienz-Konstrukt stellt das Konzept der Selbstwirksamkeit nach Bandura (1997) dar, auch hier gibt es positive Zusammenhänge zwischen Burnout und der Fähigkeit zur Selbstwirksamkeit. Erstaunlicherweise gibt es jedoch kaum Studien, die sich explizit mit dem Zusammenhang von Persönlichkeitsstörungen (nach ICD-10/DSM-IV-TR) mit dem MBI befassen, Ausnahme ist die Untersuchung von Berberich et al. (2012). Die Autoren fanden, dass Burnout keineswegs nur von äußeren, berufsbeding-

ten Stressoren abhängig ist, sondern beeinflusst wird von zahlreichen Persönlichkeitsfaktoren. Es fanden sich deutliche Hinweise auf das gehäufte Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen (dependent, paranoid, vermeidend-unsicher) und akzentuierten Persönlichkeitsstilen (zusätzlich schizoid und Borderline) bei Patienten mit hohen Burnout-Maßen. Diese Studie liefert erste Hinweise auf einen Zusammenhang von Burnout mit Persönlichkeitsstörungen und Akzentuierung nach DSM-IV-TR.

---

### Soziale und arbeitsbezogene Faktoren

---

Neben Persönlichkeits- und Umweltfaktoren spielen die Arbeitsbedingungen ebenfalls eine sehr wichtige Rolle bei der Entstehung eines Burnout-Prozesses. Das „*Job-Demand-Control*“-Modell nach Karasek (1979) formuliert zwei wesentliche Dimensionen der Arbeitssituation als potenzielle Auslöser eines Burnout-Syndroms: einerseits die konkrete Arbeitsbelastung (job-demand) und andererseits die Kontrolle und Einflussmöglichkeit auf den Arbeitsprozess (job-control). Die Entstehung von Krankheit wird auf die Diskrepanz zwischen hohen Anforderungen (z. B. Arbeitsmenge) und geringer Kontrolle (z. B. Entscheidungsspielraum) sowie geringer sozialer Unterstützung (z. B. durch Vorgesetzte, Kollegen) zurückgeführt (Glaser und Herbig 2012). Für diese Konstellation in der Arbeit zeigten

mehrere Metaanalysen ein mehrfach erhöhtes Risiko für das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depression und Mortalität, selbst dann wenn soziodemografische Merkmale und individuelle Risikofaktoren kontrolliert wurden (Stansfeld und Candy 2006, Glaser und Herbig 2012). Das Karasek-Modell wurde zum „demand resources modell“ generalisiert (Demerouti et al. 2001). Hiermit wurden weitere (z. B. emotionale oder kognitive) Anforderungen und Ressourcen unterschieden und in Zusammenhang zu Burnout und Engagement systematischer untersucht. Siegrist (1996) entwickelte das Modell der Gratifikationskrisen. Diese entstehen aus einer Diskrepanz zwischen hoher Anstrengung und geringer Belohnung. Auch hier gibt es prospektive Studien, die zeigen, dass bei dieser Konstellation das Risiko der Neuentstehung von körperlichen und psychischen Erkrankungen wie Herzinfarkt und Depression, aber auch von Burnout mehrfach erhöht ist (Kivimäki 2007, Borritz et al. 2010).

**Fortsetzung im nächsten Heft**

**Literatur beim Verlag**

Professor Dr. med. Michael Zaudig  
Psychosomatische Klinik Windach  
Schützenstraße 100 · 86949 Windach  
Tel.: 08193 72 802 · Fax: 08193 72 809,  
E-Mail: [zaudig@klinik-windach.de](mailto:zaudig@klinik-windach.de)  
[www.klinik-windach.de](http://www.klinik-windach.de)

---