



 SWISS EXPERT NETWORK ON BURNOUT
GRUPPO SVIZZERO DI ESPERTI SUL BURNOUT
RÉSEAU SUISSE D'EXPERTS SUR LE BURNOUT
SCHWEIZER EXPERTENNETZWERK FÜR BURNOUT

Privatklinik 
Meiringen

Barbara
Hochstrasser

Burnout und Erschöpfungs- depression

Konzepte, Verursachungsmodelle,
Therapieansätze



 hogrefe

Dr.med. Barbara Hochstrasser, M.P.H.
Privatklinik Meiringen, Schweiz

Generalversammlung
Schweizer Expertennetzwerk für
Burnout SEB
07.05.2024

THE SWISS
LEADING 
HOSPITALS
Best in class.

Inhaltsverzeichnis

1 Das Konzept des Burnouts

1.1 Erste Beschreibungen und Konzeptualisierung

1.1.1 Konzept von **Freudenberger**

1.1.2 Konzept von **Maslach und Jackson**

1.1.3 Konzept von Pines und Aronson

1.1.4 Konzept von Cherniss

1.1.5 Konzept von **Hobfoll und Shirom** – Burnout gemäß der Conservation-of-Resources-Theorie

1.1.6 Persönliches, klientenbezogenes und arbeitsbezogenes Burnout

von der Selbstbeobachtung zur ICD-11

Freudenberger (1974)

Burnout ist ein Prozess der Erschöpfung durch exzessive Anforderungen an die Energien, die Kräfte und die Ressourcen des Betroffenen

- Selbstbeobachtung

Maslach und Jackson (1976)

Burnout ist ein überdauerndes Reaktionsmuster in Folge von lange währenden zwischenmenschlichen Belastungen am Arbeitsplatz mit den Dimensionen

Emotionale Erschöpfung

Distanzierung und Zynismus

Subjektiv empfundene Leistungseinbusse

- Maslach Burnout Inventar

von der Selbstbeobachtung zur ICD-11

Hobfoll und Shirom (1989)

Burnout ist das Ergebnis eines kontinuierlichen Verbrauchs der intrinsischen Energien und Bewältigungsressourcen einer Person infolge chronischer Stressbelastungen am Arbeitsplatz und manifestiert sich durch

Verlust der körperlichen Energie: Mattigkeit, Mangel an Erholung

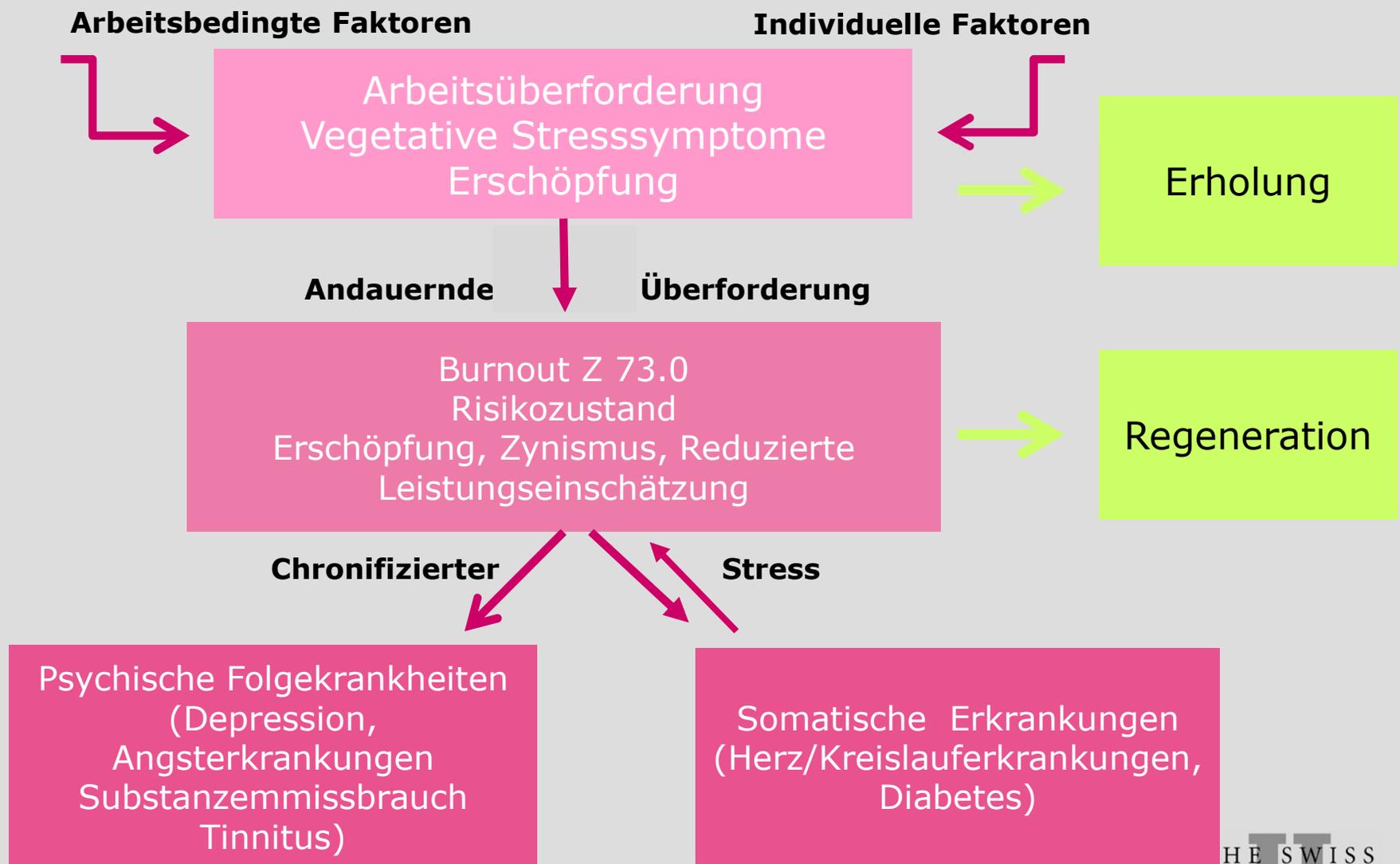
Verlust von mentaler Energie: Konzentrations- und Gedächtnisstörungen

Verlust der emotionalen Energie: reduziertes Einfühlungsvermögen, sozialer Rückzug

Shirom–Melamed-Burnout Measure (SMBM)

1.2 Burnout aus Sicht der medizinischen Diagnostik

Burnout aus Medizinischer Perspektive



1.2 **Burnout aus Sicht der medizinischen Diagnostik**

1.2.1 Exhaustion Disorder (ED)

1.2.2 **Harmonisierte Definition von Burnout und burnoutähnlichen Konzepten**

Harmonisierte Definition nach Guserva Canu (2021)

Semantische Analyse aller 88 verschiedenen
Burnoutdefinitionen und ähnlicher Konzepte mit
anschliessendem Delphi Konsensus Prozess (29 Länder)

„ In a worker, occupational burnout or occupational physical
AND emotional exhaustion is a exhaustion due to prolonged
exposure to work-related problems „

1.2 **Burnout aus Sicht der medizinischen Diagnostik**

1.2.1 Exhaustion Disorder (ED)

1.2.2 **Harmonisierte Definition von Burnout** und burnoutähnlichen Konzepten

1.2.3 Gemeinsamkeiten von Burnout-Definitionen

1.2.4 Ausblick: **Burnout in der ICD-11**

Burnoutdefinition in der ICD-11

„Kapitel 24: Faktoren, die die Gesundheit oder die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten beeinflussen“

Probleme mit **Arbeit oder Arbeitslosigkeit** verbunden

„QD85 „(qualifying diagnosis) Burnout“

„Burnout ist ein Syndrom, welches auf Grund von chronischem Stress am Arbeitsplatz, der nicht erfolgreich bewältigt wurde, bedingt ist.

Drei Dimensionen:

Gefühl von Energieverlust und Erschöpfung

Zunehmende mentale Distanz von der Arbeit oder Gefühle von Negativismus oder Zynismus bezüglich der Arbeit

Reduzierte berufliche Leistungsfähigkeit

Burn-out bezieht sich spezifisch auf Phänomene im Arbeitskontext und sollte nicht angewendet werden auf Erfahrungen in anderen Lebensbereichen“

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>

1.2 **Burnout aus Sicht der medizinischen Diagnostik**

1.2.1 **Exhaustion Disorder (ED)**

1.2.2 **Harmonisierte Definition von Burnout und burnoutähnlichen Konzepten**

1.2.3 **Gemeinsamkeiten von Burnout-Definitionen**

1.2.4 **Ausblick: Burnout in der ICD-11**

1.3 **Unsere Definition von Burnout**

Unsere Definition

Burnout ist aus unserer Sicht ein stressbedingtes psychosomatisches Syndrom, das sich durch ausgeprägte körperliche, psychische und kognitive Erschöpfung, reduzierte Belastbarkeit, verminderte Erholungsfähigkeit, multiple vegetative Symptome, Schlafstörungen, Demotivierung, Gefühle von Nervosität, Ärger, Reizbarkeit, Angst, Niedergeschlagenheit und Überforderung sowie einer Leistungsminderung auszeichnet.

Es ist in ausgeprägten Fällen ein Leiden, das durchaus Krankheitswert hat.

Des Weiteren gehen wir davon aus, dass es sich beim Burnout um eine Stressbelastungs-Störung handelt, die bei langer Stressexposition in den meisten Fällen zu einer Erschöpfungsdepression führt.

Unsere Definition

Die klinische Form eines Burnouts präsentiert sich im Allgemeinen daher als eine Erschöpfungsdepression, deren zusätzlichen Merkmale eine sehr tiefe und lange andauernde Erschöpfung, eine deutlich reduzierte Belastbarkeit, die oben erwähnten vegetativen Symptome sowie kognitiven Störungen sind.

1.2 **Burnout aus Sicht der medizinischen Diagnostik**

1.2.1 **Exhaustion Disorder (ED)**

1.2.2 **Harmonisierte Definition von Burnout und burnoutähnlichen Konzepten**

1.2.3 **Gemeinsamkeiten von Burnout-Definitionen**

1.2.4 **Ausblick: Burnout in der ICD-11**

1.3 **Unsere Definition von Burnout**

1.4 **Fragebogen zur Erfassung von Burnout**

2 **Symptomatologie des Burnouts**

2.1 **Burnout als Zustand**

2.2 **Burnout als Prozess**

3 Epidemiologie des Burnouts

4 Ursachen und Risikofaktoren

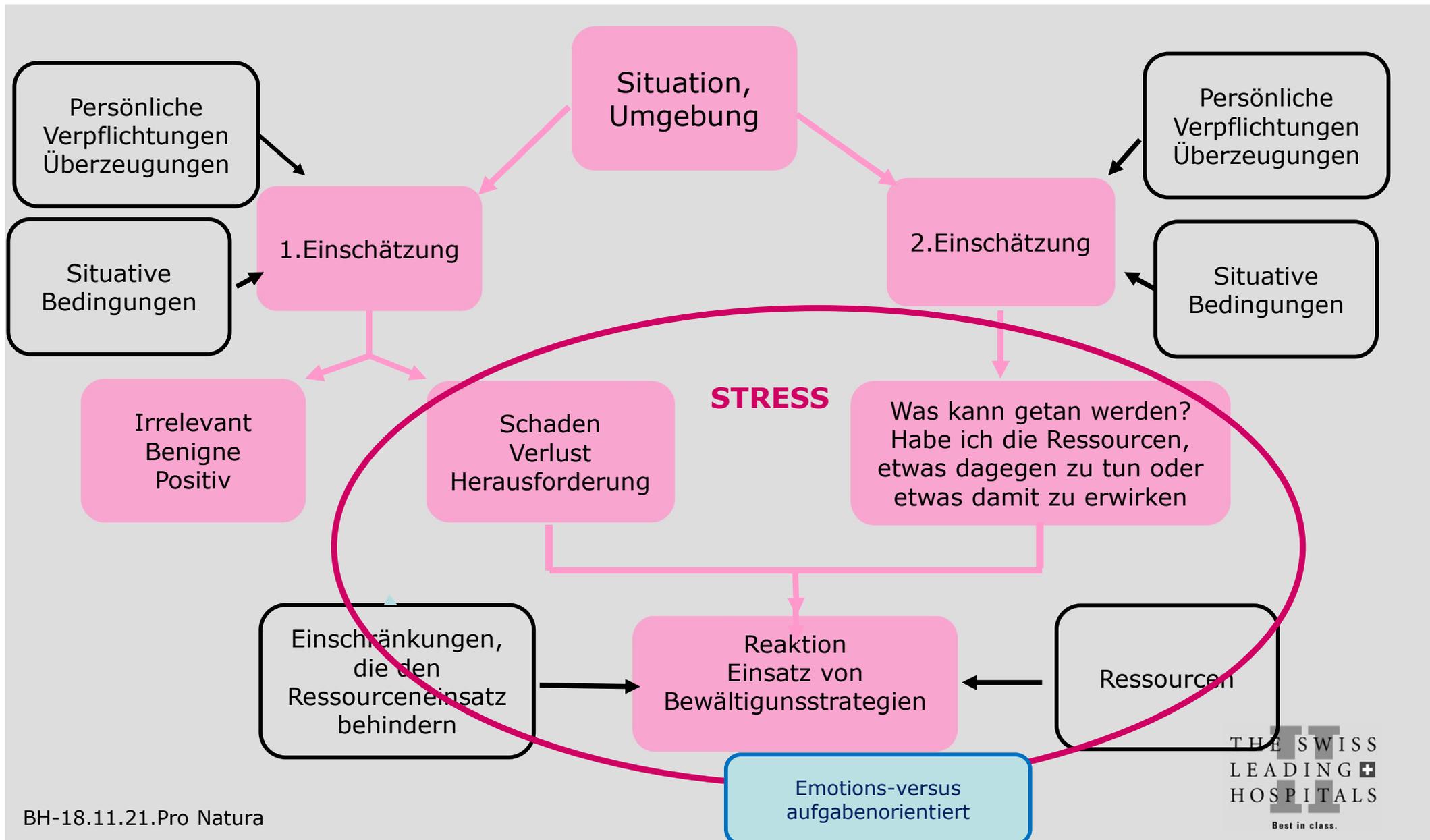
4.1 Stress der das Burnout verursachende Mechanismus

4.1.2 Stress aus psychologischer Sicht: Stressmodell von Lazarus und Folkman

4.1.3 Psychischer Stress – ein Prozess

Psychologische Dimension von Stress

Lazarus: Stress als Transaktion



3 Epidemiologie des Burnouts

4 Stress – Ursachen und Risikofaktoren

4.1 Der das Burnout verursachende Mechanismus

4.1.2 Stress aus psychologischer Sicht: Stressmodell von Lazarus und Folkman

4.1.3 Psychischer Stress – ein Prozess

4.1.4 Physiologie von Stress

4.1.6 Neurobiologie von chronischem Stress

7..5.24. bh

Physiologische Stressreaktion

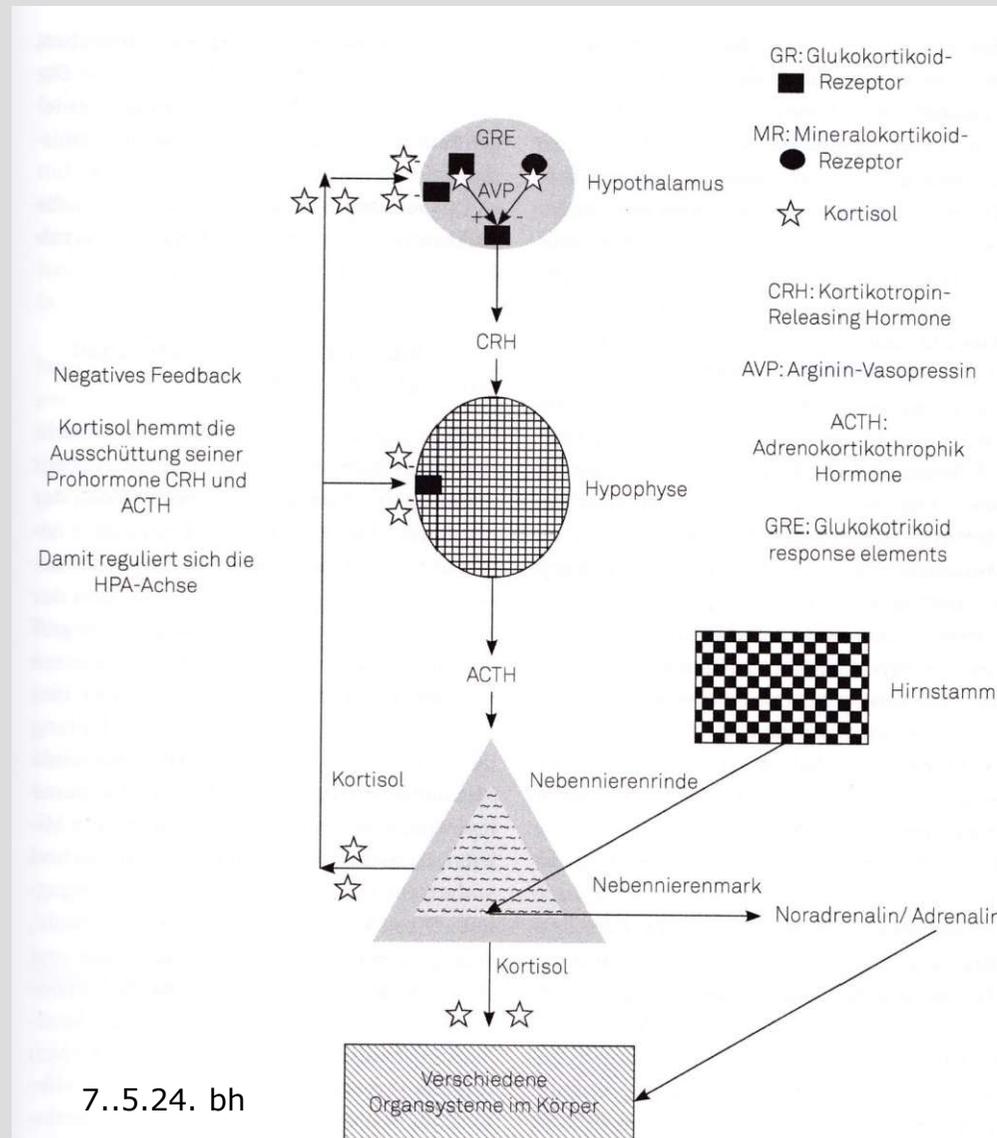


Abbildung 4-4: Die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA) und ihre Regulation; modifiziert nach Holsboer und Ising (2010)

Bei chronischem Stress können die Glukokortikoid Rezeptoren, vor allem aber die Mineralokortikoid-rezeptoren besetzt bleiben und nicht mehr adäquat reagieren, was zu einer Dysfunktiron der HPA Achse führen kann.

Adaptive und schädigende Effekte von Stress nach Gray et al, 2007

Lange andauernder Stress oder chronisch verabreichte Glukokortikoide schädigen die Neuroplastizität des Hippocampus und können zur Verkürzung oder Atrophie der Pyramidenzellen des Hypocampus führen und die Neurogenese reduzieren

Verschiedene Bereiche des Gehirn werden unterschiedlich beeinflusst durch Stress. Die Dendriten der Nervenzellen der Amygdala verlängern sich und das Amygdala abhängige Lernen von Angst und Furcht wird verstärkt.

7..5.24. bh

AAadaptive Reaktion	Mögliche Veränderung, adaptiv oder schädlich	Schädigende Effekte von Stress
Stressbelastung Minuten bis Stunden: <ul style="list-style-type: none"> • Mittelmäßig akut – Verstärkung • Intensiv akut – Unterdrückung • Traumatisch –Schaden, Zellverlust 	Stressbelastung für Tage bis Monate: <ul style="list-style-type: none"> • Chronisch-adaptive Plastizität • Verlust von Resilienz 	Stressbelastung für Jahre: <ul style="list-style-type: none"> • Verlust der Resilienz mit dem Altern • Erhöhte Vulnerabilität für dauerhaften Schaden
Synaptische Funktion: <ul style="list-style-type: none"> • Verstärkung der synaptischen Transmission • Long term potentiation • Lernen zur Selbsterhaltung 		Synaptische Funktion: <ul style="list-style-type: none"> • Unterdrückung der synaptischen Transmission • Long term potentiation • Lernen von weniger wichtigen Dingen
		Adaptive Plastizität: <ul style="list-style-type: none"> • Suppression der Neurogenese • Vermittlung von dentrischen Veränderungen
		Verlust der Resilienz: <ul style="list-style-type: none"> • Neurochemische Veränderung • Beeinträchtigung des Remodellierens und mangelnde Erholung von Stress
		Erhöhung der Wahrscheinlichkeit von Schaden: <ul style="list-style-type: none"> • Möglicherweise Exotoxizität manifestiert durch Krämpfe oder Schlaganfall
		Hirnalterung: <ul style="list-style-type: none"> • Extrasynaptisches Glutamat • Freie Radikale und Entzündung

4.2 **Arbeitspsychologische Verursachungsmodelle**

4.2.1 Grundlegende sozialpsychologische Modelle

4.2.2 Thesen und Befunde der ersten Phase der Burnout-Forschung

4.2.3 „Six Areas of Worklife“ nach Maslach und Leiter

4.2.4 Faktoren, die zu persönlichem, arbeitsbezogenem und klientenbezogenem Burnout führen

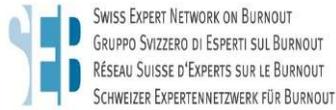
4.2.5 Cherniss' Modell der inadäquaten Bewältigungsstrategie

4.2.6 Conservation of Resources (COR) – Burnout als Verlust intrinsischer Energien

4.2.7 Job-Strain-Modell – Anforderung und Kontrolle

4.2.8 **Job-Demands-Resources-Modell (JD-R)**

Arbeitspsychologische Modelle von Burnout



SWISS EXPERT NETWORK ON BURNOUT
GRUPPO SVIZZERO DI ESPERTI SUL BURNOUT
RÉSEAU SUISSE D'EXPERTS SUR LE BURNOUT
SCHWEIZER EXPERTENNETZWERK FÜR BURNOUT

Job Demand-Resource-Model

Privatklinik 
Meiringen

Burnout und Arbeits-Engagement sind zwei verschiedene,
negativ miteinander korrelierte Konzepte

Burnout zeichnet sich durch geringe Energie (**Erschöpfung**)
und geringe Identifikation mit der Arbeit und Zynismus aus

Arbeits-Engagement zeichnet sich gerade gegensätzlich durch
hohe Energie (**vigor**) und hohe Identifikation mit der Arbeit
aus

Entwicklung eines spezifischen Fragebogens für Burnout (und
Engagement) – Oldenburg Burnout Inventory

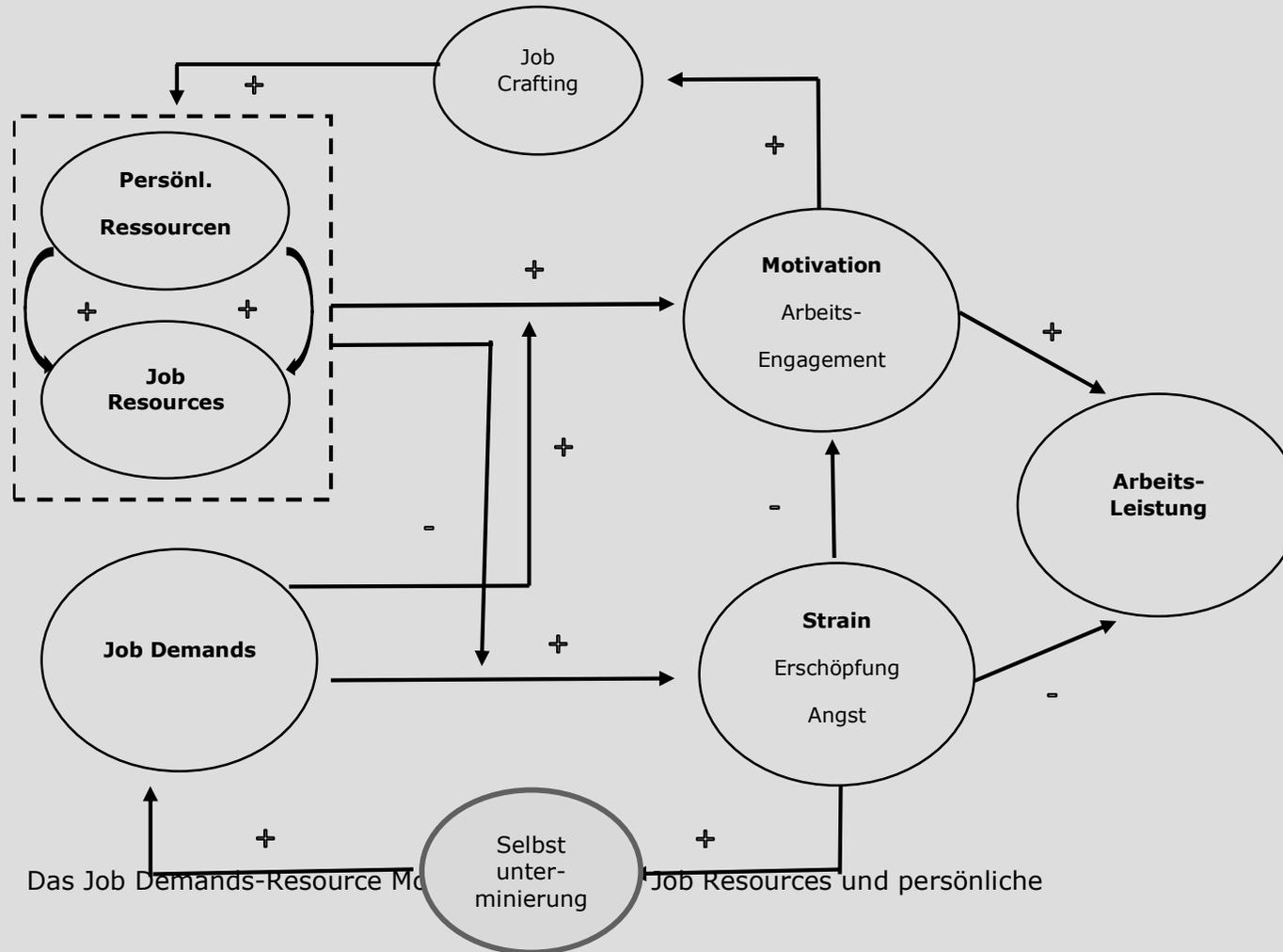
Schaufeli W.B.; Bakker, A.B. & Van Rhenen W. (2009) J of Organizational Behaviour, 30, 893-972

Demerouti E & Bakker A.B. (2008) The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout (and engagement)
in J.R.B. Halbesleben (ED) , handbook of work and stress in health care ('65-78) New York; Nova Science Publication

THE SWISS
LEADING 
HOSPITALS
Best in class.

Die Job Demand Resource Theorie

Das Job Demands- Resource Modell (nach Bakker und Demerouti)



4.2.9 Berufliche Gratifikationskrise (Effort-Reward-Imbalance)
nach Siegrist

4.2.10 Stress as Offence to Self (SOS) – Stress als Angriff auf
das Selbst

4.3 Rolle von sozialer Unterstützung

4.4 Individuelle Risikofaktoren

4.4.1 Persönlichkeitsmerkmale als Risikofaktoren für Burnout
(Big Five)

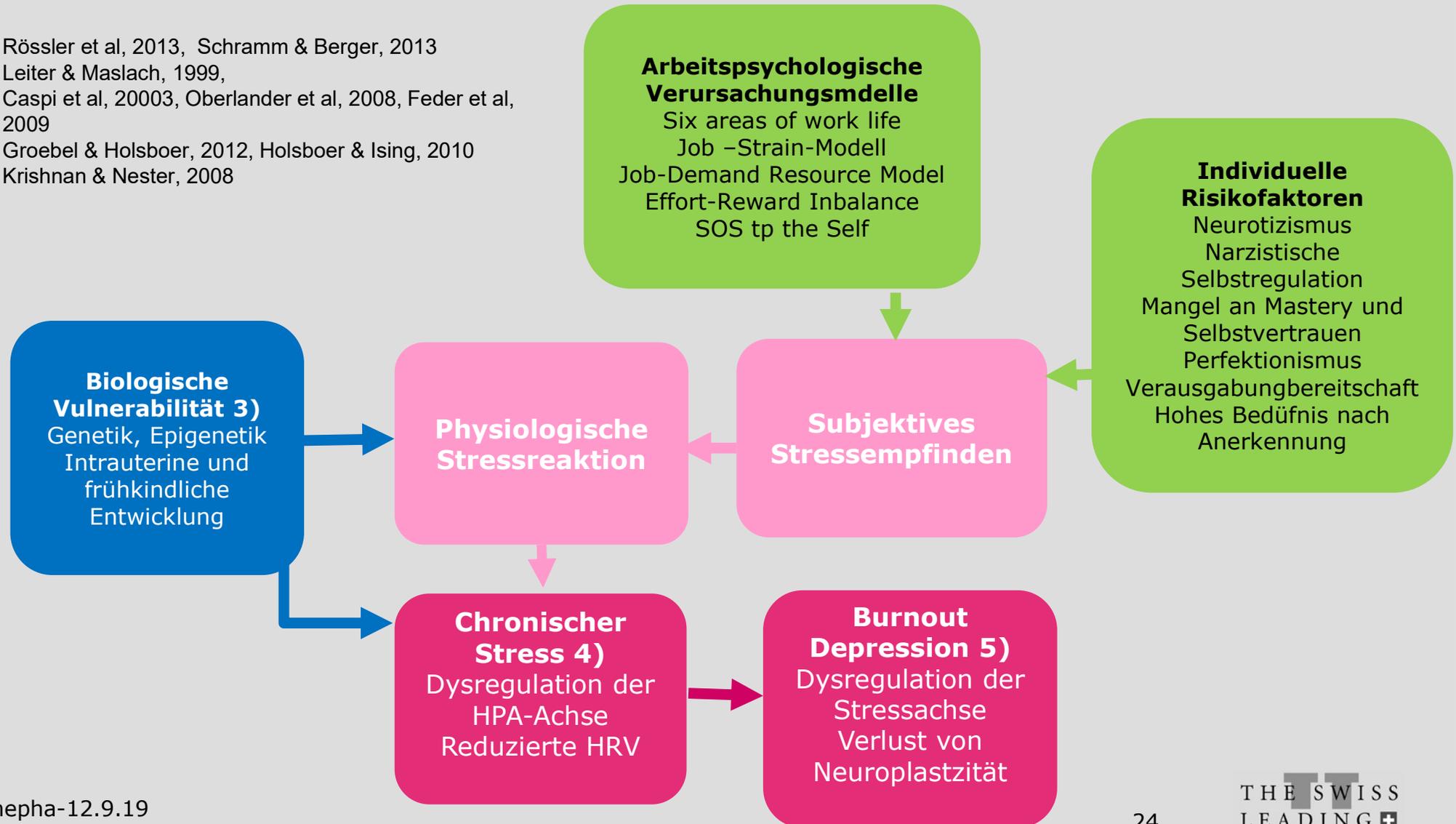
4.4.2 Burnout – Folge einer narzisstischen Selbstregulation

4.4.3 Burnout als Muster arbeitsbezogenen Verhaltens und
Erlebens

4.5 Zusammenfassende Grafik der Burnout-Ursachen

Burnout- Ausdruck einer chronischen Stressbelastung

- 1) Rössler et al, 2013, Schramm & Berger, 2013
- 2) Leiter & Maslach, 1999,
- 3) Caspi et al, 20003, Oberlander et al, 2008, Feder et al, 2009
- 4) Groebel & Holsboer, 2012, Holsboer & Ising, 2010
- 5) Krishnan & Nester, 2008



5 Psychiatrische Differenzialdiagnosen

5.1 Depression

5.2 Angststörungen

5.3 Anpassungsstörung

5.4 Zwangsstörung

5.5 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

5.6 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope
Substanzen

5.7 ADS und ADHS bei Erwachsenen

5.8 Persönlichkeitsakzentuierung und
Persönlichkeitsstörung

5.9 Chronic Fatigue Syndrome

5.10 Long-/Post-Covid

Burnout und Erschöpfungsdepression

Phase	Symptome	Relevante Aspekte
Stress	<ul style="list-style-type: none"> • Nervosität, Reizbarkeit • Leichte Ängstlichkeit • Leichte Konzentrationsstörungen • Unregelmäßige Schlafstörungen, vegetative Symptome 	<ul style="list-style-type: none"> • Symptomatik verknüpft mit aktueller Stressbelastung • Symptomatik in einer Erholungsphase komplett reversibel
Burnout	<ul style="list-style-type: none"> • Erschöpfung, reduzierte Erholungsfähigkeit • Reduzierte Belastbarkeit • Regelmäßige Ein- oder Durchschlafstörungen • Sozialer Rückzug • Emotionale Labilität, Überdross, Demotivierung • Niedergeschlagenheit • Dauerhafte vegetative Symptome • Kognitive Symptome 	<ul style="list-style-type: none"> • Erschöpfung und reduzierte Erholungsfähigkeit ist zentrales Symptom • Zunehmende Belastungsunfähigkeit • Persistenz der Symptome auch in der Erholungsphase • Interesse und Freudefähigkeit erhalten
Depression	<ul style="list-style-type: none"> • Freud- und Interesselosigkeit • Energie- und Antriebsminderung • Reduzierte Erholungsfähigkeit • Reduzierte Belastbarkeit • Schlafstörungen, Früherwachen • Reduktion von Appetit und Libido • Ausgeprägte kognitive Symptome • Dauerhafte vegetative Symptome • Unter Umständen Hoffnungslosigkeit und Suizidalität 	<ul style="list-style-type: none"> • Klassische depressive Symptomatik gemäß ICD-10 (depressive Episode F32.x, F33.x) • Freudefähigkeit und Interesse deutlich reduziert/abwesend • Depressivität bis hin zu Suizidalität • Früherwachen • Prominente kognitive Symptome

6 Medizinische Differenzialdiagnose

7 Folgen von Burnout

7.1 Auswirkungen auf die Gesundheit

7.1.1 Psychische Störungen

7.1.2 Somatische Störungen

7.2 Arbeitsbezogene Konsequenzen

7.2.1 Arbeitsunzufriedenheit

7.2.2 Krankheitsausfälle

7.2.3 Neuberentung

7.2.4 Job-Demand/Job-Resources

7.2.5 Präsentismus

8. Stand der Forschung zur Burnout-Therapie

8.1 Interventionen mit Fokus auf das Unternehmen

8.2 Interventionen bei stressbelasteten Personen im Arbeitsprozess

8.3 Studien zu therapeutischen Maßnahmen bei klinischem Burnout

8.4 Studien zur Rehabilitation und Reintegration beim Burnout

9 Therapie beim Burnout und Erschöpfungsdepression

9.1 Beziehungsgestaltung

9.2 Evaluation und Informationserfassung

9.3 Beurteilung, Psychoedukation und Entwicklung eines Erklärungsmodells

9.4 Motivationsklärung und Zieldefinition

9.5 Erste Maßnahmen

9.5.1 Entlastung

9.5.2 Tagesstrukturierung und Energiemonitoring

9.6 Medizinisch-psychiatrische Interventionen beim Burnout

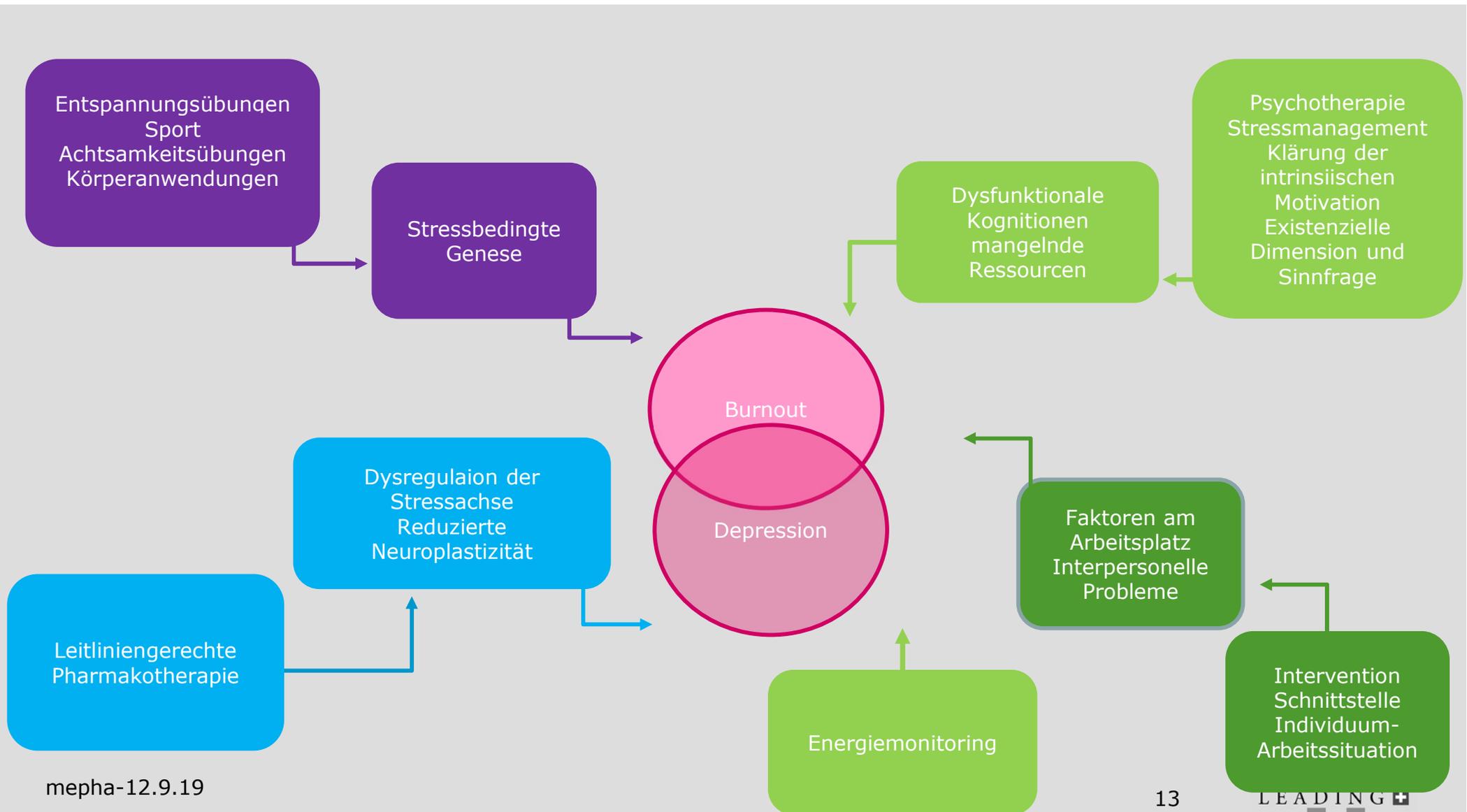
9.6.1 Behandlung der klinischen Depression

9.6.2 Schlafregulation

9.6.3 Behandlung von Ängstlichkeit, Nervosität und Anspannung

7.15.24 bh

Ansatzpunkte der Therapie in der der Akutphase



Energie- und Stressmanagement

Monitoring von Energie- Anspannung- Stimmung in
Abhängigkeit der Aktivitäten und Belastungen (Skala 1-10)

„Pacing“ – Aktivitäten in dem Ausmass ausüben, als sie
innerhalb der Belastbarkeit liegen

Tagesstrukturierung: drei Phasen und nach jeder Aktivität
eine Pause

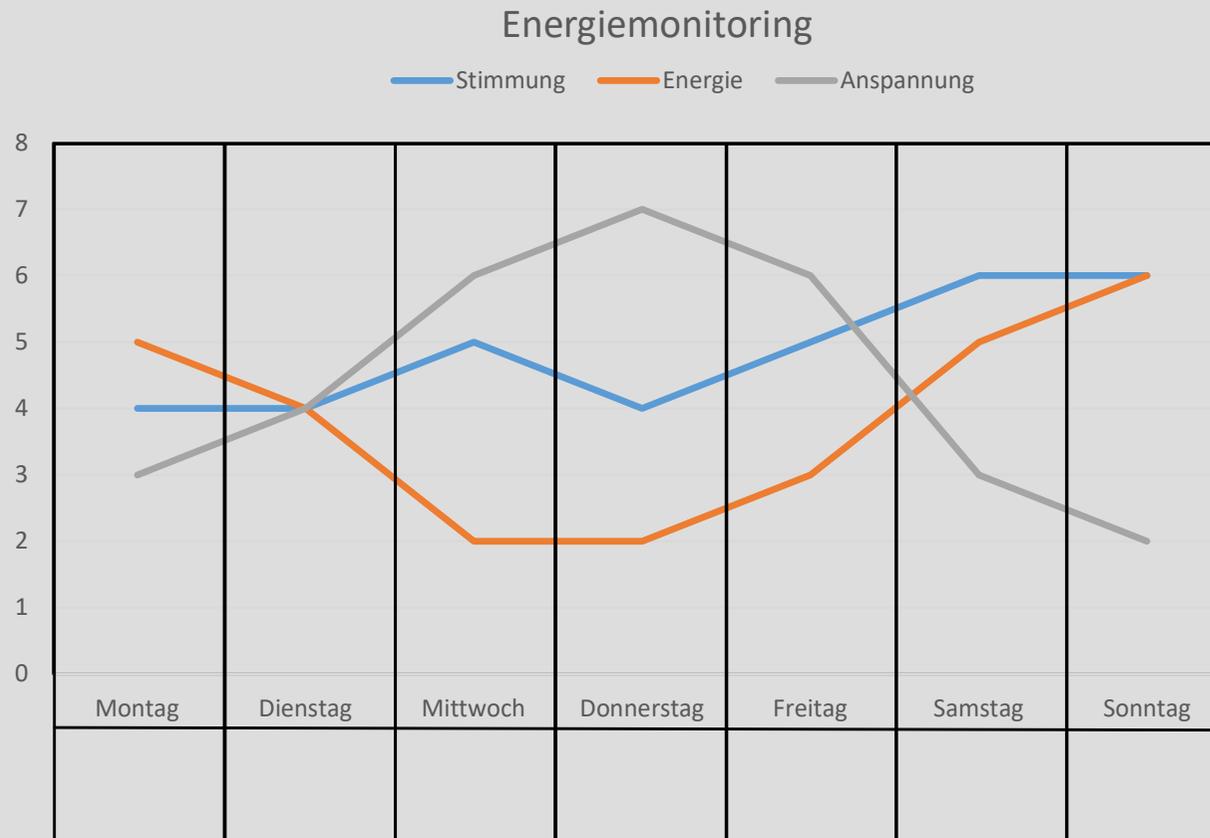
Je am Morgen, Nachmittage und Abend

1 Aktivität zB Sport, sozialer Kontakt, geistige Arbeit, wenn
möglich freudvoll

dann bewusste Pause mindestens so lange wie Aktivität

Energiemonitoring

Monitoring von Energie- Anspannung- Stimmung in Anhängigkeit der Aktivitäten und Belastungen (Skala 1-10)



Energie- und Stressmanagement

Sport und körperliche Bewegung- leicht aerobisch, lustvoll
nicht leistungsorientiert

Entspannungsübungen (PMR, Autogenes Training, Yoga, Chi
Gong)

Körpertherapie, Shiatsu, Craniosacral und weitere

Meditation: Übungspraxis, die die Erfahrung des
gegenwärtigen Moments anstrebt
Die Aufmerksamkeit wird auf einen Fokus
meist auf den Atem gerichtet
Erfahrungen werden nicht bewertet

Psychologische Wirkung von Meditation und Achtsamkeit

Subjektive Erfahrung von Freude, Mitgefühl
und Glückseligkeit (1), Frieden, Energie, Optimismus,
Akzeptanz, Transzendenz (5)

Erhöhte Konzentrations- und Entscheidungsfähigkeit (2)

Erhöhte Resilienz gegenüber intensiven emotionalen Stimuli (3)

Erhöhte Resilienz gegenüber Belastungen (4)

1) Aftanas und Golocheikin S.A., Human anterior and frontal midline theta and lower alpha reflect emotionally positive states and internalized attention: high resolution EEG investigation of meditation, Neuroscience letters 310:57-60, 2002

2) Hoelzel B.K et al, Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and non-meditators, Neuroscience letters 421:1:16-21, 2007

3) Aftanas L.I, Golocheikin S.A., Impact of regular meditation practice on EEG activity at rest and during evoked negative emotions, Intl J of Neuroscience, 115: 6: 893-909, 2005i

4) Schwarz J, Begley S. The mind and the Brain; neuroplasticity and the power of mental force, Harper Collins, New York, 2002

5) Amutio A et al, Enhancing relaxation states and positive emotions in physicians through mindfulness training; a one year study, Psycholog Health Med, 2015 20(6), 720.731

9.7 Psychotherapie beim Burnout und bei der Erschöpfungsdepression

9.7.1 Individuelle (Einzel-)Psychotherapie

9.7.2 Psychoedukative Gruppentherapie

10 Aktive Entspannungsmaßnahmen

10.1 Allgemeine Hinweise

10.1.1 Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson

10.1.2 Das Autogene Training (AT)

10.1.3 Qigong (Chi Gong)

10.1.4 Yoga

10.1.5 Achtsamkeit und Meditation

Psychotherapie und Verhaltensänderung

Ziele

Selbstakzeptanz, Selbstwert und Selbstfürsorge

Soziale Kompetenz (Gruppentherapie)

Emotionale Kompetenz

Erkennen der persönlichen Stressverstärker und
Relativierung (zB Perfektionismus)

Erkennen und Relativierung dysfunktionaler Kognitionen

Entwicklung angemessener Bewältigungsstrategien

Anwendung einer anerkannten und bewährten
Psychotherapiemethode

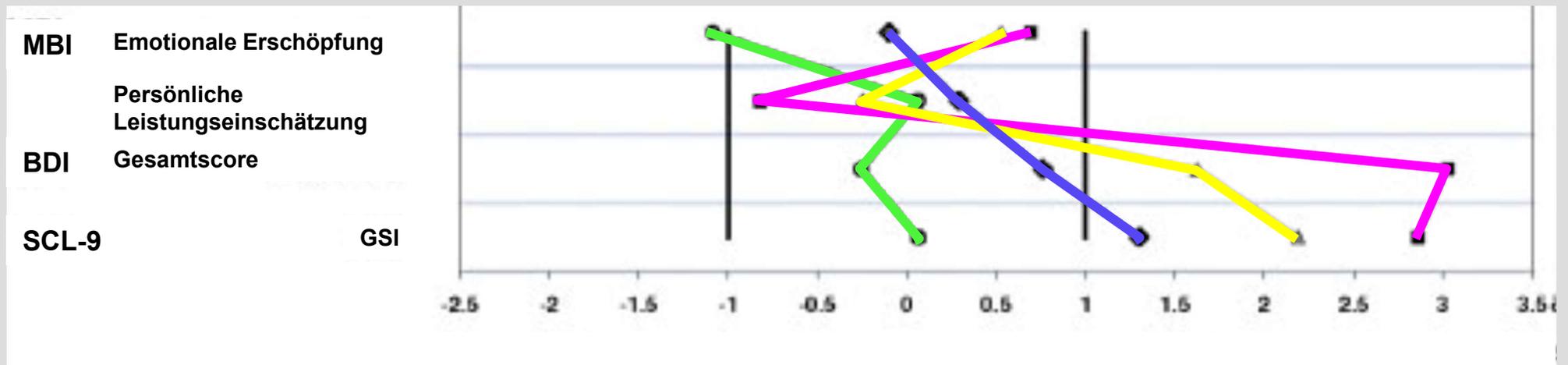
Psychoedukation und Gruppentherapie

Burnout-Typen

N= 107 (60% der stationären Patienten, Katamnese 1-3 Jahre

	Funktionelle	Dys-funktionelle	Pragmatiker	Altruisten
Zielinkongruenz	+	++++	++	+++
Vermeidungs-Inkongruenz	-	++++	++	+++
Interpersonelle Probleme	+	++++	+	+++
Emotionsorient. Coping	+	++++	++	+++
Aufgabenorient. Coping	++++	+	++	+
Soziale Unterstützung	++++	+	++++	+++

Outcome nach Typologie



Funktionelle Dysfunktionelle Pragmatiker Altruisten

Haberthür A, Elkuch F, Grosse-Holtforth M, Hochstrasser B, Soyka M, J Clinical Psychology, 65 (10). 1-17, 2009

Burnout-Typ und psychiatrische Diagnosen

N= 96, 55.5% der stationären Patienten, prä-post Messung und follow up nach 3 Monaten

Diagnose	Funktionelle	Dys-Funktionelle	Pragmatiker	Altruisten	Total
F 32, F33	64.7%	73.7%	87.6%	82.6%	81.2%
F31	5.9%	15.8%	0%	2.7%	5.2%
F43	11.8%	5.2%	13.1%	0%	6.2%
Komorbid	23.5%	42.1%	24.2%	37.8%	33.3%
Somatisch	35.3%	42.1%	21.8%	40.5%	33.3%
F6	17.6%	57.9%	43.5%	37.8%	39.6%

F 6 Vermeidende Persönlichkeitsstörung, Zwanghafte Persönlichkeitsstörung, oder Kombination, bzw andere

Psychologische Risikofaktoren für einen ungünstigen Verlauf

Vorliegen einer zwanghaften oder vermeidenden
Persönlichkeitsstörung oder -struktur

Hohe Ziel- und Vermeidungsinkongruenzen (ineffektive
Bewältigungsstrategien)

Emotionsorientierte Bewältigungsmuster

Interpersonelle Probleme

Mangel an soziale Unterstützung

 Intensive Psychotherapie, Training sozialer Kompetenzen

Regelmässige Erfassung der depressiven Symptome mit Einsatz von Fragebogen, z.B Beck Depressionsskala

Beachtung allfälliger kognitiver Störungen (Aufmerksamkeit und Konzentration, Gedächtnis, Verarbeitungsgeschwindigkeit, Exekutivfunktionen, zB Entscheidungsfähigkeit)

Blutspiegelbestimmung der Antidepressiva, allenfalls Dosiserhöhung oder Medikationswechsel, oder Augmentationsstrategien

Beachtung möglicher somatischer oder psychiatrischer Komorbidität (endokrin, Vitaminmangel, ADHD?)

9.7 Psychotherapie beim Burnout und bei der Erschöpfungsdepression

9.7.1 Individuelle (Einzel-)Psychotherapie

9.7.2 Psychoedukative Gruppentherapie

10 Aktive Entspannungsmaßnahmen

10.1 Allgemeine Hinweise

10.1.1 Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson

10.1.2 Das Autogene Training (AT)

10.1.3 Qigong (Chi Gong)

10.1.4 Yoga

10.1.5 Achtsamkeit und Meditation

10.2 Biofeedback bei Stress, Burnout und Depression

10.2.1 Das Wesen von Biofeedback

10.2.2 Effekte von Biofeedback bei Stress, Ängstlichkeit und Depression

10.3 Passive Entspannungsmaßnahmen

10.3.1 Komplementärmedizinische Anwendungen

10.3.2 Maßnahmen aus der Naturheilkunde

10.4 Körperliche Aktivität, Fitness und Sport

10.4.1 Wirkung der körperlichen Aktivität auf die Gesundheit

10.4.2 Körperliche Aktivität bei Burnout und Erschöpfungsdepression

10.5 Erlebnisorientierte Therapien

11 Rehabilitation und Reintegration

11.1 Einführung

11.2 Herangehensweisen je nach Ausgangssituation

11.2.1 A: Einvernehmliches Verhältnis mit Arbeitgeber und Aufgabenbereich stimmig

11.2.2 B: Ausgeprägte Erschöpfungssymptomatik und lang andauernde Arbeitsunfähigkeit

11.2.3 C: Ausgeprägte interpersonelle Konflikte zwischen Patienten und Schlüsselpersonen am Arbeitsplatz

Literaturverzeichnis

Sachwortverzeichnis

Ziele der postakuten Behandlungsphase bei Burnout

Vollständige Remission der Depression (Residualsymptome)

- ➔ Monitoring der depressiven Symptomatik
vigilante Pharmakotherapie (Drugmonitoring)

Wiedererlangen von Energie und Belastbarkeit

- ➔ Energiemanagement und Massnahmen zur Stressbewältigung

Wiedererlangen von Funktionsfähigkeit im Alltag und
Berufsleben

- ➔ Rehabilitation, Reintegration

Nachhaltige Heilung des Burnouts

- ➔ Psychotherapie und Verhaltensänderung (Selbstfürsorge)

Die Reintegration in den Arbeitsprozess ist essenziell

Ist ein elementarer Baustein jeder Burnout-Therapie

Grundthemen:

Schaffung von Übereinstimmung der Ressourcen und Eignungen des Patienten und seiner Arbeitssituation (Aufgaben, Kompetenzen, Einbindung, Belastung)

Ansatz:

Arbeitsplatzanalyse

Aufarbeitung beruflicher Werdegang

Berufliche Standortbestimmung

Analyse der konkreten Arbeitsplatzsituation

Auslöser für aktuelle Krise

Rehabilitation und Reintegration

Vorbereitung

Analyse des beruflichen Werdegangs, der aktuellen Arbeitssituation, der Auslöser für die aktuelle Krise

Erarbeiten einer realistischen Selbsteinschätzung (Stärken, Schwächen, persönlichen Stressverstärker,

Auslotung von weiteren allenfalls neuen Berufsperspektiven

Beiziehen von Casemanager der KK oder der Taggeldversicherung, allenfalls der IV

Unterstützung bei Gespräch mit Arbeitgeber, zusammen mit CM

Die Reintegration muss schrittweise erfolgen

Abschätzung der Belastbarkeit auf Grund der Beobachtung der Energiekurve

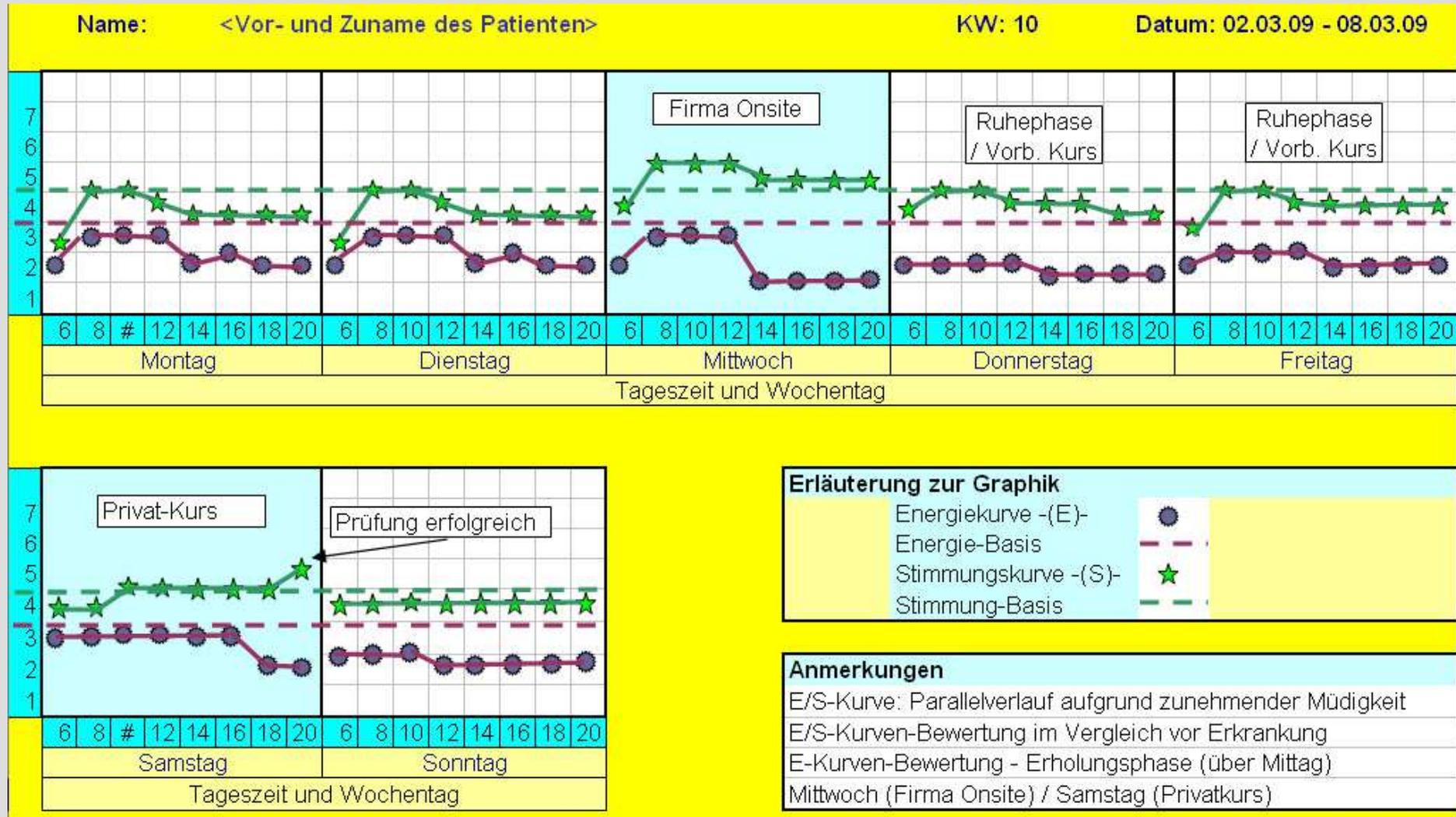
Gemeinsame Planung mit Patient, Casemanager und Arbeitgeber

Klärung der Aufgaben und Belastungen

Allenfalls Arbeitsversuch (20%) bei Weiterführung einer 100% Arbeitsunfähigkeit

Schrittweise Steigerung der Arbeitsbelastung mit langsamer Reduktion der der Arbeitsunfähigkeit

Allenfalls Beizug der IV zur Frührehabilitation oder zur Reintegration



Reintegration

Es lassen sich prototypisch drei verschiedene Ausgangssituationen unterscheiden, die die konkrete Herangehensweise bei der beruflichen Reintegration wesentlich mitbestimmen:

- a) Es besteht ein relativ einvernehmliches Verhältnis mit dem bisherigen Arbeitgeber und der Aufgabenbereich ist grundsätzlich stimmig.
- b) Es besteht eine sehr ausgeprägte Erschöpfungssymptomatik und eine lang andauernde volle Arbeitsunfähigkeit.
- c) Es bestehen ausgeprägte interpersonelle Konflikte zwischen dem Patienten und relevanten Schlüsselpersonen am Arbeitsplatz.

Vorgehen nach Ausgangs-Situation

Fall A:

Es besteht ein relativ einvernehmliches Verhältnis mit dem bisherigen Arbeitgeber:

Schrittweise Reintegration mit Hilfe der Taggeldversicherung und Case Manager bei angestammten Arbeitgeber

Fall B – tiefe und lange Erschöpfung und

Fall C- Interpersonelle Konflikte am Arbeitsplatz:

Schrittweise Reintegration mittels der IV im Rahmen einer IV begleiteten Reintegration mittels Aufbau Belastbarkeit an einer IV definierten Reintegrationsstelle

Danke für
Ihre Aufmerksamkeit

Privatklinik 
Meiringen



7..5.24. bh

THE SWISS
LEADING 
HOSPITALS
Best in class.