

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Burnout-Entwicklungen?

Frauen werden depressiv, Männer süchtig

G. Mundle

Vor einer „Burnout-Pandemie unter Ärzten“ hat der neue Präsident des Weltärztebundes (WMA), Leonid Eidelman, auf der Generalversammlung des WMA in Reykjavik (Island) gewarnt. „Der Burnout von Ärzten ist ein Symptom für ein größeres Problem – ein Gesundheitssystem, das Ärzte zunehmend überlastet und ihre gesundheitlichen Bedürfnisse unterbewertet“. Fast die Hälfte der zehn Millionen Ärzte weltweit würden Symptome eines Burnouts aufweisen. Ein steigender Verwaltungsaufwand, steigende Betriebskosten, neue Technologien und eine immer größere Patientennachfrage würden dazu führen, dass Ärzte „mit einem unglaublichen Arbeitsaufwand konfrontiert“ sind [1]. Folgen von Burnout sind körperliche und psychische Erkrankungen. Bei den psychischen Erkrankungen entwickeln Frauen häufiger Depressionen, Männer greifen eher zu Suchtmitteln.

Geschlechtsspezifische Häufigkeitsunterschiede

Obwohl die Lebenszeitprävalenz von psychischen Erkrankungen bei Frauen und Männern etwa gleich hoch ist, zeigen sich deutliche Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit spezifischer psychischer Störungen [2]. Während bei den Frauen affektive Störungen, Angststörungen, Essstörungen und somatoforme Störungen überwiegen, haben Männer konsistent höhere Raten an Substanzmissbrauch und -abhängigkeit, antisozialer Persönlichkeit und Störungen der Impulskontrolle [3]. In der „Epidemiologic-Catchment-Area Studie“, einer der größten repräsentati-

ven Feldstudien in den USA, zeigte sich bei affektiven Störungen eine Lebenszeitprävalenz von 10,2 Prozent bei Frauen und 5,2 Prozent bei Männern [4]. Noch höhere Prävalenzraten von affektiven Störungen mit 23,9 Prozent bei Frauen und 14,7 Prozent bei Männern zeigten sich beim „National Comorbidity Survey“ [5]. Bestätigt werden die internationalen Studien durch die in Deutschland durchgeführte Studie zur psychischen Gesundheit Erwachsener (DEGS1-MH) (n = 5.318) [6]. Bei Frauen traten gehäuft unipolare Depressionen (F 11,4 Prozent/M 5 Prozent), Angststörungen (F 22,6 Prozent/M 9,7 Prozent) sowie posttraumatische Belastungsstörungen (F 3,8 Prozent/M 0,9 Prozent) und Somatoforme Störungen (F 4,9 Prozent/M 1,7 Prozent) auf. Bei Männern fanden sich gehäuft Alkoholstörungen (M 18,4 Prozent/F 3,9 Prozent). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Alkoholstörungen konnten auch im Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 [7] nachgewiesen werden, in dem 28 Prozent der Männer und neun Prozent der Frauen Hinweise auf einen klinisch relevanten Alkoholkonsum aufwiesen. Erfreulicherweise begeben sich Frauen häufiger in Behandlung. Die Behandlungsraten in den letzten zwölf Monaten lag bei den Frauen über alle Altersgruppen hinweg höher als bei den Männern [6]. Zwischen Ost- und Westdeutschland fanden sich keine signifikanten Unterschiede im Auftreten psychischer Störungen, wobei die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Osten etwas stärker ausgeprägt waren als im Westen (Ost: F 36,6 Prozent/M 20,4 Prozent; West: F 33,7 Prozent/23,0 Prozent).



Bei psychischen Erkrankungen entwickeln Frauen häufiger Depressionen, Männer greifen eher zu Suchtmitteln.

Untersuchungen zur Häufigkeit von Burnout zeigen im Gegensatz zur Depression kein einheitliches Bild. In einer Untersuchung an knapp 3800 ÄrztInnen aus den Fachrichtungen Psychiatrie/Psychotherapie, Anästhesie/Intensivmedizin sowie Zahnmedizin waren Frauen häufiger emotional erschöpft und berichteten häufiger über Depressionen und Burnout (Besonder et al. 2016). In einer norwegischen Untersuchung (n = 4507) zeigten sich Unterschiede bei Burnout-Raten in Abhängigkeit vom Berufsstand, nicht aber vom Geschlecht [8]. Nur geringe bis keine geschlechtsspezifischen Unterschiede konnten bei knapp 500 niedergelassenen Zahnärzten und bei etwas über 150 Fachärzten für Allgemeinmedizin und Psychiatrie gefunden werden [9]. Auch in einer Untersuchung an über

2.000 befragten Erwachsenen konnten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede gefunden werden, sodass davon ausgegangen wird, dass Burnout weder eine „Frauen-“ noch eine „Männersache“ sei [10].

Scheinbare Unterschiede

Trotz klarer Unterschiede in der Häufigkeit von psychischen Störungen zwischen Männern und Frauen sind geschlechtsspezifische Verzerrungen bei der Erhebung von Daten und der Interpretation von Studienergebnissen zu berücksichtigen. Möglicherweise gibt es einen „Geschlechterbias“ dahingehend, dass es zwischen Männern und Frauen einer anderen Symptomschwelle bedarf, um diagnostiziert zu werden [11]. Angaben zur Prävalenz können dadurch beeinflusst sein, dass Männer eine höhere Schwelle haben, seelische Probleme zuzugeben – sowohl vor anderen als auch vor sich selbst. Im Gegensatz hierzu nehmen Frauen Beschwerden besser wahr, berichten bereitwilliger darüber und nehmen Hilfe schneller in Anspruch. Außerdem gibt es Hinweise, dass bei identischer Beschwerdeschilderung bei Frauen schneller eine Depression diagnostiziert wird als bei Männern. Da Frauen sich häufiger in Behandlung begeben, wird bei Frauen eine größere Häufigkeit an psychischen Störungen gefunden, wenn die Studien sich auf Behandlungsdaten stützen. Diese Unterschiede sind nicht repräsentativ für Häufigkeitsunterschiede in der Bevölkerung [12, 13].

Ursachen der Unterschiede

Die unabhängig vom „Geschlechterbias“ bestehenden geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Häufigkeit von psychischen Erkrankungen sind multifaktoriell bedingt. Bei den biologischen Einflüssen spielen hormonelle Faktoren eine wichtige Rolle. Das aktuelle seelische Befinden von Frauen wird

durch hormonelle Veränderungen, zum Beispiel während der Schwangerschaft, Perinatalzeit, Menopause, aber auch während der Menstruation, beeinflusst. Östradiol, das wichtigste weibliche Sexualhormon, hat einen modulierenden Einfluss auf vielfältige Neurotransmittersysteme, die einen direkten Einfluss auf das seelische Befinden haben. Bei den psychosozialen Faktoren spielen zugeschriebene und übernommene Rollenerwartungen in Beruf, Familie und Partnerschaft eine wichtige Rolle. Auch wenn Erziehungs- und Familienaufgaben zunehmend von Männern mit übernommen werden, wird der überwiegende Teil der Kindererziehung und familiären Verpflichtungen von Frauen durchgeführt [14]. Oft ist die Belastung dreifach: Sehr viele Frauen sind durch den Beruf, die Kinder und den Haushalt stark eingebunden. Wenn sie von der Arbeit nach Hause kommen, geht es dort gleich weiter. Die betroffenen Frauen sollen alle Aufgaben gleichzeitig erfüllen und häufig wollen sie selbst dabei noch perfekt sein [15]. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie stellt auch heute noch trotz bereits umgesetzter familienorientierter Maßnahmen eine große Herausforderung dar. Bereits bei Medizinstudierenden hing die Studienzufriedenheit von der Vereinbarkeit von Studium und Familie ab [16]. Abzuwarten bleibt, was mit den Männern passiert, die sich immer häufiger um Familie und Kinder kümmern, in Elternzeit gehen und dann den gleichen Mehrfachbelastungen ausgesetzt sind. Durch die Erziehung vermittelte Rollenbilder und Rollenerwartungen als Ehefrau und Mutter verstärken zusätzlich zu den äußeren Arbeitsbelastungen innere Konflikte und Ambivalenzen. Noch heute müssen Frauen um ihre Legitimation beziehungsweise mit dem „Rabenmutter-Syndrom“ kämpfen [14]. Bereits in der Jugend werden anhand des „sozialen“ Geschlechts (Gender) unterschiedliche geschlechtsspezifische

Rollen, Aufgaben und Verhaltensweisen vermittelt. Die traditionelle männliche Geschlechtsrolle beinhaltet eine klare Priorität in der Berufsrolle, die traditionelle weibliche Geschlechtsrolle in der Familie.

Diese Rollenzuweisungen beinhalten auch geschlechtsspezifische Verhaltens- und Reaktionsmuster im beruflichen Kontext, auch in Konfliktsituationen. So scheinen Männer ihre gegenwärtige Position eher als Baustein einer „Karriere“ zu betrachten, während Frauen dazu tendieren, ihre aktuelle Position im Fokus zu haben und diese möglichst gut erfüllen zu wollen [18]. Männer legen ihr Augenmerk mehr auf individuelles, leistungsorientiertes Verhalten, Frauen hingegen mehr auf emotionale, teamorientierte Faktoren. In Stresssituationen scheinen Frauen eher die Strategie „tend and befriend“ (sich kümmern, behilflich sein) zu zeigen, während bei Männern vorwiegend die „fight or flight“-Reaktion (also Kampf und Aggression oder Flucht und Verdrängung, zum Beispiel mit Suchtmitteln) zu beobachten ist [19]. Entsprechend manifestiert sich Burnout bei Männern eher in Depersonalisation und Zynismus, bei Frauen eher in emotionaler Erschöpfung. Kritisch anzumerken ist, dass es sich hierbei um tendenzielle Unterschiede und Stereotype handelt, die im Einzelfall nicht zutreffen müssen [18].

Auch wenn es sich bei den genannten Verhaltensmustern um „stereotype“ Rollenzuweisungen handelt, die sich heute zunehmend auflösen, besteht weiterhin der Druck auf Frauen, in einer bisher Männer dominierten Arbeitswelt, ihren Platz behaupten zu müssen und immer noch mit stereotypen Vorurteilen konfrontiert zu sein. Fehler und Unzulänglichkeiten können als Schwäche ausgelegt werden und das Vorurteil schüren, dass Frauen für die „harte“ Berufswelt doch nicht geschaffen sind. Der daraus resultierende Leis-

tungsdruck, der „weibliche Perfektionismus“, mit hohen Erwartungen an die eigene Leistung und Angst vor Fehlern, stellt neben den Anforderungen im Gesundheitswesen selbst einen weiteren Faktor für chronischen Stress und Basis für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen dar [20].

Gesundheitsbewusstes Verhalten

Mehrere in Deutschland durchgeführte Gesundheitssurveys konnten nachweisen, dass Frauen sich in der Mehrzahl gesundheitsbewusster als Männer verhalten [21]. Frauen „ernähren sich gesünder, rauchen weniger, trinken weniger Alkohol, schlafen mehr und gehen zu regelmäßigeren Zeiten abends zu Bett“ [22]. Auch bei der Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe nutzen Frauen häufiger präventive und kurative Angebote [23].

Von dem Psychoanalytiker Horst Eberhard Richter (1973) wurde bereits sehr früh auf den Zusammenhang zwischen Rollenerwartungen und gesundheitsbewusstem Verhalten hingewiesen: „Frauen geben schneller und früher zu erkennen, wenn sie innerlich unter Spannung stehen. Ihr anerzogenes Rollenstereotyp erlaubt ihnen eher, sich klagsam und leidend darzustellen. Von den Männern hingegen wird erwartet, dass sie jederzeit stark und fit sind. Wer männlich sein will, darf – jedenfalls nach der herkömmlichen Norm – nicht wehleidig sein“.

Die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe wird eher als unmännlich angesehen, „Marlboro-Männer“ gehen nicht in Stressbewältigungskurse [21, 24, 25].

Therapeutische Angebote

Da Frauen ihre Beschwerden selbst besser wahrnehmen und bereitwilliger über ihre Probleme berichten, ist der Zugang zu Therapien für weibliche Patienten einfacher; sie gehen häufiger und früher in Therapie [26] und haben ins-

gesamt eine positivere Einstellung gegenüber Psychotherapie [27]. Gelingt es, einen therapeutischen Zugang herzustellen, so sind viele Fragen für Frauen und Männer insbesondere zum Arbeitskontext ähnlich:

- Wie können neben der beruflichen Kompetenz eigene persönliche Werte bei der Arbeit verwirklicht werden?
- Welche strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen sind für ein gesundes Arbeiten notwendig [28]?
- Wie können eigene überhöhte Ansprüche wahrgenommen werden?
- Wie können (und dürfen) eigene Grenzen wahrgenommen und formuliert werden?
- Wie kann ein modernes Stressmanagement umgesetzt werden?
- Wie kann eine gesunde Balance zwischen Freizeit und Arbeitszeit hergestellt werden [29, 30, 31]?

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind insbesondere im Kontext Beruf und Familie zu thematisieren. Rollenkonflikte als Mutter, berufstätige Person und eigenständige Persönlichkeit stellen heute typische Herausforderungen für berufstätige Frauen dar, die in beiden Bereichen – Beruf und Familie – möglichst „erfolgreich“ sein wollen. Bestehende Rollenkonflikte sind auch vor dem Hintergrund der eigenen Biografie zu thematisieren und zu hinterfragen. Gerade im ärztlichen Kontext besteht die Tendenz, immer für die Bedürfnisse der Patienten da sein zu wollen (müssen) und eigene Bedürfnisse und Grenzen zu vernachlässigen. Wurden diese in der Kindheit bereits vernachlässigt oder abgelehnt, so kann dies dazu führen, dass die Betroffenen im beruflichen Alltag den Kontakt zu ihren eigenen Bedürfnissen, Überforderungen und Grenzen verlieren und nur noch mit der Erfüllung äußerer Anforderungen beschäftigt sind [30]. Eine Patientin berichtet, dass sie nach

außen eine erfolgreiche und angesehene Ärztin gewesen sei, jedoch den Kontakt zu ihren Wünschen und Bedürfnissen verloren habe. Arbeitszeiten von zehn Stunden täglich seien nichts Ungewöhnliches gewesen, sie habe funktioniert wie im Hamsterrad und sei Gefangene ihres enormen Ehrgeizes gewesen. Bis sie körperliche Symptome entwickelt habe und zweimal den Notarzt trotz fehlender körperlicher Befunde rufen musste, was ihr enorm peinlich gewesen sei [32]. Neben den krankheitsbezogenen Themen stellen übergeordnete Fragen für eine sinnvolle Gestaltung des Lebensalltages und somit zur Gestaltung der eigenen Gesundheit eine wichtige Rolle dar:

- Wie können Beruf, Familie und Freizeit kreativ gestaltet werden?
- Wie können wertschätzende und lebendige Beziehungen in der Familie und am Arbeitsplatz hergestellt werden?
- Wie gelingt es, die innere Stimme wahrzunehmen und eigene Werte und Lebensziele so umzusetzen, dass das eigene Leben sinnvoll erlebt wird?
- Wie gelingt es, nicht perfekt sein zu müssen und freundlich sowie mitfühlend mit sich selbst, seinen Fehlern und Schwächen zu sein [34]?

Eine Erkrankung zu behandeln, ist wichtig. Gesundheit in Zeiten massiv gesteigerter äußerer Anforderungen und Möglichkeiten aktiv zu gestalten, ist für die Lebensqualität und Lebenszufriedenheit mindestens genauso wichtig. ■

Literatur beim Autor

Interessenkonflikte: keine

Prof. Dr. med. Götz Mundle
Oberbergkliniken
Hausvogteiplatz 10, 10117 Berlin
E-Mail: praxis@goetzmundle.de

Prof. Dr. med. Götz Mundle ist Mitglied des Ausschusses „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer.