

Selbst-Etikett Burnout? – Das diagnostische Spektrum dahinter

Eva Rothermund, Jörn von Wietersheim, Elisabeth Maria Balint

Burnout ist keine in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-5 definierte Diagnose, in der Arbeits- und Organisationspsychologie jedoch etabliertes ätiologisches Modell. Ärzte, Psychologen, Patienten, aber auch Vertreter des Sozialversicherungssystems nutzen den relativ unspezifischen Symptomkomplex häufig, der ätiologisch mit (Arbeitsplatz-)Anforderungen in Verbindung gebracht wird. Deshalb erscheint es sinnvoll, das diagnostische Spektrum hinter der Selbst-Etikettierung „Burnout“ zu beleuchten.

Bislang keine verbindlichen Kriterien

Es gibt bisher kein standardisiertes, allgemeingültiges Vorgehen, um eine Burnout-Diagnose medizinisch zu stellen. In Studien werden überwiegend schriftliche Selbstbeurteilungsbögen eingesetzt.

Diese am häufigsten eingesetzten Fragebögen sind in Deutschland:

- Maslach Burnout Inventory (MBI) mit 16 Items in der Kurzversion
- Tedium Measure (TM) mit 21 Items (auch Überdruss-Skala genannt)
- Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) mit 19 Items (in der Basisversion 85 Items)

Das Maslach Burnout-Inventar (MBI) scheint das am häufigsten eingesetzte Selbstbeurteilungsinstrument zu sein [1]. Es entspricht dem im arbeitspsychologischen Bereich fundierten Konstrukt von Burnout. Ob mit diesem Instrument Burnout wirklich diagnostiziert werden kann, konnte auch in einer umfassenden und detaillierten Übersicht und der dort berücksichtigten Studien nicht verlässlich beantwortet werden [2]. Als durchgängiges Merkmal eines Burnouts zeigt sich die Dimension der emotionalen Erschöpfung.

Merke

Psychometrische Instrumente wie das Maslach Burnout-Inventar können unterstützend und erweiternd eingesetzt werden, eignen sich jedoch nicht zur medizinischen Diagnosestellung oder zur Differenzialdiagnostik.

Die Diagnose muss vom Diagnostiker unter Berücksichtigung von Verlauf und Beschwerdebild getroffen werden. Für die therapeutische Praxis bedeutet das, dass ein Arbeitsplatzbezug der Symptomatik vor allem anamnestisch eingegrenzt wird. Für differenzialdiagnostische Erwägungen sollte der derzeitige wissenschaftliche Begriff von Bur-

nout, der dem Maslach Burnout-Inventar zugrunde liegt, zu Rate gezogen werden [2]. Er lautet:

Merke

Burnout wird als ein Syndrom aus emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierter persönlicher Erfüllung und Leistungsfähigkeit beschrieben [3].

Hillert et al. beschreiben in diesem Heft ausführlich die Geschichte und aktuelle Eingrenzung des Begriffs.

Klinische Symptomlisten sind bislang durch ihre breite Vielfalt an Symptomen unspezifisch (siehe z. B. Hillert et al. in diesem Heft). Dies erklärt, warum die konzeptionelle Abgrenzung zwischen Burnout und z. B. Depression nicht gut gelingt [4].

Korczak et al. werteten in ihrer Übersicht [2] Studien aus, die „insbesondere die Zusammenhänge zwischen Burnout und Depression, zwischen Burnout und dem Konzept der anhaltenden Erschöpfung, als auch zwischen Burnout und Alexithymie diskutieren. Von besonderer Relevanz scheint die Beziehung zwischen Burnout und Depression zu sein, da Burnout möglicherweise eine Entwicklungsphase einer Depression ist. Ebenso wird Burnout mit einem Anstieg von Entzündungsmarkern in Verbindung gebracht“.

Vorwiegend somatische Differenzialdiagnosen

Relativer Konsens herrscht darüber, dass das zentrale Kennzeichen des Burnout-Syndroms ein chronischer Erschöpfungszustand ist [1][2]. Um dieses unspezifische Merkmal abzugrenzen, ist es wichtig, durch eine sorgfältige somatische Diagnostik zahlreiche körperliche Ursachen auszuschließen (s. Infobox), z. B. Stoffwechselerkrankungen, Infektions- oder Krebserkrankungen, chronisch-ent-

zündliche Erkrankungen, degenerative Erkrankungen, oder unerwünschte Medikamentenwirkungen.

INFO

Somatische Differenzialdiagnosen bei Erschöpfung und Müdigkeit

Hinter dem unspezifischen Symptom „Erschöpfung“ kann sich eine Vielzahl an somatischen Erkrankungen aus allen Kapiteln der ICD-10 verbergen:

- Erkrankungen des Blutes und der blutbildenden Organe:
 - Anämien
 - Eisenmangel
- Stoffwechselerkrankungen:
 - Hypothyreose
 - Diabetes
 - Nebennierenrindeninsuffizienz
- kardio-vaskuläres System, Atmung:
 - Herzinsuffizienz
 - COPD
 - Niereninsuffizienz
- Infektionen und bösartige Neubildungen:
 - Borreliose
 - HIV
 - Tuberkulose
 - Hepatitis
 - Lymphome
 - Malignome
 - Leukämien
- entzündliche Systemerkrankungen, z. B.:
 - rheumatoide Arthritis
 - Multiple Sklerose
- degenerative Erkrankungen des Zentralen Nervensystems
- obstruktive Schlafapnoe
- Restless-Legs-Syndrom
- Medikamentennebenwirkungen

Psychische Differenzialdiagnosen

In der Praxis sollte ein psychosomatisch, psychiatrisch oder psychotherapeutisch spezialisierter Arzt oder psychologischer Psychotherapeut zunächst das Vorliegen einer ICD-10-Diagnose prüfen (s. Infobox) und diese ggf. vergeben. Ist dies geschehen, so halten wir es für sinnvoll, im Falle ihres Vorliegens Z-Faktoren anzugeben, auch wenn diese nicht abrechnungsrelevant sind.

In der ICD-10-GM-2018 heißt es zur Verschlüsselung von Z-Faktoren u. a.: „Wenn irgendwelche Umstände oder Probleme vorliegen, die den Gesundheitszustand einer Person beeinflussen, an sich aber keine bestehende Krankheit oder Schädigung sind. Solche Faktoren können bei Reihenuntersuchungen der Bevölkerung festgestellt werden, wobei eine Person krank sein kann oder nicht, oder

sie werden als ein Zusatzfaktor dokumentiert, der dann berücksichtigt werden muss, wenn die Person wegen irgendeiner Krankheit oder Schädigung behandelt wird.“

INFO

Differenzialdiagnosen der ICD-10

Aus Kapitel F00–F99 (Psychische und Verhaltensstörungen) und Z00–Z99 (Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen):

- F1x Substanzmissbrauch
- F3x Depressive Störungen
- F40.x Phobische Störungen
- F41.x Generalisierte Angst und andere Angststörungen
- F43.2 Anpassungsstörungen
- F43.1 Posttraumatische Belastungsstörungen
- F45.x Somatoforme Störungen
- F48.0 Neurasthenie
- F50.x Essstörungen
- F51.x Schlafstörungen
- F54 Psychologische oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten
- Z56 Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben
 - inkl. Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzwechsel, belastende Einteilung der Arbeitszeit, drohender Arbeitsplatzverlust, nicht zusagen- de Arbeit, Schichtarbeit, schwierige Arbeits- bedingungen, Unstimmigkeiten mit Vorge- setzten oder Arbeitskollegen
- Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung
 - inkl.: Ausgebranntsein [Burnout]

Diagnostische Eingrenzung Burnout

Ungünstige Arbeitsbedingungen können vermittelt über chronischen Stress psychische und psychosomatische Erkrankungen begünstigen [5][6]. Das bedeutet im Umkehrschluss:

Merke

Patienten mit einer arbeitsplatzbezogenen Problematik werden nicht unbedingt mit Burnout vorstellig, sondern oft wegen einer Vielzahl an psychischen und psychosomatischen Beschwerden.

In der Praxis werden neben Erschöpfung auch andere erste Warnzeichen genannt:

- innere Unruhe und Angespanntheit
- Magen-Darm-Probleme
- chronisch wiederkehrende Kopfschmerzen
- Tinnitus

Größere Studien belegen Assoziationen zwischen belastenden Arbeitsbedingungen und Angst und Depression [6][7][8]. Gleichzeitig gibt es erste Hinweise für eine Assoziation zwischen Burnout und kardiovaskulären, muskuloskelettalen, Haut- und allergischen Erkrankungen [9]. Auch die Entwicklung von Diabetes mellitus [10] und Fettstoffwechselstörungen [11] kann mit Burnout assoziiert sein.

Für das häufig genannte Symptom Schlafstörung sind ebenfalls Assoziationen zu Burnout beschrieben [12]. Ein weiterer wichtiger Bereich sind Abhängigkeitserkrankungen und Burnout. Alkohol ist für Beschäftigte beider Geschlechter mit Burnout-Symptomen ein Risikofaktor und umgekehrt sollten bei Beschäftigten mit Alkoholerkrankung auch die Arbeitsbedingungen beachtet werden [13] (s. Infobox).

Merke

Ob ein Arbeitsplatzbezug besteht und welches Ausmaß dieser an der Symptomatologie hat, bedarf einer sorgfältigen Anamnese. Diese setzt die Kenntnis arbeitsplatzbezogener Stressoren durch den Diagnostiker voraus.

INFO

Diagnosen, für die Zusammenhänge mit dem Burnout-Syndrom beschrieben sind

- kardiovaskuläre Erkrankungen
- Hauterkrankungen
- Erkrankungen des Bewegungsapparats
- Stoffwechselprobleme (Blutzucker, Fettstoffwechsel)
- Schlafstörungen
- Alkoholerkrankung
- depressive Störungen
- Angsterkrankungen
- Anpassungsstörungen

FAZIT

In der Behandlung benötigt die Arbeitsplatzproblematik konsequenterweise Raum und Ressourcen. Neben der Behandlung einer somatischen oder psychischen Problematik durch Medikamente, physikalische Maßnahmen oder Psychotherapie gehört die Überprüfung der Arbeitsbedingungen und ggf. ein klärendes Gespräch mit Vorgesetzten mit in die Therapie bei Patienten mit Burnout-Syndrom.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Autorinnen/Autoren



Eva Rothermund

Dr. med.; 1995–2004 Studium und Promotion Charité Berlin. Seit 2013 Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm. Seit 2014 leitend tätig in verschiedenen Settings in Klinik und Forschung, aktuell im Kompetenzzentrum für seelische Gesundheit am Arbeitsplatz, Universität Ulm. Wissenschaftliche Schwerpunkte: klinische Versorgungsforschung, komplexe Interventionen, Gruppentherapieangebote, Schmerztherapie und Psychosomatische Gesundheit und soziale Interaktion.



Jörn von Wietersheim

Univ.-Prof. Dr. phil., Jahrgang 1956. Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Professor für Psychosomatische Medizin der Universität Ulm, Leitender Psychologe der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm. Stellvertretende Leitung der Klinik, Leitung der Hochschulambulanz, Leitung der Psychosomatischen Sprechstunden im Betrieb. Forschungsschwerpunkte: Versorgungsforschung, Psychotherapieforschung, Arbeit und Gesundheit, Essstörungen.



Elisabeth Maria Balint

Dr. med.; 2000–2008 Studium der Humanmedizin und Promotion in Regensburg und Ulm, 2009–2013 Assistenzärztin in der Inneren Medizin II (Kardiologie, Pulmologie, Angiologie, Sport- und Rehabilitationsmedizin) der Universitätsklinik Ulm, seit 2013 Assistenzärztin in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsklinik Ulm, klinische Arbeit in der Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb. Forschungsschwerpunkte: psychophysiologische Aspekte in den Bereichen Kardiologie, Arbeit und Gesundheit.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Eva Rothermund

Universität Ulm
Kompetenzzentrum für seelische Gesundheit am Arbeitsplatz
Leadership Personality Center Ulm, LPCU
Kornhausgasse 9
89073 Ulm
eva.rothermund@uni-ulm.de

Literaturverzeichnis

- [1] Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108: 781–787
- [2] Korczak D, Kister C, Huber B. *Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms*. Köln: DIMDI; 2010
- [3] Maslach C. Burned-out. *Hum Behav* 1976; 5: 16–22
- [4] Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: A review. *Clin Psychol Rev* 2015; 36: 28–41
- [5] Theorell T, Hammarstrom A, Aronsson G et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health* 2015; 15: 738
- [6] Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32: 443–462
- [7] Muschalla B, Linden M. Workplace Phobia, Workplace Problems, and Work Ability among Primary Care Patients with Chronic Mental Disorders. *J Am Board Fam Med* 2014; 27: 486–494
- [8] Battams S, Roche AM, Fischer JA et al. Workplace risk factors for anxiety and depression in male-dominated industries: a systematic review. *Heal Psychol Behav Med* 2014; 2: 983–1008
- [9] Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M et al. The association between burnout and physical illness in the general population – results from the Finnish Health 2000 Study. *J Psychosom Res* 2006; 61: 59–66
- [10] Melamed S, Shirom A, Toker S et al. Burnout and Risk of Type 2 Diabetes: A Prospective Study of Apparently Healthy Employed Persons. *Psychosom Med* 2006; 68: 863–869
- [11] Shirom A, Westman M, Shamai O et al. Effects of work overload and burnout on cholesterol and triglycerides levels: the moderating effects of emotional reactivity among male and female employees. *J Occup Heal Psychol* 1997; 2: 275–288
- [12] Ekstedt M, Söderström M, Åkerstedt T et al. Disturbed sleep and fatigue in occupational burnout. *Scand J Work Environ Heal* 2006; 32: 121–131
- [13] Ahola K, Honkonen T, Pirkola S et al. Alcohol dependence in relation to burnout among the Finnish working population. *Add* 2006; 101: 1438–1443

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0556-2431>
PiD - Psychotherapie im Dialog 2018; 19: 34–37
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 1438–7026