

## HTA-Bericht | Kurzfassung

# Therapie des Burnout-Syndroms

Korczak D, Wastian M, Schneider M

## Gesundheitspolitischer Hintergrund

Das Burnout-Syndrom hat in den letzten Jahren eine hohe gesellschaftliche Aufmerksamkeit erzielt durch Berichte über die Zunahme von Krankheitstagen, das Outen von Personen des öffentlichen Lebens mit der Diagnose Burnout und die wissenschaftliche Diskussion zur Diagnostik des Burnout. Es mehren sich die Berichte, die auf ein ungezügelter und ungeprüftes Wachstum von Burnout-Therapien verweisen. In der Öffentlichkeit entsteht der Eindruck, dass Burnout bereits den Charakter einer Volkskrankheit angenommen hat. Nach Ergebnissen einer Repräsentativerhebung aus dem Jahr 2011 soll bei rund 1,9 Millionen Menschen ab 14 Jahren in Deutschland ein Arzt schon einmal ein Burnout-Syndrom diagnostiziert haben. Ökonomisch betrachtet stellen rund 1,8 Millionen Fehltag 2010 wegen eines Burnout-Syndroms eine gesundheitspolitische Last dar.

## Wissenschaftlicher Hintergrund

Ausgehend von der Definition von Herbert Freudenberger ist Burnout allgemein gesprochen ein Zustand der physischen und mentalen Erschöpfung, der sich langsam über einen Zeitraum von andauerndem Stress und Energieeinsatz entwickelt und zu einer Erschöpfung aufgrund von Überforderungen geführt hat. Durch die unklare Diagnostik, die Vielfalt der Symptome und divergierende Ursachenerklärungen des Burnout weist die Literatur zur Therapie des Burnout-Syndroms Unschärfe auf. Prävention, Intervention und Therapie werden in Bezug auf Burnout kaum voneinander abgegrenzt. Gleichartige oder ähnliche Interventionen werden unterschiedlich „etikettiert“, d. h. als Burnout-Intervention, als Burnout-Therapie oder als Maßnahmen zur Vorbeugung oder Linderung von Stress bzw. stressbedingten Krankheiten. Die Therapie des Burnout-Syndroms hängt wesentlich davon ab, als was Burnout verstanden wird, ob als eigenständiges Krankheitsbild, als Vorstufe einer Depression oder als mit Depression assoziierte Komorbidität.

Therapien, die gegenwärtig zur Behandlung des Burnout-Syndroms angewendet werden, sind: Psychotherapie, insbesondere Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Phytotherapie, Physiotherapie, adjuvante Pharmakotherapie und komplementäre Verfahren, wie Musiktherapie oder körperzentrierte Therapien.

## Medizinische Forschungsfragen

Wie wird ein Burnout-Syndrom therapiert?

Wie ist der Erfolg der eingesetzten Therapien zu bewerten?

Deutsche Agentur für HTA  
des DIMDI (DAHTA)  
Waisenhausgasse 36-38a  
50676 Köln

Tel.: +49 221 4724-525  
Fax +49 221 4724-444  
dahta@dimdi.de  
www.dimdi.de

Alle HTA-Berichte des DIMDI sind  
in der DAHTA-Datenbank und bei  
German Medical Science (GMS)  
kostenlos recherchierbar.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit

### **Ökonomische Forschungsfrage**

Welche Kosten entstehen durch die eingesetzten Therapiemaßnahmen?

### **Juristische Forschungsfrage**

Welche juristischen Aspekte sind bei der Therapie des Burnout besonders zu beachten?

### **Soziale Forschungsfrage**

Welche Personengruppen nehmen Burnout-Therapien in Anspruch? Gibt es soziodemografische Schwerpunkte?

### **Ethische Forschungsfrage**

Welche ethischen Implikationen werden bei den eingesetzten Therapien berücksichtigt?

### **Methodik**

Die relevante Studienliteratur ist anhand von Schlagworten in 31 Datenbanken (u. a. EMBASE, MEDLINE, PsycINFO) für den Zeitraum 2006 bis 2011 gesucht worden. Wichtige Einschlusskriterien sind Burnout, therapeutische Intervention und Treatment outcome. Anhand der Schlagwortsuche sind 314 Abstracts identifiziert worden. Zwei unabhängige Reviewer haben die Abstracts gesichtet sowie unter Berücksichtigung der Oxford Level of Evidence 47 Volltexte ausgewählt. Nach einer gründlichen Prüfung der Studiendesigns, insbesondere ob die Wirksamkeit von Burnout-Therapien untersucht wird, sind 17 Studien in den Health Technology Assessment (HTA)-Bericht eingeschlossen worden.

### **Medizinische Forschungsergebnisse**

In 14 Studien wird Burnout mit KVT, Stressmanagementtraining (SMT), Rosenwurz, Physiotherapie, Qigong und Musik therapiert. Es wird auch von Selbsthilfegruppen, arbeitsplatzbezogenen Interventionen und dem Einsatz von Meditation berichtet. Eine Studie spricht von dem Einsatz einer multimodalen Psycho-, Bewegungs- und Entspannungstherapie. Es werden außerdem Psychopharmaka – vor allem Antidepressiva und Anxiolytika – eingesetzt.

Die Bewertung der Wirksamkeit der eingesetzten Therapien ist anhand der Studienlage problematisch. Zur Rosenwurz- und zur Physiotherapie liegt jeweils nur eine Studie vor, die beiden vorhandenen Studien zu Qigong sind von demselben Hauptautoren verfasst worden. Selbst wenn mehrere Studien zu einem Therapieverfahren vorhanden sind, sind die einzelnen Interventionsmaßnahmen, die -intensität und die -dauer jeweils unterschiedlich. Zur Messung des Therapie-Outcomes wird überwiegend das Maslach Burnout Inventar (MBI) verwendet, aber ohne standardisierte Cut-off-Punkte und ohne klinische Validierung. In mehreren Studien tritt eine Reduktion des Burnout auch ohne Therapie bzw. mit der Standardtherapie ein. Die

Störgrößen bei der Durchführung der Therapien sind erheblich und können die Therapiewirkung sowohl positiv wie negativ beeinflussen. Unter Berücksichtigung der genannten Limitationen bewirken KVT und Rosenwurz-Therapie eine Reduktion des Burnout. Die Ergebnisse zur Wirksamkeit der anderen Therapieformen sind nicht eindeutig.

### **Ökonomische Ergebnisse**

Zwei Studien befassen sich mit Kostenaspekten. In der einen Studie führt eine Therapie, die KVT mit arbeitsplatzbezogenen Interventionen kombiniert, zu einer schnelleren Rückkehr in den Beruf und die Arbeitstätigkeit. In der anderen Studie wird mit dem in älteren Studien (1993 bis 2001) ermittelten Rückgang der Arbeitsunfähigkeits- und Behandlungskosten pro Jahr und Person nach einer Psychotherapie argumentiert. Die mit den unterschiedlichen Therapien verbundenen Kosten können anhand der vorliegenden Studien nicht beurteilt werden.

### **Juristische Ergebnisse**

Juristische Implikationen von Burnout-Therapien werden in den Studien nicht behandelt.

### **Soziale Ergebnisse**

In den untersuchten Studien liegt der Altersschwerpunkt der behandelten Populationen zwischen 40 und 50 Jahren, der Anteil der Frauen ist in den meisten Studien deutlich höher als der der Männer. Die Studien decken sehr verschiedene Berufsgruppen ab – Arbeiter, Polizisten, Selbstständige, Lehrer –, mehrheitlich finden die Untersuchungen aber mit Gesundheitsberufen statt (Ärzte, Krankenschwestern, Pfleger, Medizinstudenten). Die Rekrutierung der Studienteilnehmer ist insgesamt sehr selektiv, anhand der ausgewerteten Studien kann keine repräsentative Aussage zur Soziodemografie von Burnout-Patienten gemacht werden.

### **Ethische Ergebnisse**

Ethische Implikationen werden in den Studien nicht diskutiert. Die Wirkung von Arbeitsstrukturen, -klima, -abläufen, -prozessen und -verdichtung wird in den Therapiestudien insgesamt zu wenig bzw. überhaupt nicht berücksichtigt oder problematisiert.

### **Diskussion**

Trotz einer Reihe von Studien mit hohen Evidenzleveln haben die Aussagen zur Wirksamkeit von Burnout-Therapien vorläufigen Charakter und sind von begrenzter Reichweite. Die Autoren der Studien beklagen die zu geringe Anzahl qualifizierter Studien zur Therapie des Burnout-Syndroms und weisen auf die unzureichende Evaluation von Therapiestudien sowie auf die Notwendigkeit weiterer Forschung hin. Einige Autoren berichten beträchtliche Effekte natürlicher Erholung.

Zahlreiche Einschränkungen beeinträchtigen die Qualität der Ergebnisse. Interventionsinhalte und -dauer, Studiendesign und Untersuchungspopulati-

onen sind sehr unterschiedlich und lassen direkte Vergleiche nicht zu. Die Stichproben sind überwiegend klein mit geringer statistischer Power, es fehlen längerfristige Follow-up. Komorbiditäten und parallel in Anspruch genommene Therapien sind unzureichend erfasst bzw. kontrolliert worden. Die weit überwiegende Anzahl der Studien verwendet das MBI, dessen klinische Validität nicht bewiesen ist, als Diagnose- und/oder Outcome-Tool, mit jeweils verschiedenen Cut-off-Werten, zur Bestimmung des (schweren) Burnout.

### **Schlussfolgerung**

Die Wirkung der Therapien, die zur Behandlung des Burnout-Syndroms eingesetzt werden, ist unzureichend erforscht. Es liegt nur zur Wirkung der KVT eine hinreichend große Anzahl von Studien vor, die ihre Wirksamkeit belegen. Es fehlen große langfristig angelegte experimentelle Studien, die die einzelnen Therapien in ihrer Wirkung vergleichen und evidenzbasiert evaluieren. Auch die ohne Einfluss einer bestimmten Therapie erreichte „natürliche“ Erholung ist näher zu untersuchen.

Weder die Diagnostik noch die Therapie des Burnout-Syndroms sind optimal. Es ist daher zweifelhaft, ob an Burnout erkrankte Personen jeweils eine angemessene Behandlung erhalten.

Es ist außerdem zu prüfen, inwieweit Therapien und ihre mögliche Wirkung durch die Bedingungen am Arbeitsplatz und die Arbeitsplatzsituation konterkariert werden.