

HTA-Bericht | Kurzfassung

Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms

Korczak D, Kister C, Huber B

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

Gesundheitspolitischer Hintergrund

Nach Schätzungen der Betriebskrankenkassen sind rund neun Millionen Deutsche vom sog. Burnout-Syndrom betroffen. Obwohl bisher keine einheitliche Definition des Burnout existiert und Burnout weder in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision (ICD-10) noch im Diagnostischen und Statistischen Handbuch psychischer Störungen (DSM-IV) eine eigenständige Diagnose darstellt, werden in der klinischen Praxis Burnout-Diagnosen vergeben und entsprechende Therapien eingeleitet, indem auf andere Diagnosen z. B. Depression ausgewichen wird. Burnout geht für den Betroffenen mit erheblichem subjektiven Leiden, gesundheitlichen Problemen und einer reduzierten Arbeitsleistung einher. Die Schätzungen der durch beruflichen Stress entstehenden Kosten sind immens. Gleichzeitig lassen sich in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme der Verschreibung von Psychopharmaka und ein Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von psychischen Erkrankungen verzeichnen. Vor dem Hintergrund dieser Indizien, die auf eine steigende Prävalenz der psychischen Störungen hindeuten, und den damit verbundenen individuellen, gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Auswirkungen erklärt sich die gesundheitspolitische Brisanz der Diagnostik und Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms.

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

Wissenschaftlicher Hintergrund

Bisher wird in der Wissenschaft unter Burnout häufig ein arbeitsbezogenes Syndrom verstanden, das sich aus den Dimensionen emotionale Erschöpfung, Depersonalisation oder Zynismus und einer verminderten Leistungsfähigkeit bildet. Faktisch existiert jedoch keine einheitlich gültige Definition. Es handelt sich eher um eine „randunscharfe Menge“. Ebenso finden sich in der Literatur eine Vielzahl unterschiedlicher Burnout-Symptome sowie mehrere Verlaufstheorien und Erklärungsmodelle. Darüber hinaus existieren konkurrierende Burnout-Messinstrumente. Zur Differentialdiagnostik liegen nur Symptomkataloge mit hohem Allgemeinheitsgrad vor. Folglich sind z. B. sowohl die psychischen und psychobiologischen Mechanismen, die den verschiedenen Symptomen zugrunde liegen, wie auch die Zusammenhänge mit anderen Krankheitsbildern größtenteils ungeklärt. Zudem sind die psychosozialen Folgen Burnout-Betroffener und die Auswirkungen auf andere (z. B. Kollegen, Patienten) weitgehend unbekannt.

Medizinische Forschungsfragen

1. Wie wird Burnout diagnostiziert? Welche Kriterien sind hierfür relevant?
2. Welche Störungen sind differentialdiagnostisch besonders relevant/ werden diskutiert?

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

3. Werden in den entsprechenden Diagnoseinstrumenten Differentialdiagnosen gestellt?
4. Wie valide und reliabel sind die Diagnoseinstrumente?

Ökonomische Forschungsfrage

Welchen ökonomischen Aufwand verursacht die Differentialdiagnostik in Bezug auf Burnout?

Ethische Forschungsfragen

1. Inwieweit kommt es zu einer Stigmatisierung von Burnout-Patienten?
2. Gibt es negative Effekte von Burnout-Trägern auf Patienten/Klienten?

Methodik

Basierend auf den Fragestellungen werden verschiedene für die Fragestellung relevante Suchbegriffe definiert, die am 25.03.2009 von Art & Data Communication im Auftrag des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation (DIMDI) in 36 elektronischen Literaturdatenbanken recherchiert werden.

Der zeitliche Rahmen erstreckt sich von einschließlich 2004 bis einschließlich 2009. Deutsch- und englischsprachige Literatur werden eingeschlossen. Es werden Einzelsuchen zu medizinischen, gesundheitsökonomischen, juristischen und ethischen Themen durchgeführt. Zusätzlich zur systematischen Literaturrecherche durch das DIMDI wird von den Autoren eine Handrecherche durchgeführt.

Die methodische Qualität der Studien wird anhand von Checklisten der German Scientific Working Group Technology Assessment for Health Care (GSWG = German Scientific Working Group) bewertet.

Medizinische Ergebnisse

Von 826 medizinischen Treffern erfüllen 25 die Einschlusskriterien.

Zentrales Ergebnis dieses Berichts ist, dass es bisher kein standardisiertes, allgemeingültiges Vorgehen gibt, um eine Burnout-Diagnose zu stellen. Bislang werden in den Studien überwiegend nur schriftliche Selbstbeurteilungsbögen eingesetzt, vor allem das Maslach Burnout-Inventar (MBI). Ob mit diesem Instrument Burnout wirklich diagnostiziert werden kann, ist anhand der berücksichtigten Studien nicht verlässlich zu beantworten. Als durchgängiges Merkmal eines Burnout zeigt sich die Dimension der emotionalen Erschöpfung. Die Bedeutung der Dimensionen Depersonalisation und Leistungsbereitschaft bzw. -fähigkeit ist unklar, da die Studien hierzu teilweise recht unterschiedliche Ergebnisse zeigen. Die bisher gelieferten Cutoff-Punkte erfüllen nicht den Anspruch der diagnostischen Gültigkeit, da die Generierung dieser Werte nicht der wissenschaftlichen Testkonstruktion entspricht. Generell gibt es bislang keine validen Diagnosekriterien. Folglich liegt es gegenwärtig im ärztlichen Ermessen, Burnout zu diagnostizieren und entsprechende Therapien einzuleiten.

In den ausgewerteten Studien werden insbesondere die Zusammenhänge zwischen Burnout und Depression, zwischen Burnout und dem Konzept der anhaltenden Erschöpfung, als auch zwischen Burnout und Alexithymie diskutiert. Ein phasenhafter Zusammenhang einzelner Konstrukte ist denkbar.

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. Der Zusammenhang von Burnout mit anderen Krankheitsbildern ist derzeit noch unklar.

Innerhalb der gängigen Burnout-Messinstrumente (MBI, Shirom Melamed Burnout-Fragebogen (SMBQ), Oldenburger Burnout-Inventar (OLBI), Kopenhagener Burnout-Inventar (CBI), Schul-Burnout-Inventar (SBI)) sind keine differentialdiagnostischen Screeningtools integriert. Mittels des MBI können jedoch Burnout-Simulanten relativ sicher entlarvt werden. Die bisher diskutierten Burnout-Messinstrumente erfassen größtenteils verlässlich ein dreidimensionales Burnout-Konstrukt, insofern sie für die jeweilige Population berufsspezifisch und sprachlich-kulturell modifiziert werden.

Ökonomische Ergebnisse

Von den 102 ökonomischen Treffern erfüllt keine Studie die festgelegten Einschlusskriterien. Es können keine Ergebnisse präsentiert werden.

Ethische und juristische Ergebnisse

Von den insgesamt 852 Treffern erfüllt eine Studie die Einschlusskriterien. Es können jedoch Ergebnisse aus den medizinischen Studien herangezogen werden, um über ethische Aspekte zu berichten.

Innerhalb der bewerteten Studien wird deutlich, dass Burnout-Betroffene unter den Symptomen dieses Phänomens leiden. Gleichzeitig ist ersichtlich, dass sich Burnout nicht nur direkt auf Betroffene, sondern durch die auftretenden Symptome auch auf Menschen im Umfeld der Betroffenen negativ auswirkt. Demnach geht Burnout auch mit indirekten Opfern einher. So zeigt eine Studie, dass Ärzte mit hohen Burnout-Werten mehr Behandlungsfehler angeben als Ärzte ohne Burnout. Gleichzeitig steigt das Risiko eines Burnout mit dem Begehen eines Behandlungsfehlers an. Anhaltspunkte für eine Stigmatisierung Burnout-Betroffener werden nicht erlangt.

Diskussion

Die medizinische Evidenz der vorliegenden Studien ist überwiegend als gering zu beurteilen aufgrund ihres deskriptiven und explorativen Charakters, beliebig zusammengestellter Samples, fehlender Kontrollgruppen und fehlender externer Fremdbeurteilungen. Das MBI wird in 85% der vorliegenden Studien verwendet. Doch dieser Selbstbeurteilungsfragebogen ist nicht für den diagnostischen, sondern für den wissenschaftlichen Gebrauch bestimmt. Valide Cutoff-Werte für die diagnostische Einteilung in mildes oder klinisches Burnout liegen nicht vor und werden auch von den analysierten Studien nicht geliefert. Da es noch keine einheitlich valide Definition des Burnout gibt, ist unklar, ob das MBI und alle anderen Burnout-Messinstrumente wirklich Burnout messen. Definitorische Unklarheiten werden in den vorliegenden Untersuchungen häufig vernachlässigt. Anhand der analysierten Studienergebnisse ist ersichtlich, dass beinahe jedes eingesetzte Burnout-Instrument (Athlete Burnout Questionnaire (ABQ), CBI, MBI, OLBI, SBI, SMBQ) in jeder Population ein dreidimensionales Phänomen valide und verlässlich messen kann, wenn es entsprechend modifiziert wird. Diese

Modifikationen stellen die Konstruktvalidität des Burnout und die Möglichkeit einer einheitlichen validen Diagnostik und Differentialdiagnostik infrage. Der Zusammenhang der drei Burnout-Dimensionen untereinander und die Bedeutung der MBI-Dimensionen Depersonalisation und Leistungsfähigkeit bleiben unklar, da sich in den Publikationen sowohl ähnliche wie differenzierte Ergebnisse zeigen. Es werden beispielsweise zeitlich-phasenhafte Zusammenhänge in Erwägung gezogen und der Einsatz einer Ineffizienz-Dimension anstatt der Dimension Leistungsbereitschaft diskutiert. Da kaum longitudinale Studien in die Auswertung einfließen, können keine zeitlichen Zusammenhänge verschiedener Symptome und Konzepte eruiert werden. Objektive Daten wie medizinische Gesundheitsparameter, Krankmeldungen oder Beurteilungen durch Dritte werden extrem selten in die Untersuchung einbezogen.

Schlussfolgerung

Gegenwärtig liegt kein valides differentialdiagnostisches Instrument zur Bestimmung von Burnout vor. Gleichzeitig scheint Burnout ein Phänomen von erheblicher Prävalenz und Kostenrelevanz, auch für Krankenkassen, zu sein. Es wird deshalb (1) empfohlen, weitere, vor allem hochwertige Studien durchzuführen, um das Burnout-Phänomen näher zu ergründen. Ebenso muss (2) systematisch und im gegenseitigen wissenschaftlichen Einverständnis eine einheitliche und international valide Definition des Burnout gefunden werden, die sich nicht auf die Gemeinsamkeiten der bisherigen Definitionen beschränkt. Gleichfalls ist es notwendig (3) eine standardisierte, international valide Variante der Burnout- und Differentialdiagnostik zu finden, (4) ein Fremdbeurteilungsinstrument für die Diagnose des Burnout zu entwickeln und (5) die volkswirtschaftlichen Aspekte und die finanziellen Auswirkungen (auf Patienten wie Krankenkassen) zu untersuchen.