



Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema

Burnout

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde

I ANLASS FÜR DAS POSITIONSPAPIER

Seit mehreren Monaten wird das Thema Burnout intensiv und mit hoher Dynamik in der Öffentlichkeit diskutiert. Es wurde als Titelthema in vielen Zeitschriften aufgegriffen und in öffentlichen Diskussionsrunden thematisiert. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) begrüßt diese Entwicklung nachdrücklich, da mit ihr das noch immer auf psychischen Erkrankungen liegende gesellschaftliche Stigma reduziert wird. Ermutigt durch Prominente, wie z.B. Miriam Meckel, Ralf Rangnick oder Tim Mälzer, die öffentlich über ihre psychischen Krisen berichten, fällt es Betroffenen erkennbar leichter, ohne Scham über ihre eigenen psychischen Probleme und Erkrankungen zu reden.

Die DGPPN sieht jedoch gleichzeitig in der jetzigen Burnout-Diskussion erhebliche Verwirrungen und potenzielle Fehlentwicklungen. Die Spannweite der Diskussion reicht von der völligen Negierung der Relevanz des Burnouts als psychische Erkrankung bis hin zur Warnung vor einer tickenden, bisher übersehenen Zeitbombe. So bedürfen nicht zuletzt folgende weitverbreitete Sichtweisen einer fachlichen Kommentierung:

➤ **Gleichstellung von Burnout mit jeglicher Form einer psychischen Krise und Erkrankung im zeitlichen Zusammenhang mit einer Arbeitsbelastung**

Damit bleibt das international geltende Klassifikationssystem psychischer Erkrankungen (ICD-10, F-Gruppe) der Weltgesundheitsorganisation unbeachtet, das eine solche undifferenzierte Betrachtungsweise nicht zulässt.

➤ **Gebrauch des Begriffs Burnout ersatzweise für Depressionen von arbeitenden Menschen**

Bei der Berichterstattung in den Medien wird zum Teil eine Krankheitsdefinition gefördert, die den Begriff Burnout mit einer Erkrankung der Leistungsträger und der „Starken“ gleichsetzt, den Begriff Depression dagegen mit einer Erkrankung der (anlagebedingt) „Schwachen“ verknüpft. Diese Bewertung trifft nicht zu und bringt zudem die Gefahr einer neuen Stigmatisierung depressiv erkrankter Menschen mit sich.

Präsident

Prof. Dr. med. Peter Falkai, Göttingen

President Elect

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier, Bonn

Past President

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider, Aachen

Schriftführer

Prof. Dr. med. Oliver Gruber, Göttingen

Kassenführer

Priv.-Doz. Dr. med. Felix M. Böcker, Naumburg

Beisitzerin Versorgung und Sozialpsychiatrie

Dr. med. Iris Hauth, Berlin-Weißensee

Beisitzer Aus-, Fort- und Weiterbildung

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen, Lübeck

Beisitzer Forschung

Prof. Dr. med. Heinrich Sauer, Jena

Beisitzerin Psychotherapie

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz, Heidelberg

Beisitzer Psychosomatik

Prof. Dr. med. Martin Bohus, Mannheim

Beisitzer Qualitätssicherung und Rehabilitation

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf

Vertreter Universitätskliniken

Prof. Dr. med. Andreas Heinz, Berlin

Vertreter Fachkliniken

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer, Ingolstadt

Vertreter Psychiatrische Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern

Prof. Dr. med. Arno Deister, Itzehoe

Vertreter BVDN

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

Vertreter BVDP

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Komm. Leiterin der Geschäftsstelle

Dipl. Biol. J. Amlacher

DGPPN Geschäftsstelle Berlin

Reinhardtstraße 14

10117 Berlin

Tel.: 030/2404772-0

Fax: 030/2404772-29

E-Mail: sekretariat@dgppn.de

Internet: www.dgppn.de

➤ **Burnout als primäres Problem des Gesundheitssystems**

Vom Gesundheitssystem wird erwartet, Burnout-Beschwerden und ihre gesamtgesellschaftlichen Folgen, wie den Anstieg durch psychische Störungen bedingter Krankschreibungen und Frühberentungen, vorzubeugen und zu beheben. Diesbezüglich sehen wir jedoch primär Sozialpartner und Politik in der Pflicht, der postulierten Überforderung einer steigenden Zahl von Berufstätigen mit negativen Konsequenzen für ihre psychische Gesundheit entgegenzuwirken.

Die DGPPN möchte mit diesem Positionspapier zu einer Versachlichung der Diskussion beitragen und helfen, bestehende Unzulänglichkeiten und Unsicherheiten zu klären. Diese beziehen sich auf den Umgang mit dem Burnout-Phänomen im Gesundheitssystem, der Arbeitswelt und der Gesellschaft.

Im Folgenden werden auf dem Boden bisheriger empirisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse eine differenzierte Definition von Burnout-Zuständen, darauf aufbauende Angaben zu Häufigkeit und Risiken sowie Vorschläge zu Prävention, Therapie und Rehabilitation dargestellt.

II DEFINITION VON BURNOUT-ZUSTÄNDEN

A. Gängige Burnout-Konzepte

Der Begriff Burnout wurde in den 70-er Jahren von dem New Yorker Psychotherapeuten Herbert Freudenberger eingeführt. Damit beschrieb er einen Zustand, den er bei Beschäftigten in sozialen Berufen beobachtete, die sich in ihrer Arbeit überengagiert hatten. Die „Ausgebrannten“ fühlten sich u.a. müde, überfordert, lustlos und durch körperliche Beschwerden beeinträchtigt. Trotz inzwischen etwa 1000 Publikationen pro Jahr zu diesem Thema, ist es bisher nicht gelungen, sich auf eine normierte, einheitliche und verbindliche Begriffsbildung zu einigen. Heute wird in Deutschland das Thema Burnout zunehmend als Problem des Gesundheitssystems gesehen. In anderen Ländern wird es hingegen ausschließlich als Problem der Arbeitswelt, d.h. als ein Thema der Sozial- und Tarifpartner sowie der Arbeitspsychologie verstanden.

In einer älteren Übersichtsarbeit wurden bereits 16 unterschiedliche Burnout-Definitionen einander gegenübergestellt (Rook, 1998). Die aktuelle Zahl von Definitionsversuchen ist beträchtlich größer (siehe Hillert & Marwitz, 2006; Burisch, 2010; Rösing, 2010). Als Einzelsymptome eines Burnouts wurden bereits mehr als 160 verschiedene Beschwerden publiziert (Burisch, 2010; Maslach et al., 2009). Galten zunächst ausschließlich in Gesundheitsberufen tätige Menschen als gefährdet, werden nun alle Berufssparten als bedroht erachtet. Laut aktuellem Wissensstand ist ein Burnout zudem auch bei außerberuflich Tätigen, etwa in der familiären Krankenpflege, eine potenzielle Gefahr. Wurde initial davon ausgegangen, dass ausgeprägter Enthusiasmus („gebrannt zu haben“) eine Vorbedingung von Burnout sei, hat sich auch dies zunehmend relativiert (z.B. Schmitz & Leidel, 1999).

Die in der Literatur berichteten Burnout-Beschwerden werden häufig in drei Dimensionen gegliedert:

I. Emotionale Erschöpfung als die basale Dimension. Sie umfasst das Gefühl der Überforderung und des Ausgelaugtseins bezüglich der eigenen psychischen und körperlichen Reserven. Mit dem Energiemangel verbunden sind Symptome wie Müdigkeit und Niedergeschlagenheit sowie das Auftreten von Anspannungszuständen. Zu beobachten sind in diesem Zusammenhang zudem häufig eine Unfähigkeit, sich in der Freizeit zu entspannen, und Schlafstörungen. An körperlichen Beschwerden werden Magen-Darm-Symptome, Kopf- und Rückenschmerzen und eine vermehrte Anfälligkeit für Infekte genannt.

II. Zynismus/Distanzierung/Depersonalisation. Aus dem idealisierten Verhältnis zur Arbeit, die meist mit positiven Erwartungen begonnen wurde, entwickelt sich zunehmend Frustration mit anschließender Distanzierung von der Arbeit. Dies ist verbunden mit Schuldzuweisungen für die verändert erlebte Arbeit und einer Verbitterung gegenüber den Arbeitsbedingungen. Diese Frustration führt schließlich zu einer Abwertung der Arbeit und zum Zynismus, der sich oft auch gegen Arbeitskollegen und Klientel richtet. Dies wiederum bedingt beim Betroffenen Schuldgefühle. Häufig wird auch ein Gefühlsverlust (Depersonalisation) beobachtet.

III. Verringerte Arbeitsleistung. In der Selbsteinschätzung besteht der Eindruck einer nachhaltigen Minderung der Arbeitsleistung, Kompetenz und Kreativität u.a. durch Konzentrationsstörungen und Arbeitsunzufriedenheit.

Bei allen Burnout-Definitionen gilt als notwendige Voraussetzung der Probleme, dass die Betroffenen selbst ihr Beschwerdebild als Folge der Arbeitsbelastung sehen. Entsprechend glauben sie, dass die Beschwerden bei fortbestehenden negativen Arbeitsbedingungen anhalten, sich aber meist nach Schaffung einer neuen, als förderlich erlebten Arbeitssituation zurückentwickeln.

Entsprechend der initialen Definition des Burnout von Freudenberg wird zwar einerseits in den breit anerkannten Definitionen wie der von Schaufeli und Enzmann (1998) – „Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand „normaler“ Individuen ...“ – davon ausgegangen, dass es sich nicht um eine Erkrankung handelt. Andererseits werden hier schwerste psychische Krankheitssymptome wie Depression, Suizidalität, schwere Konzentrations- und Gedächtnisstörungen oder existenzielle Verzweiflung angeführt.

Messinstrumente für Burnout-Beschwerden wurden entwickelt: In den meisten Veröffentlichungen werden Burnout-Beschwerden mit einer Selbstbeurteilungsskala, dem Maslach-Burnout-Inventar (MBI) mit 25 Items erfasst und gemessen. Ziel dieses Inventars ist nicht die Diagnose eines Burnout-Syndroms, sondern die Erfassung des subjektiven Ausmaßes der Beschwerden. Auch wenn es einzelne Versuche, etwa in Holland oder Skandinavien gibt, einen Cutoff-Wert für ein leichtes, mittelschweres und schweres Burnout festzulegen, erfüllen diese nicht den Anspruch der diagnostischen Gültigkeit. D.h. es liegt gegenwärtig im ärztlichen Ermessen, Burnout festzustellen und eine geeignete Therapie als indiziert zu erachten.

Bezüglich der schrittweisen Entwicklung eines Burnout bestehen eine Vielzahl unterschiedlicher **Phasen- und Stufenmodelle**, die plausibel erscheinen mögen, sich jedoch nicht als wissenschaftlich valide und generalisierbar erwiesen haben. Mit den internationalen Diagnosekriterien psychischer Erkrankungen (International Classification of Diseases, ICD-10) gänzlich unvereinbar sind „Burnout-Spiralen“, bei denen Symptome wie gewichtige Konzentrationsstörungen, depressive Stimmungen und Suizidalität als Vorstufen eines voll ausgebildeten Burnout-Syndroms aufgelistet werden.

B. DGPPN-Konzept zur Burnout-Klassifikation

Eine Einordnung des Burnout in die auch in Deutschland verbindliche Kategorisierung und Klassifikation von Erkrankungen der WHO ist bisher nicht erfolgt. Daher soll im Folgenden eine Systematik dargestellt werden, die es ermöglicht, die im Zusammenhang mit Arbeitsbelastung auftretenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Übereinstimmung mit der ICD-10 zu differenzieren. Die DGPPN hält eine solche Differenzierung für dringend notwendig, um dem Phänomen Burnout im Gesundheitswesen gegenüber Kostenträgern/Krankenkassen, aber auch in der Arbeitswelt und Gesellschaft adäquat Rechnung zu tragen (Abb. 1).

Die isolierte Betrachtung des Burnout-Beschwerdebilds greift unseres Erachtens zu kurz. Vielmehr müssen die dynamischen Zusammenhänge der arbeitsplatzbezogenen und individuellen

Auslöserbedingungen einschließlich eventuell bestehender Krankheiten berücksichtigt werden. Diese Zusammenhänge werden in Abb. 1 dargestellt, die Kategorisierung ist an die ICD-10 angelehnt und die Burnout-Beschwerden sind in zwei Kategorien differenziert, a) **ohne** und b) **mit gleichzeitig bestehender ICD-10-Erkrankung**.



Abb. 1 DGPPN-Konzept zum Übergang von Arbeitsbelastung zur Krankheit

1. Vorübergehende Arbeitsüberforderung

Ungewöhnliche Anforderungen der Arbeitswelt können mit vegetativen Stresssymptomen wie Angespanntheit, verminderter Schlafqualität und einem Erschöpfungsgefühl verbunden sein. Wenn diese vorübergehend, absehbar zeitlich begrenzt sind und sich die Stressreaktionen in kurzen Erholungsphasen zurückbilden, sollte nicht von Burnout gesprochen werden. Ansonsten besteht die Gefahr, routinemäßig bewältigbare Prozesse des Arbeitslebens in die Nähe von Krankheitszuständen zu rücken.

2. Burnout als längerfristige Arbeitsüberforderung

Hält ein solcher Zustand jedoch längere Zeit, d.h. mehrere Wochen bis Monate, an, ist ein Ende nicht absehbar und führen kurze Erholungsphasen, etwa an Wochenenden, nicht zu einer Rückbildung von Erschöpfung, vegetativer Symptomatik, Leistungsminderung sowie der kritischen Distanz zur Arbeit, sollte von einem **Burnout** gesprochen werden. Subjektiv erlebte Arbeitsüberforderung kann ein breites Spektrum von Ursachen (siehe auch Abschnitt IV) umfassen:

- Arbeitsplatzbezogene Faktoren sind z.B. real unbewältigbarer Arbeitsanfall, mangelnde Anerkennung durch Vorgesetzte, fehlende Abgrenzung zum Privatleben.
- Individuelle Faktoren sind z.B. stark überhöhter Anspruch, mangelnde Erholungsphasen, Perfektionismus oder mangelnde Qualifikation.

Hierbei bedeutsam ist die jeweils individuelle Passung beider Aspekte. Allgemeingültige Schwellenwerte gibt es folglich nicht.

Erschöpfungsgefühle und andere gesundheitliche Burnout-Beschwerden, die zusammen mit einem überdauernden Gefühl der Überforderung durch Arbeit auftreten, bedeuten **noch nicht das Vorliegen einer Krankheit nach der ICD-10**. Die Weltgesundheitsorganisation hat jedoch in der ICD-10 neben dem Klassifikations- und Diagnosesystem für Krankheiten, das festgelegte operationalisierte Kriterien angibt, in einem **Anhangskapitel** Faktoren benannt, die das Befinden des Einzelnen beeinträchtigen können. Allein durch diese Beschwerden sind – auch wenn sie zur Kontaktaufnahme mit Gesundheitsdiensten führen - jedoch die Kriterien für eine Krankheit nicht erfüllt. In diesem Anhangskapitel werden unter der Ziffer Z 73 „Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ – und unter der Unterziffer Z 73.0 „Burnout gleichbedeutend mit Zustand der totalen Erschöpfung“ aufgeführt. Die DGPPN empfiehlt deswegen Ärzten, bei Patienten mit einem Burnout-Beschwerdebild ohne eine psychische Erkrankung nach ICD-10, diese mit der **Z 73.0-Ziffer zu codieren**.

Dabei kann Burnout einen **Risikozustand** für eine spätere psychische oder körperliche Erkrankung darstellen (siehe 3.). In diesen Fällen geht das Burnout-Erleben den späteren Erkrankungen zeitlich voraus. Bei Personen mit einer genetischen Veranlagung und/oder durch frühere Belastungen erworbenen Disposition z.B. zu einer depressiven Erkrankung kann der Stress eines Burnout den Krankheitsauslöser darstellen. Besonders gefährdet sind Menschen mit entsprechenden Erkrankungsphasen in der Vorgeschichte. Gleiches gilt etwa für Angst- oder Abhängigkeitserkrankungen (Abb. 1). Die klinische Erfahrung deutet darauf hin, dass das Burnout auch zur Entstehung körperlicher Krankheiten wie Tinnitus, Hypertonie oder Infektionskrankheiten beitragen kann (Mommersteeg et al., 2006). Deshalb sollte ein solcher Risiko-Zustand durch eine Kodierung mit den Z-Kategorien eine adäquate Beachtung finden. In der ICD-10 sind dafür die Z-Kategorien (Z 73.0 oder auch 56) vorgesehen (s.u.).

Die WHO will offenbar (jedenfalls derzeit) in der anstehenden Revision der ICD-10, also der ICD-11, an ihrem bisherigen Vorgehen festhalten, das heißt:

- a) die vielfältigen "Burnout-Beschwerden" keiner einheitlichen Diagnose bzw. Krankheit zuzuordnen und damit kein "Burnout-Syndrom" als neue offizielle Krankheitsdiagnose einzuführen,
- b) die Kennzeichnung von "Burnout" als Anlass zur Kontaktaufnahme mit Gesundheitsdiensten fortzuführen.

Der DGPPN erscheint dieser Weg konsequent und sinnvoll.

3. Burnout-Beschwerden als Auslöser psychischer oder somatischer Erkrankungen

Bestand bei einem Patienten eine längerfristige Arbeitsüberforderung, in dessen Folge eine ICD-10-Erkrankung wie Depression (Abb. 2), Alkoholmissbrauch, Angststörung, chronisches Schmerzsyndrom, Tinnitus, Bluthochdruck oder chronische Infektionserkrankungen aufgetreten sind, sollte zuerst die **ICD-10-Krankheitsverschlüsselung** erfolgen. Wenn angenommen wird, dass die Arbeitsüberforderung im Sinne eines Burnout-Risikozustands eine **entscheidende Rolle** für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung spielt, empfiehlt die DGPPN in Zukunft regelhaft die **zusätzliche Codierung** mit der **ICD-10 Anhangsziffer Z 73.0** vorzunehmen. Diese Berücksichtigung arbeitsbedingter Belastung als krankheitsauslösender Faktor erfolgt aus Sicht der DGPPN bisher nicht systematisch und findet entsprechend unzureichend Eingang in die Behandlungsstrategien. Die ICD-10 orientiert sich bei psychischen Erkrankungen vorwiegend an der

Querschnittssymptomatik. Hierbei gibt es nur wenige Ausnahmen, z.B. posttraumatische Belastungsstörung. Einer unzureichenden Beachtung des Faktors Arbeitsbelastung kann jedoch mit der regelhaften Zusatzcodierung der Z-Ziffern entgegengewirkt werden.

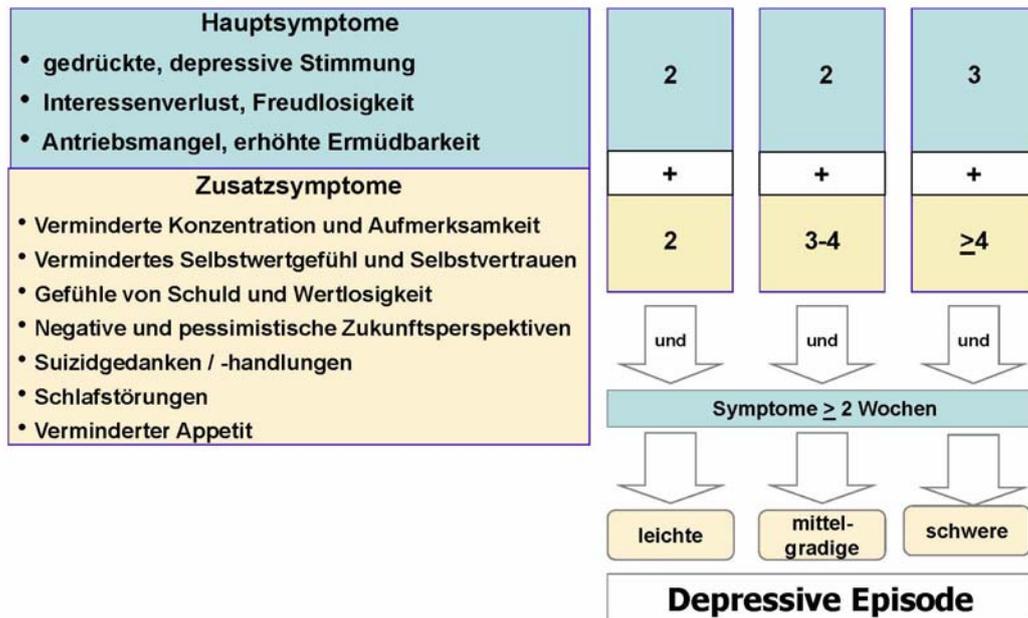


Abb. 2 ICD-10-Kriterien einer depressiven Episode (Dilling et al. 1991)

4. Krankheiten als Ursache burnout-ähnlicher Beschwerden

Gänzlich anders ist das gleichzeitige Bestehen von Burnout-ähnlichen Beschwerden und einer Erkrankung zu bewerten, wenn diese eine **(Früh)Symptomatik**, d.h. Folge einer **spezifischen Erkrankung** sind. Typische Beispiele hierfür sind: Multiple Sklerose, Schilddrüsenerkrankungen, beginnende Demenz, Psychosen, Depressionen, chronische Insomnie, chronische Schmerzsyndrome, Infektionskrankheiten, Krebs oder andere Tumorerkrankungen. Solche Erkrankungen können das Gefühl von Überforderung, Insuffizienz und Erschöpfung am Arbeitsplatz zur Folge haben (Abb. 3). In diesem Fall ist die Erschöpfung jedoch ein Krankheitssymptom, das ansonsten gut bewältigbare Anforderungen zur Überlastung werden lässt. Eine erfolgreiche Therapie der Grunderkrankung wird in der Regel das sekundäre Burnout-Problem beheben. Deswegen muss vor der Feststellung eines Burnout und der Z 73-Zusatzcodierung eine genaue **medizinische Diagnostik** erfolgen. **Dies ist die Voraussetzung dafür, dass eine notwendige gezielte Behandlung des Patienten zeitnah erfolgen kann.**

Ursachen	Krankheiten/Störungen
Somatisch	Anämien, Eisenmangel Hypothyreose, COPD Niereninsuffizienz Borreliose, HIV, Tuberkulose Malignome, Lymphome, Leukämien Entzündliche Systemerkrankungen Degenerative Erkrankungen des ZNS Obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom, Restless-Legs-Syndrom Medikamentennebenwirkungen
Psychosomatisch/ Psychiatrisch	Chronic-Fatigue-Syndrom Dyssomnien Neurasthenie Somatisierungsstörungen Depressive Störungen Generalisierte Angsterkrankung Posttraumatische Belastungsstörung Essstörung Substanzmissbrauch (Alkohol/Tabak)

(nach Korczak, et al., 2010)

Abb. 3 Differentialdiagnostik von Erkrankungen als Ursache von Burnout-Beschwerden (nach Korczak et al., 2010)

III HÄUFIGKEIT

Die bisher fehlende Differenzierung von Burnout-Beschwerden in die genannten Kategorien macht präzise Häufigkeitsangaben nahezu unmöglich. Allerdings gibt es eine Vielzahl von Untersuchungen, die zwar ebenfalls eine genaue Differenzierung vermissen lassen, jedoch gewisse Anhaltspunkte für die Größenordnung des Problems geben. Als Beispiele seien genannt:

- In Finnland sollen gemäß einer bevölkerungsweiten Befragung 25 % der erwachsenen Bevölkerung an milden und 3 % an ernsthaften Burnout-Beschwerden leiden (Honkonen et al., 2006).
- In Dänemark wurde eine besondere Häufung von Burnout in Berufen festgestellt, die Service- und Hilfeleistungen für andere Menschen erbringen (Borritz et al., 2010).
- Ärzte in einem deutschen Großkrankenhaus (Charité Universitätsmedizin Berlin) geben mehrheitlich Burnout-Beschwerden an (emotionale Erschöpfung, Depersonalisation) (Buehersch et al., 2011)
- Für Deutschland sind in den letzten Monaten aus den Routinedaten der Krankenkassen Häufigkeitsangaben etwa von den Techniker Krankenkassen, den Betriebskrankenkassen oder der AOK veröffentlicht worden, die für eine hohe Relevanz des Problems „Burnout“ zu sprechen scheinen.

All diese Daten haben jedoch die Einschränkung der einerseits unscharfen Grenzen des jeweils verwendeten Burnout-Konzepts, der fehlenden Differenzierung in die vier oben aufgeführten Burnout-

Kategorien und einer unwissenschaftlichen Datenerhebung. D.h. es liegen keine verlässlichen Daten für Deutschland vor, wie häufig psychische Beschwerdebilder im Zusammenhang mit einer überfordernd erlebten Arbeitssituation in Deutschland bestehen. Es ist auch unklar, ob diesbezüglich tatsächlich eine relevante Zunahme von Burnout-Beschwerden erfolgt ist. Die gestiegenen Krankschreibungen und Frühberentungen als Folge psychischer Störungen könnten gleichfalls durch deren optimierte Erfassung oder eine gestiegene Offenheit der Patienten, mit ihrem Arzt über psychische und berufliche Probleme zu sprechen, bedingt sein. Dafür spräche u.a. die parallel erfolgte kontinuierliche Abnahme von Krankschreibungen und Frühberentungen infolge somatischer Erkrankungen.

Aus Sicht der DGPPN besteht folglich ein dringender Bedarf nach exakter epidemiologischer Forschung zu psychosozialen Problemen am Arbeitsplatz und deren Folgen.

IV BURNOUT-BESCHWERDEN IM BIO-PSYCHO-SOZIALEN ENTSTEHUNGSMODELL

Für das Auftreten psychischer Erkrankungen hat sich allgemein das **bio-psycho-soziale Modell** durchgesetzt, das das Zusammenspiel von biologischen, psychologischen und sozialen Einflussfaktoren bei der Krankheitsentstehung hervorhebt. Dieses Modell ist unseres Erachtens ebenfalls relevant für das Auftreten von Burnout-Beschwerden.

Biologische Risikokonstellationen dürften auch bei Entstehung des Burnout eine Rolle spielen. Bei depressiven Erkrankungen ist bestens belegt, dass Personen mit einer genetischen Prädisposition bei belastenden Lebensereignissen wesentlich leichter depressiv reagieren als andere. Dies kann so stark ausgeprägt sein, dass bereits minimale Stressoren wie die Jahreszeitenwechsel oder Zeitzoneflüge eine depressive Episode auslösen können. Auch im Hinblick auf Burnout-Beschwerden gibt es die alltägliche Beobachtung, dass sich die Belastbarkeit von Mensch zu Mensch stark unterscheidet. Es ist zu vermuten, dass diese Unterschiede auch genetisch bedingt sind. Im Gegensatz zu Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen gibt es hier jedoch bislang keine wissenschaftlichen Belege.

Psychologische Bedingungsfaktoren eines Burnout im Sinne unserer Kategorie 2 wurden umfassend diskutiert und dargestellt. Auch hier muss jedoch einschränkend gesagt werden, dass die empirische Basis sehr begrenzt ist. Ausnahmen stellen die systematischen Beobachtungsstudien von Siegrist und Wahrendorf (2009) dar, die jedoch nicht mit dem Begriff „Burnout“ arbeiten. In diesem Positionspapier soll vornehmlich etwa auf die Darstellungen von Burisch (2010) und Hillert & Marwitz (2006) verwiesen werden. Zusammenfassend wird ein individuelles Burnout-Risiko gesehen, wenn der Einzelne dem Arbeitsbereich überhöhte Bedeutung im Hinblick auf Selbstverwirklichung, Selbstbestätigung und Leistungserwartung zumisst. Diese Grundhaltung ist häufig mit einer zunehmenden Ausdehnung der Arbeitszeit unter Vernachlässigung von Familie und Freizeitgestaltung verbunden. Dies mache den Einzelnen anfällig, bei überlastungsbedingter Erschöpfung, Leistungseinschränkungen und dadurch bedingten Konflikten in eine psychische Krise zu geraten.

Arbeitsplatzbezogene Bedingungsfaktoren wurden in zahlreichen vor allem arbeitspsychologischen Untersuchungen plausibel diskutiert. Auch hier liegen nur begrenzte empirische Evidenzen vor (Übersicht bei Burisch, 2010; Hillert & Marwitz, 2006). Beispielhaft seien an dieser Stelle die von Maslach & Leiter (2001) betonten Risikofaktoren genannt: Arbeitsbelastung, Mangel an Kontrolle, mangelnde Belohnung, Zusammenbruch des Gemeinschaftsgefühls, mangelnde Fairness und Wertkonflikte.

Es sei ergänzend angemerkt, dass diese arbeitsplatzbezogenen Faktoren vorwiegend für abhängig Beschäftigte gelten.

- Zurzeit werden vor allem die permanenten **Veränderungen und Neuanforderungen** in der Arbeitswelt als relevante Belastungsfaktoren und Ursache für zunehmende Burnout-Klagen diskutiert. Diese würden den Einzelnen bezüglich seiner Stressbewältigungsressourcen überfordern. Arbeits- und Organisationspsychologen listen eine Vielzahl von entsprechenden Risikofaktoren auf. Dazu gehören ein eingeschränkter Tätigkeits- und Handlungsspielraum, ein Übermaß an Verantwortlichkeit, Rollenambiguität, problembeladenes Klientel, mangelnde Transparenz am Arbeitsplatz, mangelndes Feedback, übermäßige Überwachung/Kontrolle und Leistungserwartungen, mangelnde Einflussmöglichkeiten und geringe Aufstiegschancen (Burisch, 2010; Fengler & Sanz, 2011).
- Die **Globalisierung** führt zu einer immer breiteren und größeren Konkurrenzsituation im Wirtschaftsleben. Eine Konkurrenzfähigkeit der Unternehmen wird häufig durch massive Stellenkürzungen und durch Rationalisierungen erreicht, was zu einer verstärkten Arbeitsbelastung der am Arbeitsplatz Verbleibenden führt, die oft verbunden ist mit Ängsten vor weiteren Stellenkürzungen.
- Als weitere Ursache insbesondere bei älteren Berufstätigen sind die wachsende Bedeutung von **Computern** und die damit verbundenen Innovationen zu sehen. Da mit dem Älterwerden die hierzu vornehmlich erforderliche fluide Intelligenz kontinuierlich abnimmt, kommt es gehäuft zu Überforderungssituationen (Wolf, 2012).
- Von zunehmender Bedeutung ist in diesem Kontext das Phänomen der kontinuierlichen **externen Kontrolle durch Vorgesetzte**, welche die Arbeitsleistung überprüft und zu einer Leistungsmaximierung des Einzelnen führen soll. Durch die Durchdringung der Arbeitswelt mit computerbasiertem Controlling (u.a. unter dem Stichwort Qualitätssicherung) sind neue Belastungen entstanden, die in besonderer Weise mit Burnout in Zusammenhang gebracht werden können. Ein Beispiel ist die automatische Überwachung der Arbeitsgeschwindigkeit von Verkäuferinnen an der Kasse.
- Durch die **dauernde Erreichbarkeit** durch Handys und Mailkontakte werden die Grenzen zwischen Arbeitswelt und Privatleben zunehmend aufgehoben, was die Erholungs- und Regenerationsmöglichkeiten erheblich einschränkt.
- Die einseitige Verknüpfung von finanziellem Verdienst mit dem Ergebnis der Arbeitsleistung: So warnen z.B. seit Jahren Wirtschaftsökonomen und -psychologen vor den sich ausbreitenden leistungsorientierten, jährlich wechselnden **Bonuszahlungen**. Diese schwächen die intrinsische Motivation, steigern den Konkurrenzdruck und führten bei Nichtauszahlung zu Demotivation (Layard, 2005).

Auf die gesellschaftlichen Bedingungen, die zu einer Zunahme von Burnout-Zuständen führen können, wurde u.a. von dem Soziowissenschaftler Ehrenberg (2008) und dem Philosophen Han (2010) hingewiesen. Erschöpfung, Burnout und Depression werden quasi als **Leitkrankheiten** des beginnenden 21. Jahrhunderts bezeichnet, und zwar bedingt durch eine Ausuferung der **Leistungsgesellschaft**. In der bis in die 60-er Jahre des 20. Jahrhundert dominierenden Disziplinargesellschaft sei das Verhalten des Einzelnen sowohl im Privatleben als auch in der Arbeitswelt durch Gebote und Verbote autoritär gesteuert worden. Dieser autoritäre Druck sei durch die gesellschaftlich-demokratische Entwicklung der letzten Jahrzehnte in den Hintergrund getreten. An seine Stelle sei schrittweise das Diktat der Leistungsgesellschaft getreten, das den Einzelnen zu noch höherer Effizienz führe. Es werde ihm die Überzeugung vermittelt, dass er alleine, unabhängig von seiner Herkunft, für seinen beruflichen Erfolg verantwortlich sei. Unbegrenzt in Aussicht gestellte Aufstiegschancen erzeugten den Eindruck einer zwingenden Freiheit zur Maximierung der eigenen

Leistung und des erzielten Erfolgs. Han (2010) bezeichnet diesen Vorgang als den Weg in die **Selbstaussbeutung**, indem der Ausbeutende gleichzeitig der Ausgebeutete ist. Diese paradoxe Scheinfreiheit erschwere das Erkennen von Selbstüberforderung und könne häufig nur durch das Gefühl der Erschöpfung begrenzt werden. Von dieser Entwicklung sind besonders Kreativberufe, Spitzensportler oder Selbstständige bedroht, die einen wesentlichen Anteil der Burnout-Betroffenen stellen.

IV PRÄVENTION, THERAPIE UND REHABILITATION

Entsprechend dem DGPPN-Konzept der Kategorisierung von Burnout-Beschwerden zeigt Abbildung 4 die verschiedenen Maßnahmen-Ebenen: (1) Prävention von Burnout, (2) Prävention von Burnout-Folgen, (3) Therapie von Burnout-Folgeerkrankungen, (4) Therapie der Grunderkrankung (z.B. Krebs), die Burnout-ähnliche Symptome zur Folge hat.



Abbildung 4: DGPPN-Kategorisierung von Burnout-Beschwerden mit den entsprechenden Maßnahmen-Ebenen.

A. Prävention

Die Möglichkeiten der Verhinderung von psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz sind durch eine zunehmende Anzahl von Menschen, die sich ausgebrannt fühlen, zu einer breit diskutierten Frage geworden. U.a. Arbeits- und Organisationspsychologen, Gewerkschaften, Krankenkassen, Rentenversicherungen, Betriebsärzte und eine unüberschaubare Zahl von Coaching-, Wellness- und Alternativmedizin-Anbietern bemühen sich um geeignete Konzepte. Dabei geht es um:

1. Die Gestaltung von Arbeitsbedingungen, die der Entstehung eines Burnout entgegenwirken sollen:

Bereits seit mehreren Jahren besteht in der EU eine **Sozialpartner-Vereinbarung** zum Thema **psychosozialer Stress am Arbeitsplatz**. Diese Empfehlung hat in den meisten EU-Staaten zu

entsprechenden gesetzlichen Regelungen zum Schutz vor gesundheitsgefährdendem psychischen Stress geführt. Damit wurde psychische Belastung den medizinischen Risiken von Lärm, Licht, Vibration, Toxinen etc. gleichgestellt. In Deutschland wurden bisher entsprechende Arbeitsschutzgesetze nicht erlassen, so dass nur bei der Minderheit der Betriebe **Gefährdungsbeurteilungen** auch bzgl. psychischer Stressoren erfolgen (Kamp und Pickhaus, 2011). Die DGPPN ist der Meinung, dass psychosozialen Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt ein deutlich höherer Stellenwert zusteht. Die bereits erwähnten kontinuierlichen Veränderungsprozesse in der freien Wirtschaft und im öffentlichen Dienst bedingen sich permanent verändernde Aufgabenprofile für den Einzelnen und für Teams. Diese Umstrukturierungen lassen eine begleitende psychosoziale Gefährdungsbeurteilung zum Zweck der Burnout-Prävention als sinnvoll und häufig notwendig erscheinen.

2. Die Stärkung der Ressourcen des Einzelnen, mit dem Ziel von erhöhter Belastbarkeit und effizienterer Bewältigungsmöglichkeiten:

Hierzu bestehen eine Fülle von Konzepten, Ratgebern und Empfehlungen. Bereits Freudenberg (1974) schlug gezielt Präventivmaßnahmen vor. Burisch (2010), Hillert und Marwitz (2006), Fengler und Sanz (2011) sowie Walter et al. (2012) publizierten hierzu umfassende Übersichten. Dabei ist ein uneinheitlicher Gebrauch des Begriffs Burnout sowohl in Abgrenzung zu üblichen Arbeitsbelastungen aber vor allem zu Erkrankungen, wie der Depression, festzustellen. Es gibt bisher wenige als wirksam evaluierte Präventionsstrategien. Eine Ausnahme ist z.B. das Achtsamkeits-basierte Stressmanagement-Programm mit den Zielen der Entlastung von Arbeitsplatz-Stressoren und Erholung durch Entspannung und Sport (Limm et al. 2011). Neuerdings sind auch berufsgruppenspezifische Behandlungsvorschläge entwickelt worden, wie z.B. ein kognitiv-behaviorales Präventionsprogramm für Lehrer (Hillert und Marwitz, 2006; Hillert et al., 2012). Individualberatungen dienen dem Aufspüren von persönlichen Stressauslösern oder/und zur Reduzierung von zu hohen Erwartungshaltungen und zu hohen Anforderungen an sich selbst. Einbindung von Betriebsärzten und Mobbing-Beratungsstellen in die Präventionsarbeit soll der Entwicklung von Konflikten am Arbeitsplatz entgegenwirken.

In Deutschland liegt die Verantwortung für die Primärprävention von Krankheiten und beschwerdebedingten Funktionseinbußen primär nicht beim Gesundheitssystem. Bei Burnout-Beschwerden können Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten jedoch eine differentialdiagnostische Abklärung vornehmen, beraten und auf die Präventionsangebote von Krankenkassen oder Betrieben hinweisen. Nur wenn bei Burnout-Beschwerden eine gleichzeitige psychische oder somatische Erkrankung festgestellt wird, besteht ein Anspruch auf eine längerfristige kassenwirksame Leistung, wie eine ambulante oder stationäre Psychotherapie. Bei den Präventionsangeboten können Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten als Dozenten oder Coaches tätig werden. Ihre differentialdiagnostische und differentialtherapeutische Kompetenz und ihr Wissen um potenzielle Folgeerkrankungen eines Burnout dürften einen wichtigen Vorteil gegenüber anderweitig ausgebildeten Burnout-Beratern darstellen.

B. Therapie und Rehabilitation

Bei Personen, bei denen eine **psychische oder somatische Erkrankung** im zeitlichen Zusammenhang mit einer Arbeitsbelastung aufgetreten ist, liegt in der Regel die **Notwendigkeit einer Therapie** vor. Die Patienten haben Anspruch auf eine von den Krankenkassen, der Renten- oder Unfallversicherung vergütete Behandlung, die sich an den offiziellen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) orientieren sollte.

Die DGPPN sieht in der Benutzung von Burnout als Oberbegriff für sämtliche arbeitsbedingten psychische Störungen eine erhebliche Gefahr. Viele Burnout-Coaches und Kliniken vermitteln den Patienten den Eindruck, dass mit Wellness-Methoden wie gesundem Essen, Sport, Entspannungs- und Zeitmanagement-Training oder einfachen Empfehlungen zur Arbeitsplatzumstrukturierung jegliche psychische Störungsform im Zusammenhang mit Arbeitsstress behoben werden könnte. **Die DGPPN warnt vor der Gefahr, dass den Patienten evidenzbasierte störungsspezifische Behandlungen vorenthalten werden.** Unzulängliche, mittel- und langfristig erfolglose und sich über sehr lange Zeiträume erstreckende Behandlungen dürften die Folge sein. Darauf lassen die wissenschaftlichen Studien zum Vergleich von spezifischen zu unspezifischen Therapien, z.B. bei Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen oder Angststörungen schließen.

Besteht eine relevante Überlastung am Arbeitsplatz, ist deren Erkennung und Berücksichtigung für die Therapie zusätzlich bedeutsam: Ohne diese Erkennung sind Behandlungen der Krankheitssymptome sowie gestufte Wiedereingliederungen nach längerer Arbeitsunfähigkeit oft nicht nachhaltig erfolgreich. Die Belastung am Arbeitsplatz muss in dieser Konstellation begleitend zur störungsspezifischen Therapie Gegenstand der Behandlung sein. Dieser Aspekt findet bisher z.B. in der Depressionsbehandlung nur unzureichend Berücksichtigung. Dieser Umstand spiegelt sich z.B. in der Interpersonellen Psychotherapie (IPT) wider (Schramm, 2010). Bei dieser depressionsspezifischen Behandlungsform werden zwar als potenzielle Krankheitsursachen a) zwischenmenschliche Konflikte b) Rollenwechsel c) Vereinsamung und d) Trauer, nicht aber Arbeitsbelastung/Burnout aufgelistet. Zu fordern ist, dass bei störungsspezifischen Therapien Burnout-Zusatzmodule eingeführt und in kontrollierten Studien auf ihre Wirksamkeit überprüft werden müssen.

Ziel der Therapie sollte nicht sein, Patienten in die Lage zu versetzen, inakzeptable und unbewältigbare Arbeitsbedingungen vorübergehend wieder tolerieren zu können. Vielmehr sollte die Therapie u.a. darauf hinwirken, dass Menschen mit Burnout-Beschwerden ein Arbeitsplatz zur Verfügung gestellt wird, der ein arbeitsbedingtes Wiedererkrankungsrisiko minimiert.

Zu diesem Zweck ist eine enge **Zusammenarbeit mit den Arbeitsstellen** erforderlich. Wünschenswert wäre eine Stärkung der Position und der Einflussmöglichkeiten der **Betriebsärzte**.

V FAZIT ZU GEGENWÄRTIGEN FEHLENTWICKLUNGEN UND DARAUS RESULTIERENDE FORDERUNGEN

- **Die DGPPN warnt vor einem unwissenschaftlichen und unkritischen Gebrauch des Begriffs Burnout für quasi sämtliche psychischen Störungen, die im Zusammenhang mit einer Arbeitsbelastung stehen.** Diese allumfassende Anwendung des Begriffs hat zwar initial zu einem offeneren Umgang mit psychischen Erkrankungen geführt, doch sollte jetzt wieder ein differenzierter Blick auf den Zusammenhang von Arbeitswelt und psychischen Störungen geworfen werden. Vor allem droht bei der Gleichstellung des schweren und oft lebensbedrohlichen Krankheitsbildes der Depression mit Burnout eine gefährliche Unter- und Fehlversorgung der Betroffenen.
- **Es gibt keinen Grund, in Deutschland aus der Internationalen Klassifikation von Erkrankungen (ICD-10) der WHO auszuscheren und mit dem Burnout-Begriff quasi eine neue, deutsche Krankheitsdefinition zu schaffen.** Neben dem Verlust der internationalen Vergleichbarkeit würden damit bisherige Grenzziehungen für Krankheiten, Diagnostik- und Therapie-Standards und Vergütungsansprüche für Therapie, Rehabilitation, Arbeits-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit verschwinden. **Ohne Bezug zur ICD-10 besteht damit die Gefahr,**

dass bestbelegte therapeutische Möglichkeiten zum Schaden der Patienten nicht angewandt werden. Evidenzbasierte Therapien sind nahezu ausschließlich nur in Bezug auf ICD-10-Diagnosen wissenschaftlich als wirksam nachgewiesen.

- **Es muss immer daran gedacht werden, dass ein breites Spektrum von Erkrankungen Burnout-ähnliche Beschwerden hervorrufen kann.** D.h. in diesen Fällen stellt nicht die Arbeitssituation sondern die Grunderkrankung die Ursache des Burnout-Erlebens dar. Nur durch eine gründliche medizinische Untersuchung kann ein solches symptomatisches Burnout erfasst und gezielt behandelt werden.
- **Bei psychischen Erkrankungen, die durch Arbeitsstressoren (mit) ausgelöst wurden, sollte die Therapie zukünftig auf diesen Aspekt u.a. durch enge Kooperation mit den Arbeitsstellen und Betriebsärzten verstärkt eingehen.**
- **Auch Burnout-Beschwerden, bei denen (noch) keine gleichzeitige Erkrankung vorliegt, sollten vom Einzelnen und seinem Umfeld angemessene Beachtung finden.** Sie sind mit Einbußen der Lebensqualität verbunden und können bei gefährdeten Personen manifeste Erkrankungen nach sich ziehen.
- **Die Burnout-Prävention ist nicht primär Aufgabe des medizinischen Versorgungssystems, sondern der Sozialpartner, Politiker, Krankenkassen und Betriebsärzte des innerbetrieblichen Gesundheitsmanagements. Gefordert ist auch der Einzelne.** Er selbst kann Stressoren und Belastungen entgegenwirken und somit seine eigenen gesundheitlichen Ressourcen weniger gefährden.
- **Rasche empirische Forschungsinitiativen sind für fundierte Entscheidungen bzgl. präventiver und therapeutischer Maßnahmen erforderlich.** Dies betrifft vor allem epidemiologische Forschung zu den einzelnen Kategorien von Burnout Phänomenen, Forschung zu der bisherigen Versorgungssituation der Betroffenen und zu differentiellen Präventions- und Therapieprogrammen.

Auch die DGPPN als größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft für psychische Erkrankungen sieht für sich die Bekämpfung von arbeitsbedingten psychosozialen Risiken und Folgeerkrankungen als dringende Aufgabe.

Autoren des Positionspapiers: M. Berger (Freiburg), M. Linden (Berlin), E. Schramm (Freiburg), A. Hillert (Prien a. Chiemsee), U. Voderholzer (Prien a. Chiemsee), W. Maier (Bonn)

Für den Vorstand der DGPPN
Prof. Dr. med. Wolfgang Maier
President Elect DGPPN
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Straße 25, 53105 Bonn
Tel.: 0228 287-15722/-15723
E-Mail: Wolfgang.Maier@ukb.uni-bonn.de

Das Positionspapier der DGPPN zum Thema Burnout finden Sie zum Download unter www.dgppn.de.

Literatur

- Borritz M, Christensen KB, Bültmann U, Rugulies R, Lund T, Andersen I, Villadsen E, Diderichsen F, Kristensen TS (2010) Impact of burnout and psychosocial work characteristics on future long-term sickness absence. Prospective results of the Danish PUMA Study among human service workers. *J Occup Environ Med*; 52(10): 964-70.
- Buehrsch NC, Mewes AUJ, Knorr F, Zoller T, Kunkel J, Urbanek C, Kleinjung F, Guckelberger O, Tegethoff K, Peters O (2011) Children lower the probability of burnout in physicians. *J Depress Anxiety* 1, Issue 1 (<http://dx.doi.org/10.4172/jda.1000108>).
- Burisch M (2010) Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Springer, Berlin und Heidelberg.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (1991) Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Ehrenberg A (2008) Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Suhrkamp Verlag, Frankfurt.
- Fengler J, Sanz A (2011) Ausgebrannte Teams. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Freudenberger HJ (1974) Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Han B-C (2010): Müdigkeitsgesellschaft. Matthes & Seitz, Berlin.
- Hillert A, Marwitz M (2006) Die Burnout Epidemie: Oder brennt die Leistungsgesellschaft aus? C.H. Beck, München.
- Hillert A, Lehr D, Koch S, Brach M, Sosnowsky-Waschek N, Ueings S (2012) Lehrgesundheit. AGIL – das Präventionsprogramm für Arbeit und Gesundheit im Lehrerberuf. Stuttgart, Schattauer.
- Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lönnqvist J (2006) The association between burnout and physical illness in the general population--results from the Finnish Health 2000 Study. *J Psychosom Res*. Jul; 61(1):59-66.
- Kamps L, Pickshaus K (Hrsg.) (2011) Regelungslücke psychische Belastungen schließen, www.boeckler.de.
- Korczak D, Kister C, Huber B (2010) Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland (Bd. 105). Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln.
- Layard R (2005): Die glückliche Gesellschaft. Kurswechsel für Politik und Wirtschaft. Campus-Verlag, Frankfurt/New York.
- Limm H, Gündel H, Heinmüller M, Marten-Mittag B, Nater UM, Siegrist J, Angerer P (2011) Stress management interventions in the workplace improve stress reactivity: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 68:126-133.
- Maslach C, Leiter MP (2001) Die Wahrheit über Burnout, Springer, Berlin.
- Maslach C, Leiter MP, Schaufeli W (2009) Measuring Burnout. In: Cartwright S, Cooper CL: The Oxford Handbook of Organizational Well-Being. Oxford University Press
- Michaelsen A, Hillert A (2011) Burnout in Anästhesie und Intensivmedizin. *Der Anaesthesist*; 60:31-38.
- Mommersteeg PMC, Heijnen CJ, Kavelaars A, van Doornen LJP (2006) Immune and Endocrine Function in Burnout Syndrome. *Psychosomatic Medicine* 68:879-886

- Rösing I (2008) Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Asanger, Heidelberg; 2. Aufl.
- Rook M (1998) Theorie und Empirie in der Burnout-Forschung: Eine wissenschaftstheoretische und inhaltliche Standortbestimmung. Verlag Dr. Kovac, Hamburg.
- Schaufeli WB, Enzmann D (1998) The burnout companion to study and practice. Taylor & Francis, London.
- Schmitz E, Leidl J. (1999) Brennt wirklich aus, wer entflammt war? Eine LISREL-Analyse zum Burnout-Prozess bei Sozialberufen,. Psychologie in Erziehung und Unterricht 45: 129-142.
- Schramm E (2010) Interpersonelle Psychotherapie – zur Behandlung depressiver und anderer psychischer Störungen. Schattauer, Stuttgart.
- Siegrist J, Wahrendorf M (2009) Quality of work, health, and retirement. Lancet 374: 1872-1873
- Walter U, Krugmann CS, Plaumann M (2012) Burnout wirksam präventieren? Ein systematischer Review zur Effektivität individuumsbezogener und kombinierter Ansätze. Bundesgesundheitsbl 55:172-182.