



Peter Schulz

Burnout oder Depression?

Wie sich Entstehung, Prävention und Therapie
beider Störungen unterscheiden



Pabst

Peter Schulz

Burnout oder Depression?

Wie sich Entstehung,
Prävention und Therapie
beider Störungen unterscheiden



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Lengerich

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Korrespondenzadresse

Dr. Peter Schulz

E-Mail: peterschulz1203@kabelmail.de

© 2017 Pabst Science Publishers, D-49525 Lengerich
Konvertierung: Susanne Kemmer
Druck: KM-Druck, Groß-Umstadt

Print: ISBN 978-3-95853-338-7

E-book: ISBN 978-3-95853-339-4 (www.ciando.com)

Inhalt

Einleitung	9
1. Probleme bei der Abgrenzung von Burnout und Depression	13
1.1 Welche Ähnlichkeiten gibt es zwischen Burnout und Depression?	14
1.2 Unterscheiden sich beide Erkrankungen?	17
2. Frühsymptome von Burnout und Depression	21
2.1 Überlastung: Die prämorbid Symptomatik des Burnout	22
Übermäßige Beanspruchung	23
Schnelle Ermüdbarkeit	25
Reduzierte Leistungsfähigkeit	26
Work-Life Imbalance und fehlender Belastungsausgleich	26
Missbrauch stimulierender psychotroper Substanzen	27
2.2 Depressivität: Die prämorbid Symptomatik der Depression	28
Depressive Verstimmung	28
Übermäßige Selbstaufmerksamkeit	29
Bewältigungsbezogenes Ruminieren	29
Defizitäre Beanspruchung	30
Überforderungserleben	34
Unzufriedenheit mit sich selbst	35
Selbstwertbeeinträchtigungen	35
3. Unterschiedliche Risikofaktoren für Burnout und Depression	37
3.1 Anpassung an Belastungen	40
Anpassung an hohe Belastungen als Burnout-Risiko	41
Anpassung an aversive Belastungen als Risiko für Depressivität	45
3.2 Auseinandersetzung mit Bedrohungen	50
Übermäßige Anstrengungen zur Bedrohungsabwehr als Burnout-Risiko	51

	Dysfunktionale Anstrengungen zur Bedrohungsabwehr als Risiko für Depressivität	53
3.3	Umgang mit Ermüdung	57
	Unzureichende Erholungsbereitschaft als Risikofaktor des Burnout	58
	Unzureichende Erholungskompetenzen als Risikofaktor der Depression	58
3.4	Engagement für eigene Ziele	62
	Überengagement als Burnout-Risiko	62
	Unterdrücktes Engagement als Depressionsrisiko	63
4.	Prävention von Burnout und Depression	67
4.1	Belastungen reduzieren	71
	Burnout-Prävention: Ausmaß von Belastungen reduzieren	71
	Depressionsprävention: Aversivität von Belastungen reduzieren	77
4.2	Auseinandersetzung mit Bedrohungen verbessern	82
	Burnout-Prävention: Übermäßige Anstrengungen zur Bedrohungsabwehr vermeiden	82
	Depressionsprävention: Dysfunktionale Anstrengungen zur Bedrohungsabwehr begrenzen	85
4.3	Umgang mit Ermüdung verbessern	89
	Burnout-Prävention: Erholungsbereitschaft fördern	89
	Depressionsprävention: Erholungskompetenzen verbessern ..	91
4.4	Engagement für eigene Ziele verändern	94
	Burnout-Prävention: Maßvolles Engagement fördern	94
	Depressionsprävention: Selbstbestimmtes Engagement fördern	97
5.	Unterschiede in der Akutsymptomatik von Burnout und Depression	101
5.1	Depressive Stimmungslage und Anhedonie	103
5.2	Antriebsmangel	103
5.3	Empfinden von Wertlosigkeit	104
5.4	Selbstvorwürfe und Schuldgefühle	105

5.5	Negatives Denken und Ruminieren	105
5.6	Erschöpfung	107
5.7	Verlust der Leistungsfähigkeit	107
5.8	Erleben persönlicher Inkompetenz	108
5.9	Manifeste Angst	109
5.10	Reizbarkeit	109
5.11	Suizidalität	110
5.12	Schlafstörungen	110
5.13	Neuroendokrine Funktionsstörungen	111
5.14	Körperliche Beschwerden	113
6.	Unterschiedliches Schonverhalten im Akutstadium des Burnout und der Depression	115
6.1	Unvollständiges Schonverhalten beim Burnout	117
6.2	Übermäßiges Schonverhalten bei der Depression	118
7.	Unterschiede bei der Akutbehandlung des Burnout und der Depression	121
7.1	Meiden von Belastungen	126
	Burnout-Therapie: Meiden von Belastungen fördern	126
	Depressionstherapie: Meiden von Belastungen begrenzen	128
7.2	Ausblenden krankheitsbedingter Bedrohungen	132
	Burnout-Therapie: Das Ausblenden krankheitsbedingter Bedrohungen fördern	132
	Depressionstherapie: Das Ausblenden krankheitsbedingter Bedrohungen begrenzen	134
7.3	Erholungsverhalten	137
	Burnout-Therapie: Ruhebezogene Erholung fördern	138
	Depressionstherapie: Ruhebezogene Erholung begrenzen	140
7.4	Disengagement	143
	Burnout-Therapie: Disengagement fördern	143
	Depressionstherapie: Disengagement begrenzen	144

8. Unterschiedliche Vulnerabilitäten für Burnout und Depression	147
8.1 Genetische Prädisposition	149
8.2 Traumatische Erlebnisse in der Kindheit	150
8.3 Negative Affektivität	151
8.4 Kognitive Vulnerabilitäten	152
8.5 Zurückweisungsempfindlichkeit	154
8.6 Kontrollüberzeugung	154
8.7 Leistungsbereitschaft	156
8.8 Neigung zum Perfektionismus	157
8.9 Dispositioneller Selbstwert	159
8.10 Extraversion und Introversion	161
8.11 Individuelle Belastbarkeit	164
Literatur	167

Einleitung

Burnout oder Depression? Diese Frage beschäftigt seit längerem sowohl die klinische Praxis als auch die wissenschaftliche Forschung. Handelt es sich um unterschiedliche Erkrankungen? Wenn ja, was unterscheidet sie? Wenn nein, warum dann verschiedene Diagnosen? Befriedigende Antworten auf diese Fragen stehen nach wie vor aus (Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2015). Obwohl sie sicherlich nicht leicht zu beantworten sind, wird in diesem Buch der Versuch unternommen, die Verwirrung in dieser Problematik aufzuheben.

Der Fehlzeiten-Report 2012 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK weist eine Zunahme der Arbeitsunfähigkeits-Tage durch Burnout von 8,1 (2006) auf 94,4 (2011) je 1000 AOK Mitglieder aus (Schröder, 2012). Diese Angaben können aber nur als grobe Schätzung über die Zunahme von Burnout in unserer Gesellschaft betrachtet werden. Methodisch tragfähige Studien zur Häufigkeit von Burnout in Deutschland gibt es bislang nicht, u.a. auch deshalb, weil Burnout eine Diagnose ist, die Patienten oftmals selbst stellen (Eigendiagnose), wenn sie sich in einem ausgeprägten Erschöpfungszustand befinden. Präzise Angaben zur Burnout-Prävalenz sind nahezu unmöglich. Trotz dieser Einschränkung sind aus den routinemäßig erhobenen Daten der Krankenkassen (Techniker Krankenkasse, Betriebskrankenkassen, AOK) für Deutschland Häufigkeitsangaben zu entnehmen, die für eine hohe Relevanz des Problems Burnout sprechen (Korczak, Kister & Huber, 2010). Diese Einschätzung wird auch durch die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ bestätigt (Hapke et al., 2012). In Finnland sollen gemäß einer bevölkerungsweiten Befragung 25 % der erwachsenen Bevölkerung an milden und 3 % an ernsthaften Burnout-Beschwerden leiden (Honkonen et al., 2006).

Depressionen stellen seit langem eines der größten Gesundheitsprobleme dar (Hidaka, 2012). Nach Wolfersdorf (2008) sollen weltweit 16 bis 20 Prozent im Laufe ihres Lebens irgendwann einmal an einer Depression erkranken, wobei die schweren Depressionen circa 4 bis 5 Prozent ausmachen. Damit zählen Depressionen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Die Ergebnisse der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in

Deutschland“ bestätigen die weite Verbreitung depressiver Symptome und diagnostizierter Depressionen in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland (vgl. Busch et al., 2013). Depressionen kommen in allen Schichten der Gesellschaft vor. Frauen sollen doppelt so oft, nach einigen Studien sogar bis zu dreimal häufiger als Männer betroffen sein (Kessler et al, 1993). Die verbreitete Ansicht, dass Männer ein geringeres Depressionsrisiko haben als Frauen, kann aber durch empirische Befunde nicht eindeutig belegt werden. Das wichtigste Argument gegen ein höheres Depressionsrisiko von Frauen ist die hohe Suizidrate von Männern, obwohl bei ihnen nur halb so häufig eine Depression diagnostiziert wird (Möller-Leimkühler, 2010).

Die *wissenschaftliche Erörterung* des Burnout gestaltet sich als überaus schwierig, wie die Bewertung von 25 wissenschaftlichen Studien zur Differenzialdiagnostik des Burnout-Syndroms durch Korczak et al. (2010) zeigte. Im Gebrauch des Begriffs Burnout gibt es große Überschneidungen mit anderen Zuständen und Begrifflichkeiten, wie z.B. Überforderung oder chronische Erschöpfung (vgl. Dörr & Nater, 2013). Ob das Burnout-Syndrom als psychische Erkrankung angesehen werden sollte, darüber ist in der Psychologie und Medizin ein Streit entbrannt. Argumentiert wird, der Begriff Burnout als Kurzformel für Erschöpfungszustände, die unter bestimmten beruflich-sozialen Bedingungen entstehen, sei zwar verwendbar, vielleicht sogar nützlich, als nosologischer oder ätiologischer Begriff aber sei er nicht brauchbar. Zumeist wird die Ansicht vertreten, Burnout sei eine psychische Krise, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer Arbeitsbelastung auftritt, also ein weiteres Modell, um die Auswirkungen psychosozialer Arbeitsüberlastungen abzubilden. Als Bezeichnung für ein grassierendes Phänomen der Leistungsgesellschaft sei der Begriff Burnout aber unverzichtbar, da er die erlebten Beeinträchtigungen durch hohe Arbeitsbelastungen plausibel erklärt (vgl. Hillert & Marwitz, 2008). Andererseits stellte Kury (2013) die provozierende Frage, ob es sich bei der „Burnout-Epidemie“ (Hillert & Marwitz, 2006) um den Ausdruck einer wachsenden kollektiven Überforderung handelt, oder ob Burnout eine Modeerscheinung ist. Burnout als eine Modeerscheinung zu betrachten, verringert aber den Handlungsdruck für die Gesellschaft, umfassend gegen Burnout vorzugehen. Offenbar wird durch das Burnout-Syndrom „ein Unbehagen am Leistungsdruck im heutigen Berufsleben, an der Beschleunigung von Arbeit und Kommunikation, an alltäglicher Überforderung und neu empfundenen Formen von Entfremdung artikuliert“ (Neckel & Wagner, 2013, 7).

Die meisten in der *Praxis* tätigen Ärzte und Psychotherapeuten gehen davon aus, dass sich hinter dem Burnout-Syndrom letztlich Depressionen verbergen. Behauptet wird, dass, wenn von Burnout gesprochen wird, in der Regel Kriterien einer depressiven Erkrankung vorliegen. Obwohl viele Ärzte und Psychotherapeuten die Diagnose Burnout gern benutzen, sind sie der Überzeugung, Burnout sei nur ein neuer Name für Depressionen. In manchen Ländern, wie z.B. in den Niederlanden oder Schweden, ist Burnout eine offiziell anerkannte Diagnose, die eine längere Krankschreibung rechtfertigt, in anderen Ländern wird das nicht so gehandhabt. Für das ICD-10-GM, die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland, ist Burnout keine Krankheit, sondern entweder eine mögliche Bedingung für die Entstehung von Krankheiten, wie z.B. einer Depression, oder ein Grund zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten (vgl. Barocka, 2013). So „werden in der klinischen Praxis Burnout-Diagnosen vergeben und entsprechende Therapien eingeleitet, indem auf andere Diagnosen z.B. Depression ausgewichen wird“ (Korczak et al., 2010, 5). Es war damit zu rechnen, dass das Burnout-Syndrom in der elften Ausgabe (ICD-11) in den Rang einer „echten“, eindeutig beschriebenen Erkrankung erhoben wird (Payk, 2013). Diese Erwartung hat sich nicht erfüllt. Auch im ICD-11 ist Burnout keine Krankheitsdiagnose, obwohl diese Gesundheitsstörung zu einer erheblichen Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste führt.

Von *Betroffenen* wird Burnout als Folge von chronischem Stress gesehen. Aus ihrer Sicht ist Burnout keine seelische Erkrankung, sondern eine Krise, hervorgerufen durch Überlastung, an der sie keine Schuld tragen (vgl. Hilbert & Marwitz, 2006). Burnout-Betroffene wollen (vorübergehend) als Kranke gelten und gleichzeitig *nicht* psychisch krank sein. Insofern wird es für manchen depressiv Erkrankten leichter, sich Hilfe zu holen, wenn er selbst sein Leiden als Burnout diagnostiziert. Durch die Burnout-Diagnose erhalten Depressive die Legitimation, weniger bis gar nichts mehr leisten zu müssen, ohne als psychisch krank zu gelten. Das ist für Betroffene von Vorteil, da Personen, die an einer Depression erkrankt sind, immer noch emotionale Labilität, Schwäche oder persönliches Versagen unterstellt wird. Sie treffen auf das Vorurteil, dass sie ihr Leben nicht richtig im Griff hätten, weil sie nicht ausreichend willensstark seien oder ihre Energien nicht richtig einteilen könnten.

Die allumfassende Anwendung des Begriffs Burnout hat sicherlich zu einem offeneren Umgang mit psychischen Erkrankungen geführt. Doch

nicht jeder Mensch, der sich ein Burnout bescheinigt oder die Diagnose Burnout erhält, ist mit dieser Zuschreibung richtig diagnostiziert. Die *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)* warnt deshalb auch vor einem unkritischen Gebrauch des Begriffs Burnout, da eine *störungsspezifische* Behandlung unterbleibt, wenn nicht klar zwischen Burnout und Depression differenziert wird. Wird zwischen den beiden Störungen nicht unterschieden, drohe eine Unter- und Fehlversorgung der Betroffenen (Vogelmann, 2013). Die Unterscheidung von Burnout und Depression herauszuarbeiten, ist deshalb von großer praktischer Bedeutung. Falsche Diagnosen, die mit ungeeigneten Therapien einhergehen, sollten unbedingt vermieden werden. Ohne eine klare Definition und Abgrenzung von Burnout und Depression erhalten weder Depressive noch Burnout-Patienten eine angemessene Therapie. Das Gleiche gilt für die Prävention beider Erkrankungen.

Die vorliegende Arbeit untersucht die Unterschiede von Burnout und Depression. Wie wir zeigen werden, unterscheiden sich Burnout und Depressionen nicht nur in den Akutsymptomen. Es gibt auch Unterschiede bei der Entstehung beider Störungen und bei der Aufrechterhaltung der Akutsymptome, weshalb sich auch Prävention und Akutbehandlung unterscheiden müssen. Unser Ziel ist es, Burnout und Depressionen theoretisch-konzeptionell nachvollziehbar voneinander abzugrenzen, die Unterschiede zwischen beiden Störungen trotz der scheinbar großen Ähnlichkeiten herauszuarbeiten, was für die Praxis eine effektivere Prävention und Behandlung ermöglichen würde. Um diesem Ziel näher zu kommen, ist es erforderlich, die Differenzierung von Burnout und Depression nicht nur empirisch abzusichern, sondern auch theoretisch-konzeptionell zu begründen. Das würde auch dazu führen, beide Erkrankungen jede für sich besser zu verstehen. Diese Arbeit wäre ohne Unterstützung meiner Frau, Christa Nerger-Schulz, nicht möglich gewesen. Mit viel Engagement hat sie mir geholfen, dieses Buch fertig zu stellen. Ich schulde ihr dafür großen Dank.

1. Probleme bei der Abgrenzung von Burnout und Depression

Eine konsensfähige Definition für Burnout gibt es nicht (Korczak et al., 2010). Bislang konnte man sich lediglich auf zwei charakteristische Merkmale des Burnout einigen: (1) psychische und körperliche Erschöpfung und (2) reduzierte Leistungsfähigkeit. Das oft genannte Symptom „Depersonalisation“ wird von verschiedenen Autoren nicht mehr als Burnout-Symptom begriffen, sondern als Bewältigungsstrategie bei der Auseinandersetzung mit den Burnout-Symptomen aufgefasst (Taris, Le Blanc, Schaufeli & Schreurs, 2005; Kim & Ji, 2009). Nach Hillert und Marwitz (2006) erweist sich Burnout bei genauerer Betrachtung als ein hochgradig schwammiges Konstrukt. Ihrer Ansicht nach wurde mit dem Burnout-Konzept eine hypothetische Ätiologie, die sich auf Dauerstress durch berufliche Überforderung bezieht, mit einer phänomenologisch kaum von Depressivität trennbaren Symptomatik verbunden. Der zusätzliche Gewinn der Diagnose „Burnout-Syndrom“ bleibe daher umstritten.

Damit eine Depression diagnostiziert werden kann, sind mindestens vier typische Symptome erforderlich. Zwei davon müssen zu den Kernsymptomen (Niedergeschlagenheit, Interessenverlust, Freudlosigkeit oder Antriebslosigkeit) gehören. Zwei weitere Symptome, die ebenfalls charakteristisch für Depressionen sind, aber nicht zu den Leitsymptomen zählen, wie z.B. Schlafstörungen, Ängste oder Konzentrationsstörungen, müssen zusätzlich vorhanden sein. Unterschieden wird die retardierte Depression von der ängstlich agitierten Variante der unipolaren Depression („anxious depression“). Letztere wird als „Major Depressive Disorder“ bezeichnet, die durch einen hohen Anteil an Angstsymptomen gekennzeichnet ist und deshalb eine höhere Symptombelastung aufweist (Köhler et al., 2013). Luyten, Blatt, Van Houdenhove und Corveleyn (2006) haben in ihrem Überblicksartikel gezeigt, dass es inzwischen ausreichende Evidenz für einen „melancholic“ und einen „hostile/irritable non-melancholic“ Subtyp der Depression gibt. Gewöhnlich treten Depressionen in Episoden auf. Zwar ist eine einmalige Episode möglich, meist kommt es aber zu rezidivierenden depressiven Phasen. Mit Rückfällen oder Komplikationen ist bei

Depressionen immer zu rechnen. Nach einer depressiven Phase entwickelt etwa die Hälfte aller Betroffenen erneut eine Depression. Bei unipolaren Formen geht man davon aus, dass bis zu 50% der Patienten nur eine Episode erleiden. Bei 20% bis 30% sind es bis zu 3 und beim Rest mehr als 3 Episoden. Die Episodenzahl bei bipolaren Störungen ist bis zu doppelt so hoch (Burgus & Iacono, 2007).

In der klinischen Praxis resultiert die Verwirrung bei Diagnose und Therapie beider Störungen daraus, dass beide Erkrankungen in ihrem Verlauf große Ähnlichkeiten aufweisen, auch wenn diese sich bei näherer Betrachtung nur als scheinbar erweisen. Bevor wir in den nachfolgenden Kapiteln die Unterschiede zwischen beiden Störungen systematisch herausarbeiten, wollen wir auf Ähnlichkeiten eingehen und anschließend erste Argumente anführen, die eine Unterscheidung beider Erkrankungen sinnvoll erscheinen lassen.

1.1 Welche Ähnlichkeiten gibt es zwischen Burnout und Depression?

Die Differenzialdiagnose beider Störungen ist deshalb so schwierig, weil beide Erkrankungen Ähnlichkeiten aufweisen. Beschränkt man sich bei der Diagnose auf eine Statuserhebung in der *Akutphase*, ist die Abgrenzung beider Störungen nur bedingt möglich, da es in dieser Phase erhebliche Überlappungen von Burnout und Depressionen gibt. Hat sich einmal das Vollbild eines Burnout entwickelt, ist es schwierig, dieses von einer Depression zu unterscheiden. Die Akutsymptomatik des Burnout ähnelt sehr der so genannten „atypischen Depression“ (auch als „Erschöpfungsdepression“ bezeichnet), die durch Energieverlust, erniedrigten Cortisolspiegel, vermehrte Schlafneigung und Appetitzunahme gekennzeichnet ist (Gold & Chrousos, 2002; Heim & Miller, 2011).

Ähnlicher Krankheitsverlauf

Neben ähnlicher Akutsymptomatik haben beide Erkrankungen auch einen vergleichbaren *Krankheitsverlauf*. Bei beiden Krankheiten kommt es zu einem deutlich erkennbaren Übergang von prämorbid (subklinischer) zu klinischer Symptomatik, der mehr oder weniger abrupt erfolgen kann. Wir werden darauf noch genauer eingehen. Hinzu kommt, dass leichtere Ver-

läufe einer bipolaren affektiven Störung oft als Burnout verkannt werden, „weil der vorlaufende rastlose Tatendrang während einer maniformen Phase als besonders engagiertes Schaffen und die zwangsläufig folgende depressive Episode als plausible Erschöpfungsreaktion im Sinne eines Burnout fehlinterpretiert werden“ (Payk, 2013, 15).

Ähnliche Funktionen

Nicht nur Akutsymptome und Phasenverlauf ähneln sich, beide Störungen haben auch ähnliche *Funktionen*. Die Handlungsblockade im Endzustand des Burnout wie in der depressiven Episode kann als Bewältigungsversuch aufgefasst werden, der vor vollständiger Desintegration des Selbst bewahren soll. Wie bei vielen Erkrankungen werden auch beim Burnout und bei der Depression Veränderungen im Leben notwendig, die man meist erst dann ernsthaft erwägt, wenn sie durch Leiderfahrung erzwungen werden. Die Erkrankung sorgt dafür, dass man innehält und sich schont. Sie ist als Hinweis darauf zu verstehen, dass etwas im bisherigen Leben nicht stimmt (Müller-Rörich et al., 2007). Schmale und Engel (1975) haben diesen Zustand als „conservation-withdrawal state“ bezeichnet, d.h. als einen Zustand relativer Immobilität, Lähmung und Reaktionsunterdrückung. Er hat defensive Funktion und ermöglicht es, die Erkrankten aus dem belastenden Kreislauf des Alltags herauszunehmen und dem Körper Zeit für die Regeneration zu geben. Aus dieser Sicht erscheinen beide Störungen als eine unbewusste Weigerung, das Leben so weiterzuführen wie bisher (Teuber, 2011). Betroffene werden ausgebremst und von Handlungen abgehalten, die sie in noch größere Bedrängnis bringen würden (Hell, 2012; Badal, 2006).

Belastende Arbeitsbedingungen sind für beide Erkrankungen relevant

Dass ein Zusammenhang zwischen Burnout und Arbeitsbelastungen besteht, ist in der Wissenschaft Konsens (Hillert & Marvitz, 2006; Bauer, 2013). Für die Burnout-Genese werden insbesondere vier Arten von Belastungen hervorgehoben: Quantitative Arbeitsüberlastung, Arbeitsbeschleunigung, Mehrfachbelastungen und Überlastung durch Emotionsarbeit in Dienstleistungsberufen. Demgegenüber wurden Arbeitsbelastungen zur Erklärung von Depressionen in der Forschung viel zu wenig berücksichtigt, obwohl schon länger bekannt ist, dass Depressionen häufig in beruflichen

Überforderungssituationen entstehen. Erst in neuerer Zeit ist man dem Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Depressionen systematisch nachgegangen. Im Jahr 2008 wurde ein erster Review zum Thema „Psychosoziale Arbeitsmerkmale und das Risiko von Depression“ veröffentlicht (Bonde, 2008). Diese Übersichtsarbeit umfasst 16 Längsschnittstudien mit insgesamt mehr als 63.000 Beschäftigten. Die Ergebnisse lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass psychosoziale Stressoren am Arbeitsplatz mit einem erhöhten Risiko für depressive Störungen einhergehen. Ein kausaler Nachweis dieses Zusammenhangs fehlt aber noch. Rau, Gebele, Morling und Rösler (2010) haben die Ergebnisse bislang durchgeführter Studien zum Zusammenhang zwischen Depressionsentstehung und Gratifikationskrisen (Belastungen durch Imbalancen zwischen beruflicher Leistung und Belohnung) zusammenfassend bewertet. Mit Ausnahme einer Untersuchung belegen alle Studien, „dass ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Belohnungen am Arbeitsplatz (...) einen Risikofaktor für das Auftreten von Depression darstellt“ (24). In ähnlicher Weise ergab eine schwedische Studie (Waldenström et al., 2008), dass Arbeitsstress und mangelnde soziale Unterstützung von Kollegen und Vorgesetzten die Entstehung von Depressionen beeinflussen. Weitere Studien belegen Einflüsse anderer psychosozialer Belastungen (Ungerechtigkeiten im Beruf, zu geringe Entlohnung) auf die Entstehung von Depressionen (Waldenström et al., 2008). D’Souza (2003) und Mitarbeiter untersuchten 1188 gut ausgebildete Personen hinsichtlich eines Zusammenhangs zwischen Depression, Ängstlichkeit und allgemeinem Gesundheitszustand einerseits und hohen Arbeitsanforderungen mit geringer Kontrolle und Job-Unsicherheit andererseits. Die Ergebnisse zeigten u.a. signifikante Zusammenhänge zwischen den untersuchten Belastungen am Arbeitsplatz und Depressionen. Einen weiteren Beleg für einen Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und Depression liefert die repräsentative Längsschnittstudie von Wang (2005), die auf Daten von 6663 erwerbstätigen Kanadiern basiert. Nach Kontrolle soziodemographischer, psychosozialer und klinischer Faktoren zeigte sich im Ergebnis, dass neben niedrigem Qualifikationsgrad und traumatischen Lebensereignissen auch eine hohe Stressbelastung bei der Arbeit das Risiko, innerhalb von 12 Monaten an einer Depression zu erkranken, deutlich erhöht. Zusammenfassend zeigen diese Befunde: Nicht nur die Entstehung des Burnout, auch die Depressionsgenese kann durch das Arbeits- und Berufsumfeld ursächlich bedingt sein. So ist es nur folgerichtig, wenn Ärzte vermehrt Burnout als Zusatzdiagnose zu einer Depression hinzufügen. Mit Hilfe der Zusatzdiagnose teilen sie der Kran-

kenkasse mit, dass der Patient eine Depression hat, und dass sie diese Erkrankung als Folge von Belastungen im Beruf sehen.

So wie psychosoziale Stressoren am Arbeitsplatz mit einem erhöhten Risiko für depressive Störungen einhergehen, können andererseits Burnout-Zustände durch Belastungen hervorgerufen werden, die in *keinem* direkten Zusammenhang mit krankmachenden Arbeitsbedingungen stehen (Payk, 2013). Burnout wird nicht nur durch *berufliche* Belastungen verursacht, sondern auch durch übermäßige Arbeitsbelastungen im privaten Bereich, wie z.B. durch Belastungen bei der Pflege von Angehörigen oder außerberuflichen Weiterbildung, die man selbstverantwortlich auf sich nimmt. Die Auffassung, wonach nur dann von Burnout zu sprechen ist, wenn die *Berufsarbeit* die Ursache ist, entspringt wohl mehr einem Ringen um ein Spezifikum als einem Verständnis des ablaufenden Burnout-Prozesses, wie Brühlmann (2010) konstatiert. Sowohl Burnout als auch Depressionen haben ähnliche Entstehungsbedingungen: beide Störungen sind Resultat einer durch die Lebens- und Arbeitsbedingungen mehr oder weniger erzwungenen, gesundheitsabträglichen Auseinandersetzung mit den Anforderungen des Alltags. Die arbeitswissenschaftliche Stressforschung betrachtet dementsprechend nicht nur Burnout, sondern auch Depressionen als negative Folgen lang andauernder Beanspruchungsprozesse (Semmer, Grebner & Elfering, 2010; Hapke et al., 2013).

1.2 Unterscheiden sich beide Erkrankungen?

Burnout sei der „kleine Bruder der Depression“, also eine leichte, noch nicht voll ausgeprägte Depression. Zumindest behaupten das viele Psychotherapeuten und Fachärzte in der klinischen Praxis. Die Burnout-Erkrankung wird hier als Vorläufer von Depressionen beschrieben. Sie wird nur deshalb nicht als Depression diagnostiziert, weil die Symptomatik nicht das Ausmaß hat, das für Depressionen kennzeichnend ist. Kommen aber zu einer Burnout-Erschöpfung depressive Symptome hinzu, wird aus einem Burnout eine Depression. Jetzt prägen nicht mehr nur Burnout-Symptome (Erschöpfung, Leistungsminderung) das klinische Bild, hinzu kommt die Symptomatologie und Eigendynamik der Depression. So ist es nur folgerichtig, wenn es Versuche gibt, die Differentialdiagnostik zwischen Burnout und Depression nach dem *Ausmaß* und *Schweregrad* der

Symptomatik vorzunehmen. Diese Sichtweise wird aber nicht von allen Burnout- und Depressionsforschern geteilt.

Andere Autoren (z.B. Glass & McKnight, 1996; Ahola et al., 2005) sind der Ansicht, dass es sich beim Burnout und der Depression um zwei unterschiedliche Störungen handelt. Nicht alle Formen *tiefer* Erschöpfung, so wird argumentiert, seien Depressionen, auch wenn ein beträchtlicher Teil der Menschen, die wegen Burnout eine längere Auszeit nähmen, de facto an einer depressiven Erkrankung litten. Ausdrücklich verteidigt Bauer (2013) die Diagnose von Burnout und wendet sich gegen alle Versuche von Fachkollegen, Burnout *nicht* als eigenständige Krankheit zu betrachten. Auch die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ des Robert-Koch-Instituts geht von zwei unterschiedlichen Störungen aus (vgl. Hapke et al., 2013). Der gleichen Ansicht sind auch Glass und McKnight (1996). Sie argumentieren, dass die Überlappung der Konzepte Burnout und Depression nicht ausgeprägt genug sei, um von identischen Phänomenen zu sprechen.

In der Forschung besteht weitgehend Konsens darüber, dass es sich bei dem Burnout und der Depression um Störungen handelt, deren Ähnlichkeit hauptsächlich durch das Symptom „Erschöpfung“ bedingt ist (Barocka, 2013; Dörr & Nater, 2013). Nicht nur Burnout-Patienten, auch Menschen mit Depressionen fühlen sich ausnahmslos tief erschöpft. Das verleitet so manchen Arzt oder Psychotherapeuten zur vorschnellen Diagnose Burnout. Erschöpfung ist aber ein unspezifisches Symptom, das vielen Erkrankungen zugrunde liegt. Andere Praktiker wiederum neigen eher dazu, Patienten, die unter Erschöpfung leiden, als depressiv einzustufen, da Burnout nicht als eigenständige Krankheit anerkannt ist. Shirom und Ezrachi (2003) haben deshalb gefordert, alle Items in Burnout-Skalen, die sich mit depressiven Gefühlen überschneiden, zu entfernen. Stattdessen sollte man sich auf die Symptome „emotionale Erschöpfung“ und „physische Ermüdung“ konzentrieren. Hinsichtlich der diskriminanten Validität schätzen Schaufeli und Enzmann (1998), dass emotionale Erschöpfung und Depressionen lediglich um 25% gemeinsame Varianz aufweisen. Glass und McKnight (1996) kommen nach einer Durchsicht von 18 Untersuchungen zu ähnlichen Ergebnissen.

Bevor wir die Unterschiede beider Störungen in den nachfolgenden Kapiteln systematisch darstellen, sollen bereits hier einige Besonderheiten beider Störungen genannt werden, die nahe legen, dass es sich um unterschiedliche Erkrankungen handelt.

- *Tagesschwankungen:* Typisch für Depressionen, aber nicht für Burnout, sind gleichförmig-konstante Tagesschwankungen der Befindlichkeit mit Morgentief und Stimmungsaufhellung gegen Abend (Lange, van de Ven, Schrieken & Smit, 2004).
- *Erstmanifestation:* Unterschiede betreffen auch die Erstmanifestationen. Ersterkrankungen von Burnout sind in den Jahren zwischen 35 und 50 besonders hoch, während sich Depressionen in jedem Alter entwickeln können. Am häufigsten kommt es im Alter zwischen 18 und 25 Jahren zu einer ersten Depression. Wie neuere Untersuchungen zeigen, sind Patienten heute jünger als früher, wenn bei ihnen das erste Mal eine Depression diagnostiziert wird (vgl. die "Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" des Robert Koch-Instituts, in der mehr als 5000 Patienten befragt wurden; Hapke et al., 2013). Voss und Weiss (2013) fassen diesen Befund wie folgt zusammen: „Während unter Depressionen offenbar vor allem jüngere Menschen leiden, steigt die Häufigkeit der Diagnose Burnout mit dem Lebensalter an: In der Untersuchung des Robert Koch-Instituts wurde ermittelt, dass nur 1,4 Prozent der 18- bis 29-Jährigen, dafür aber 6,6 Prozent der 50-59-Jährigen unter einem Burnout leiden“ (40).
- *Armut als Risikofaktor:* Auch hinsichtlich des Risikofaktors „Armut“ zeigt sich ein Unterschied. Bei Depressionen gibt es einen Zusammenhang mit Armut (Busch et al., 2013; Virtanen, Kawachi, Oksanen & Salo, 2011; Almeida et al., 2012), was für die Burnout-Entstehung nicht zutrifft. Im Gegenteil, bei Burnout-Patienten handelt es sich häufig um Personen, die finanziell gut abgesichert sind (Barocka, 2013).
- *Auslösung der Erkrankung:* In der Literatur wird die so genannte Kulminationstheorie zur Erklärung der Burnout-Auslösung diskutiert. Danach geht dem Burnout ein lang andauernder hoher Arbeitsdruck voraus, möglicherweise verbunden mit zusätzlichen familiären, finanziellen oder gesundheitlichen Problemen, bis die Betroffenen einen Punkt erreichen, an dem sie "nicht mehr können". „Oft kommt dann noch eine besonders belastende Situation hinzu (z.B. ein Konflikt mit einem Kollegen oder Vorgesetzten) und der Betroffene bricht endgültig zusammen“ (Hillert & Marwitz, 2006, 150). Zwar gibt es Warnzeichen vor Ausbruch der Burnout-Erkrankung, doch diese werden zumeist nicht als solche wahrgenommen. Die Kulminationstheorie gilt für Depressionen nicht in diesem Maße, da depressive Erkrankungen häufig bereits nach