

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Auf einen Blick: Burn-out-Syndrom
und Depression: Eine oder zwei
Seiten einer Medaille?**

Akimova E, Kasper S

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2012; 13 (4), 190-193

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

77. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



2026
7.–10. Juni
AACHEN

Personalisierte Neurochirurgie – digital, kompetent, vernetzt

dgnc-kongress.de

Joint Meeting with the Belgian Society and the Dutch
Society of Neurosurgery and Neurosurgeons of Luxembourg

*Werfen Sie einen
Blick ins Programm!*



*Registrieren
Sie sich jetzt!*



Burn-out-Syndrom und Depression: Eine oder zwei Seiten einer Medaille?

E. Akimova, S. Kasper

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien

■ Einleitung

Burn-out: Die Entstehung der Begriffsverwendung

Der Begriff „Burn-out“ im Zusammenhang mit psychischer Erschöpfung ist keine Wortschöpfung der Psychologie, Psychiatrie oder klinischen Medizin, sondern der Literatur. In seinem Roman *A Burnt-Out Case* griff Graham Greene im Jahr 1960 den schon im 16. Jahrhundert von Shakespeare geprägten Begriff des „Ausbrennens“ für Zustände der psychischen Erschöpfung sowie die dazu führenden Prozesse auf. Er charakterisierte damit den Lebensweg eines gefeierten Architekten, der vor seinem Erfolg in den Kongo flüchtet und dort stirbt [1]. Gegenstand der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung im Sinne des heute üblichen Begriffsgebrauchs wurde die Burn-out-Thematik in den 1970er-Jahren. Der amerikanische Psychoanalytiker Freudenberg, der den Begriff bei Graham Greene entlehnt hatte, beobachtete bei Mitarbeitern einer Suchtklinik lang andauernde Erschöpfungszustände und zunehmende Empfindungen der Unzulänglichkeit im Berufsalltag [2]. Freudenbergers erstes Werk trägt folgerichtig den Titel *The High Cost of High Achievement*.

Die Veränderung der Zielgruppe der Burn-out-Forschung

Zu den Kosten der Überbeanspruchung gehörte nach den frühen Ergebnissen der rasch einsetzenden Erforschung des Phänomens Burn-out auch zunehmende Distanzierung zu den eigenen Klienten. Maslach, im Jahre 1980 Verfasserin des „Maslach Burnout Inventory“ [3], definierte in einer ihrer Veröffentlichungen mit dem Titel *The Cost of Caring* [4] die Richtung der Forschung. Burn-out wurde ganz überwiegend als Phänomen helfender Berufe verstanden. Dies hat sich inzwischen radikal geändert: Burn-out wird im heutigen Sprachgebrauch längst als „Krankheit jedes Hedgefonds-Managers und überhaupt jedes durchschnittlich getriebenen Geschäftsmanns verstanden, der sich unter Erfolgsdruck sieht“ [5]. Lehrern und Polizisten war schon 1992 eine umfangreiche wissenschaftliche Untersuchung gewidmet, Ärzte sind nach mehreren Studien eine besonders gefährdete Gruppe. Je nach Fachrichtung soll die Zahl der Ausgebrannten bei > 50 % liegen [6]. Die Betroffenheit ist aber längst nicht mehr auf Berufstätige eines fordernden Berufs beschränkt: Auch Angehörigen chronisch Kranker und Müttern [7] wurde in wissenschaftlichen Arbeiten attestiert, zur Gruppe der Burn-out-Gefährdeten zu zählen; genauso wurden Arbeitslose bereits als Burn-out-gefährdet beschrieben [8].

Der „Medienhype“ um Burn-out

Dieser inflationäre Begriffsgebrauch wird angeheizt von umfassender populärwissenschaftlicher Erörterung und breiter

medialer Darstellung des Phänomens. Zahlreiche seit einem Jahr in *Spiegel Online* publizierte Beiträge, zuletzt unter dem Titel „Nach dem Burn Out – Es könnte jederzeit wieder passieren“ [9], illustrieren jedoch auf den ersten Blick nur, dass sich das Thema aus Sicht der Medien verkauft. Wie immer bei Modebegriffen ist unklar, ob die mediale Aufmerksamkeit mit der Zahl der Betroffenheit steigt oder umgekehrt. Schon vor beinahe einem Jahrzehnt wurde unter dem naheliegenden Titel „Ist die Burn-out-Forschung ausgebrannt?“ [10] die Beliebtheit des Begriffs und dessen übermäßig häufiger Gebrauch kritisiert. Die Tendenz, Burn-out als inflationär gebrauchten Modebegriff ohne klaren Aussagegehalt zu brandmarken, übersieht jedoch, dass Burn-out auch einen Zustand schwer erkrankter Patienten beschreibt, der in engem Zusammenhang zur Depression steht und mit erhöhter Suizidalität vergesellschaftet ist. Nicht übersehen werden dürfen auch die gesamtgesellschaftlichen Kosten des Phänomens, die wegen der unklaren Terminologie nur ungefähr bestimmt werden können.

■ Begriffsbestimmung

Unter Burn-out werden insbesondere durch das breite populärwissenschaftliche Interesse, das die Thematik gefunden hat, unterschiedlichste Zustände verstanden, die von der üblichen Belastung am Arbeitsplatz bis zur Präsuizidalität reichen [11]. Wie für den Begriff „Stress“, der oft als Bedingung des Entstehens eines Burn-out genannt wird, besteht somit keine einheitliche Terminologie. Maslach beschrieb Burn-out als Prozess, der verschiedene, sich sukzessive ablösende Zustände umfasst [12]:

- Erschöpfung: Das Erleben körperlicher und insbesondere emotionaler Kraftlosigkeit ist zentraler Aspekt und folgt chronischem Stress im Sinne einer subjektiv als solche empfundenen Überbelastung.
- Depersonalisation: Das Verhältnis zu den Klienten wird distanzierter und von Abstumpfung und Gefühllosigkeit geprägt. Ausgeprägter Zynismus gegenüber den Bedürfnissen und Äußerungen der Klienten verstärkt die Distanz.
- Verlust des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten. Kraftlosigkeit und Verhaltensänderung werden subjektiv als Versagen empfunden, was die negative Bewertung der eigenen Leistung verstärkt.

Dieses ursprüngliche Konzept wurde auch von Maslach in der Folge insofern modifiziert, als dass Burn-out nicht mehr nur als Phänomen helfender Berufe verstanden wurde. Daher wird die Phase der Distanzierung und des sich gegenüber dem Berufsumfeld entwickelnden Zynismus nicht mehr nur auf Klienten bezogen. In einem Artikel aus dem Jahr 2001 wird Burn-out als Phänomen jeder Berufsgruppe beschrieben. We-

sentlich ist der Beruf, wenn er das zentrale Element der vom Patienten sich selbst zugewiesenen Daseinsberechtigung darstellt [13].

■ Diagnosestellung

Als Folge der Uneinheitlichkeit des Begriffsverständnisses ergeben sich unverändert Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung. In Gebrauch sind verschiedene Testverfahren, wie das „Maslach Burnout Inventory“ (MBI), dessen aus dem Jahr 1981 stammendes Konzept im Wesentlichen unverändert blieb, das „Oldenburg Burnout Inventar“ (OLBI), das „Hamburger Burnout Inventar“ (HBI) von Burisch, das vergleichsweise neue „Copenhagen Burnout Inventory“ (CBI) aus dem Jahr 2005 [14], der „Shirom-Melamed Burnout Questionnaire“ (SMBQ) und das als SBI bezeichnete „School Burnout Inventory“ [12]. In Ermangelung standardisierter Diagnosekriterien erscheint die Validität all dieser Testverfahren jedoch fraglich, da unklar bleibt, was genau sie messen. Einen umfassenden Überblick über Phasen und diesen zuzuordnende Symptome gibt die Burn-out-Symptomatik nach Burisch [15], die in Tabelle 1 verkürzt dargestellt wird.

Die Uneinigkeit in der Beurteilung des Burn-out-Syndroms als eigenständiges Krankheitsbild oder als prozesshaften Verlauf unterschiedlicher pathologischer Zustände, die zur Ausprägung eines oder mehrerer Krankheitsbilder führen, spiegelt sich auch darin, dass im ICD-10 weiterhin eine entsprechende Diagnose fehlt [16]. In Kapitel XXI findet sich unter der Bezeichnung „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ jedoch unter der Ziffer ICD-10: Z73.0 der Faktor „Ausgebranntsein: Burn-out, Zustand der totalen Erschöpfung“. Da das „Burn-out-Syndrom“ eine Vielzahl von Beschwerden umfassen bzw. sich zu diesen entwickeln kann, werden gegebenenfalls diese Krankheitsbilder angegeben [17]. In Betracht kommen etwa die depressive Episode (ICD-10: F32) oder Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen wie die Akute Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0), die Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) oder eine „sonstige Reaktion auf schwere Belastung“ (ICD-10: F43.8). Als Diagnose nach ICD-10 herangezogen werden kann bei Bestehen eines entsprechenden Zusammenhangs gegebenenfalls auch die Diagnose einer Suchterkrankung wie schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1) oder Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2).

Nach einer Empfehlung der Deutschen Psychiatriegesellschaft DGPPN sollte bei Patienten, die an einer im ICD-10 angeführten Krankheit bzw. Störung leiden, zunächst die Verschlüsselung der diagnostizierten Erkrankung bzw. Störung erfolgen. Bestehen Anhaltspunkte für die Annahme, dass diese Erkrankung zumindest teilweise auf chronische Arbeitsüberlastung zurückgeht, sollte die Diagnose zusätzlich mit der Codierung Z73.0 versehen werden. Die DGPPN verspricht sich davon eine angemessene und systematische Berücksichtigung der Ätiologie einer ICD-10-Diagnose, falls diese mit Burn-out zu tun hat [17]. Umgekehrt können auch psychische oder somatische Störungen bzw. Erkrankungen Ursache eines Burn-out-Syndroms sein, sodass vor der Diagnose des Syndroms eine eingehende Diagnosestellung unter

Tabelle 1: Burn-out-Symptomatik. Mod. nach [11].

Phase	Symptom
Anfangsphase (Warnsymptome)	
Verstärktes Engagement	Hyperaktivität Überzeugung der eigenen Unersetzbarkeit Verleugnung eigener Bedürfnisse Reduktion eigener sozialer Kontakte auf das berufliche Umfeld
Erschöpfung	Gefühl nachlassender Energie Chronische Müdigkeit
Phase des reduzierten Engagements	
	Desillusionierung Gefühl, ausgenutzt zu werden Größere Distanz zum beruflichen Umfeld Nachlassende Bereitschaft zu unbezahlter Mehrarbeit Zynismus Gestörte Kommunikation mit Partner/Kindern
Emotionale Reaktionen	
Schulduweisung an sich selbst, Depression (!)	Insuffizienzgefühle Nachlassen der Selbstachtung Schwächegefühl Pessimismus, Apathie, Selbstmordgedanken
Schulduweisung an andere, Aggression	Häufige Konflikte, Kompromisslosigkeit in Konflikten Launenhaftigkeit, Intoleranz
Abbau von Fähigkeiten	
	Konzentrationsschwäche, Abbau kognitiver wie kreativer Fähigkeiten, Entscheidungsunfähigkeit
Verflachung und Rückzug	Aus dem emotionalen, sozialen, geistigen Leben; Abbruch von Kontakten, weitgehend fehlende Empathie
Psychosomatische Reaktion	
	Denkbar an allen Organsystemen
Verzweiflung	
	Rückzug, Selbstaufgabe, Suizidalität

Berücksichtigung somatischer Erkrankungen notwendig ist [17]. Einen Überblick über psychische sowie somatische Ursachen des Burn-out, aber auch darüber, dass nahezu alle Erkrankungen (wie auch psychischen Störungen) zu so genannten Burn-out-Symptomen führen können, zeigt Tabelle 2.

■ Burn-out-Syndrom und Depression

Das Verhältnis von Burn-out-Syndrom und Depression ist ungeklärt. Die schwere Depression (Major Depression nach DSM-IV-TR) zeichnet sich durch folgende Symptome aus: depressive Verstimmung, Interesselosigkeit, Gewichtsverlust, vermehrter Schlaf oder Schlaflosigkeit, psychomotorische Unruhe, Verlangsamung, geringes Selbstwertgefühl, abnehmende Konzentrationsfähigkeit, Müdigkeit und auch suizidale Gedanken. Mindestens 5 dieser Symptome müssen für > 2 Wochen vorhanden sein. Auch das Verhältnis zur Minor Depression (DSM-IV-TR) ist ungeklärt. Diese wird diagnostiziert, wenn < 5, aber mindestens 2 depressive Symptome > 2

Tabelle 2: Krankheiten/Störungen als Ursache von Burn-out-Störungen. Mod. nach [18].

Zuordnung	Bezeichnung der Erkrankung
Somatische Erkrankungen	Anämien, z. B. Eisenmangel
	COPD
	Hypothyreose
	Infektionskrankheiten (HIV, Tuberkulose, Borreliose)
	Degenerative Erkrankungen des ZNS
	Medikamentennebenwirkungen
Psychiatrische Erkrankungen	Kardiovaskuläre Erkrankungen
	Dyssomnien
	Depressive Störungen
	Somatisierungsstörungen
	Generalisierte Angsterkrankung
	Essstörungen
	Substanzmissbrauch

Wochen vorhanden sind. Die Gegenüberstellung der Symptome mit denen unterschiedlicher Phasen des Burn-out-Syndroms nach dem in Tabelle 1 zusammengefassten Modell zeigt eine deutliche Überlappung. Beide Störungen bzw. Erkrankungen können in einer Komorbidität parallel vorhanden sein; das Burn-out-Syndrom kann aber auch als Faktor der Genese einer depressiven Störung verstanden werden [18]. Erschöpfung ist das Kernsymptom jeder Burn-out-Diagnostik, aber ebenso ein depressives Kernsymptom, das sich häufig in den Erscheinungsformen Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Interessenverlust oder Antriebsminderung manifestiert. Paralleles Auftreten von Erschöpfung und Depression existiert in der Diagnostik und Klassifizierung der Depression seit langer Zeit und wurde in den Begriffen Erschöpfungsdepression oder Erschöpfungsreaktion zusammengefasst [18]. Eine sinnvolle Abgrenzung wird im Schweregrad der depressiven Störung gesehen [18]. Das hat zur Folge, dass ein schwerer Burn-out-Prozess zur klinisch relevanten Erschöpfungsdepression wird. Eine finnische Studie hat die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Depression bei zunehmendem Burn-out mit 50 % angegeben [19]. Burn-out und Depression mögen daher durch die vorherrschende Betonung beruflicher Ursachen beim Burn-out-Syndrom auf unterschiedlichen Konzepten beruhen, münden aber in der identischen Erkrankung. Dementsprechend werden auch Verzweiflung, Selbstaufgabe und Depression, wie Tabelle 1 zu entnehmen ist, als schwerste Ausprägung eines Burn-out-Syndroms beschrieben. Eine schwere Form des Burn-out-Syndroms und das Vollbild einer Depression können klinisch nicht differenziert werden [20].

Auch insofern herrscht vor allem terminologische Unklarheit und oft „unsaubere“ Begriffsverwendung: Nach Beobachtung der DGPPN neigen Medien dazu, sozial schwächeren Patienten die Diagnose Depression zuzuweisen, während „Leitfiguren“ bei entsprechender Symptomatik angeblich unter dem Burn-out-Syndrom leiden. Durch die oft nicht einmal explizite Charakterisierung des Burn-out-Syndroms als „Krankheit der Starken“ erfolge eine zusätzliche Stigmatisierung der „Schwachen“ und damit auch der Erkrankung Depression insgesamt [17]. In einer anderen Publikation wurde darauf

hingewiesen, dass sich Patienten hinter der Diagnose Burn-out „verstecken“, um sich das Bestehen einer Depression nicht eingestehen zu müssen [21].

■ Prävention

In einer deutschen Metaanalyse aus dem Jahr 2010 wurden 25 Studien auf die Überprüfung der Wirkung präventiver Maßnahmen hin untersucht [20]. Überwiegend handelte es sich um persönlichkeitsorientierte Präventionsmaßnahmen; nur 2 zielten ausschließlich auf die Organisation, einige berücksichtigten beide Ansätze. Personenbezogene Ansätze beziehen sich auf kognitive Maßnahmen der Verhaltensmodifikation und die Entwicklung individueller präventiver Copingstrategien [22]. Unabhängig vom Ansatz zeigten die meisten Interventionsmaßnahmen zunächst deutliche Erfolge in der Reduktion der Burn-out-Fälle, jedoch nur als kurzzeitige Effekte. Die Wirkungsdauer der ganz oder teilweise auf die Organisation gerichteten Präventionsmaßnahmen, wie Änderung von Arbeitszeiten und präzise Definition von Aufgabenfeldern und Verantwortlichkeiten [20], wurde immerhin als durchschnittlich doppelt so lange angegeben wie ausschließlich personenbezogene Ansätze. Die Wirkung ließ aber nach 12 Monaten ebenfalls deutlich nach. Die Autoren ziehen daraus den Schluss, dass Burn-out-Prävention ein dauernder Prozess sein sollte, der durch ständige Auffrischkurse verstärkt werden muss [20]. Zum vergleichbaren Ergebnis gelangte eine Erweiterung dieser Untersuchung, die insgesamt 34 Präventionsprogramme aus unterschiedlichen Staaten mit einem Schwerpunkt in den Niederlanden einbezog [23]. Anzunehmen ist, dass bereits die Tatsache der Durchführung eines Präventionsprogramms den Betroffenen vermittelt, ernst genommen zu werden, und deshalb positive Effekte entfaltet.

■ Therapie

Entsprechend den zahlreichen Zugängen zum Phänomen Burn-out existiert eine Vielzahl unterschiedlicher Therapieansätze. Nicht-medikamentöse Konzepte lassen sich grob in personen- und organisationszentrierte Ansätze differenzieren [24]. Die Konzepte entsprechen den Herangehensweisen, die unter dem Aspekt der Prävention erörtert wurden.

Die medikamentöse Therapie hängt zunächst davon ab, was unter Burn-out-Syndrom verstanden wird und was genau therapiert werden soll [25]. Die Versorgungsleitlinie S3 „Unipolare Depression“ der DGPPN enthält den Begriff Burn-out ebenso wenig wie den der Erschöpfung. Somatische sowie psychische Symptome können für kurze Zeit mit Antidepressiva, Neuroleptika, Analgetika und Sedativa behandelt werden [21]. Die Liste der diskutierten Substanzen ist umfangreich. Mehrere Untersuchungen weisen darauf hin, dass in Bezug auf die Gesamtbevölkerung nur wenige Patienten, die an einer depressiven Erkrankung leiden, adäquate Behandlung erfahren [26]. Entsprechendes ist für Patienten anzunehmen, die an einer schweren Form von Burn-out leiden, die klinisch vom Vollbild einer Depression nicht zu unterscheiden ist. Nicht selten erweisen sich die zu deren Behandlung eingesetzten Psychopharmaka zunächst als wirkungslos, sodass von einer therapieresistenten Depression gesprochen wird

[27]. In diesen Fällen können mit speziellen Behandlungsverfahren dennoch Erfolge erzielt werden, wobei die Compliance der Patienten eine bedeutende Rolle spielt [28].

■ Schlussfolgerung

Burn-out ist unabhängig von terminologischen Unklarheiten eine von den Betroffenen in unterschiedlichen Phasen oft mit schwerem Krankheitswert verbundene Störung und schon deshalb keine „Modekrankheit“, weil sie bis dato nicht als Krankheit anerkannt ist [29]. „Modisch“ ist hingegen der schon längere Zeit zu beobachtende Trend des inflationären Begriffsgebrauchs. Der Begriff wird für beinahe jede Unpässlichkeit und Überforderung am Arbeitsplatz verwendet, er wird durch eine unübersehbare Flut an populärwissenschaftlicher Literatur ständig weiter ausgedehnt. Die ursprünglichen Konzepte, die eine Überforderung der Angehörigen helfender Berufe beschrieben, sind längst auf alle denkbaren sozialen Gruppen erweitert worden. Wenig hilfreich für die betroffenen Patienten sind von den Medien verbreitete „Fragebögen zum Selbstcheck“. Ebenso fatal mögen angesichts der immer wieder festgestellten Verleugnung der Symptome und der damit verknüpften Therapieverweigerung Schlagzeilen wie „Schluss mit dem ewigen Burnout-Gejammer“ wirken [30]. Burn-out-Patienten entwickeln je nach Phase Gesundheitsbeeinträchtigungen, die im Vollbild zumindest klinisch von einer schweren Depression nicht zu unterscheiden sind. Daher entsprechen sich jedenfalls in diesem Stadium auch die Therapiekonzepte des Burn-out und der Depression, insbesondere in Hinblick auf die Pharmakotherapie.

■ Relevanz für die Praxis

Die Therapie des Burn-out-Syndroms bedingt zunächst eine umfassende Diagnose im Hinblick auf somatische wie psychische Erkrankungen. Emotionale Erschöpfung und Hilflosigkeit sind meistens in unterschiedlichen Ausprägungen zu beobachtende Hinweise auf ein Burn-out-Syndrom. Das Syndrom ist meistens mit Depression, Angststörung oder einer Suchterkrankung vergesellschaftet. Deshalb sind diese psychiatrischen Leiden spezifisch und vorrangig nach den jeweiligen Richtlinien zu behandeln. Die Bandbreite somatischer Störungen, die ein Erschöpfungssyndrom auslösen können, ist weit und reicht von Stoffwechselstörungen bis zu onkologischen Erkrankungen. Der Erfolg einer Behandlung ist in besonderem Maße von der Compliance abhängig, aber auch von Psychoedukation und Krankheitseinsicht des Patienten. Bagatellisierung nützt dem Patienten nichts und birgt die Gefahr der Aufrechterhaltung von Mustern, die zum Burn-out geführt haben.

Literatur:

- Greene G. A burnt-out case. Vintage Classics, London, 2001.
- Freudenberger HJ. Staff burnout. J Soc Iss 1974; 30: 159–64.
- Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. J Occupat Behav 1981; 2: 99–113.
- Maslach C. Burnout – the cost of caring. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1982.
- Senior J. Can't get no satisfaction. New York Times 26.11.2006. <http://nymag.com/news/features/24757/> [gesehen 13.09.2012].
- Kirchner B. Ärzte im Burnout. Teil 1: Ausbrennen oder Standhalten? med.ium 4/2012: 27–29; http://www.aeksb.g.at/documents/10682/795382/AK_12+medium4_Web.pdf [gesehen 13.09.2012].
- Kolitzus H. Das Anti-Burnout Erfolgsprogramm. 2. Aufl. dtv, München, 2003.
- Heinemann H, Zimmermann C. Kurskonzept „Work-Life-Balancing“ zur Prävention von Burnout bei berufstätigen Müttern und Vätern. Institut für Burnout-Prävention, Hamburg, 2007.
- Abé N. Nach dem Burnout. Es könnte jederzeit wieder passieren. Spiegel Online 08.08.2012. <http://www.spiegel.de/karriere/berufsleben/diagnose-burnout-betroffene-bereichen-von-ihren-erfahrungen-a-842844.html> [gesehen 13.09.2012].
- Rösing I. Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung. Asanger-Verlag, Heidelberg, 2003.
- Burisch M. Das Burnout-Syndrom. 4. Aufl. Springer, Heidelberg, 2010.
- Maslach C. Burned-out. Hum Behav 1976; 5: 16–22.
- Maslach C, Leiter MP. Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können. Springer, Wien, 2001.
- Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, et al. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. Work Stress 2005; 19: 192–207.
- Burisch M. Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. 1. Aufl. Springer, Berlin, 1989.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, et al. (Hrsg). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 5. Aufl. Huber, Bern, 2011.
- Berger M, Linden M, Schramm E, et al. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout. 07.03.2012. <http://www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/article/141/positionsap-1.html> [gesehen 13.09.2012].
- Brühlmann, T. Burnout und Depression – Überschneidung und Abgrenzung. Schweiz Med Forum 2010; 10: 148–51.
- Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, et al. The relationship between job-related burnout and depressive disorders – results from the Finnish Health 2000 Study. J Affect Disord 2005; 88: 55–62.
- Awa W, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: A review of intervention programs. Patient Educ Couns 2010; 243: 184–90.
- von Känel R. Das Burnout-Syndrom: eine medizinische Perspektive. Praxis 2008; 97: 477–87.
- Leiter MP, Maslach C. Banishing burnout. Six strategies for improving your relationship with work. Jossey-Bass, San Francisco, 2005.
- Walter U, Krugmann C, Plaumann M. Burn-out wirksam prävenieren? Bundesgesundheitsblatt 2012; 55: 1–11.
- Büssing A, Glaser J. Four-stage process model of the core factors of burnout: the role of work stressors and work-related resources. Work Stress 2000; 14: 329–46.
- Kasper S, Möller HJ, Müller-Spahn F. Depression. Diagnose und Pharmakotherapie. 2. Aufl. Thieme, Stuttgart, 2002.
- Korczak D, Wastian M, Schneider M. Therapie des Burnout-Syndroms. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA), Köln, 2012.
- Kasper S, Bach S, Frey R, et al. Therapieresistente Depression. Klinik und Behandlungsoptionen. ClinCum neuropsych. Sonderausgabe November 2011.
- Kasper S, Lehofer M, Anditsch M, et al. Depression – Medikamentöse Therapie. Konsensus-Statement – State of the Art 2007. ClinCum psy Sonderausgabe Jänner 2007.
- Kaschka W, Korczak D, Broich K. Mode-diagnose Burn Out. Dtsch Arztebl Int 2011; 108: 781–7. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/113220> [gesehen 13.09.2012].
- Gaubitz U. Schluss mit dem ewigen Burnout-Gejammer. Spiegel Online 14.11.2011. <http://www.spiegel.de/karriere/berufsleben/karriere-hilfe-schluss-mit-dem-burnout-gejammer-a-797368.html> [gesehen 13.09.2012].

Korrespondenzadresse:

O. Univ.-Prof. Dr. h. c. mult. Dr. med. Siegfried Kasper
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: sci-biolpsy@meduniwien.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)