

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 aufzuhellen.

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 (Burgula & 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 prä-morbider (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

einem einzigen Schicksalsschlag (z.B. dem Tod eines Familienangehörigen) ausgelöst werden. Bei fast allen erstmaligen depressiven Episoden lassen sich in den vorausgehenden Wochen und Monaten kritische Lebensereignisse („provoking agents“; Harris, 1998) feststellen (Bittner, 2006). Wie Forschungsergebnisse zeigen, spielen psycho-soziale Auslöser aber nur bei der ersten depressiven Episode eine wesentliche Rolle (Hammen, 2005). Je häufiger es zu Rückfällen kommt, desto seltener finden sich eindeutige auslösende Bedingungen. Dann kann bereits ein an sich unbedeutendes Ereignis oder eine normale Stimmungsver schlechterung in eine depressive Abwärtsspirale führen (Williams, Teasdale, Segal & Kabat-Zinn, 2007).

- *Körperliche Erkrankungen als Ursache:* Ob eine chronische körperliche Erkrankung Ursache eines Burnout sein kann, ist nicht bekannt. Aus unserer Sicht ist das auch nicht zu erwarten. Ganz anders bei der Depression. Da eine chronische körperliche Krankheit lange andauert und der Verlauf oft nicht vorhersagbar ist, stellt sie nicht nur für den Patienten selbst, sondern auch für seine Familie eine erhebliche Belastung dar. Diese Belastung resultiert aus der ständigen (Lebens)Bedrohung, die mit der Krankheit einhergeht, sowie aus den erheblichen Einschränkungen, die oftmals durch die Erkrankung hervorgerufen werden. Wie Studien übereinstimmend zeigen (zusammenfassend Schulz & Hellhammer, 1998), findet man bei schweren chronischen Erkrankungen eine relativ hohe Prävalenz von Depressionen, wobei das Ausmaß der Depressionssymptome nicht so sehr von der Art der Krankheit abhängen soll, sondern von der Dauer und dem Ausmaß der krankheitsbedingten Behinderungen sowie der Prognosesicherheit.

Soweit erste allgemeine Hinweise auf Unterschiede zwischen Burnout und Depressionen. In den folgenden Kapiteln werden wir systematischer und umfassender analysieren, wie sich beide Störungen unterscheiden. Zuerst werden wir die Unterschiede bei der prämorbidn Symptomatik und bei der Entstehung von Burnout und Depression darstellen, um dann zu zeigen, wie sich diese Unterschiede auf die Prävention beider Störungen auswirken. Anschließend wollen wir uns damit beschäftigen, wie sich Auslösung der Krankheiten, Akutsymptomatik und Aufrechterhaltung der Symptome beim Burnout bzw. bei der Depression unterscheiden und welche Konsequenzen daraus für die Therapie in der Akutphase zu ziehen sind. Im letzten Kapitel geht es dann um die Frage, ob und wie sich Vulnerabilitäten für beide Störungen voneinander abgrenzen lassen.