

Therapy of the burnout syndrome

Abstract

Background

The prevalence, diagnostics and therapy of the burnout syndrome are increasingly discussed in the public. The unclear definition and diagnostics of the burnout syndrome are scientifically criticized. There are several therapies with unclear evidence for the treatment of burnout in existence.

Objectives

The health technology assessment (HTA) report deals with the question of usage and efficacy of different burnout therapies.

Methods

For the years 2006 to 2011, a systematic literature research was done in 31 electronic databases (e.g. EMBASE, MEDLINE, PsycINFO). Important inclusion criteria are burnout, therapeutic intervention and treatment outcome.

Results

17 studies meet the inclusion criteria and are regarded for the HTA report. The studies are very heterogeneous (sample size, type of intervention, measuring method, level of evidence). Due to their study design (e.g. four reviews, eight randomized controlled trials) the studies have a comparable high evidence: three times 1A, five times 1B, one time 2A, two times 2B and six times 4. 13 of the 17 studies are dealing with the efficacy of psychotherapy and psychosocial interventions for the reduction of burnout (partly in combination with other techniques). Cognitive behaviour therapy leads to the improvement of emotional exhaustion in the majority of the studies. The evidence is inconsistent for the efficacy of stress management and music therapy. Two studies regarding the efficacy of Qigong therapy do not deliver a distinct result. One study proves the efficacy of roots of *Rhodiola rosea* (evidence level 1B). Physical therapy is only in one study separately examined and does not show a better result than standard therapy.

Discussion

Despite the number of studies with high evidence the results for the efficacy of burnout therapies are preliminary and do have only limited reach. The authors of the studies complain about the low number of skilled studies for the therapy of burnout. Furthermore, they point to the insufficient evaluation of the therapy studies and the need for further research. Some authors report the effects of considerable natural recovering.

Numerous limitations affect the quality of the results. Intervention contents and duration, study design and study size are very diverse and do not permit direct comparison. Most of the samples are small by size with low statistical power, long-term follow-ups are missing. Comorbidities and parallel utilized therapies are insufficient documented or controlled. Most of the studies use the Maslach Burnout Inventory (MBI) as diagnostic or outcome-tool, but with different cut-off-points. It should

Dieter Korczak¹

Monika Wastian²

Michael Schneider³

1 GP Forschungsgruppe,
Institut für Grundlagen- und
Programmforschung,
München, Germany

2 Institut für
Organisationspsychologie,
München, Germany

3 Ludwig-Maximilians-
Universität, Institut für
Soziologie, München,
Germany

be noticed that the validity of the MBI as diagnostic tool is not proved. Ethical, juridical and social determining factors are not covered or discussed in the studies.

Conclusion

The efficacy of therapies for the treatment of the burnout syndrome is insufficient investigated. Only for cognitive behavioural therapy (CBT) exists an adequate number of studies which prove its efficacy. Big long-term experimental studies are missing which compare the efficacy of the single therapies and evaluate their evidence. The natural recovering without any therapy needs further research. Additionally, it has to be examined to what extent therapies and their possible effects are thwarted by the conditions of the working place and the working conditions.

Keywords: burnout, burnout intervention study, burnout, professional, CBT, cognitive behavior therapy, cognitive behavior treatment, cognitive behaviour therapy, cognitive behaviour treatment, cognitive therapy, cognitive-behavioral therapy, cognitive-behavioral treatment, cognitive-behavioural therapy, cognitive-behavioural treatment, depression, depressive disorder, EBM, evidence based medicine, evidence-based medicine, health technology assessment, HTA, HTA report, HTA-report, humans, individual-focused intervention, mind-body therapies, mind-body therapy, music therapy, person-directed intervention, phytotherapy, prognostic instrument, psychotherapy, qigong, relaxation, review, review literature, review literature as topic, rhodiola, rhodiola rosea, stress management training, systematic review, TA, technology assessment, technology assessment, biomedical, therapeutics, therapy, treatment, treatment outcome

Summary

Health political background

In the last years the burnout syndrome received a very high public awareness. There were many reports about the increase of absenteeism, the outing of well-known people of the public life due to burnout and the scientific discussion about the diagnostic of burnout. An increasing number of reports refer to an untamed and unchecked growth of burnout therapies. There is an impression in the public that burnout has become already a widespread disease. By results of a representative survey in 2011, doctors have diagnosed a burnout syndrome already once for 1.9 million people aged 14 to 65 years in Germany. In the light of health care politics 1.8 million sick leaves in 2010 due to a burnout are economically a burden.

Scientific background

Herbert Freudenberger defined burnout as a state of physical and mental exhaustion which develops slowly from continuous stress and use of energy to exhaustion because of excessive demands. Due to unclear diagnostics, the plurality of symptoms and diverse causations of burnout, there are uncertainties in the literature regarding the therapy of burnout. Prevention, intervention and therapy are hardly distinguished from each other. Congenial or similar interventions are differently labelled, that is as burnout intervention, burnout therapy or management of the prevention or relief of stress and stress-induced diseases. The therapy of burnout depends mainly on the understanding of burnout, whether it is regarded as independent disease, as preliminary stage of a depression or as a comorbidity of depression.

Therapies which are used for the treatment of burnout are: psychotherapy, especially cognitive behavioural therapy (CBT), phytotherapy, physiotherapy, adjuvant pharmacotherapy and complementary treatments like music therapy or body-mind therapies.

Medical research questions

What is the therapy of a burnout syndrome?
What is the outcome of the different therapies?

Economic research question

What are the costs of the different therapies?

Juridical research question

Which juridical aspects have to be considered?

Social research questions

Which groups make use of burnout therapies?
Are there socio-demographic key aspects?

Ethical research question

Which ethical implications have been considered in the use of burnout therapies?

Methods

The relevant literature has been researched using key words in 31 electronic databases for 2006 until 2011. Important inclusion criteria have been burnout, therapeutic intervention and treatment outcome. 314 abstracts were identified, two independent reviewers sifted through the abstracts and selected 47 studies, considering the Oxford Level of Evidence. After a solid assessment of the study design, especially whether the efficacy of burnout therapies has been examined, 17 studies have been included in the health technology assessment (HTA)-report.

Medical results

In 14 studies burnout is treated with CBT, stress management training, roots of *Rhodiola rosea*, physiotherapy, Qigong or music. Self-help groups, interventions at the working place and meditation are further treatment approaches. One study reports the use of a multi-modal psycho-, activity- and relaxation-therapy. Besides that psychotropic drugs are used – primarily antidepressants and anxiolytics.

The evaluation of the efficacy of the therapies is problematic. There is only one study for roots of *Rhodiola* and one for physiotherapy. The two Qigong studies are published by the same lead author. Even in case that several studies are existent for one therapeutic approach, the specific intervention techniques, the intervention intensity and the intervention duration are different. For the measurement of the therapy outcome the Maslach Burnout Inventory (MBI) is mainly used, but without standardized cut-off-values and without clinical validation. In several studies burnout is reduced without therapy or using standard care. The remarkable occurrence of disturbance variables during the treatment can influence the therapeutic effect as well in positive as in negative ways. Taking into account the different limitations CBT and roots of *Rhodiola* are the most effective therapies in reducing burnout. The results concerning the other therapies are not consistent.

Economic results

Two studies deal with cost aspects. One study shows that the combination of CBT with work related interventions results in a faster return to work. The other study argues with the reduction of work incapacity and treatment costs per year and case after psychotherapy. The different costs for each of the mentioned burnout therapies cannot be assessed by the two studies.

Juridical results

Juridical implications of burnout therapies are not covered in the studies.

Social results

Within the studies the age focus lies between 40 and 50 years. In most studies the proportion of women is higher. The studies cover different professions – blue collar worker, policemen, teachers, freelancers –, but the majority of the participants are health care professionals (doctors, nurses, caregivers, medical students). The recruitment of the study participants is generally quite selective. It is not possible to give a representative statement regarding the socio-demographics of burnout patients.

Ethical results

Ethical implications are not discussed. The effect of working structure, working climate, work sequence, working process and increased work load is not sufficiently or not at all considered in the therapy studies.

Discussion

Despite the number of studies with high evidence the results for the efficacy of burnout therapies are preliminary and have only limited reach. The authors of the studies complain about the low number of skilled studies for the therapy of burnout. Furthermore, they point to the insufficient evaluation of the therapy studies and the need for further research. Some authors report the effects of considerable natural recovering.

Numerous limitations affect the quality of the results. Intervention contents and duration, study design and study size are very diverse and do not permit direct comparison. Most of the samples are small by size with low statistical power, long-term follow-ups are missing. Comorbidities and parallel utilized therapies are insufficient documented or controlled. Most of the studies use the MBI as diagnostic

or outcome-tool, but with different cut-off-points. It should be noticed that the validity of the MBI as diagnostic tool is not proved.

Conclusion

The efficacy of therapies for the treatment of the burnout syndrome is insufficient investigated. Only for CBT exists an adequate number of studies which prove its efficacy. Big long-term experimental studies are missing which compare the efficacy of the single therapies and evaluate their evidence. The natural recovering without any therapy needs further research. Additionally, it has to be examined to what extent therapies and their possible effects are thwarted by the conditions of the working place and the working conditions.

Corresponding author:

Dr. Dieter Korczak
GP Forschungsgruppe, Institut für Grundlagen- und
Programmforschung, Nymphenburger Str. 47, 80335
München, Germany, Phone: +49(0)89/543449-60
dieter.korczak@gp-f.com

Please cite as

Korczak D, Wastian M, Schneider M. Therapy of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess*. 2012;8:Doc05.
DOI: 10.3205/hta000103, URN: urn:nbn:de:0183-hta0001039

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/hta/2012-8/hta000103.shtml>

Published: 2012-06-14

The complete HTA Report in German language can be found online at: http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta332_bericht_de.pdf

Copyright

©2012 Korczak et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.en>). You are free: to Share – to copy, distribute and transmit the work, provided the original author and source are credited.

Therapie des Burnout-Syndroms

Zusammenfassung

Hintergrund

Die Prävalenz, Diagnostik und Therapie des Burnout-Syndroms wird in der (Fach)Öffentlichkeit zunehmend diskutiert. Wissenschaftlich wird die unklare Definition und Diagnostik des Burnout-Syndroms kritisiert. Zur Behandlung des Burnout werden verschiedene Therapien mit unklarer Evidenz angeboten.

Fragestellungen

Der Health Technology Assessment (HTA)-Bericht befasst sich mit der Frage, welche Therapien zur Behandlung des Burnout-Syndroms eingesetzt werden und wie wirksam diese sind.

Methodik

Die relevante Studienliteratur ist anhand von Schlagworten in 31 Datenbanken (u.a. EMBASE, MEDLINE, PsycINFO) für den Zeitraum 2006 bis 2011 gesucht worden. Wichtige Einschlusskriterien sind Burnout, therapeutische Intervention und Treatment outcome.

Ergebnisse

17 Studien erfüllen die Einschlusskriterien und werden für den HTA-Bericht berücksichtigt. Die Studien sind sehr heterogen (Fallzahl, Stichprobe, Intervention, Messverfahren, Evidenzlevel). Sie haben aufgrund ihres Studiendesigns (u.a. vier Reviews, acht randomisierte kontrollierte Studien) eine vergleichsweise hohe Evidenz: dreimal 1A, fünfmal 1B, einmal 2A, zweimal 2B und sechsmal 4. 13 der 17 Studien befassen sich mit der Wirkung von Psychotherapie und psychosozialen Interventionen (teilweise in Kombination mit anderen Techniken) auf die Reduktion von Burnout. Der Einsatz kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) führt in der Mehrheit der Studien zu Verbesserungen der emotionalen Erschöpfung. Die Evidenz der Wirkung von Stressmanagementtraining auf die Reduktion des Burnout ist ebenso wie die Wirkung von Musiktherapie uneinheitlich. Zwei Studien zur Wirksamkeit der Qigong-Therapie kommen zu keinem eindeutigen Ergebnis. Durch eine Studie mit dem Evidenzgrad 1B wird die Wirksamkeit von Rhodiola rosea (Rosenwurz) belegt. Physiotherapie wird nur in einer Studie isoliert untersucht und ist dort der Standardtherapie nicht überlegen.

Diskussion

Trotz einer Reihe von Studien mit hohen Evidenzleveln haben die Aussagen zur Wirksamkeit von Burnout-Therapien vorläufigen Charakter und sind von begrenzter Reichweite. Die Autoren der Studien beklagen die zu geringe Anzahl qualifizierter Studien zur Therapie des Burnout-Syndroms und weisen auf die unzureichende Evaluation von Therapiestudien sowie auf die Notwendigkeit weiterer Forschung hin. Einige Autoren berichten beträchtliche Effekte natürlicher Erholung. Zahlreiche Einschränkungen beeinträchtigen die Qualität der Ergebnisse. Interventionsinhalte und -dauer, Studiendesign und Untersuchungspopulationen sind sehr unterschiedlich und lassen direkte Vergleiche nicht zu. Die Stichproben sind überwiegend klein mit geringer statistischer

Dieter Korczak¹

Monika Wastian²

Michael Schneider³

1 GP Forschungsgruppe,
Institut für Grundlagen- und
Programmforschung,
München, Deutschland

2 Institut für
Organisationspsychologie,
München, Deutschland

3 Ludwig-Maximilians-
Universität, Institut für
Soziologie, München,
Deutschland

Power, es fehlen längerfristige Follow-up. Komorbiditäten und parallel in Anspruch genommene Therapien sind unzureichend erfasst bzw. kontrolliert worden. Die weit überwiegende Anzahl der Studien verwendet das Maslach Burnout Inventar, dessen klinische Validität nicht bewiesen ist, als Diagnose- und/oder Outcome-Tool, mit jeweils verschiedenen Cut-off-Werten, zur Bestimmung des (schweren) Burnout.

Ethische, soziale und rechtliche Rahmenbedingungen werden in den Studien nicht behandelt.

Schlussfolgerung

Die Wirkung der Therapien, die zur Behandlung des Burnout-Syndroms eingesetzt werden, ist unzureichend erforscht. Es liegt nur zur Wirkung der KVT eine hinreichend große Anzahl von Studien vor, die die Wirksamkeit der KVT belegen. Es fehlen große langfristig angelegte experimentelle Studien, die die einzelnen Therapien in ihrer Wirkung vergleichen und evidenzbasiert evaluieren. Auch die ohne Einfluss einer bestimmten Therapie erreichte „natürliche“ Erholung ist näher zu untersuchen.

Es ist außerdem zu prüfen, inwieweit Therapien und ihre mögliche Wirkung durch die Bedingungen am Arbeitsplatz und die Arbeitsplatzsituation konterkariert werden.

Schlüsselwörter: autosuggestive und Entspannungstechniken, Behandlung, Behandlungsergebnis, Burnout, Burnout, Interventionsstudie, Burnout, berufliches, Burnout-Syndrom, Burnout-Therapie, Depression, depressive Störung, EBM, Entspannung, evidenzbasierte Medizin, gutachtenbasierte Medizin, Health Technology Assessment, HTA, HTA Bericht, HTA-Bericht, kognitive Therapie, kognitive Verhaltenstherapie, Körperpsychotherapie, KVT, Mensch, Mind-Body Therapie, Musiktherapie, Phytotherapie, Prognoseinstrument, Psychotherapie, Qigong, Rhodiola, Rhodiola rosea, Rosenwurz, Stressmanagement, Stressmanagementtraining, systematische Übersicht, systematisches Review, TA, Technikfolgen-Abschätzung, biomedizinische, Technology Assessment, Therapie, Übersichtsarbeit, Übersichtsliteratur

Kurzfassung

Gesundheitspolitischer Hintergrund

Das Burnout-Syndrom hat in den letzten Jahren eine hohe gesellschaftliche Aufmerksamkeit erzielt durch Berichte über die Zunahme von Krankheitstagen, das Outen von Personen des öffentlichen Lebens mit der Diagnose Burnout und die wissenschaftliche Diskussion zur Diagnostik des Burnout. Es mehren sich die Berichte, die auf ein ungezügelt und ungeprüftes Wachstum von Burnout-Therapien verweisen. In der Öffentlichkeit entsteht der Eindruck, dass Burnout bereits den Charakter einer Volkskrankheit angenommen hat. Nach Ergebnissen einer Repräsentativerhebung aus dem Jahr 2011 soll bei rund 1,9 Millionen Menschen ab 14 Jahren in Deutschland ein Arzt schon einmal ein Burnout-Syndrom diagnostiziert haben. Ökonomisch betrachtet stellen rund 1,8 Millionen Fehltag 2010 wegen eines Burnout-Syndroms eine gesundheitspolitische Last dar.

Wissenschaftlicher Hintergrund

Ausgehend von der Definition von Herbert Freudenberger ist Burnout allgemein gesprochen ein Zustand der physischen und mentalen Erschöpfung, der sich langsam über einen Zeitraum von andauerndem Stress und Energieeinsatz entwickelt und zu einer Erschöpfung aufgrund von Überforderungen geführt hat. Durch die unklare Diagnostik, die Vielfalt der Symptome und divergierende Ursachenerklärungen des Burnout weist die Literatur zur Therapie des Burnout-Syndroms Unschärfen auf. Prävention, Intervention und Therapie werden in Bezug auf Burnout kaum voneinander abgegrenzt. Gleichartige oder ähnliche Interventionen werden unterschiedlich „etikettiert“, d. h. als Burnout-Intervention, als Burnout-Therapie oder als Maßnahmen zur Vorbeugung oder Linderung von Stress bzw. stressbedingten Krankheiten. Die Therapie des Burnout-Syndroms hängt wesentlich davon ab, als was Burnout verstanden wird, ob als eigenständiges Krankheitsbild, als Vorstufe einer Depression oder als mit Depression assoziierte Komorbidität.

Therapien, die gegenwärtig zur Behandlung des Burnout-Syndroms angewendet werden, sind: Psychotherapie, insbesondere Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Psychotherapie, Physiotherapie, adjuvante Pharmakotherapie und komplementäre Verfahren, wie Musiktherapie oder körperzentrierte Therapien.

Medizinische Forschungsfragen

Wie wird ein Burnout-Syndrom therapiert?
Wie ist der Erfolg der eingesetzten Therapien zu bewerten?

Ökonomische Forschungsfrage

Welche Kosten entstehen durch die eingesetzten Therapiemaßnahmen?

Juristische Forschungsfrage

Welche juristischen Aspekte sind bei der Therapie des Burnout besonders zu beachten?

Soziale Forschungsfrage

Welche Personengruppen nehmen Burnout-Therapien in Anspruch? Gibt es soziodemografische Schwerpunkte?

Ethische Forschungsfrage

Welche ethischen Implikationen werden bei den eingesetzten Therapien berücksichtigt?

Methodik

Die relevante Studienliteratur ist anhand von Schlagworten in 31 Datenbanken (u. a. EMBASE, MEDLINE, PsycINFO) für den Zeitraum 2006 bis 2011 gesucht worden. Wichtige Einschlusskriterien sind Burnout, therapeutische Intervention und Treatment outcome. Anhand der Schlagwortsuche sind 314 Abstracts identifiziert worden. Zwei unabhängige Reviewer haben die Abstracts gesichtet sowie unter Berücksichtigung der Oxford Level of Evidence 47 Volltexte ausgewählt. Nach einer gründlichen Prüfung der Studiendesigns, insbesondere ob die Wirksamkeit von Burnout-Therapien untersucht wird, sind 17 Studien in den Health Technology Assessment (HTA)-Bericht eingeschlossen worden.

Medizinische Forschungsergebnisse

In 14 Studien wird Burnout mit KVT, Stressmanagementtraining (SMT), Rosenwurz, Physiotherapie, Qigong und Musik therapiert. Es wird auch von Selbsthilfegruppen, arbeitsplatzbezogenen Interventionen und dem Einsatz von Meditation berichtet. Eine Studie spricht von dem Einsatz einer multimodalen Psycho-, Bewegungs- und Entspannungstherapie. Es werden außerdem Psychopharmaka – vor allem Antidepressiva und Anxiolytika – eingesetzt.

Die Bewertung der Wirksamkeit der eingesetzten Therapien ist anhand der Studienlage problematisch. Zur Rosenwurz- und zur Physiotherapie liegt jeweils nur eine Studie vor, die beiden vorhandenen Studien zu Qigong sind von demselben Hauptautoren verfasst worden. Selbst wenn mehrere Studien zu einem Therapieverfahren vorhanden sind, sind die einzelnen Interventionsmaßnahmen, die -intensität und die -dauer jeweils unterschiedlich. Zur Messung des Therapie-Outcomes wird überwiegend das Maslach Burnout Inventar (MBI) verwendet, aber ohne standardisierte Cut-off-Punkte und ohne klinische Validierung. In mehreren Studien tritt eine Reduktion des

Burnout auch ohne Therapie bzw. mit der Standardtherapie ein. Die Störgrößen bei der Durchführung der Therapien sind erheblich und können die Therapiewirkung sowohl positiv wie negativ beeinflussen. Unter Berücksichtigung der genannten Limitationen bewirken KVT und Rosenwurz-Therapie eine Reduktion des Burnout. Die Ergebnisse zur Wirksamkeit der anderen Therapieformen sind nicht eindeutig.

Ökonomische Ergebnisse

Zwei Studien befassen sich mit Kostenaspekten. In der einen Studie führt eine Therapie, die KVT mit arbeitsplatzbezogenen Interventionen kombiniert, zu einer schnelleren Rückkehr in den Beruf und die Arbeitstätigkeit. In der anderen Studie wird mit dem in älteren Studien (1993 bis 2001) ermittelten Rückgang der Arbeitsunfähigkeits- und Behandlungskosten pro Jahr und Person nach einer Psychotherapie argumentiert. Die mit den unterschiedlichen Therapien verbundenen Kosten können anhand der vorliegenden Studien nicht beurteilt werden.

Juristische Ergebnisse

Juristische Implikationen von Burnout-Therapien werden in den Studien nicht behandelt.

Soziale Ergebnisse

In den untersuchten Studien liegt der Altersschwerpunkt der behandelten Populationen zwischen 40 und 50 Jahren, der Anteil der Frauen ist in den meisten Studien deutlich höher als der der Männer. Die Studien decken sehr verschiedene Berufsgruppen ab – Arbeiter, Polizisten, Selbstständige, Lehrer –, mehrheitlich finden die Untersuchungen aber mit Gesundheitsberufen statt (Ärzte, Krankenschwestern, Pfleger, Medizinstudenten). Die Rekrutierung der Studienteilnehmer ist insgesamt sehr selektiv, anhand der ausgewerteten Studien kann keine repräsentative Aussage zur Soziodemografie von Burnout-Patienten gemacht werden.

Ethische Ergebnisse

Ethische Implikationen werden in den Studien nicht diskutiert. Die Wirkung von Arbeitsstrukturen, -klima, -abläufen, -prozessen und -verdichtung wird in den Therapiestudien insgesamt zu wenig bzw. überhaupt nicht berücksichtigt oder problematisiert.

Diskussion

Trotz einer Reihe von Studien mit hohen Evidenzleveln haben die Aussagen zur Wirksamkeit von Burnout-Therapien vorläufigen Charakter und sind von begrenzter Reichweite. Die Autoren der Studien beklagen die zu geringe Anzahl qualifizierter Studien zur Therapie des Burnout-Syndroms und weisen auf die unzureichende Evaluation von Therapiestudien sowie auf die Notwendig-

keit weiterer Forschung hin. Einige Autoren berichten beträchtliche Effekte natürlicher Erholung.

Zahlreiche Einschränkungen beeinträchtigen die Qualität der Ergebnisse. Interventionsinhalte und -dauer, Studiendesign und Untersuchungspopulationen sind sehr unterschiedlich und lassen direkte Vergleiche nicht zu. Die Stichproben sind überwiegend klein mit geringer statistischer Power, es fehlen längerfristige Follow-up. Komorbiditäten und parallel in Anspruch genommene Therapien sind unzureichend erfasst bzw. kontrolliert worden. Die weit überwiegende Anzahl der Studien verwendet das MBI, dessen klinische Validität nicht bewiesen ist, als Diagnose- und/oder Outcome-Tool, mit jeweils verschiedenen Cut-off-Werten, zur Bestimmung des (schweren) Burnout.

Schlussfolgerung

Die Wirkung der Therapien, die zur Behandlung des Burnout-Syndroms eingesetzt werden, ist unzureichend erforscht. Es liegt nur zur Wirkung der KVT eine hinreichend große Anzahl von Studien vor, die ihre Wirksamkeit belegen. Es fehlen große langfristig angelegte experimentelle Studien, die die einzelnen Therapien in ihrer Wirkung vergleichen und evidenzbasiert evaluieren. Auch die ohne Einfluss einer bestimmten Therapie erreichte „natürliche“ Erholung ist näher zu untersuchen.

Weder die Diagnostik noch die Therapie des Burnout-Syndroms sind optimal. Es ist daher zweifelhaft, ob an Burnout erkrankte Personen jeweils eine angemessene Behandlung erhalten.

Es ist außerdem zu prüfen, inwieweit Therapien und ihre mögliche Wirkung durch die Bedingungen am Arbeitsplatz und die Arbeitsplatzsituation konterkariert werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. Dieter Korczak
GP Forschungsgruppe, Institut für Grundlagen- und
Programmforschung, Nymphenburger Str. 47, 80335
München, Deutschland, Tel.: +49(0)89/543449-60
dieter.korczak@gp-f.com

Bitte zitieren als

Korczak D, Wastian M, Schneider M. *Therapy of the burnout syndrome*. *GMS Health Technol Assess*. 2012;8:Doc05.
DOI: 10.3205/hta000103, URN: urn:nbn:de:0183-hta0001039

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/hta/2012-8/hta000103.shtml>

Veröffentlicht: 14.06.2012

Der vollständige HTA-Bericht in deutscher Sprache steht zum kostenlosen Download zur Verfügung unter:

http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta332_bericht_de.pdf

Copyright

©2012 Korczak et al. Dieser Artikel ist ein Open Access-Artikel und steht unter den Creative Commons Lizenzbedingungen (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.de>). Er darf vervielfältigt, verbreitet und öffentlich zugänglich gemacht werden, vorausgesetzt dass Autor und Quelle genannt werden.