



Burnout–Zeitgeist oder Tatsache?

Gesundheitsrisiken bei Hausärzten erkennen und durch Coaching vermindern

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Das Thema „Burnout“ hat in den letzten fünf Jahren eine Hochkonjunktur erlebt. Etwa 5 bis 12 Prozent der Hausärzte, so zeigen Studien, sind emotional erschöpft und leiden unter nachlassender beruflicher Leistung und Patientenorientierung. Selbstwahrnehmung, gesundheitsfördernde Lebensführung, kollegialer Austausch und Coaching können gesundheitliche Risiken mindern.

von Armin Wiesemann

Ausgebrannt infolge intensiven beruflichen Engagements, mit Überforderung, Erschöpfung und Zynismus, so hatte sich der jüdische Psychoanalytiker Herbert Freudenberger (*1927, †1999), der mit 12 Jahren aus Nazi-Deutschland in die Emigration geschickt wurde, in den 60er-Jahren gefühlt. Er arbeitete jahrelang bis zu 16 Stunden am Tag nahezu unentgeltlich in einer psychiatrischen Free Clinic in New York. 1974 veröffentlichte er seine Erfahrungen „Staff-Burnout“ und führte dabei den Begriff Burnout ein. Offenbar modifizierte er dabei den von Graham Greene in dem Roman „A Burnt-Out-Case“ verwendeten Begriff. Später folgten zusammen mit Gail North die Publikation „Women’s Burnout“ und von Christina Maslach ein Testverfahren (MBI = Maslach-Burnout-Inventar), welches speziell auf die helfenden Berufe zugeschnitten wurde.

In den letzten 15 Jahren gewinnt das Burnout-Phänomen vor allem bei Pädagogen und Heil- bzw. Pflegeberufen, schließlich aber auch bei anderen Berufen an Bedeutung. Das Burnout-Syndrom wird primär als Problem der Lebensbewältigung gesehen, dementsprechend unter dem ICD-Schlüssel Z73: „Probleme

mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ codiert (Ausgebrannt sein als Einflussfaktor auf die Gesundheit, als Zustand der totalen Erschöpfung). Die enge Beziehung zu den häufig codierten Diagnosen „Depression und Anpassungsstörung bzw. Überforderung“ ist dabei ebenso offenkundig wie der unkritisch-inflationäre Gebrauch des Begriffs aufgrund der hohen medialen Präsenz. Das schlägt sich auch in den sehr unterschiedlichen Einschätzungen zur Häufigkeit von 5 bis 20% der Erwerbstätigen nieder.

Was wissen wir über Burnout?

- Unter Burnout-Syndrom verstehen wir heute in Übereinstimmung mit den meisten Forschern ein überwiegend beruflich bedingtes emotionales Erschöpfungssyndrom mit Verlust positiver Empfindungen, negativer Einstellung gegenüber Anderen und Reduktion der Leistungsfähigkeit.
- Beim Burnout handelt es sich um das Endergebnis eines Prozesses mit mehreren Phasen, je nach Autor 3–4–10 (Tab. 1).
- Die Symptomatik entwickelt sich individuell, aber: „Nur jemand, der einmal



© Roger Jegg – Fotodesign-Jegg.de/shutterstock.com

Bei vielen Ärzten ist es bereits fünf vor zwölf, sie sind erschöpft und brauchen selbst Hilfe.

entflammt war, kann auch ausbrennen“ (Aronson, Pines & Kafry, 1983).

- Anhaltende berufliche Hyperaktivität führt über gesteigerte Reizbarkeit bei mangelnder Anerkennung zu psychosozialen und psychosomatischen Problemen und negativer Einstellung zum Beruf, zum Beispiel zu den Patienten. Ängste, eine zunehmende Fehlerquote und Nervosität führen nicht selten zu Substanzmissbrauch (insbesondere Alkohol). Die berufliche Leistung lässt deutlich nach. Depressivität und Apathie können bis zur Suizidalität gehen.
- Eine angemessene Intervention orientiert sich an der individuellen Situation.
- Nach Ansicht der meisten Ärzte und Psychotherapeuten spielen Selbstwahrnehmung und eigene Vorsorgemaßnahmen, organisatorische Veränderungen im (Praxis-) Arbeitsablauf

und ausreichende Pausen für Regenerationsmöglichkeiten eine große Rolle. Außerdem werden Musik, (Ausdauer-) Sport und meditative Techniken sowie gute soziale Kontakte genannt.

Gute Studien sind Mangelware

Relevante Untersuchungen bzw. gute Studien zum Burnout-Thema sind spärlich, wie der HTA-Bericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) von 2009 zeigt. Die Literaturrecherche von 2009/10 ergab insgesamt 852 Treffer. Jedoch konnten aus qualitativen Gründen nur 25 medizinische Publikationen und eine ethische Studie in die differenzialdiagnostische Beurteilung eingeschlossen werden. Insgesamt war die Evidenz der Studien überwiegend als gering einzustufen. Derzeit liegt es im ärztlichen

Ermessen Burnout zu diagnostizieren (Korczak et al. 2010). Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass weitere, vor allem hochwertige Studien notwendig sind, um das Burnout-Phänomen näher zu ergründen.

In einer europäischen 12-Länder-Studie untersuchten Soler et al. (Fam Pract 2008) die Burnout-Problematik bei Hausärzten. Das Ergebnis: 12% der Hausärzte (N=1393) fühlen sich voll betroffen. Etwa

Tab. 1: Burnout-Entwicklungsprozess (3–10 Stufen)

Burnout-Entwicklungsphase	Verhalten, Gefühle
1: Emotionale (und physische) Erschöpfung, zeitweise z.B. in Zusammenhang mit Helfer-Enthusiasmus	Im Rahmen anhaltenden übermäßigen beruflichen Engagements (auch „Eustress“): Hyperaktivität, Mehrarbeit, Reizbarkeit, auch Rücksichtslosigkeit, körperliche Beschwerden
2: Dehumanisierung (Depersonalisierung nach Maslach) z.B. in Zusammenhang mit Gleichgültigkeit gegenüber Patienten	Nach Enttäuschungen und Frustration Empfindungslosigkeit, Stillstand, psychosoziale Probleme und Rückzug (z.B. kein Interesse mehr an Patienten und alltäglichen Dingen)
3: Frustration, Resignation	Verzweiflung, defensive Bewältigungsversuche bei Reduktion der allgemeinen Leistung, Appetit- und Schlafstörungen, Müdigkeit, Schmerzzustände z.B. Rückenschmerzen; schließlich Depression, Apathie
4: Terminales Stadium (nach Maslach): Burnout (totale Erschöpfung, körperliche Beschwerden, Depression)	

modifiz. nach Maslach u.a

weitere 25–30% sind in mindestens einer der drei Kategorien „emotionale Erschöpfung“, eher „negative Einstellung zu Patienten“ und „Nachlassen der Leistung“ ebenfalls betroffen. Die Schweizer Studie von Goering et al. (Swiss Med Wkly, 2005) kam bei Hausärzten zu ähnlichen Ergebnissen (4% voll betroffen, 30% moderat).

Kritisch anzumerken ist hier, dass eine teilweise „Betroffenheit in einer der drei Kategorien“ eben nicht die ohnehin weichen Kriterien eines Burnout erfüllen dürfte. Vergleichbare Ergebnisse mit 4–5% Burnout-Betroffener fanden sich in

der Dresdener Studie, die 2009 Gebietsärzte in Klinik und Praxis einschloss (www.slaek.de/60infos/infosarzt/55_008_studie1/studie_2009.pdf) und bei der Brendan-Schmittman-Stiftung, die bei deutschen Vertragsärzten (nicht nur Hausärzten) zuletzt 2007 eine entsprechende Erhebung durchführte.

Zum Vergleich: 10–30% der Lehrer sollen von Burnout betroffen oder stark bedroht sein, allerdings fand Rauin (2007) heraus, dass sich bei 27% der Pädagogen bereits im Studium mangelnde Begeisterung, später mangelnde Kompetenz bzw. Überforderungsstress zeigte

Tab. 2: WHO-5-Fragebogen

5 Items des WHO-5-Fragebogen Zutreffendes wird in 6 Abstufungen ausgewählt, von „Die ganze Zeit“ bis „Zu keinem Zeitpunkt“ Score: je 0 bis 5 Punkte (Score: unter 13 Punkte kritisch)
In den letzten zwei Wochen...
...war ich froh und guter Laune
...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt
...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt
...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt
...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren

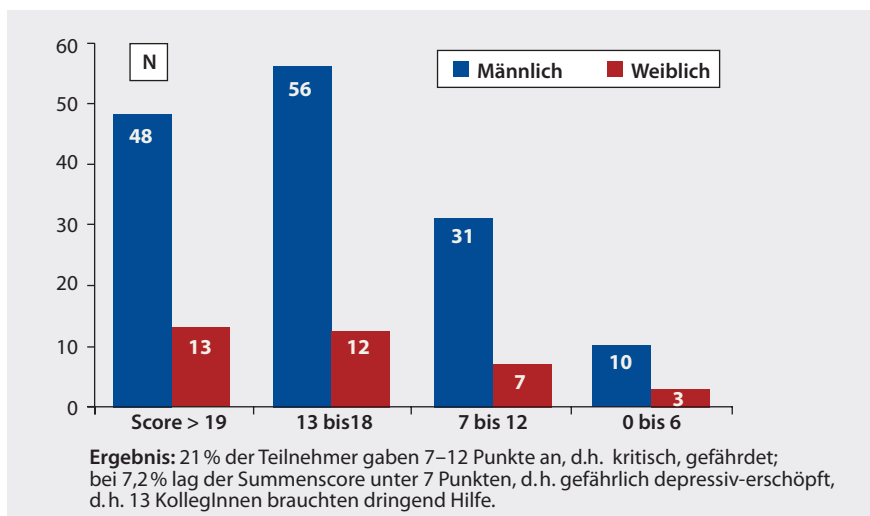


Abb. 1: Wohlbefinden gemäß Items der Tab.1 und Bewertung nach Summenscore

Tab. 3: Kollektiv

Kollektiv: N=180	Männer/Frauen: 145/35
Alter im Mittel:	54,8 Jahre
Hausärztliche Berufsjahre:	20 (5-25-35)
Berufliche Zufriedenheit im Mittel	2,7 (Schulnotenskala 1-6)
Wochenarbeitszeit:	53 Std. (26 Kollegen >60)
WHO-5-Score:	15,4 (von maximal 25)
BMI >29	13,3 %
Blutdruck > 140/90	3,9%

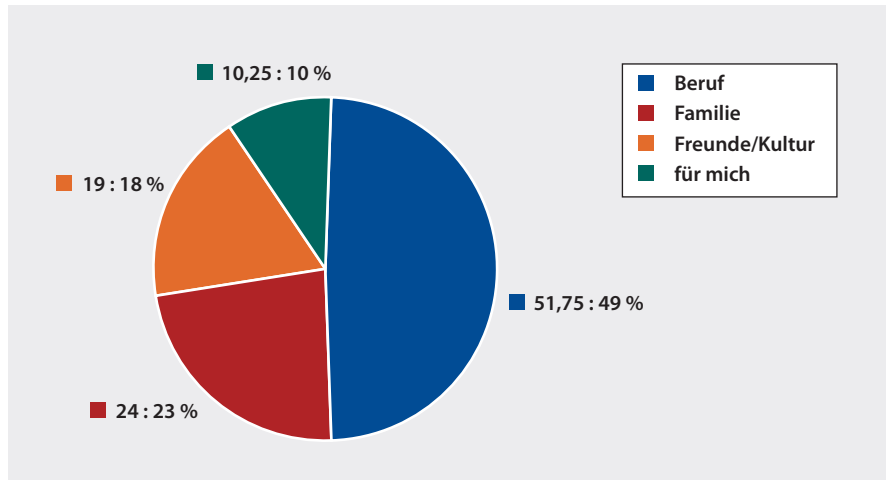


Abb. 2: „Lebenskuchen mit 4 großen Tortenstücken“ in Stunden und Prozent der Wochenzeit (Basis für achtsames „Selbstcoaching“)

(ohne je „gebrannt zu haben“). Dem entspricht – im Gegensatz zu Ärzten – eine relativ hohe Berufsaufgabe von 60–80 % vor dem 65. Lebensjahr.

Einige Untersuchungen zu weiteren gesundheitlichen Risiken von Hausärzten zeigen unterschiedliche, nicht gerade positive, jedoch weniger Besorgnis erregenden Ergebnisse: Gesundheitsverhalten

und -risiken scheinen insgesamt dem Bevölkerungsdurchschnitt zu gleichen (Kay MP, 2004, Kaiser P. 2005). Die Korrelationen zu Burnout-Phänomen und Wochenarbeitszeit sind eher inkonsistent. Untersuchungen zur beruflichen Zufriedenheit von (Haus-) Ärzten haben zudem gezeigt, dass diese gegenüber früheren Erhebungen in vielen postindustriellen

Ländern nachgelassen hat (Zuger 2009 NEJM, GFK-Index 2007).

Coaching statt Burnout

Da viele persönliche kollegiale Gespräche, Diskussionen im Listserverforum (Internet-Plattform vornehmlich für Hausärzte) sowie Zertifizierungsverfahren von Lehrpraxen der subjektiven Burnout-Problematik durchaus einen gewissen Stellenwert einräumten, kam es in Heidelberg 2009/10 zu einem Workshop „Gesundheitscoaching statt Burnout“ und einer eigenen Recherche und Studie mit Erfassung weiterer Faktoren (Kongress für Versorgungsforschung 2010). Schließlich spielen gerade auch die berufliche Zufriedenheit und gesundheitliche Verfassung von Hausärzten eine große Rolle in Zusammenhang mit dem Nachwuchsmangel!

Risikofaktoren erfassen

Am Tag der Allgemeinmedizin in Heidelberg haben wir in diesem Workshop insbesondere folgende Gründe bzw. Risikofaktoren für Burnout identifiziert (vergleichbar zu den Angaben der Studien):

- Arbeit unter Zeitdruck
- mangelnde Anerkennung
- Bürokratie und Regelungsdruck
- Probleme mit dem Praxismanagement
- hohe Verantwortung und Unsicherheiten, bei steigender Erwartungshaltung

TIPPS WIE SIE DIE ENTWICKLUNG ZUM BURNOUT VERMEIDEN

Sie brauchen ein gutes kollegiales Netzwerk um sich austauschen zu können. Dazu eignen sich Qualitätszirkel, Praxis-Partner, Balint-Gruppen oder auch geschützte Internetforen. Begegnen Sie fragwürdigen Anforderungen von Versicherungen und Vertragspartnern gelassen mit Humor und abwartendem Offenlassen. Achten Sie auf ausreichende Regeneration! Dazu dienen Arbeitspausen und genügend Schlaf, aber auch täglich zehn Minuten für die aktive Entspannung, zum Beispiel mittels Progressiver Muskelrelaxation nach Jacobson und/oder dreimal wöchentlich 40 Minuten Jogging im Licht der Natur.

Was würden Sie eigentlich am liebsten tun, wieder musizieren, Ausstellungen besuchen, Gartenarbeit? Holen Sie sich ein Stück „ungelebtes Leben“ zurück. Welche Wochenarbeitszeit würden Sie als angemessen empfinden? Entwerfen Sie Ihren Lebenskuchen neu, indem Sie die Tortenstücke für sich und die Familie und ihre Freunde vergrößern (Abb. 2). Bei der Verkürzung der Arbeitszeit hilft meist ein Mehr an Delegieren, was in einem guten Team (mit regelmäßigen Teambesprechungen und Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis) immer möglich ist.

Neben persönlichen Ressourcen dürften vor allem strukturelle Faktoren am Arbeitsplatz von Bedeutung sein. Grenzen Sie sich freundlich ab. Sie sind nicht dafür da, ihren Patienten alle Wünsche zu erfüllen. Ihre Lebensfreude kommt aber Ihren Patienten zugute! Wenn Sie Hilfe brauchen, scheuen Sie sich nicht, für ein besseres Selbst- und Praxismanagement auch einmal einen Psychologen bzw. Coach in Anspruch zu nehmen.

Wiesemann (2009)

Tab. 4: Zusätzliche Gesundheitsindikatoren (Ergebnis)

Eigene Gesundheit: zusätzliche Indikatoren	Ja %	Nein %
Haben Sie einen Hausarzt?	19,3	80,7
Rauchen Sie?	11,7	88,3
Trinken Sie mehr Alkohol als richtig?	23,3	76,7
Impfstatus komplett?	92,2	7,8
Kennen Sie Ihren Lipidstatus?	88,3	11,7
Blutzuckermessung in den letzten 3 Jahren?	91,7	8,3
Intensivere Bewegung mindestens 2x/Woche?	71,1	28,9
Gehen Sie zur Krebsfrüherkennung?	47,8	50,6
Beherrschen Sie ein Entspannungsverfahren?	55,0	45,0
Blutdruckmessung in den letzten 2 Jahren?	98,9	1,1
Leiden sie an vermeidbaren Gesundheitsstörungen?	31,7	68,3
Gibt es ein Ruhe-EKG von Ihnen?	90,6	9,4
Gibt es regelmäßigen Austausch mit Kollegen?	97,2	2,8
BMI – Angabe > 29	13,3	
Blutdruckangabe > 140/90	3,9	

- ungerechtfertigte Patienten-Klagen vor Gericht
- eigene Gesundheitsstörungen.

Hausärzte kümmern sich intensiv um gesundheitliche Probleme anderer Menschen. Aber gerade sie können sich häufig nur schwer abgrenzen, kümmern sich weniger um das eigene Wohlergehen (und das der Familie), werden als Vertragsärzte mehr zu regulierten „abhängi-

gen Unternehmern“ und fühlen sich häufig ausgenutzt. Übertriebener Wettbewerb, nachlassende Einkommen, die maßlose Bürokratie und der erhebliche Regelungsdruck mit Verlängerung der Arbeitszeiten verschärfen die Situation noch weiter.

Für einen effizienten Zugang zur emotionalen Selbsteinschätzung im Kontext beruflicher Tätigkeit, gerade im Hinblick auf das Gefühl tiefer Erschöpfung

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- Offenbar sind zurzeit 4 – 12 Prozent der Hausärzte von Burnout, d.h. im engeren Sinne von einer überwiegend beruflich bedingten Depression betroffen.
- Die depressive Erschöpfung korreliert tendenziell mit weiteren Gesundheitsstörungen (Tab. 4), nicht aber mit einer hohen Arbeitszeit, d.h. ein Teil der depressiv-erschöpften Kollegen scheitert nicht an einem Zuviel an Arbeitszeit.
- Die berufliche Zufriedenheit ist mit der durchschnittlichen Schulnote 2,7 noch akzeptabel, sicher abhängig von den persönlichen Ressourcen.
- Die Burnout-Bezeichnung huldigt dem Zeitgeist, die beruflich mit-bedingte Depression ist leider auch Tatsache!
- Verzweifelte Kollegen brauchen ärztliche Hilfe, auch das Gespräch mit einem guten Freund oder Coach bzw. Psychologen kann sich lohnen.
- Ein Wochenprotokoll gibt Einblick in die aktuelle Verteilung der Tortenstücke des individuellen „Lebenskuchens“ im Sinne der „work-life-balance“.

beziehungsweise mehr oder weniger stark ausgeprägter Depressivität, verwendeten wir den WHO-5-Fragebogen (Tab. 2).

Studie zu Gesundheitsrisiken und beruflicher Zufriedenheit

An unserer Studie beteiligten sich 180 von 190 angefragten, oft auch in der Lehre tätigen Ärzte und Ärztinnen, überwiegend aus dem Umfeld der Heidelberger Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, aber auch 28 aus dem hausärztlichen Internetforum (Tab. 3).

Bei der Entwicklung des Erhebungsinstrumentes spielten neben Hinweisen aus der Literatur auch die Erkenntnisse aus dem Workshop im Sinne einer Pilot-Studie eine wesentliche Rolle. Da sich im Burnout-Workshop der einfache WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden für die orientierende Selbstbeurteilung bewährt hatte, wurde dieser um relevante biologische und soziodemografische Daten sowie weitere 14 Fragen zum Umgang mit der eigenen Gesundheit ergänzt (z.T. nach MP Kay, 2004). Der Einsatz spezieller Fragebögen kam aus Gründen des Aufwands nicht in Frage.

Es besteht keine Korrelation zur Arbeitszeit

Das Befinden der Ärztinnen scheint insgesamt etwas besser zu sein als das der Ärzte. Sie sind offenbar auch weniger gesundheitlich gefährdet (Abb. 1). Trotz gewisser statistischer Limitationen unserer Studie war ein Zusammenhang zwischen schlechtem Befinden (niedriger WHO-5-Score), geringer beruflicher Zufriedenheit und dem eigenen (eher schlechten) Gesundheitsverhalten erkennbar, nicht aber zur Arbeitszeit.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. habil.
Armin Wiesemann
Facharzt für Allgemeinmedizin
und Sportmedizin,
76684 Östringen/Odenheim
E-Mail: armin.wiesemann@
online.de



Mögliche Interessenskonflikte: keine deklariert