

Reinhart T. Grundmann

Burnout bei Ärzten und Pflegepersonal

Häufigkeit, Ursachen und Folgen für die Patientensicherheit

Teil 1

Burnout wird definiert als „Emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und verringerte persönliche Erfüllung im Beruf bei an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit arbeitenden Menschen“. Dies soll bei bis zu 50 Prozent aller chirurgisch tätigen Krankenhausärzte in Deutschland gegeben sein. Die Hinweise sind allerdings subjektiv, kontrollierte Datenerhebungen und Vergleichsuntersuchungen fehlen. Arbeitsbelastung und Arbeitsumfeld, ebenso Konflikte zwischen Arbeit und Privatleben sollen die Hauptursachen des Burnout sein. Inwieweit Burnout an sich oder aber erst die Übermüdung des Arztes die Patientensicherheit gefährden, ist offen.

Nach einer Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK sind bei mehr als zehn Millionen AOK-versicherten Arbeitnehmern die Krankheitstage wegen Burnout zwischen den Jahren 2004 und 2010 um das Neunfache angestiegen [1]. Ob Zeitdruck und Stress als auslösende Faktoren in diesem Umfang zugenommen haben, oder ob der Anstieg des Burnout-Syndroms eher ein sich änderndes Dokumentationsverhalten widerspiegelt, muss offen bleiben. Eine einheitliche Definition des Burnout existiert nicht, Burnout stellt weder in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) noch im Diagnostischen und Statistischen Handbuch psychischer Störungen eine eigenständige Diagnose dar [2]. So wird bei uns Burnout als Ausgebranntsein bzw. Zustand physischer und psychischer Erschöpfung unter der Diagnosegruppe „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ erfasst. Damit zählt diese Diagnose zu der Gruppe der „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen“ und wird von den behandelnden Ärzten zwar nicht als eigenständige psychische Erkrankung kodiert, jedoch zunehmend als Zusatzinformation angegeben [1].

Anders als der Depression haftet der Diagnose „Burnout“ kein Stigma an

Gesellschaftspolitisch noch bedeutsamer ist es vielleicht, dass der Begriff „Burnout“ von den Betroffenen selbst vermehrt als Diagnose bevorzugt wird, da einem Burnout-Syndrom anders als der Depression kein Stigma anhaftet – im Gegenteil, man kann hierfür Arbeitsplatz, Umfeld und Belastung verantwortlich machen, wie die folgenden Ausführungen zeigen werden. Gleichwohl ist eine totale Erschöp-

fung nicht klar von einer Depression abzugrenzen, es liegt kein valides differentialdiagnostisches Instrument zur Bestimmung von Burnout vor, die Studienlage ist dürftig, worauf der HTA-Bericht des DIMDI hingewiesen hat [2]. Der rasante Anstieg der Diagnose „Burnout“ mag demnach eine Mode-



© Gina Sanders - Fotolia.com

erscheinung sein [3], die volkswirtschaftliche Bedeutung von Burnout ist jedoch unbestritten, auch wenn die Schätzwerte für die Kosten aufgrund der unsicheren Diagnose „auf sehr schwankendem Grund“ stehen [2]. Nach einem Bericht der Betriebskrankenkassen sollen psychische Belastungen am Arbeitsplatz bei uns jährlich wenigstens 6,3 Milliarden Kosten verursachen, die sich aus drei Milliarden Euro für die Krankheitsbehandlung und 3,3 Milliarden Euro Produktionsausfallkosten zusammensetzen [4]. Der Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums nennt noch weit höhere Zahlen, danach sollen sich die volkswirtschaftlichen Kosten arbeitsbedingter psychischer Gesundheitsstörungen in der Schweiz und vergleichbaren europäischen Ländern sehr konservativ geschätzt auf zwei bis vier Prozent des Bruttoinlandsprodukts belaufen, das wären für die Schweiz jährlich zehn bis 20 Milliarden Franken [5]. Es ist daher verständlich, dass das Vorkommen des Burnout-Syndroms auch bei Ärzten und Pflegekräften thematisiert wird. Eine Untersuchung an Spezialisten verschiedener Fachdisziplinen in Krankenhäusern des UK beobachtete bei den Befragten von 1994 (880 Teilnehmer) bis 2002 (1308 Teilnehmer) eine Zunahme der emotionalen Erschöpfung von 32 Prozent auf 41 Prozent, besonders ausgeprägt bei klinischen und chirurgischen Onkologen [6]. Als Ursachen werden bei Ärzten lange Arbeitszeiten und eskalierende bürokratisch-administrative Belastung vermutet. Dies berechtigt, die bisherigen Daten zum Einfluss von Burnout, Stress und Fatigue auf die Leistungsfähigkeit ärztlicher und nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe sowie auf die Patientensicherheit darzustellen. Dies auch vor dem Hintergrund der Frage, ob es tatsächlich mit der Reduzierung von Arbeitszeiten getan ist, um eine Änderung der Situation zu bewirken. Burnout scheint nicht nur eine Reaktion auf Arbeitsbelastung und Arbeitsumfeld zu sein sondern hat auch seine Gründe in Berufsmotivation, enttäuschten Berufserwartungen und individueller Persönlichkeitsstruktur. Dies soll im Folgenden ausgeführt werden.

„Emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und verringerte persönliche Erfüllung im Beruf“

Für diese Literaturübersicht wurde die Datenbank Medline (PubMed) unter den Schlüsselwörtern „Burnout Health Care Professionals“ durchsucht. Es wurden primär Veröffentlichungen der letzten sieben Jahre (2005–2011) abgefragt. Wurde in PubMed auf verwandte Veröffentlichungen früherer Jahre verwiesen, wurden diese ebenfalls analysiert. Berücksichtigt wurden klinische Studien und Fallserien sowie Übersichtsartikel, die als Metaanalysen der Literatur angelegt waren.

In der Literatur wird Burnout am häufigsten nach Maslach und Jackson definiert [7]: „Emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und verringerte persönliche Erfüllung im Beruf bei an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit arbeitenden Menschen“. Erfasst wird Burnout mit Fragebögen, wobei das am

meisten verwendete Maslach Burnout-Inventar (MBI) in der ersten Fassung 22 Positionen abfragt und nach drei Dimensionen unterscheidet: Emotionale Erschöpfung (EE, 9 Positionen), Depersonalisation (DP, 5 Positionen) und Persönliche Leistungsfähigkeit (PL, 8 Positionen). Eine Person ist umso stärker von Burnout betroffen, je höher die Werte in den Dimensionen EE und DP und je niedriger die Werte in der Dimension PL sind (Einzelheiten, auch zu Varianten des MBI, siehe [2, 3]). Häufig wird in den Studien die Burnout-Rate (BR) nicht global, sondern spezifisch mit Bezug auf die drei Dimensionen angegeben, dies wird im Text bzw. in Tabellen vermerkt.

In einer Umfrage von Klein et al. an 489 deutschen Krankenhäusern (Rücklaufquote 65 %) erfüllten von 1311 chirurgisch tätigen Krankenhausärzten 48,7 Prozent die Kriterien des Burnout, wobei es sich um Selbsteinschätzungen handelte [8]. In der selben Umfrage litten etwa ein Viertel der Befragten an einer beruflichen Gratifikationskrise, ein Fünftel hatte einige Male im Monat oder häufiger daran gedacht, den Beruf aufzugeben und 44 Prozent der befragten Ärzte sahen die Qualität der Patientenversorgung manchmal oder oft durch die Überarbeitung beeinträchtigt [9]. Knapp 80 Prozent waren durch die berufliche Beanspruchung zu erschöpft, um sich noch persönlichen Interessen zuwenden zu können. Wie sind diese Daten im internationalen Vergleich zu interpretieren?

Fast die Hälfte der amerikanischen Chirurgen würde ihren Kindern eine Laufbahn als Arzt oder Chirurg nicht empfehlen

Bereits 2001 berichteten Campbell et al. das Ergebnis einer Recherche bei 582 aktiv praktizierenden Chirurgen aus Michigan (Rücklaufquote 44%), in der sich 32 Prozent der Antwortenden als hochgradig emotionell erschöpft bezeichneten und vier Prozent eine niedrige persönliche Leistungsfähigkeit angaben [10]. Die Zahlen sind seitdem nicht günstiger geworden – vielleicht deshalb, weil sich die Ansprüche an Berufs- und Privatleben weiter verändert haben und mehr Frauen den Beruf Chirurg ergreifen. (Schon in der Untersuchung von Campbell et al. neigten jüngere Chirurgen häufiger zum Burnout als ältere). Im Juni 2008 befragten Shanfelt et al. 24 922 Chirurgen in den USA, von denen allerdings nur 7905 (32%) antworteten [11]. Die Antwortenden waren im Schnitt 18 Jahre berufstätig, arbeiteten 60 Stunden die Woche und fühlten sich zu 40 Prozent ausgebrannt. Nur 36 Prozent meinten, dass sie genügend Zeit für ein persönliches (Familien)leben hätten, 49 Prozent würden ihren Kindern eine Berufslaufbahn als Arzt oder Chirurg nicht empfehlen. In einer weiteren Umfrage bei amerikanischen Chirurgen glaubten ebenfalls 40 Prozent der Antwortenden (n=895), ihren Kindern eine chirurgische Laufbahn nicht anraten zu können [12]. Im Widerspruch dazu waren aber nur 15 Prozent der Chirurgen mit ihrer Karriere unzufrieden, wobei

lange Arbeitszeiten (im Mittel 64 Wochenstunden) und die Vergütung eine wesentliche Rolle spielten. Auch hatten nur 25,5 Prozent der Angeschriebenen geantwortet, so dass der Prozentsatz der Unzufriedenen in Wirklichkeit noch deutlich geringer (oder höher?) sein könnte. Umgekehrt gaben in einer zusätzlichen Auswertung der genannten Recherche [11] 43,3 Prozent von 1043 weiblichen und 39 Prozent von 6815 männlichen Chirurgen an, an Burnout zu leiden [13]. In dieser Darstellung ließen 33 Prozent der weiblichen bzw. 29,5 Prozent der männlichen amerikanischen Chirurgen depressive Symptome erkennen.

Offensichtlich ist die Unzufriedenheit nicht in allen Teilgebieten der Chirurgie gleich ausgeprägt

Wöchentliche Arbeitszeit und Konflikte zwischen Arbeit und Privatleben waren die Hauptursachen einer Burnout-Symptomatik, wobei Frauen durch den Konflikt Privatleben-Arbeit offensichtlich stärker als Männer belastet waren. Privatleben-Karriere Konflikte waren häufiger in Ehen/Lebenspartnerschaften zu beobachten, in denen beide Partner Ärzte oder Chirurgen waren als in Partnerschaften von Chirurgen/Chirurginnen mit Nicht-Ärzten. Chirurgen, bei denen der Lebenspartner zu Hause blieb, zeigten weniger depressive

Symptome und mentale Probleme sowie eine größere Berufszufriedenheit als Chirurgen in einer Ärztepartnerschaft [14]. Nach dieser Untersuchung hätte der Anstieg der Burnout-Raten auch etwas mit der von der Gesellschaft gewünschten zunehmend höheren Frauenquote in akademischen Berufen und sich den daraus ergebenden Konflikten zwischen den Ansprüchen an Berufs- und Privatleben zu tun. Tendenziell entspricht diese Feststellung den Ergebnissen einer Umfrage bei 1037 Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe aus dem Jahr 2010. Hier hielten 88 Prozent der Ärztinnen und 72 Prozent der Ärzte Karriere und Familie für nicht vereinbar, mit entsprechend im Vergleich zur Gesamtbevölkerung unterdurchschnittlichen Kinderzahlen bei Frauenärztinnen und -ärzten [15].

Ganz offensichtlich ist die Unzufriedenheit nicht in allen Teilgebieten der Chirurgie gleich ausgeprägt, so waren 96 Prozent der Kinderchirurgen nach einem Bericht der Amerikanischen Gesellschaft für Kinderchirurgie mit ihrer Berufswahl zufrieden [16]. Umgekehrt stellt die Behandlung von Tumorpatienten möglicherweise eine besondere emotionelle Herausforderung dar – jedoch ist die Datenlage sehr inhomogen, wie eine Metaanalyse von zehn Studien belegt [17]. Danach sollen 36 Prozent der medizinischen Betreuer von Tumorpatienten emotionell erschöpft sein, die Depersonalisation beträgt 34 Prozent und die persönliche Leistungsfähigkeit ist bei 25 Pro-

Tabelle 1 Burnout bei verschiedenen Disziplinen und Gesundheitsfachberufen

Autor/Land	Anzahl Antworten (n)	Response-Rate (%)	Disziplin	Burnout-Rate
Grunfeld [43] [Kanada]	131	63,3 %	Onkologie	EE 53,3 %; DP 22,1 %; PL 48,4 %
	314	80,9 %	– Pflege/Assistenzberufe	EE 37,1 %; DP 4,3 %; PL 54 %
Catt et al. [19] [UK]	144	100 %	Onkol. Team (gesamt)	EE 27 %; DP 19 %; PL 31 %
	27		– Chirurgen	EE 22 %; DP 30 %; PL 30 %
	18		– Histopathologen	EE 29 %; DP 28 %; PL 69 %
Sharma et al. [44] [UK]	253	55,6 %	Kolorektale Chirurgen	DP 17,4 %; PL 26,6 %
	177	54,3 %	– Pflege	DP 7,4 %; PL 14,2 %
Sargent et al. [45] [USA]	264		Orthopädie	
	384		– Fachärzte	28 %
Frade Mera et al. [46] [Spanien]		73 %	– Residents	56 %
	123		Intensivstation	
	14		– Pflege	16 %
	16		– Residents	14 %
	58		– Ärzte	13 %
Klersy et al. [47] [Italien]		85 %	– Hilfskräfte	10 %
	61		Dialyse	
	273		– Ärzte	18 %
Bressi et al. [48] [Italien]		80 %	– Pflege	30 %
	121		Hämatologie-Onkologie	
	229		– Ärzte	EE 32,2 %; DP 29,8 %; PL 62 %
			– Pflege	EE 31,9 %; DP 23,1 %; PL 62,5 %

EE = hohes Niveau der Emotionalen Erschöpfung, DP = hohes Niveau der Depersonalisation, PL = niedriges Niveau der Persönlichen Leistungsfähigkeit

zent deutlich herabgesetzt. Ähnliche Zahlen wurden für australische Onkologen angegeben [18]. Ob die emotionale Erschöpfung damit aber höher als durchschnittlich ist, ist offen. In einer psychologischen Untersuchung von zehn multidisziplinären onkologischen Teams des UK war deren psychiatrische Morbidität vergleichbar der der Allgemeinbevölkerung [19]; Chirurgen fühlten ihre persönliche Leistungsfähigkeit (PL) weniger eingeschränkt als Histopathologen (→ Tabelle 1). Noch günstiger schnitten die Mitglieder von 72 Brustkrebsteamen ab, ihre mentale Gesundheit war eindeutig besser als die der Allgemeinbevölkerung [20].

In einer Analyse waren akademisch tätige Chirurgen signifikant zufriedener und weniger anfällig für Burnout

Eine andere britische Studie verglich die Arbeit kolorektaler Chirurgen an Krebspatienten mit der von Gefäßchirurgen. Die insgesamt 501 Antwortenden (kolorektale Chirurgen/Gefäßchirurgen, Antwortquote 58,7 %) wiesen in 32 Prozent Zeichen eines hohen Burnout in wenigstens einer der drei Dimensionen des MBI auf [21]. Wesentliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ergaben sich nicht – im Gegenteil, die Depersonalisation war bei den Gefäßchirurgen sogar ausgeprägter. Auch in der Befragung von Balch et al. waren onkologische Chirurgen (Burnout-Rate 36 %) nicht ausgebrannt als andere Spezialisten, neigten aber weniger zu Depressionen und waren mit ihrer Berufswahl zufriedener als die übrigen [22]. Dies lag vielleicht daran, dass die Befragten überdurchschnittlich (zu 59,5 %) in einer akademischen

Es kommt nicht unbedingt auf die Menge der Freizeit an, um mit der Berufswahl zufrieden zu sein.

Position tätig waren und mehr Zeit für Aktivitäten außerhalb der Patientenversorgung, etwa für die Forschung, zur Verfügung hatten. So waren in einer weiteren Analyse von Balch et al. akademisch tätige Chirurgen signifikant zufriedener, waren weniger anfällig für Burnout und würden ihren Kindern in einem sehr viel höheren Prozentsatz eine medizinische Berufslaufbahn empfehlen als Chirurgen, die in einer Privatpraxis arbeiteten [23]. Es kommt demnach nicht unbedingt auf die Menge der Freizeit an, um mit der Berufswahl zufrieden zu sein, sondern ebenso auf die Motivation bei der Arbeit und die Möglichkeit, sie zumindest teilweise selbst zu definieren. Dies bestätigen die Ergebnisse einer Erhebung bei der amerikanischen Gesellschaft für chirurgische Onkologie: Danach wurden 79 Prozent der 549 Antwortenden onkologischen Chirurgen (72 % akademisch tätig/Burnout-Rate 28 %) wieder die gleiche Berufswahl treffen, wobei als Risikofaktor für ein Burnout ein Anteil von weniger als 25 Prozent der gesamten Arbeitszeit für die Forschung ermittelt wurde [24]. In einer Schweizer Umfrage schließlich waren Onkologen aufgrund

einer abwechslungsreicheren Tätigkeit durch Einbindung in Forschung und Unterricht und bessere Weiterbildungsmöglichkeiten weniger Burnout-gefährdet als Allgemeinmediziner [25].

Ob Chirurgen häufiger oder seltener von Burnout betroffen sind als andere im Operationssaal Tätige ist unklar

Nimmt man die Abwesenheit von Suizidgedanken als Maß für die mentale Gesundheit, sind Chirurgen mental stärker beeinträchtigt als die Allgemeinbevölkerung, Suizidgedanken treten bei ihnen 1,5 bis dreimal öfter auf. Dies ergab eine Umfrage des American College of Surgeons, an der sich immerhin 7905 Mitglieder beteiligten. 6,3 Prozent der Antwortenden gaben an, in den letzten 12 Monaten Suizidgedanken gehabt zu haben, wobei diese Gedanken eindeutig zu Burnout und depressiven Symptomen korrelierbar waren [26]. Verglichen mit 13,7 Prozent bzw. 12 Prozent schwedischen und 14,3 Prozent bzw. 12 Prozent italienischen Ärztinnen und Ärzten an Universitätskliniken, die über Suizidgedanken in den letzten 12 Monaten berichteten [27, 28], schnitten die Chirurgen in der Umfrage von Shanafelt et al. aber günstig ab [26]. Ob Chirurgen überhaupt häufiger oder seltener von Burnout betroffen sind als andere im Operationssaal Tätige, speziell die anästhesiologischen Partner, muss offen bleiben, kontrollierte Vergleichsstudien fehlen. Für australische Anästhesisten fanden Kluger et al eine hohe Burnout-Rate, jedoch nicht höher als die anderer medizinischer Fachgruppen [29]. Andererseits wiesen in einer schwedischen Untersuchung über die Lebenserwartung von Ärzten verschiedener Disziplinen Anästhesisten eine weit unterdurchschnittliche Lebenserwartung auf [30]. Auch wenn über die Ursachen nur spekuliert werden kann [31], könnte Stress ein auslösendes Moment gewesen sein. Auffallend ist in diesem Zusammenhang ein Vergleich der Burnout-Raten von Leitern akademischer Institutionen in den USA: Unter 93 anästhesiologischen Lehrstuhlinhabern waren 28 Prozent von einem hohen Burnout betroffen [32], verglichen mit nur drei Prozent bei den Otolaryngologen [33] und neun Prozent bei den Ophthalmologen [34].

Lange Schichtzeiten, Nachtarbeit und Schlafentzug tragen wesentlich zum Burnout bei

Die Intensivstation gilt als der aufreibendste Arbeitsplatz im Krankenhaus. In einer französischen Umfrage an 189 Intensivstationen gaben 46,5 Prozent der 978 Antwortenden Ärzte ein Burnout an, 39,5 Prozent wollten ihren Arbeitsplatz wieder verlassen [35]. Dem entspricht eine Umfrage an 165 Intensivstationen, ebenfalls in Frankreich, in der bei 2392 Antwortenden Pflegekräften (82 % weiblich) in 33 Prozent eine schwere Burnout-Symptomatik berichtet wurde [36]. Die Pflege sterbender Patienten und Entscheidungen über Fort-

Tabelle 2 Berufszufriedenheit bei verschiedenen Disziplinen und Gesundheitsfachberufen

Autor/Land	Anzahl Antworten (n)	Response-Rate (%)	Disziplin	Berufszufriedenheit
Grunfeld [43] [Kanada]	131	63,3 %	Onkologie – Ärzte	hoch: 57,7 %; vorzeitiger Ruhestand angedacht: 30,3 %
	314	80,9 %	– Pflege/Assistenzberufe	hoch: 56,6 %; vorzeitiger Ruhestand angedacht: 22,3 %
Sharma et al. [44] [UK]	253 177	55,6 % 54,3 %	Kolorektale Chirurgen und Pflege	77 % der Chirurgen und 63,4 % der Pflege beabsichtigen vorzeitigen Ruhestand.
Harms et al. [49] [USA]	110	97 %	Praktizierende Chirurgen	Exzellente: 74 %. Schlecht: 2 %. Ruhestand geplant mit 65: 80 %, 17 % unentschieden.
Bressi et al. [48] [Italien]	121 229	80 %	Hämato-Onkologie – Ärzte – Pflegekräfte	82 % der Ärzte und 86 % der Pflege würden Beruf wieder ergreifen.
Voltmer et al. [50] [D]	549	61 %	Niedergelassene Ärzte in Schleswig-Holstein	Ein Drittel hochzufrieden, bei 50 % Berufserwartungen voll erfüllt. 18 % würden nicht wieder Medizin studieren.

setzung oder Abbruch lebenserhaltender Therapiemaßnahmen wirkten sich negativ auf die emotionelle Befindlichkeit des Personals aus. Zermürbend waren desweiteren Mängel in der Arbeitsplatzorganisation und die Konfiguration der Arbeitswoche. Lange Schichtzeiten, Nachtarbeit und Schlafentzug tragen wesentlich zum Burnout bei und können bewiesenermaßen die psychomotorische Leistungsfähigkeit in gleicher Weise wie exzessiver Alkoholkonsum einschränken. Eine durchdachte Dienstplangestaltung ist folglich eine wichtige Strategie zur Verhinderung hoher Burnout-Raten [37]. Differenzen im Arbeitsumfeld – Auseinandersetzungen mit Patientenangehörigen, aber auch Spannungen innerhalb des Pflegepersonals und Kontroversen mit Ärzten – stellen in den französischen Untersuchungen [35, 36] einen weiteren Risikofaktor für ein Burnout dar, im *Deutschen Ärzteblatt* wurde hierzu auf den „chronischen Konflikt“ in der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften hingewiesen [38]. In einer großen Feldstudie (n=7498) der European Society of Intensive Care Medicine [39] wurden alle auf der Intensivstation tätigen Berufsgruppen (ca. 60 % der Antwortenden waren Pflegekräfte) nach Konflikten am Arbeitsplatz in der Woche zuvor befragt. 72 Prozent bestätigten solche Auseinandersetzungen, wobei es sich in der Reihenfolge der Häufigkeiten um Kontroversen zwischen Ärzten und Pflegepersonal, Pflegepersonal untereinander, Konflikte zwischen Intensivstationspersonal und Familienangehörigen sowie Differenzen der Ärzte untereinander handelte.

Es kann nicht als gesichert gelten, dass Notfallmediziner mehr als andere Mediziner zum Burnout neigen

Neben der Intensivmedizin soll die Notfallmedizin besonders strapaziös sein. Estry-Behar et al. berichten eine Burnout-Rate von 51,5 Prozent bei französischen Notfallmedizinern, verglichen mit 42,4 Prozent bei dem Durchschnitt der befragten Ärzte [40]; 21,4 Prozent der Notfallmediziner wollten ihren Beruf aufgeben. Hingegen war in einer amerikanischen Recherche die Mehrzahl der antwortenden Notfallmediziner mit ihrem Beruf zufrieden, emotional erschöpft waren 32,1 Prozent [41]. Deckungsgleich bezeichneten in einer Längsschnittstudie des American Board of Emergency Medicine ein Drittel der Notfallmediziner Burnout als ein erhebliches Problem. Gleichwohl zeigten 65,2 Prozent der Antwortenden eine hohe Berufszufriedenheit und fast 80 Prozent meinten, dass das Fach ihre Berufserwartungen erfüllt oder übertroffen habe [42]. Es kann demnach nicht als gesichert gelten, dass Notfallmediziner mehr als andere Mediziner zum Burnout neigen.

Weitere Daten zum Burnout in verschiedenen Fachgebieten finden sich in → Tabelle 1, wobei Berufe differenziert wurden. Das Pflegepersonal zeigt trotz geringerer Wochenarbeitszeiten in den einzelnen Disziplinen oft den Ärzten vergleichbare Burnout-Raten, was dafür spricht, dass Burnout die Zufriedenheit mit dem Arbeitsumfeld widerspiegelt. → Tabelle 2 nennt deshalb Angaben zur Berufszufriedenheit. ■ ■ ■

Prof. Dr. med. Reinhart T. Grundmann
In den Gruben 144
84489 Burghausen
✉ reihart@prof-grundmann.de
www.medsachverstand.de