Universität Zürich[UZH]

UNIVERSITÄT LEIPZIG

Burnout: Volkskrankheit oder Berufsrisiko im Gesundheitswesen?

Dr. Beate Schulze

Universität Zürich,
Fachzentrum für Katastrophen- und Wehrpsychiatrie &
Universität Leipzig,
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health

Burnout- Konferenz im Rahmen
der Schweizerisch-Tschechischen Zusammenarbeit

Prag, 19. Juni 2012

Aktuelle Frage:

Noch jemand ohne Burn-out?

Ausgebrannt – das Leiden ist ernst. Doch diese Diagnose erhalten jetzt auch Menschen, denen ganz anders geholfen werden müsste. Und manch einer ist gar nicht krank

WISSEN SEITE 39–41

Titelfoto: Florolme/Corbis

DIE ZEIT
WOCHENZEITUNG FÜR POLITIK WIRTSCHAFT WISSEN UND KULTUR

1. Dezember 2011 DIE ZEIT Nº 49

© B. Schulze 2012

Überblick

- Burnout heute – Modewort oder medizinische Diagnose?
- Burnout-Epidemie? – Zahlen und Fakten
- Burnout-Ursprung – Ideengeschichte und Definitionen
- Burnout-Diagnostik – Instrumente und Strategien
- Burnout im Gesundheitswesen – Aktuelle Befunde

© B. Schulze 2012

Ein heisses Thema…

© B. Schulze 2012

Die neue Arbeitswelt

Schneller, höher, weiter...

Zahlen & Fakten*:

- Das Weltwissen hat sich innerhalb der letzten 4 Jahre verdreissigfacht.
- In der Finanzindustrie entscheiden Sekundenbruchteile über Gewinn oder Verlust.
- Die Telefonkonferenzen von CEOs finden im Viertelstunden-Takt statt. Die 100 Mails pro Tag tragen sie in den Randstunden ab.
- Der Lokführer kämpft auf der Strecke Bern-Zürich um Sekunden.
- Die Pflegefachfrau muss sich bei der Blutentnahme mitunter minuten-genau ans Zeitbudget halten.
- Die Produktivität pro Arbeitsstunde ist in der Schweiz seit den 1960er Jahren um 255% gestiegen.

*Quelle: nonstop. Ein Lese- und Hörbuch über die Geschwindigkeit des Lebens www.stapferhaus.ch; 2009

System: Gesellschaftlicher Paradigmenwechsel

Die neue Arbeitswelt: 5 Trends

1) Kontinuierlicher Veränderungsdruck
2) Verlust vertrauter Bindungen
3) Wandel der Anerkennungsbeziehungen
4) Neues Leitbild der Arbeitnehmers
5) Aufwertung der Arbeit

nach Sanz 2008

© B. Schulze 2012

Individuum: Zunehmende psychische Belastungen

- **Zunehmende Konflikte zwischen fachlichem und unternehmerischem Gewissen**, z.B. Reduktion persönlicher Zuwendung aus Budgetgründen im Gesundheitswesen; zu frühe Freigabe von Software aus Kostengründen im IT-Bereich
- **Innere Zerrissenheit:** Konflikte mit sich selbst statt mit anderen, z.B. Überstunden, Krankenstand, Mehrarbeit -> ja oder nein?
- **Schulderleben** am zunehmenden Leistungsdruck, z.B. durch Akzeptieren bzw. Festlegen (zu) hoher Ziele in der jährlichen Zielvereinbarung
- **Gruppendruck:** Zielfestlegung nicht nur auf Mitarbeiterebene, sondern auch für Teams und Abteilungen: Interesse daran, dass sich Kolleginnen und Kollegen stark engagieren -> gegenseitige Kontrolle -> Ausgrenzung von „Schwachen“
- **Vereinzelung und Kommunikationsstörungen:** Gefühl von Vereinzelung und individuellem Versagen, besonders in leistungsorientierten Betrieben; Nur Erfolgsgeschichten zählen -> Tabuisierung von psychischen Belastungen

Krause, Peters & Dorsemagen 2009

© B. Schulze 2012

Stress as Offence To Self (SOS)

Stress through
INsuffiency (SIN)

Failure / wrongdoing

Respect / Recognition /
Self-Esteem

Stress As
Disrespect (SAD)

„Illegitimate“ behaviour/
tasks: unfair, disrespectful

Justice / Fairness

(Semmer, N.K. & Jacobshagen, N. (2006)
Illegitimate task assignments as a source of stress, Uni Bern, under revision)

© B. Schulze 2012

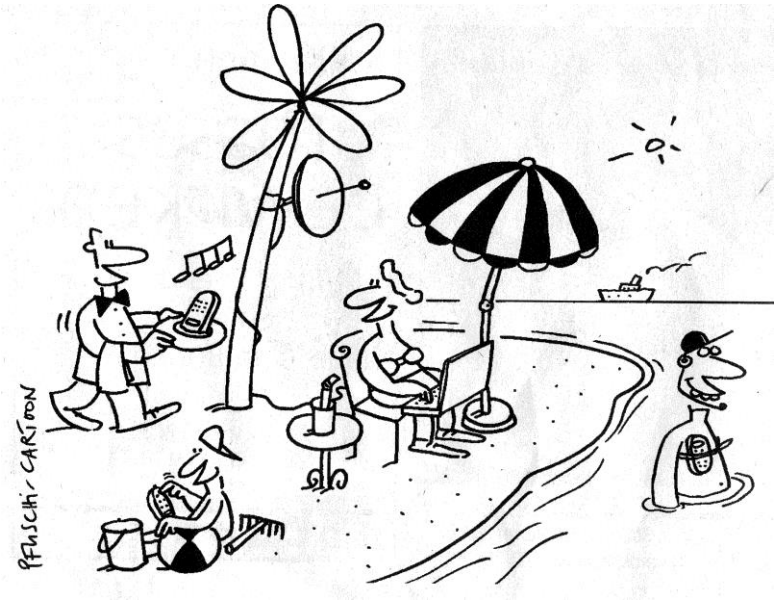
Individuelle Beiträge zur Systemdynamik

Interessierte Selbstgefährdung/ Freiwillige Selbstausbeutung

= ein Verhalten, bei man sich selbst dabei zusieht, wie das **eigene Arbeitshandeln** die **eigene Gesundheit gefährdet** und man dies auch dann nicht ändern kann, wenn man das möchte.

Typische Verhaltensweisen:

- Krank zur Arbeit kommen
- Auf Erholungspausen verzichten
- Am Wochenende oder im Urlaub arbeiten
- Länger als 10 Stunden pro Tag arbeiten
- In einem hohen Ausmass unbezahlte Überstunden leisten

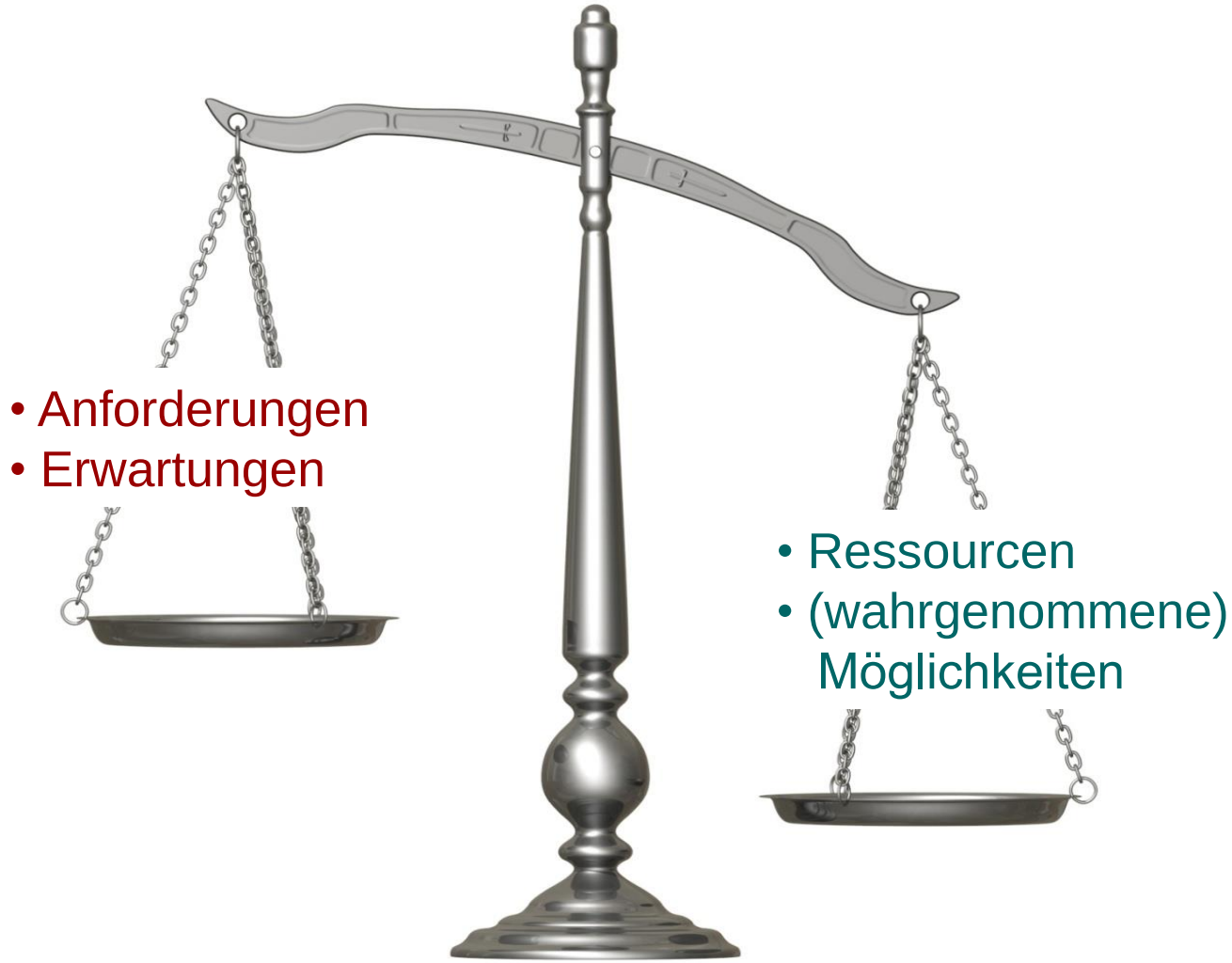


Ursachen: „...durch die **Ergebnisorientierung** neuer **produktivitätssteigernder Managementformen** und Steuerungskonzepte ausgelöste Dynamik.“ (S.95)

(Krause et al. 2009; Moosbrugger 2008)

© B. Schulze 2012

Balance?



© B. Schulze 2012

Burnout-Epidemie?

Umfrage Arbeit macht jeden Fünften krank

Bauern-Burnout:
Sorgentelefon für Bauern

MONTAG, 27. OKTOBER 2008 / WWW.20MINUTEN.CH

Irans Präsident: Stressjob hat ihn krank gemacht

TEHERAN. Leidet Irans Präsident unter dem Burnout-Syndrom? Ahmadinedschad ist erkrankt – wegen seiner hohen Arbeitsbelastung.

Mahmud Ahmadinedschad fühle sich nicht gut, werde sich jedoch wieder erholen und seine Amtsgeschäfte wieder aufnehmen, sagte der Abgeordnete Mohammad Ismail Kowsari, ein enger Vertrauter des Präsidenten, der amtlichen Nachrichtenagentur IRNA.

Öffentlicher Auftritt am Samstag in Teheran: Mahmud Ahmadinedschad wirkt sichtlich erschöpft. AP

sundheitszustand Ahmadinedschads nannte er nicht.

Ahmadinedschad, der heute Montag seinen 53. Geburtstag feiert, arbeitet Berichten zufolge 20 Stunden am Tag. Am Mittwoch sagte er überraschend seine Teilnahme an einer Konferenz ab und fehlte auch bei einer Kabinettssitzung. Am Samstag nahm er an einer religiösen Feier in Teheran teil, wobei er jedoch erschöpft wirkte. Gestern strahlte das staatliche Fernsehen Aufnahmen aus, die den Präsidenten bei einem Treffen mit drei ausländischen Botschaftern zeigten. In den vergangenen Wochen waren vermehrt Spekulationen laut geworden, ob sich Ahmadinedschad im kommenden Jahr zur Wiederwahl stellen wird.

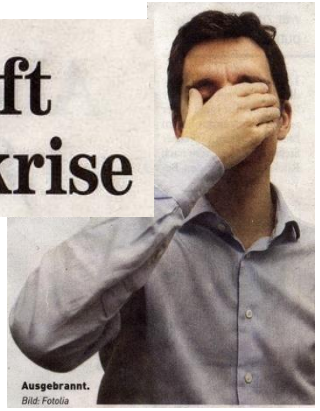
HEUTE AUF WWW.20MINUTEN.CH

20 Minuten Radio
Das coole Webradio von 20 Minuten – reinhören

Schweizer Zöllner leiden an Burnout

BERN. Stress und Überstunden setzen den Schweizer Grenzwächtern zu: Viele leiden am Burnout-Syndrom. In der Grenzwachtregion Genf gaben in einer Umfrage 20 Prozent der Mitarbeiter an, sich ausgebrannt zu fühlen. Viele der Betroffenen sind laut der Zöllner-Gewerkschaft Garanto in ärztlicher Behandlung. Nun reagiert die Oberzolldirektion in Bern: Bis Ende Jahr werden Massnahmen erarbeitet, um das Problem zu entschärfen. Seite 6

Burnout Das Geschäft blüht dank der Finanzkrise



Ausgebrannt.
Bild: Fotolia

© B. Schulze 2012

Wann spricht man von einer Epidemie?

Eine Epidemie beschreibt

1) die zeitliche und örtliche Häufung einer **Krankheit** innerhalb einer **Population** verstanden.
   - sollte demnach breite Bevölkerungsschichten erfassen

2) eine **Zunahme** der Erkrankung in einem bestimmten Zeitraum
   - dabei muss jedes betroffene Individuum mehr als eine Folgeerkrankung bewirken

Susser, Schwartz, Morabia, & Bromet, 2006,
Psychiatric Epidemiology. New York: Oxford University Press

© B. Schulze 2012

Burnout-Diagnostik

- langfristige arbeitsbezogene Belastungsreaktion – offiziell keine Krankheit
- nicht als Diagnose in ICD-10 oder DSM-IV geführt
- kann im ICD-10 lediglich als Z-Diagnose (Z 73: „Ausgebranntsein“ und „Zustand der totalen Erschöpfung) codiert werden
- Erschöpfung ist auch unspezifisches Symptom vieler körperlicher Erkrankungen -> körperliche und laborchemische Untersuchung, um körperliche Ursachen auszuschliessen
- Abgrenzung zur Depression: Burnout ist generell arbeitsbezogen; Beachtung von Schweregrad und Burnout-Phasen
- empfohlene Diagnosen:
  Neurasthenie (ICD-10) oder Anpassungsstörung (DSM-IV)
- Komorbidität

© B. Schulze 2012

Z-Diagnose im ICD-10

DIMDI - ICD-10-GM Version 2011 - Mozilla Firefox

Datei Bearbeiten Ansicht Chronik Lesezeichen Extras Hilfe

http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/block-z70-z76.htm

Meistbesuchte Seiten Erste Schritte Aktuelle Nachrichten

DIMDI - ICD-10-GM Version 2011

DIMDI medizinwissen
Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

Kode-Suche in ICD-10-GM Version 2011

Dreisteller-Eingabe:

OK!

Übersicht über die Kapitel

Z73 **Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung**

Inkl.: Akzentuierung von Persönlichkeitszügen
Ausgebranntsein [Burn out]
Einschränkung von Aktivitäten durch Behinderung
Körperliche oder psychische Belastung o.n.A.
Mangel an Entspannung oder Freizeit
Sozialer Rollenkonflikt, anderenorts nicht klassifiziert
Stress, anderenorts nicht klassifiziert
Unzulängliche soziale Fähigkeiten, anderenorts nicht klassifiziert
Zustand der totalen Erschöpfung

Exkl.: Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit (Z74.-)
Probleme mit Bezug auf sozioökonomische oder psychosoziale Umstände (Z55-Z65)

ICD-10-GM Version 2011
Kapitel XXI: Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)

© B. Schulze 2012

Diagnostik: Instrumente im Überblick

Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1996; Schaufeli et al. 1996)

- MBI Human Services Survey – für soziale & therapeutische Berufe
- MBI Educators Survey – für Lehrer
- MBI General Survey – für alle Berufsgruppen

Shirom-Melamed Burnout Measure (Shirom & Melamed, 2006)

Copenhagen Burnout Inventory (Kristensen et al., 2005)

© B. Schulze 2012

Maslach Burnout Inventory (MBI)

- Standardinstrument zur Erfassung von Burnout
- drei Versionen: General Survey, Human Services Survey, Ecudators Survey
- Fragen zu Gefühlen gegenüber der Arbeit
- Angabe, wie häufig man diese Gefühle erlebt
- Ergebnis: Burnout-Risiko auf 3 Dimensionen:
  - **(emotionale) Erschöpfung** (individuelle Stressreaktion)
  - **Zynismus / Depersonalisierung** (arbeitsbezogene Reaktion)
  - **reduzierte berufliche Leistungsfähigkeit** (Selbsteinschätzung)
- Kein Gesamtscore
- 3 Schweregrade: niedrig – mittel – hoch
- berufsgruppenspezifische Normwerte

© B. Schulze 2012

Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM)

- Burnout wird definiert als Gefühl der körperlichen, emotionalen und kognitiven Erschöpfung durch kontinuierlichen Abbau der Energie-ressourcen einer Person infolge von chronischem Stress am Arbeitsplatz.
- Trennung des Burnout-Konzepts von Coping-Strategien wie Abgrenzung und Folgen des Burnouts wie Leistungsminderung
- 3 Sub-Scalen: **physical fatigue, emotional exhaustion, cognitive weariness**
- Konstruktvalididät vergleichbar mit MBI-GS

Vor- und Nachteile:

+ Gesamtscore kann berechnet werden
+ frei verfügbar unter http://www.tau.ac.il/~ashirom/
+ deutsche Übersetzung als online-Test unter http://www.fzkwp.uzh.ch/services/Stressmgmt/ZEP-1/Fragebogen.html
- betrachtet Burnout eindimensional als Erschöpfungssyndrom

(Shirom & Melamed, 2005)

© B. Schulze 2012

Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

- entwickelt, da MBI nicht öffentlich zugänglich, nur anwendbar bei berufstätigen Personen, ein Konzept mittels dreier unabhängiger Masse gemessen wird und Maslachs Burnout-Konzept einen individuellen Zustand (Erschöpfung) mit einer Coping-Strategie (Zynismus) und einer Stressfolge (Leistungseinbussen) kombiniert.

3 Dimensionen von Burnout:

- **persönliches Burnout** (allg. Müdigkeit und Erschöpfung)
- **arbeitsbezogenes Burnout** (Müdigkeit und Erschöpfung aufgrund der Arbeit)
- **klientenbezogenes Burnout** (Müdigkeit und Erschöpfung infolge Klientenarbeit)

Vor- und Nachteile:

+ Burnout kann bei allen Personen gemessen werden
+ Unterscheidung der Belastungsreaktion nach Attribution der Symptome
+ Fokussierung von Interventionen auf den jeweilig dominanten Belastungsbereich
+ frei verfügbar unter http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/CBI-scales.pdf

- Ist jede Form der Müdigkeit und Erschöpfung ein Burnout?

(Kristensen et al. , 2005)

© B. Schulze 2012

Burnout-Prävalenz: Ergebnisse

Studien zur Burnout-Prävalenz in einzelnen Berufsgruppen:

- hohe Werte in emotionaler Erschöpfung bei **15- 25%** der Befragten (Bovier et al., 2005; Schulze & Rössler, 2007; Schaufeli & Enzmann, 1998)
- grosse Varianz der Prävalenzdaten: hohe Werte bei **0-70%** (Rösing 2006).
- spezifische Muster in unterschiedlichen Berufsgruppen (Schaufeli & Enzmann, 1998)

Burnout-Prävalenz in der Arbeitsbevölkerung – nur zwei Studien:

- Burnout-Werte auf allen drei Dimensionen des MBI **unter dem Mittelwert** der Normstichprobe (Ahola et al., 2006)
- Prävalenz hoher Burnout-Werte (SMBM >4.0): **13%** (Norlund et al., 2010)
- keine Daten zum Verlauf/im Längsschnitt

© B. Schulze 2012

Burnout in der Allgemeinbevölkerung

Kirsi Ahola · Teija Honkonen · Erkki Isometsä · Raija Kalimo · Erkki Nykyri · Seppo Koskinen · Arpo Aromaa
Jouko Lönnqvist

Burnout in the general population

Results from the Finnish Health 2000 Study

Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2006) 41: 11–17

ORIGINAL PAPER

Table 1 The level of burnout dimensions according to socio-demographic factors among women and men: means and 95% confidence intervals

	Women				Men			
	N	Exhaustion	Cynicism	Lack of professional efficacy	*N*	Exhaustion	Cynicism	Lack of professional efficacy
All	1,708	1.20 (1.15–1.26)	1.03 (0.98–1.09)	1.22 (1.17–1.28)	1,716	1.00 (0.95–1.05)	1.12 (1.07–1.18)	1.25 (1.20–1.31)
Age (years)								
30–35	300	1.02 (0.91–1.13)	0.96 (0.84–1.08)	1.01 (0.91–1.12)	343	0.98 (0.88–1.08)	1.19 (1.06–1.33)	1.10 (1.00–1.21)
36–41	340	1.08 (0.97–1.20)	0.90 (0.79–1.01)	1.13 (1.00–1.25)	350	0.90 (0.78–1.02)	1.00 (0.88–1.13)	1.10 (0.98–1.21)
42–47	372	1.15 (1.03–1.26)	0.96 (0.86–1.06)	1.20 (1.10–1.31)	373	1.05 (0.94–1.16)	1.15 (1.02–1.28)	1.29 (1.18–1.40)
48–52	344	1.21 (1.09–1.34)	1.02 (0.90–1.13)	1.22 (1.10–1.34)	332	1.00 (0.87–1.14)	1.05 (0.91–1.18)	1.38 (1.25–1.50)
53–64	352	1.50 (1.35–1.65)	1.29 (1.17–1.42)	1.49 (1.35–1.64)	318	1.07 (0.95–1.20)	1.24 (1.11–1.36)	1.42 (1.27–1.56)

MBI-GS Normen: (MBI Manual, 3rd Ed., 1996)

Hohe Erschöpfung **≥ 3.20** ; Hoher Zynismus **≥ 2.20** ; Niedrige Effektivität **≤ 4.00**

© B. Schulze 2012

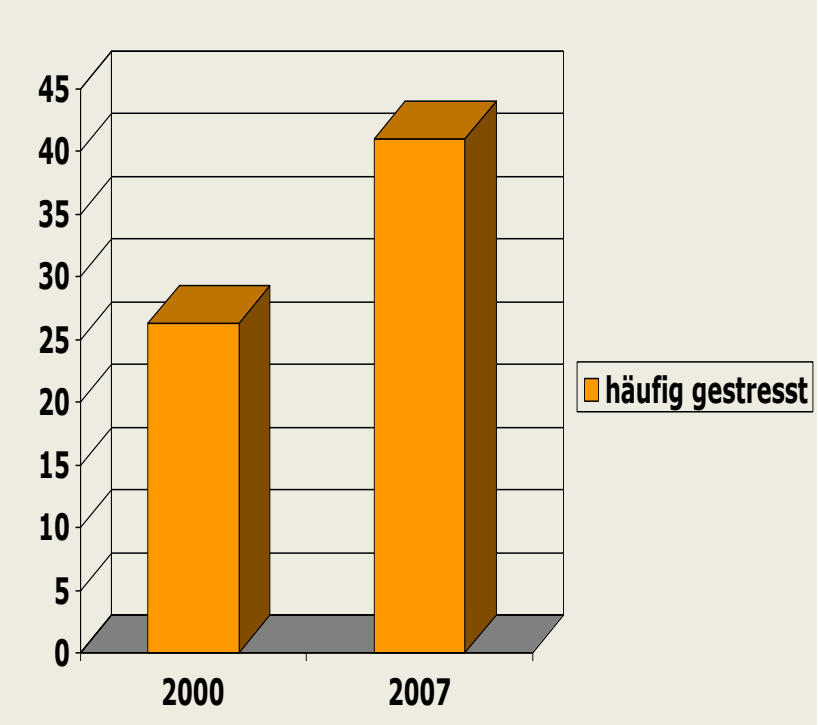
Evidenz für eine Burnout-Epidemie?

baua: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

DAK Unternehmen Leben

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement EVD
Staatssekretariat für Wirtschaft SECO



Steigendes Stressniveau am Arbeitsplatz

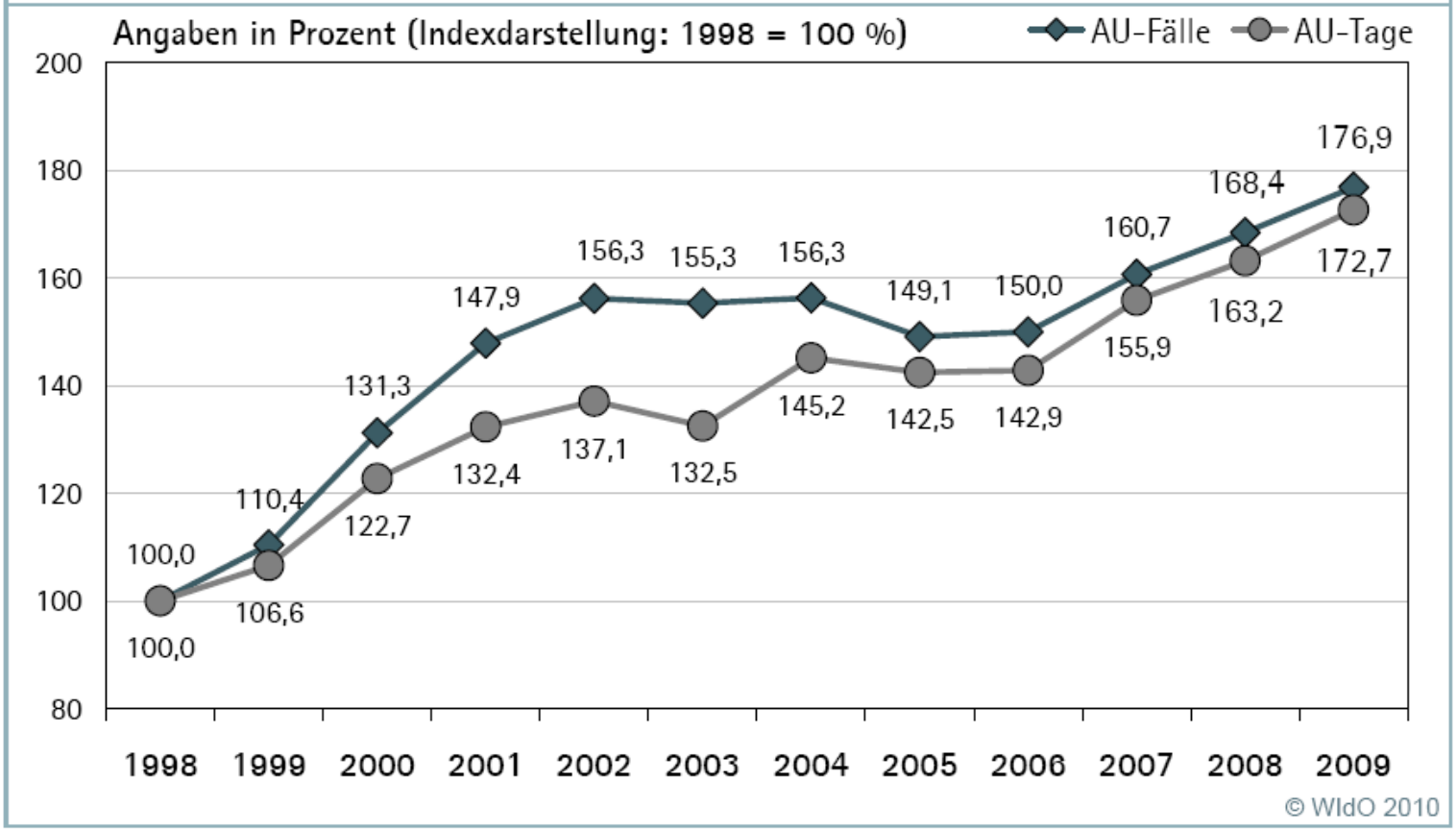
- Die Produktivität pro Arbeitsstunde in der Schweiz hat seit den 1960er Jahren um **255%** zugenommen.
- Jeder **Zweite** deutsche Arbeitnehmer gibt an, dass seine Arbeit durch hohen Stress geprägt ist; jeder **Siebte** hat Angst, seinen Arbeitsplatz zu verlieren; jeder **Neunte** hat Konflikte mit Arbeitskollegen.
- Gegenüber dem Jahr 2000 fühlten sich 2007 **fast doppelt so viele** Mitarbeiter in der Schweiz am Arbeitplatz „häufig gestresst“.
- Je höher die Arbeitsbelastung, desto grösser das **Risiko**, an **Depressionen** zu erkranken.

© B. Schulze 2012

Evidenz für eine Burnout-Epidemie?
AOK Fehlzeiten-Report 2010

Deutliche Zunahme psychischer Erkrankungen

Abbildung 5: **Arbeitsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen 1998–2009, AOK-Mitglieder**

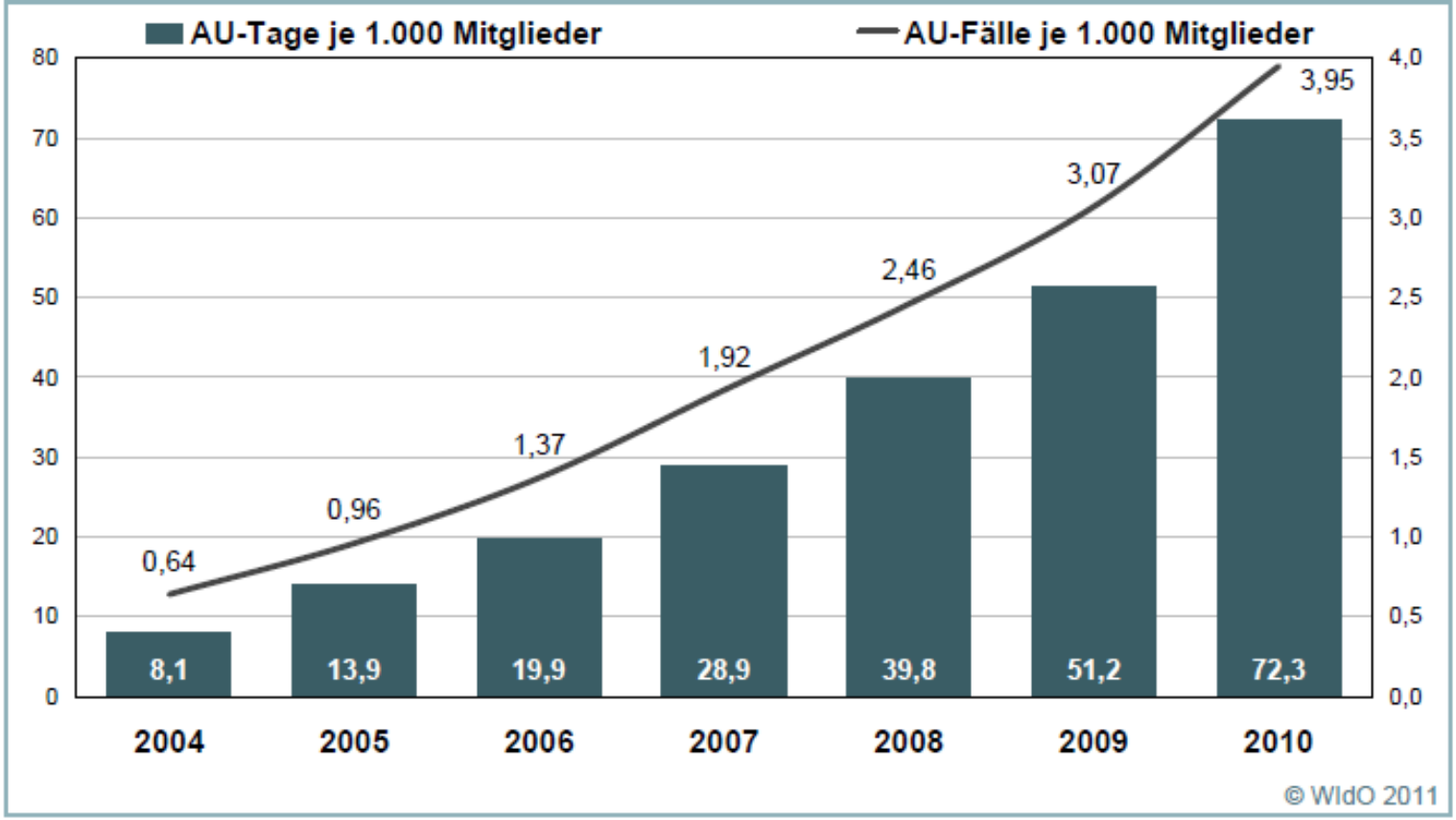


© B. Schulze 2012

Evidenz für eine Burnout-Epidemie?
AOK Fehlzeiten-Report 2011

Deutliche Zunahme von Burnout

Abbildung 1: **Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, AU-Tage und -Fälle im Jahresverlauf je 1.000 AOK-Mitglieder, 2004–2010**



© B. Schulze 2012

Burnout-Prävalenz

Gesundheits-und Fehlzeitenberichte der Krankenkassen:

- Die Diagnose Burnout (Ausgebrannt) wird von den Ärzten **zunehmend dokumentiert -> Z 73 im ICD-10**: Burnout als Zustand physischer und psychischer Erschöpfung ; Diagnosegruppe „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“
- Anstieg der Krankheitstage wegen Burnout auf das nahezu **9-fache** zwischen 2004 und 2010
- Hochgerechnet auf mehr als 34 Millionen gesetzlich krankenversicherte Beschäftigte in Deutschland: Knapp **100.000 Menschen** mit insgesamt mehr als **1,8 Millionen Fehltagen** wurden 2010 wegen eines Burnouts krankgeschrieben.
- Insbesondere Frauen und Menschen in **erzieherischen und therapeutischen Berufen** sind von einem Burnout betroffen.

Badura et al 2011: AOK Fehlzeiten-Report 2011. Heidelberg: Springer

(Untersuchung der Krankmeldungen von mehr als 10 Mio. AOK-versicherten Arbeitnehmern)

© B. Schulze 2012

Was ist Burnout?

© B. Schulze 2012

Burnout:
Zeiterscheinung oder wissenschaftlicher Begriff?

Erstmals beschrieben vom Psychiater Herbert J. Freudenberger im Jahre 1974:

“ Das Wörterbuch definiert das Wort “ausbrennen” als **‘versagen, sich verschleissen, oder erschöpft werden durch exzessive Anforderungen an Energie, Kraft oder Ressourcen.’** Und genau das passiert wenn ein Mitarbeiter… wenn er aus irgendeinem Grund ausbrennt und nicht mehr in der Lage ist, absichtsvoll und zielgerichtet zu handeln…
Die körperlichen Anzeichen sind leicht zu erkennen. Zum einen ist da ein **Gefühl der Erschöpfung und der Müdigkeit,** man ist nicht in der Lage, eine sich ankündigende Erkältung abzuschütteln, leidet häufig unter Kopf-schmerzen und Verdauungsbeschwerden, Schlaflosigkeit und Kurzatmigkeit...
Weitere Anzeichen sind, wenn ein Mitarbeiter **schnell die Geduld verliert und sofort gereizt oder frustriert reagiert**….Was das Denken der betroffenen Person betrifft, ähnelt es beinah einem geschlossenen Buch. Die Person wird **über alle Massen starrsinnig, stur und unflexibel**…”

(Freudenberger, 1974)

© B. Schulze 2012

Burnout: Definition nach Maslach et al. 2001

3 Kernsymptome:

- Erschöpfung
  - *individuelle Stressreaktion*
- Distanzierung und Zynismus
  - *arbeitsbezogene Reaktion*
- Berufliche Ineffektivität
  - *Selbsteinschätzung*

Maslach, C., Schaufeli, W. et al. 2001, Job Burnout. *Annual Review of Psychology* 52: 397-422

© B. Schulze 2012

Maslach Burnout Inventar

Maslach Burnout Inventar (MBI-GS) (Maslach & Jackson, 1996)

In der folgenden Liste finden Sie Aussagen dazu, wie man die Arbeit erleben kann. Bitte lesen Sie jede Aussage genau und entscheiden Sie, ob die Aussage Ihr Gefühl über Ihre Arbeit wiedergibt. Falls Sie sich **noch nie** in Bezug auf Ihre Arbeit so gefühlt haben, kreuzen Sie **"0" (nie)** an. Falls Sie sich schon einmal so wie beschrieben gefühlt haben, geben Sie an, wie oft es Ihnen so geht. Das machen Sie, indem Sie das die Zahl ankreuzen, die am besten beschreibt, wie häufig das Gefühl bei Ihnen auftritt: **1= mehrmals im Jahr, 2= einmal im Monat, 3= mehrmals im Monat, 4= einmal in der Woche, 5= mehrmals in der Woche, 6= täglich**. Falls Sie den Fragebogen am Computer ausfüllen, markieren Sie bitte das entsprechende Feld, indem Sie in „X" hineinschreiben.

Datum: ..... Name: ..... Alter: ..... Ich bin ein Mann ☐ eine Frau ☐	nie	mehrmals im Jahr	einmal im Monat	mehrmals im Monat	einmal in der Woche	mehrmals in der Woche	täglich	Punkte	
1. Ich fühle mich von meiner Arbeit gefühlsmässig erschöpft.	0	1	2	3	4	5	6		1.
2. Am Ende des Arbeitstags fühle ich mich erledigt.	0	1	2	3	4	5	6		2.
3. Ich fühle mich müde, wenn ich morgens aufstehe und wieder einen Arbeitstag vor mir habe.	0	1	2	3	4	5	6		3.
4. Den ganzen Tag zu arbeiten ist wirklich eine Belastung für mich.	0	1	2	3	4	5	6		4.
5. Ich kann die Probleme, die in meiner Arbeit entstehen, effektiv lösen	0	1	2	3	4	5	6		5.
6. Durch meine Arbeit fühle ich mich ausgebrannt.	0	1	2	3	4	5	6		6.
7. Ich habe das Gefühl, dass ich einen effektiven Beitrag für diese Arbeitsstelle leiste.	0	1	2	3	4	5	6		7.
8. Seit ich an dieser Arbeitsstelle arbeite, habe ich weniger Interesse an meiner Arbeit.	0	1	2	3	4	5	6		8.
9. Meine Begeisterung für meine Arbeit hat abgenommen.	0	1	2	3	4	5	6		9.
10. Ich leiste meiner Meinung nach gute Arbeit.	0	1	2	3	4	5	6		10.
11. Ich bin guter Stimmung, wenn ich bei meiner Arbeit etwas erreicht habe.	0	1	2	3	4	5	6		11.
12. Ich habe in meiner derzeitigen Arbeit viele lohnenswerte Dinge erreicht.	0	1	2	3	4	5	6		12.
13. Ich möchte nur meine Arbeit tun und in Ruhe gelassen werden.	0	1	2	3	4	5	6		13.
14. Ich bin zynischer darüber geworden, ob ich mit meiner Arbeit irgendeinen Beitrag leiste.	0	1	2	3	4	5	6		14.
15. Ich bezweifle die Bedeutung meiner Arbeit	0	1	2	3	4	5	6		15.
16. Bei meiner Arbeit bin ich mir sicher, dass ich die Dinge effektiv erledige.	0	1	2	3	4	5	6		16.

16 Fragen zu Gefühlen gegenüber der Arbeit/ 6-Punkt Häufigkeitsskala

© B. Schulze 2012

Häufigkeit/Dauer als Kriterium

In der folgenden Liste finden Sie Aussagen dazu, wie man die Arbeit erleben kann.

Bitte lesen Sie jede Aussage genau und entscheiden Sie, ob die Aussage Ihr Gefühl über Ihre Arbeit wiedergibt. Kreuzen Sie bitte das Kästchen mit derjenigen Zahl an, die am besten beschreibt, wie häufig das Gefühl bei Ihnen auftritt.

		nie	mehr-mals im Jahr	einmal im Monat	mehr-mals im Monat	einmal in der Woche	mehr-mals in der Woche	täglich
C1	Ich fühle mich von meiner Arbeit ausgelaugt.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
C2	Am Ende des Arbeitstags fühle ich mich erledigt.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
C3	Ich fühle mich müde, wenn ich morgens aufstehe und wieder einen Arbeitstag vor mir habe.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
C4	Es gelingt mir gut, mich in meine Klientel hineinzuversetzen.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
C5	Ich glaube, ich behandle einige Klienten so als ob sie unpersönliche Objekte wären.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
C6	Den ganzen Tag mit Leuten zu arbeiten ist wirklich eine Belastung für mich.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

© B. Schulze 2012

Burnout als arbeitsbedingter Energieverlust

3 Ebenen:

Körperliche Mattigkeit

= Verlust körperlicher Energie.

- äussert sich in Gefühlen von Abgespanntsein und Müdigkeit
- eingeschränkte Fähigkeit zur Erholung nach Anstrengungen

Kognitive Ermüdung

= Abbau mentaler Energie.

- zeigt sich durch nachlassende Auffassungsgabe und Konzentrationsfähigkeit.
- das Denken ist verlangsamt und es fällt schwer, Entscheidungen zu treffen.

Emotionale Erschöpfung

= Gefühl, emotional ausgelaugt zu sein/nicht mehr mitfühlen zu können.

- Rückzug und Annehmen einer distanzierten, gleichgültigen Haltung gegenüber anderen als Schutz vor weiteren Belastungen

Shirom-Melamed-Burnout-Measure; Shirom et al. 2003

© B. Schulze 2012

Conservation of Resources Model (Hobfall 1989)

- Menschen streben danach, Ressourcen zu erwerben, aufzubauen und zu schützen:
  - Materielle Ressourcen (z.B. ein Zuhause, Kleidung, Essen)
  - Persönliche Ressourcen (z.B. Selbstwertgefühl, Kohärenzsinn)
  - Soziale Ressourcen (z.B. Partnerschaft, soziale Unterstützung)
  - Energieressourcen (z.B. Zeit, Geld, Wissen)
- Stress entsteht
  - bei Ressourcenverlust,
  - wenn Ressourcenverlust droht
  - wenn Menschen Ressourcen nach erheblichen Investitionen nicht wieder auffüllen.
- Burnout = Ergebnis des kontinuierlichen Aufbrauchens der Energie- und Bewältigungsressourcen einer Person infolge chronischer Stressbelastungen am Arbeitsplatz; Schweregrad = Ausmass des arbeitsbedingten Energieverlusts

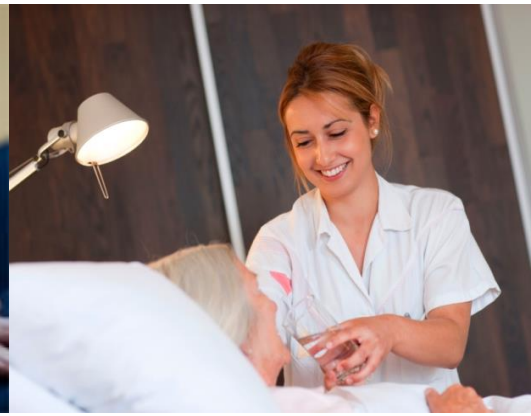
© B. Schulze 2012

Burnout-Definiton des SEB

- Burnout ist eine **arbeitsbezogene Stressreaktion**, die zu einem dauerhaften, negativen Gemütszustand bei „normalen“ Individuen führt. Dieser ist in erster Linie von Erschöpfung gekennzeichnet, begleitet von Unruhe und Anspannung, einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung dysfunktionaler Einstellungen und Haltungen am Arbeitsplatz.
- Auf körperlicher Ebene führ Burnout zu in einer **Dysregulation neuroendokrinologischer Stressmechanismen**, die sich anhand vegetativer Symptome zeigt. Dieser physiologische Zustand entwickelt sich allmählich, kann dem betroffenen Individuum jedoch lange Zeit verborgen bleiben.
- Burnout entsteht durch ein **Missverhältnis zwischen einer Person und ihrem Arbeitsplatz** in sechs strategischen Bereichen: Arbeitsbelastung, Handlungsspielraum, Anerkennung, Teamgeist, Fairness, und Wertvorstellungen. Besteht in einem oder mehreren dieser Bereiche ein Ungleichgewicht, sind die **Ressourcen des Individuums nicht mehr ausreichend**, um die Anforderungen des Arbeitsumfelds erfolgreich zu bewältigen.
- Burnout neigt dazu, sich selbst zu verstärken, da das Syndrom mit zunehmend **inadäquaten Bewältigungsstrategien** verbunden ist.

Burnout im Gesundheitswesen:

Spezifische Anforderungen in sozialen und therapeutischen Berufen



© B. Schulze 2012

Burnout - Ursachen

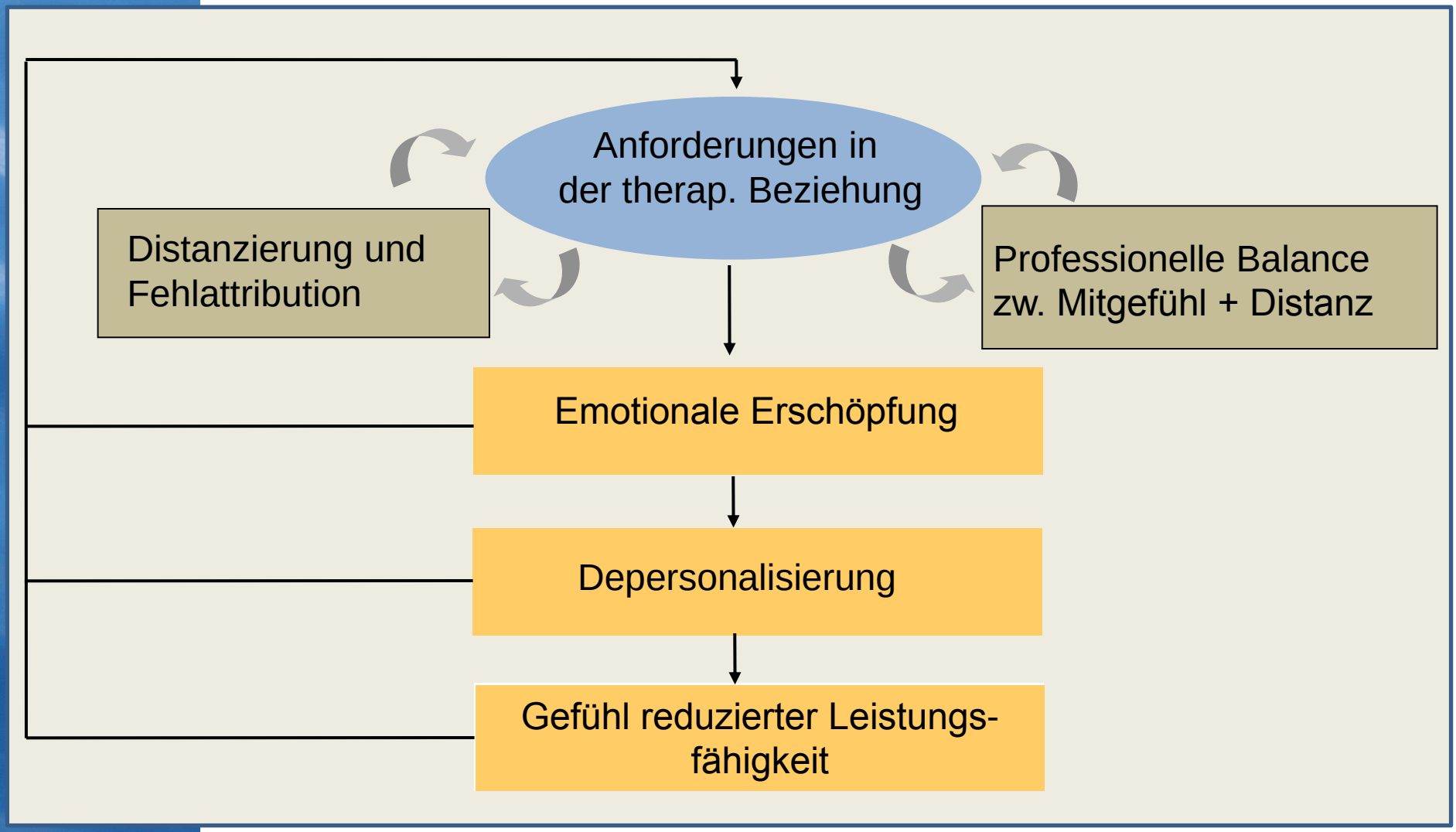
Burnout als typische Stressreaktion in klinischen und sozialen Berufen

„Während andere Stressreaktionen ähnliche Konsequenzen nach sich ziehen können: Das entscheidende Kriterium für Burnout ist, dass der es auslösende Stress im ***Ergebnis sozialer Interaktionen zwischen Helfern und ihren Klienten entsteht.****“*

(Maslach 1982, p.3)

© B. Schulze 2012

Burnout-Modell nach Maslach (1982)



Quelle: Maslach, 1982

© B. Schulze 2012

Risikofaktoren für Burnout

Arbeits- und Organisationsmerkmale

Arbeitsbelastung	**+ + +**
Zeitdruck	+ + +
Rollenkonflikte/Rollenambiguität	+ +
Arbeitszeit	+
Qualitative oder klientenbezogene Anforderungen	
Direkter Klientenkontakt	+ +
Anzahl Klienten	+
Schwere der Probleme der Klienten	+
Rollenambiguität/Rollenkonflikte	+
Soziale Unterstützung von Vorgesetzten oder Kollegen	**- -**
Mangel an Feedback	**+ +**
Beteiligung an Entscheidungen	- -
Autonomie und Selbständigkeit	-

(Schaufeli & Enzmann 1998)

© B. Schulze 2012

Warum typisch in therapeutischen Berufen?

- hohe emotionale Anforderungen
- Konfrontation mit menschlichem Leid
- professionelle Distanz
- Persönlichkeit als Arbeitsinstrument
- Ungleichgewicht in der Helferbeziehung: Fokus auf Probleme, mangelnde Behandlungskooperation

Maslach & Leiter 1986; Skovholt 2001

© B. Schulze 2012

Zürcher Empowerment Programm

Belastungen und Ressourcen

Qualitativ:

- Stressfaktoren

- Motivationsfaktoren
- Coping-Strategien
- Burnout-Literacy

Quantitativ:

- Versorgungsparameter:
  Bettenbelegung
  Verhältnis Patienten/Behandler
- Effort-Reward Imbalance

- Empowerment auf Organisationsebene
- Persönliches Empowerment
- Arbeitsengagement
- Einstellung zum Klientenempowerment

Burnout

(Arbeitsengagement)

© B. Schulze 2012

Studienteilnehmer

12 psychiatrische Einrichtungen & 4 Fachverbände (ZGPP, ZüPP, SVKP, SVP)

- verschiedene Behandlungssettings (stationär: n=157; extern: n=105; eigene Praxis: n= 42)
- mit städtischen und ländlichen Versorgungsregionen

304 psychiatrische Fachpersonen

- aus verschiedenen Berufsgruppen:
  - 98 Psychiater
  - 99 psychiatrische Pflegepersonen
  - 42 Psychologen
  - 33 Sozialarbeiter
  - 19 Ergo- und andere Therapeuten
  - 13 Empfangs- und Sekretariatsmitarbeitende
- 63% Frauen; 24% in Vorgesetzten- oder Leitungspositionen

© B. Schulze 2012

Ergebnisse

Prävalenz von Burnout & Engagement

	niedrig	mittel	hoch
Burnout			
▪ Emotionale Erschöpfung	46.7%	27.9%	25.4%
▪ Depersonalisierung	65.0%	20.4%	14.6%
▪ Red. Persönliche Leistungsfähigkeit	77.0%	15.5%	7.5%
Engagement			
▪ Vitalität	10.8%	54.7%	34.5%
▪ Hingabe	10.7%	36.9%	52.4%
▪ Absorbiertheit	18.3%	50.9%	30.8%

Gesamtstichprobe Fragebogen institutionell; N=243

© B. Schulze 2012

Burnout-Prävalenz im Vergleich

	High exhaustion score[1] (%)	High depersonalisation / cynicism score[1] (%)	Low personal accomplishment score[1] (%)
Swiss primary care practitioners (spring 2002) (n = 1755)	19	22	16
Swiss primary care physicians participating to a practice assessment program (2004)[2] (n = 252) [27]	9	24	14
Italian general practitioners (2000)[2] (n = 182) [11]	32	27	13
Italian hospital-based practitioners (2000)[2] (n = 146) [11]	22	23	14
British surgeons (1993–94) (n = 161) [10]	27	19	32
British gastroenterologist (1993–94) (n = 241) [10]	31	28	38
British radiologists (1993–94) (n = 214) [10]	33	21	49
British oncologists (1993–94) (n = 266) [10]	35	27	37
American general internal medicine residents (2001) (n = 115) [12]	53	64	31
ZEP (2007; n=243)	**25**	**15**	**8**

Original article
Peer reviewed article

SWISS MED WKLY 2005;135:101–108 · www.smw.ch 101

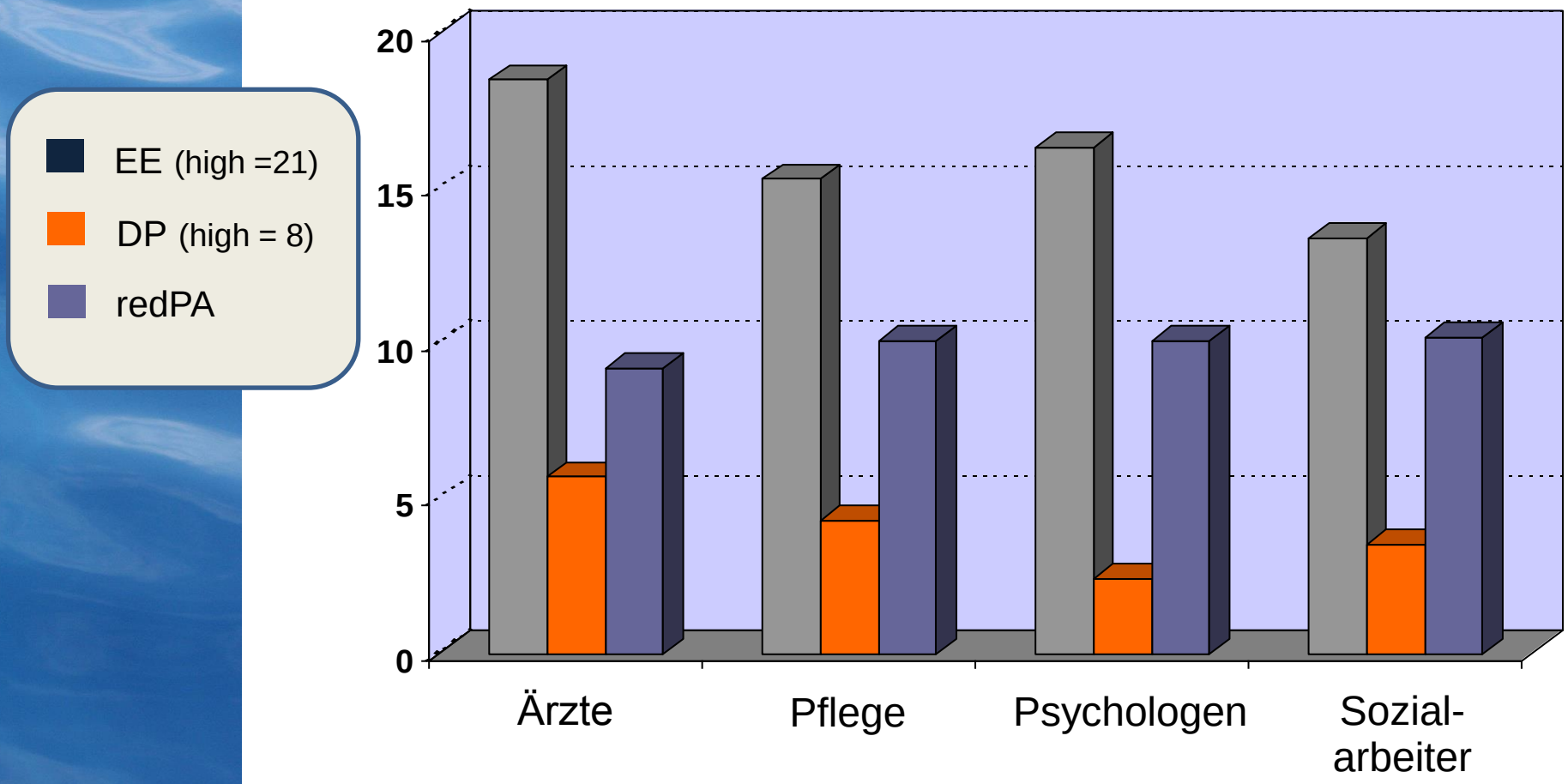
Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey

Catherine Goehring[a], Martine Bouvier Gallacchi[b], Beat Künzi[c], Patrick Bovier[d]

© B. Schulze 2012

Burnout nach Berufsgruppe

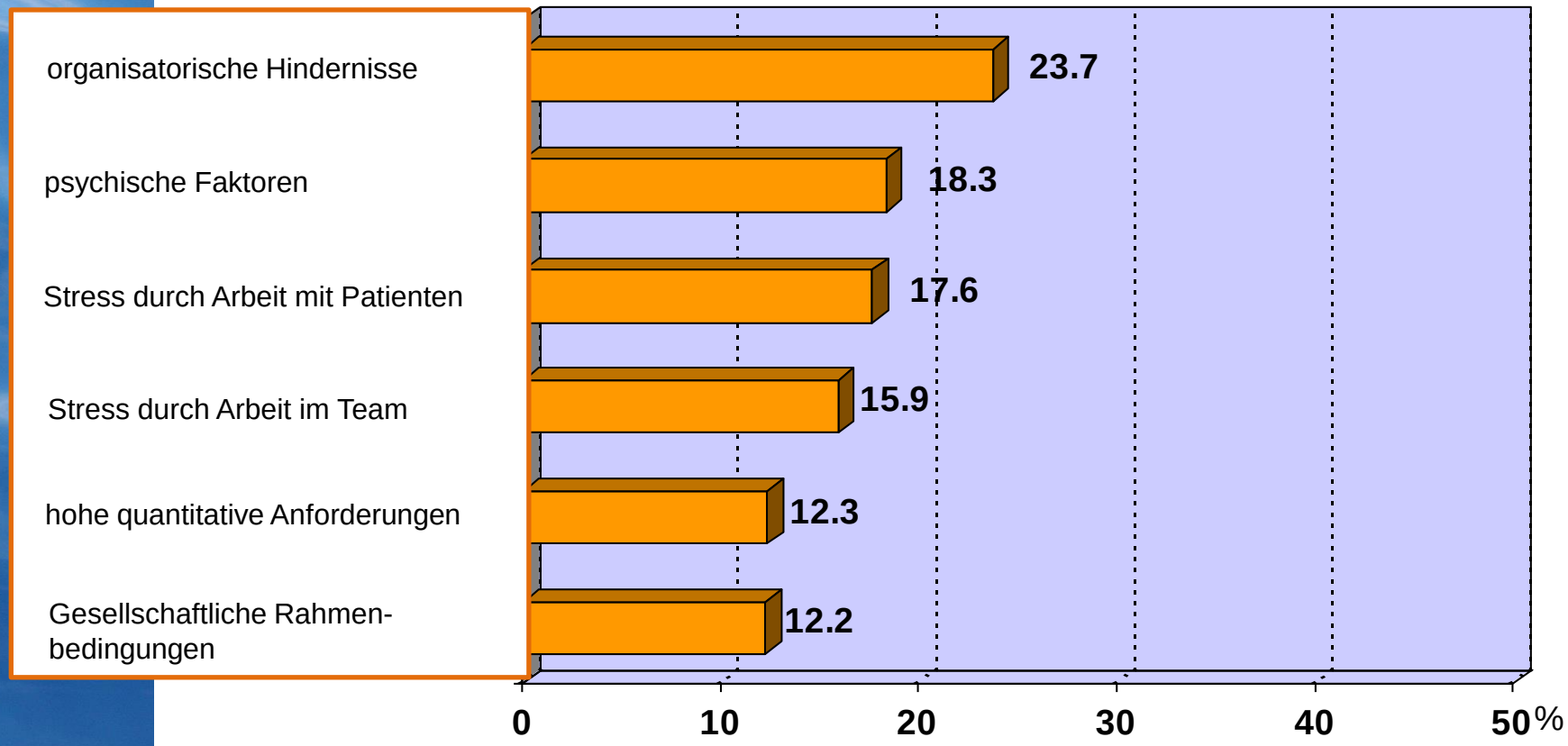
Ergebnisse ZEP: Mittelwertvergleich (n=261)



© B. Schulze 2012

Stressfaktoren
* von 261 psychiatrischen Fachpersonen

Ergebnisse Zürcher Empowerment Programm



(% der Nennungen; n Nennungen = 2289)

Belastungsfaktoren

Organisatorische Hindernisse*

Probleme in der Arbeitsorganisation

(z.B. zu viele admin. Aufgaben, Behandlungskoord. nicht optimal, bürokratische Hürden, zu viele Sitzungen, schlechter Info-Fluss, etc.)

Führungsstil

(z.B. mangelnde Unterstützung/Feedback, unklarer Auftrag, Leistungs-druck, mangelnde Transparenz, direktive Entscheidungen)

Logistische Probleme

(z.B. mangelnde EDV-Ausstattung, Raummangel, mangelnde Sicherheit am Arbeitsplatz)

Arbeitsklima

(z.B. Animositäten zw. Abteilungen, Arbeitsumfeld, Innovationen ausgebremst, Kritik wird persönlich aufgefasst)

(*Codings von 98 in Institutionen tätigen Psychiatern & Psychologen)

© B. Schulze 2012

Belastungsfaktoren

*psychische Faktoren

Belastende Umstände (n=55)

(z.B. Unvorhersehbarkeit der Arbeit, Spannungen aushalten, ”Anfängerstress”, Angst vor Jobverlust, Verantwortung ohne Unterstützung, etc.)

Mangelnde Anerkennung (n=25)

(z.B. gesellschaftlich, durch andere Berufsgruppen, durch Patienten, durch Vorgesetzte, etc.)

Frustration (n=21)

(z.B. viel Verantwortung, aber wenig Kontrolle, eigener Anspruch nicht erfüllt, an eigene Grenzen stossen, wenn einem Steine in den Weg gelegt werden)

Persönlichkeitsaspekte (n=18)

(z.B. hoher Ansprüche an sich selbst, atruistische Tendenzen, eigene Grenzen nicht wahrnehmen, Schwierigkeit, nein zu sagen, etc.)

Stress = Tabuthema (n=12)

(z.B. Belastungen muss man aushalten, Stress ist ”chic”)

Erschöpfung (n=3) *(z.B. nicht abschalten können, Freizeit nicht mehr erholsam)*

Eigene Verfassung (n=2)

(*Codings von 98 in Institutionen tätigen Psychiatern, n Nennungen von 720)

© B. Schulze 2012

BMJ

Belastungsfaktoren: hohe quantitative Anforderungen

RESEARCH

CHRISTMAS 2010: THE LIVES OF DOCTORS

Urine output on an intensive care unit: case-control study

Anthony W Solomon, specialist registrar,[1,2,3] Christopher J Kirwan, specialist registrar,[1,4] Neal D E Alexander, reader,[5] Kofi Nimako, specialist registrar,[1,6] Angela Jurukov, audit clerk,[1] Rebecca J Forth, research fellow,[7] Tony M Rahman, consultant[1,8] on behalf of the Prospective Analysis of Renal Compensation for Hypohydration in Exhausted Doctors (PARCHED) Investigators

ABSTRACT

Objective To compare urine output between junior doctors in an intensive care unit and the patients for whom they are responsible.

Design Case-control study.

Setting General intensive care unit in a tertiary referral hospital.

Participants 18 junior doctors responsible for clerking patients on weekday day shifts in the unit from 23 March to 23 April 2009 volunteered as "cases." Controls were the patients in the unit clerked by those doctors. Exclusion criteria (for both groups) were pregnancy, baseline estimated glomerular filtration rate <15 ml/min/1.73 m^2, and renal replacement therapy.

Main outcome measures Oliguria (defined as mean urine output <0.5 ml/kg/hour over six or more hours of measurement) and urine output (in ml/kg/hour) as a continuous variable.

Results Doctors were classed as oliguric and "at risk" of acute kidney injury on 19 (22%) of 87 shifts in which urine output was measured, and oliguric to the point of being "in injury" on one (1%) further shift. Data were available for 208 of 209 controls matched to cases in the data collection period; 13 of these were excluded because the control was receiving renal replacement therapy. Doctors were more likely to be oliguric than their patients (odds ratio 1.99, 95% confidence interval 1.08 to 3.68, P=0.03). For each additional 1 ml/kg/hour mean urine output, the odds ratio for being a case rather than a control was 0.27 (0.12 to 0.58, P=0.001). Mortality among doctors was astonishingly low, at 0% (0% to 18%).

Conclusions Managing our own fluid balance is more difficult than managing it in our patients. We should drink more water. Modifications to the criteria for acute kidney injury could be needed for the assessment of junior doctors in an intensive care unit.

Cite this as: BMJ 2010;341:c6761
doi:10.1136/bmj.c6761

© B. Schulze 2012

Belastungsfaktoren: O-Töne

„Da organisatorische Fragen z.Z. so stark im Mittelpunkt stehen, kommen andere Bedürfnisse gar nicht zum Tragen. Der administrative Aufwand, der steigende Druck, diese Unklarheit, Intransparenz in Chefentscheidungen – das überschattet andere Belange.“

G., Assistenzarzt an einer psychiatrischen Universitätsklinik

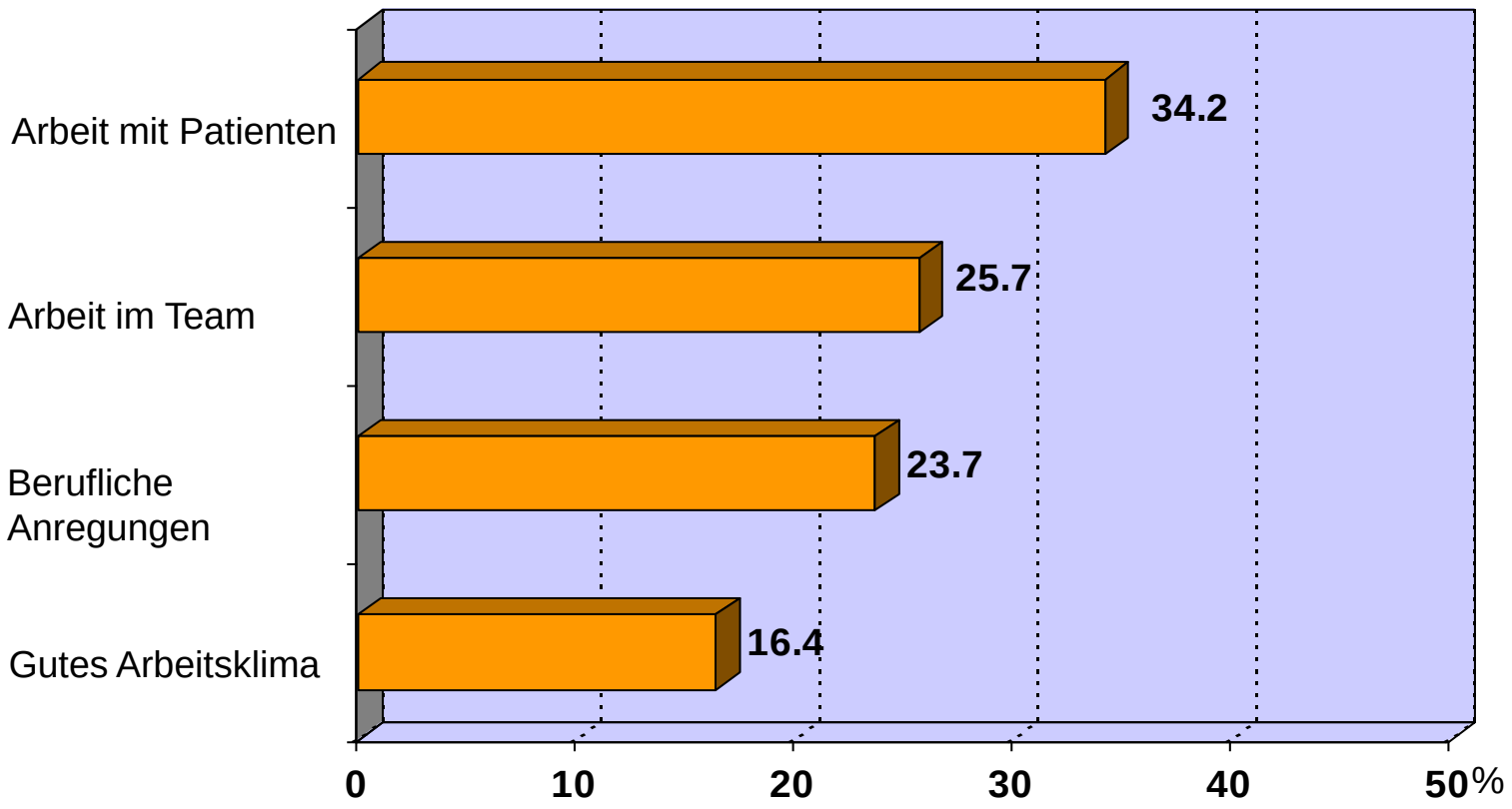
„ Im Prinzip ist natürlich ein Spital, das ist praktisch ja das UNplanbare ist dort die Regel. Oder? Und daher ist das natürlich für Viele nicht unbedingt eine STRESSsituation, sondern im Gegenteil sogar ANregend, wenn’s dann eben ein bisschen kesselt, sagen wir mal. Wenn so etwas ungewöhnliche Ereignisse auftreten. Also die Patienten stressen uns eigentlich am wenigsten.“

K. Oberarzt in einer psychiatrischen Klinik

© B. Schulze 2012

Motivationsfaktoren
* von 261 psychiatrischen Fachpersonen

Ergebnisse Zürcher Empowerment Programm



(% der Nennungen; n Nennungen = 832)

© B. Schulze 2012

Motivationsfaktoren

*Arbeit mit Patienten

Erfolgserlebnisse (n=43)

(z.B. wenn Pat. Fortschritte machen, positives Feedback, Herausforderungen meistern, wenn therap. Ideen "greifen")

Therapeutische Beziehung entwickeln (n=19)

(z. B. gute therapeutische Beziehung, Patienten bei der Genesung unterstützen, Patienten motivieren können)

Kontakt mit verschiedenen Menschen (n=3)

(z.B. Interessante Lebensgeschichten, Nähe zum Alltag)

Somatische Aspekte der Arbeit, Ambulante Behandlung, Unterschiedliche Schweregrade, Arbeit am Allgemeinspital (je n=1)

(*Codings von 98 in Institutionen tätigen Psychiatern, n Nennungen von 253)

© B. Schulze 2012

„Harmonisierung“ der Arbeitswelt

Gesundheitsberufe

- hohe emotionale Anforderungen
- Konfrontation mit menschlichem Leid
- professionelle Distanz
- Persönlichkeit als Arbeitsinstrument
- Ungleichgewicht in der Helfer-beziehung: Fokus auf Probleme, mangelnde Behandlungskooperation

Wirtschaftstrends

- steigender Leistungsdruck
- hohes Veränderungstempo
- wachsende Unsicherheit
- Schnelllebigkeit von Wissen und Fähigkeiten
- Individualisierung
- Konkurrenz

(Maslach et al. 2001, Skovholt 2002; Burker & Cooper 2006)

© B. Schulze 2012

Burnout bei Ärzten

Respresentative Studie in Frankreich (SESMAT-Study)

- Online-Befragung bei **3196 Ärzten** verschiedener Fachrichtungen:
  - ✓ Notfallmedizin (n= 538)
  - ✓ Intensivmedizin und Anästhäsie (n=565)
  - ✓ Innere Medizin (n= 576)
  - ✓ Chirurgie (n= 576)
  - ✓ Psychiatrie (n= 179)
  - ✓ Geriatrie (n= 179)
  - ✓ Radiologie und Mirkobiologie (n=127)
  - ✓ Pharmakologie (n=155)
- 42.5% Frauen, 57.5% Männer
- Burnout-Messung mit dem **Copenhagen Burnout Iventory (CBI);** Unterscheidung zwischen allgemeinem und patientenbezogenem Burnout

Estryn-Behar et al. Emerg Med J 2011;28:397e410.

© B. Schulze 2012

Burnout bei Ärzten

	All doctors	Emergency Physicians
General burnout		
Low	57.6%	48.5%
High	**42.4%**	**51.5%**
N	1870	510
Patient-related burnout		
Low	76.9%	67.0%
High	**23.1%**	**33.0%**
N	1792	536

Original article

Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians—results from the French SESMAT study

M Estryn-Behar,[1] M-A Doppia,[2] K Guetarni,[1] C Fry,[1] G Machet,[3] P Pelloux,[4] I Aune,[5] D Muster,[6] J-M Lassaunière,[7] C Prudhomme[8]

© B. Schulze 2012

Berufsneigung und Persönlichkeit

„High-Touch“ vs. „High-Tech“ Professions

„Interesse für Menschen“	„Interesse für Dinge“
„Gefühlsorientierter-Typ“	„Denkorientierter Typ“
„Einfühlsam“	„Hartgesotten“
„Sorge um und Aufmerksamkeit für andere“	„Erfolgsorientiert und Tendenz, andere zu vernachlässigen“

High-Touch ← - → High-Tech

nach Garden 1991; Skovholt 2001

© B. Schulze 2012

Berufswahl und Persönlichkeit

Menschen neigen dazu, Berufe zu wählen, die ihrem Persönlichkeitstyp entsprechen.

Verhältnis

„Gefühlsorientierte Typen“ zu „Denkorientierten Typen“

Gesundheitsberufe, therapeutische Tätigkeit oder Lehr- und Ausbildungstätigkeit

4 : 1

Technische Berufe, Ingenieurwesen, Management

1 : 4

Garden, A.M. (1991). The Purpose of Burnout. A Jungian Interpretation. Journal of Social Behaviour and Personality 6: 73-93

© B. Schulze 2012

Für Andere sorgen
... oder Selbsterhaltung?

“Ich war immer besser darin, mich um andere zu kümmern und für sie zu sorgen als darin, mich um mich selbst zu kümmern. In diesem späten Alter habe ich jedoch Fortschritte gemacht.”

Carl Rogers mit 75 Jahren

Rogers, C. (1995). A way of being. Boston: Houghton Mifflin, S.80

© B. Schulze 2012

Für Andere sorgen
... oder Selbsterhaltung?

Ja sagen - Erschöpfung ⟷ Nein sagen - Schuldgefühle

Geben ⟷ Nehmen

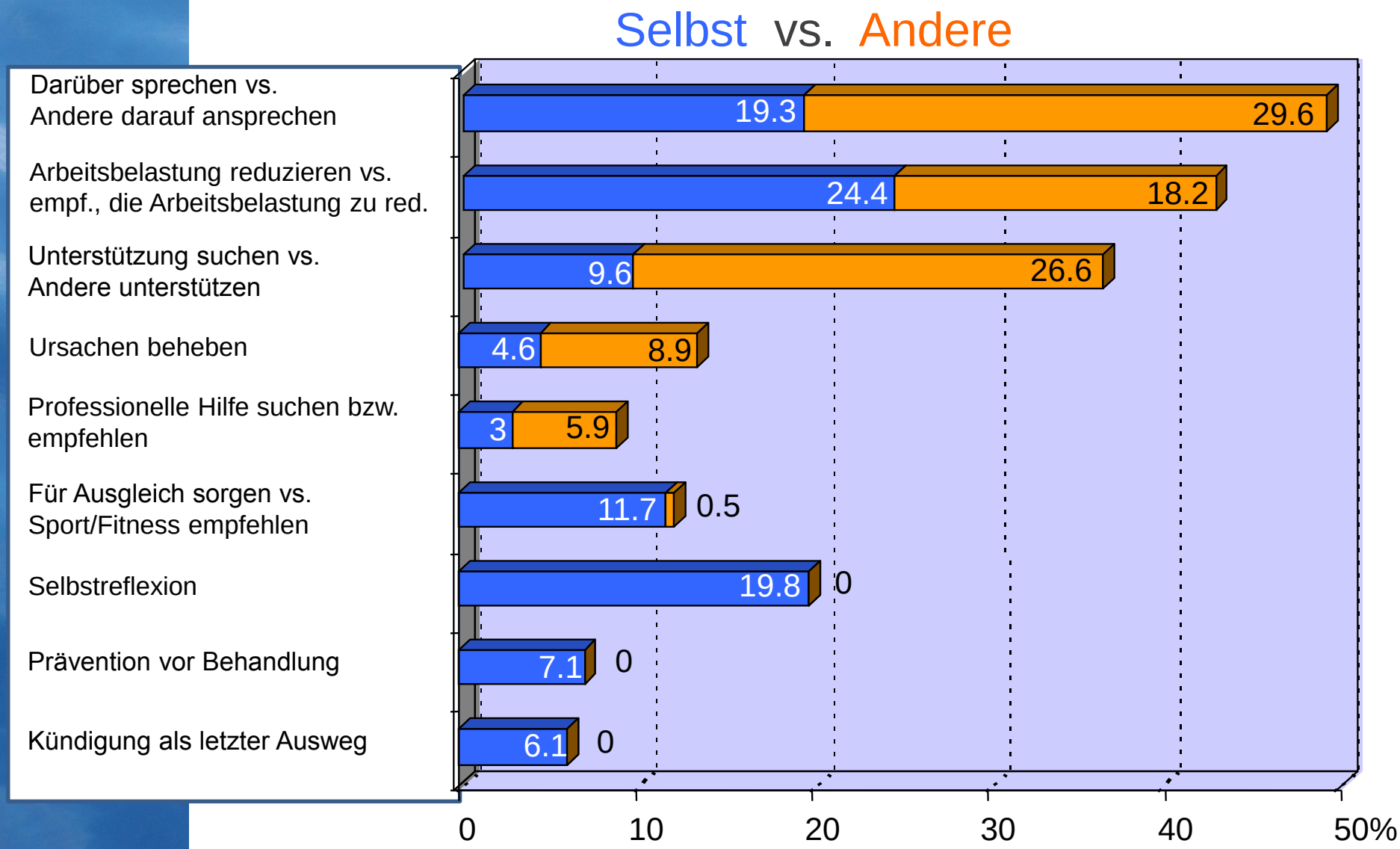
Sorge um Andere ⟷ Sorge um sich selbst

nach Skovholt (2001)

© B. Schulze 2012

Hilfesuchstrategien bei Burnout *

*von 215 psychiatrischen Fachpersonen; Ergebnisse des ZEP



% Nennungen von n=197 (selbst) und n=203 (andere)

© B. Schulze 2012

Eigenes Hifesuchverhalten unterscheidet sich deutlich von Behandlungsempfehlungen für andere:

Selbst	Andere
▪ Eigene Verantwortung/Schuldgefühle	▪ Unterstützende Haltung
▪ Individuelle Lösungen	▪ Mehrstufige Interventionen
▪ Zögern bei der Anspruchnahme von externen Hilfen	▪ Professioneller Ansatz

© B. Schulze 2012

(Nicht) mit Anderen reden…

“Ich finde es EXTREM schwierig. Irgendwo habe ich eine Unlogik, wenn ich in diese Richtung ginge, wünschte ich mir natürlich, dass man mir das sagt.”

L. (Assitenzarzt bei einem sozialpsychiatrischen Dienst)

vs. Andere darauf ansprechen

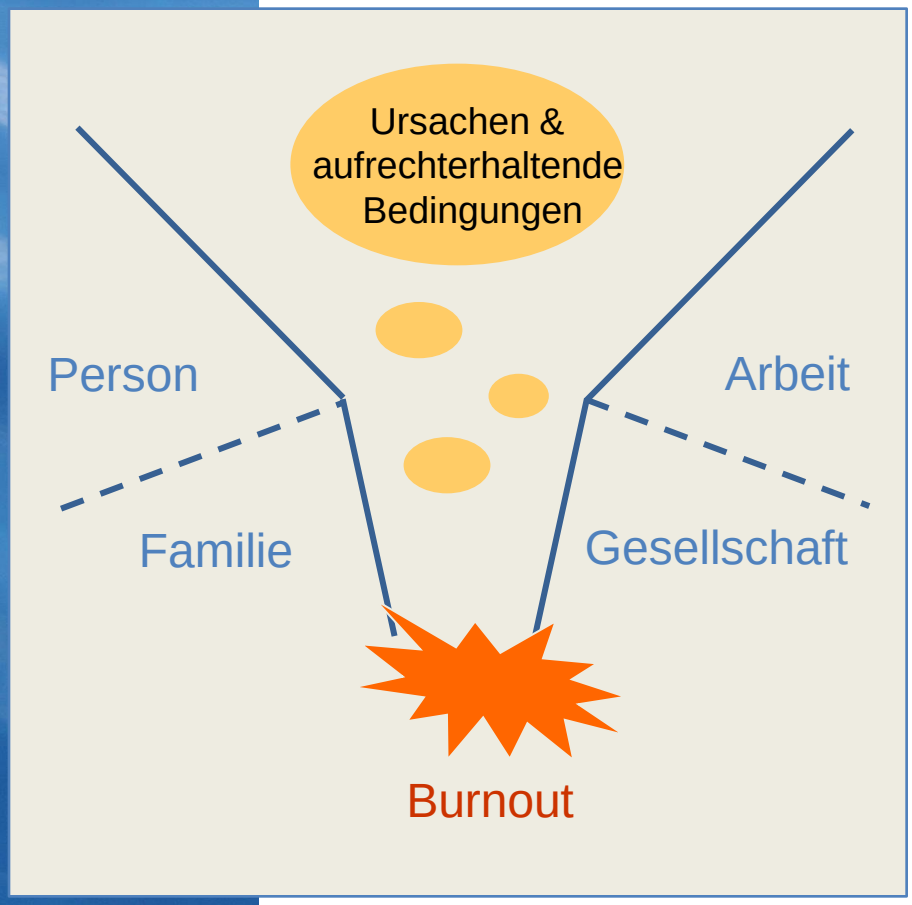
“Oft redet man halt mit einem Assitenten über einen Patienten… und wenn man dann mal Zeit hat, ...sich mal einen Moment zurückzulehnen und dann sieht man vielleicht auch, der sieht aber nicht gut ausgeschlafen aus. Dann wäre es gut, das anzusprechen.“

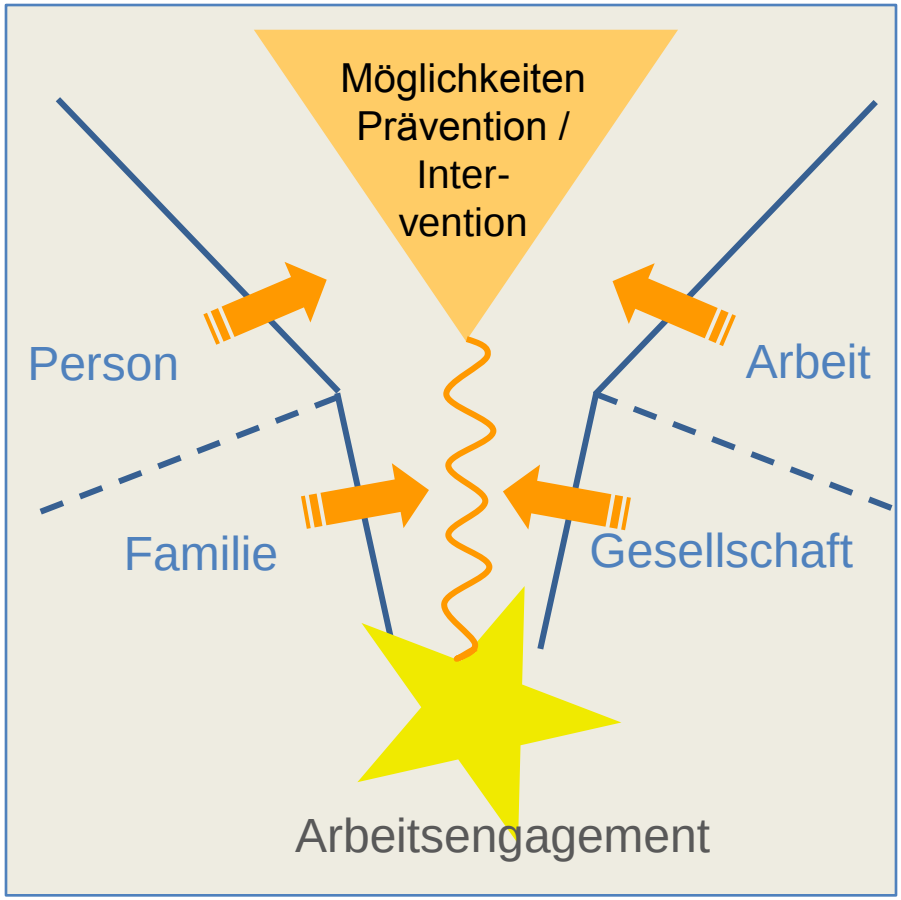
A. (Oberarzt auf einer psychiatrischen Abt. am Allgemeinspital)

© B. Schulze 2012

© B. Schulze 2012

Was tun?





Geyerhofer 2009

© B. Schulze 2012

Selbstsorgestrategien in sozialen und Gesundheitsberufen

"Top 10" der hilfreichen Strategien von Traumatherapeuten[1]

- Fälle mit Kollegen besprechen
- Workshops besuchen
- Zeit mit Familie und Freunden verbringen
- Reisen, Urlaub, Hobbys, Kino
- Gespräche mit Kollegen zwischen Therapiesitzungen
- sich mit Freunden treffen
- Sport und Bewegung
- Fallzahlen begrenzen
- Supervision in Anspruch nehmen

10 häufig genannte Strategien von Therapeuten, Lehrern und Mitarbeitern im Gesundheitswesen[2]

- Zeit mit der Familie verbringen
- Weiterbildung
- ein Hobby, das Spaß macht
- körperliche Aktivitäten
- Lesen
- Beratung oder Supervision erhalten
- soziale Aktivitäten am Arbeitsplatz
- Zeit allein verbringen
- Zeit mit Freunden oder dem Partner verbringen
- Urlaub

([1] Pearlman & Maclan, 1995; [2] Skovholt 2001)

© B. Schulze 2012

Fallzahlen begrenzen…

"Beth, you must learn to recognize Sam's needs, and Sam, you must learn to recognize Beth's needs, and you both must learn to recognize my needs."

© B. Schulze 2012

Fazit

- Burnout **immer häufiger** als solches **diagnostiziert**, d.h. die Z-Diagnose Burnout wird von Ärzten häufiger codiert. Das mag auf ein verstärktes Hilfesuchverhalten oder auch auf die Abrechungsgewohnheiten der Ärzte zurückzuführen sein. Die alarmierenden AOK-Zahlen sind in erster Linie wohl ein Indiz für die **wachsende soziale Akzeptanz** von Stress und Burnout.
- Burnout entspricht dem Lebensgefühl vieler Menschen in der beschleunigten Arbeitswelt, es ist eine attraktive Metapher. Gleichzeitig verändern sich die Anforderungen am Arbeitsplatz massiv in Richtung kognitive, soziale und emotionale Kompetenzen. Dadurch könnten psychische Erkrankungen zu den **Berufskrankheiten des 21. Jahrhunderts** werden.
- Über die **tatsächliche Prävalenz** von Burnout **fehlen epidemiologische Daten**, inbesondere Längsschnitterhebungen in der Arbeitsbevölkerung.
- Die Anzahl der Studien pro Untersuchungspopulation sowie die in ihnen erhobenen berufsgruppenspezifische Prävalenzdaten legen nahe, dass **medizinische, therapeutische und soziale Berufe** nach wie vor **am stärksten** von Burnout **betroffen** sind. Besonders hohe Werte finden sich bei Notfall-und Intensivmedizinern.

© B. Schulze 2012

Innovative Strategien gegen Burnout

© B. Schulze 2012

- **Herzlichen Dank!** - **Děkuji mockrát!** -

beate.schulze@bli.uzh.ch

www.burnoutexperts.ch

© B. Schulze 2012

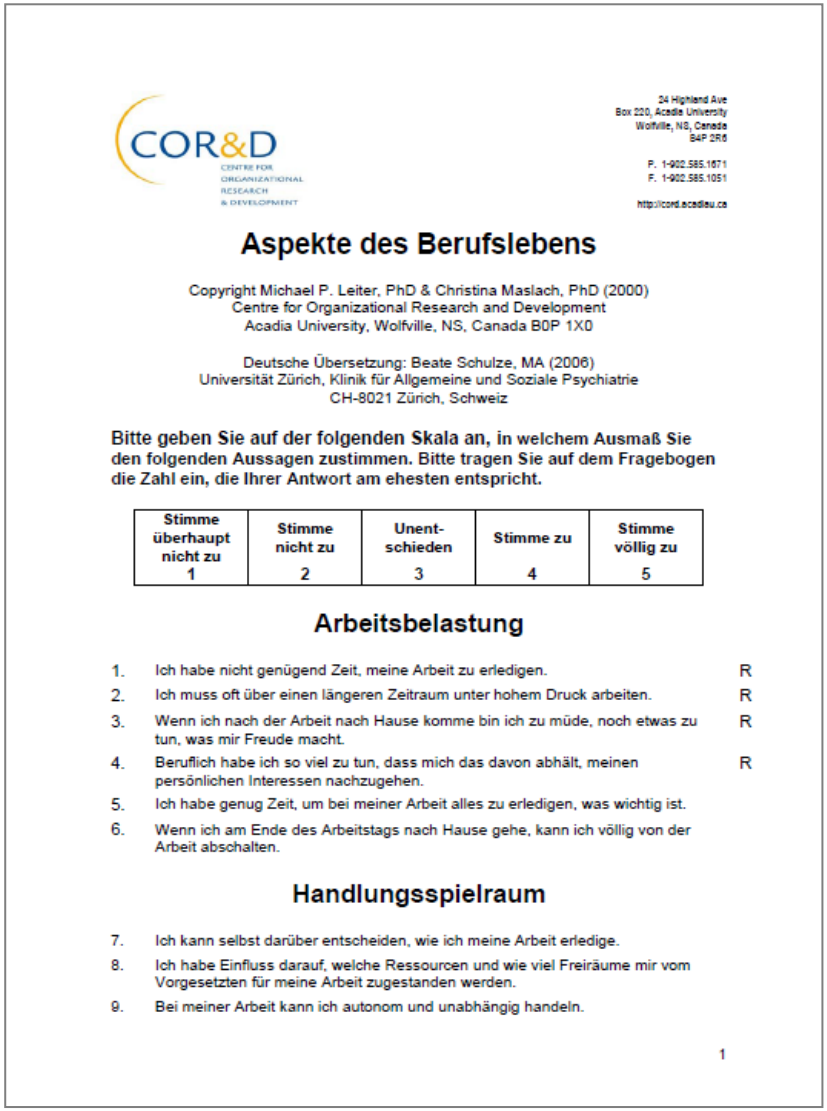
Areas of Worklife Survey (AWS)

Einschätzung der **Passung zwischen Person und Job** in 6 strategischen Bereichen:

- Arbeitsbelastung
- Handlungsspielraum
- Anerkennung
- Gemeinschaftssinn
- Fairness
- Wertvorstellungen

29 Items
Normstichprobe (n=8609)

Job-Person-Mismatch prädiziert Burnout; Job-Person-Match prädiziert Arbeitsengagement



COR&D
CENTRE FOR ORGANIZATIONAL RESEARCH & DEVELOPMENT

24 Highland Ave
Box 220, Acadia University
Wolfville, NS, Canada
B4P 2R6

P. 1-902.585.1671
F. 1-902.585.1051

http://cord.acadiau.ca

Aspekte des Berufslebens

Copyright Michael P. Leiter, PhD & Christina Maslach, PhD (2000)
Centre for Organizational Research and Development
Acadia University, Wolfville, NS, Canada B0P 1X0

Deutsche Übersetzung: Beate Schulze, MA (2006)
Universität Zürich, Klinik für Allgemeine und Soziale Psychiatrie
CH-8021 Zürich, Schweiz

Bitte geben Sie auf der folgenden Skala an, in welchem Ausmaß Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Bitte tragen Sie auf dem Fragebogen die Zahl ein, die Ihrer Antwort am ehesten entspricht.

Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Unent-schieden	Stimme zu	Stimme völlig zu
1	2	3	4	5

Arbeitsbelastung

1. Ich habe nicht genügend Zeit, meine Arbeit zu erledigen. R
2. Ich muss oft über einen längeren Zeitraum unter hohem Druck arbeiten. R
3. Wenn ich nach der Arbeit nach Hause komme bin ich zu müde, noch etwas zu tun, was mir Freude macht. R
4. Beruflich habe ich so viel zu tun, dass mich das davon abhält, meinen persönlichen Interessen nachzugehen. R
5. Ich habe genug Zeit, um bei meiner Arbeit alles zu erledigen, was wichtig ist.
6. Wenn ich am Ende des Arbeitstags nach Hause gehe, kann ich völlig von der Arbeit abschalten.

Handlungsspielraum

7. Ich kann selbst darüber entscheiden, wie ich meine Arbeit erledige.
8. Ich habe Einfluss darauf, welche Ressourcen und wie viel Freiräume mir vom Vorgesetzten für meine Arbeit zugestanden werden.
9. Bei meiner Arbeit kann ich autonom und unabhängig handeln.

1

© B. Schulze 2012

Gesunde Arbeit: 6 Strategische Bereiche

Job-Person Mismatch

- Überlastung
- Autonomiemangel
- Mangelnde Anerkennung
- Fehlender Zusammenhalt
- Unfairness
- Wertekonflikte

- Arbeitsbelastung
- Handlungsspielraum
- Anerkennung
- Gemeinschaftssinn
- Fairness
- Wertvorstellungen

Job-Person Match

✓ bewältigbare Arbeitslast
✓ Wahlmöglichkeiten & Kontrolle
✓ Anerkennung & Belohnung
✓ ein unterstützendes Team
✓ Fairness, Respekt und soziale Gerechtigkeit
✓ klare Werte und sinnvolle Arbeit

Burnout

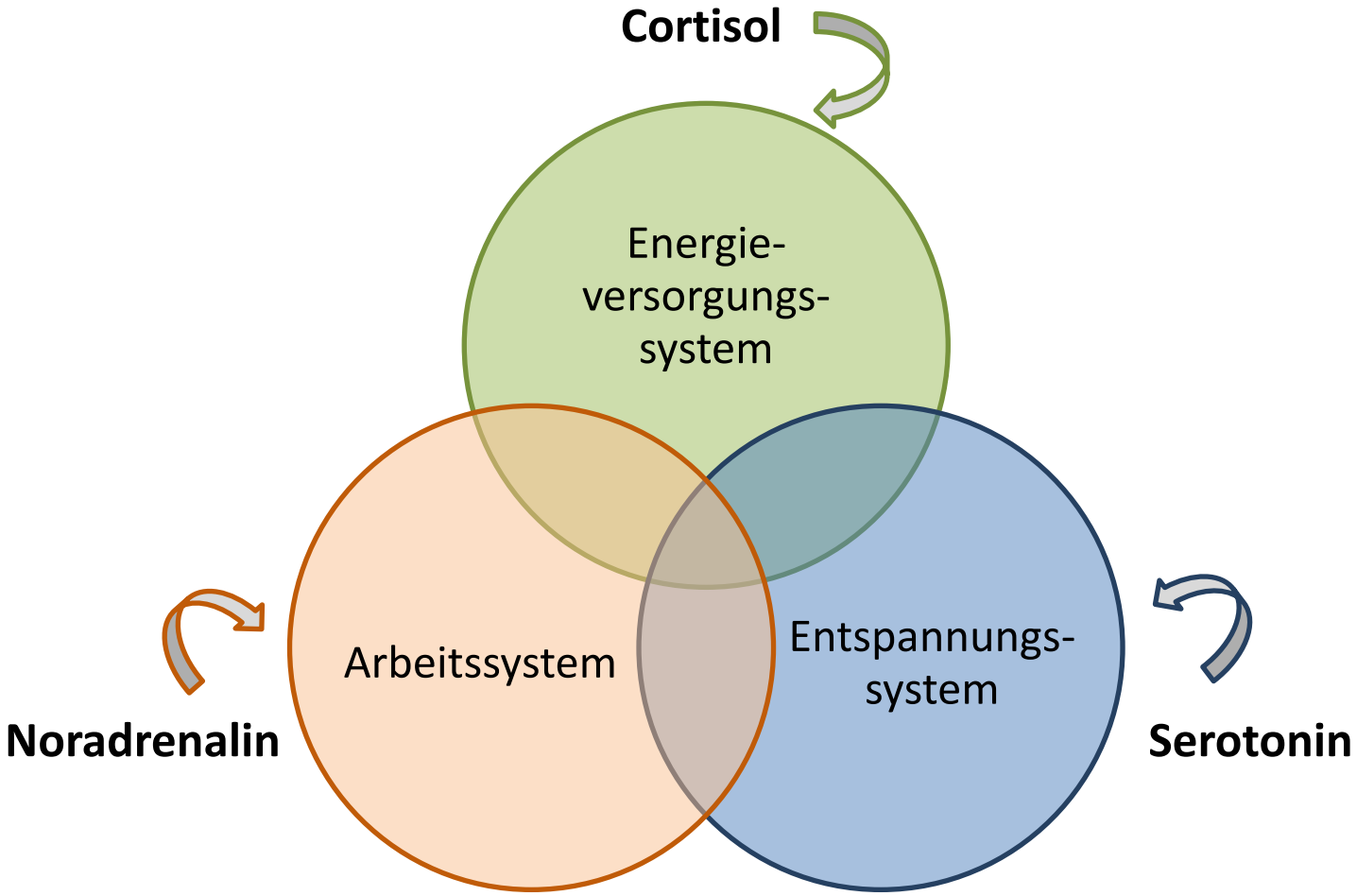
(Leiter & Maslach, 2005)

Engagement

© B. Schulze 2012

Neurobiologische Indikatoren

3 Systeme der Stressregulation (Hellhammer et al. submitted):



http://www.uni-trier.de/index.php?id=33208 / e-mail: office@neuropattern.de

© B. Schulze 2012

Neurobiologische Indikatoren: Diagnostik mittels Neuropattern

1. Messung der Konzentration der Stresshormone Cortisol sowie Noradrenalin und des Neurotransmitters Serotonin (Speichelprobe)
2. Messung der Heart Rate Variability (EKG)
3. Ausfüllen diagnostischer Testverfahren (3 durch den Patienten; 1 durch den Hausarzt)

- Identifizierung charakteristischer Muster
- Rückschluss darauf, welches Hirnsystem an diesem Krankheitsphänomen oder an diesen Störungen beteiligt ist
- Entwicklung individualisierter Therapie

http://www.uni-trier.de/index.php?id=33208 / e-mail: office@neuropattern.de

http://www.3sat.de/page/?source=/nano/medizin/156577/index.html

© B. Schulze 2012

Neuropattern: Unterschiedliche Burnout-Formen

Prof. Dr. Dirk Hellhammer unterscheidet sechs **verschiedene Formen des Burnouts**, von denen drei besonders häufig sind:

Noradrenalin

- Bei der Hälfte der Patienten ist das **Arbeitssystem überlastet** – er hat quasi seine ganze Energie verbraucht.

Cortisol
Noradrenalin
Serotonin

- Bei einem Fünftel der Betroffenen ist das **Energieversorungs-system überaktiv,** so dass die Gegenspieler (Arbeits- und Erholungssystem) das auszugleichen suchen. Dabei sind sie kurzfristig auch hochreguliert.

Cortisol
Serotonin

- Bei einem weiteren Fünftel ist das **Energieversorgungssystem erst total überlastet und dann völlig erschöpft**, z.B. durch langfristige Belastung wie bei der Pflege eines Angehörigen.

Hellhammer et al. submitted

© B. Schulze 2012

Differentialdiagnostik

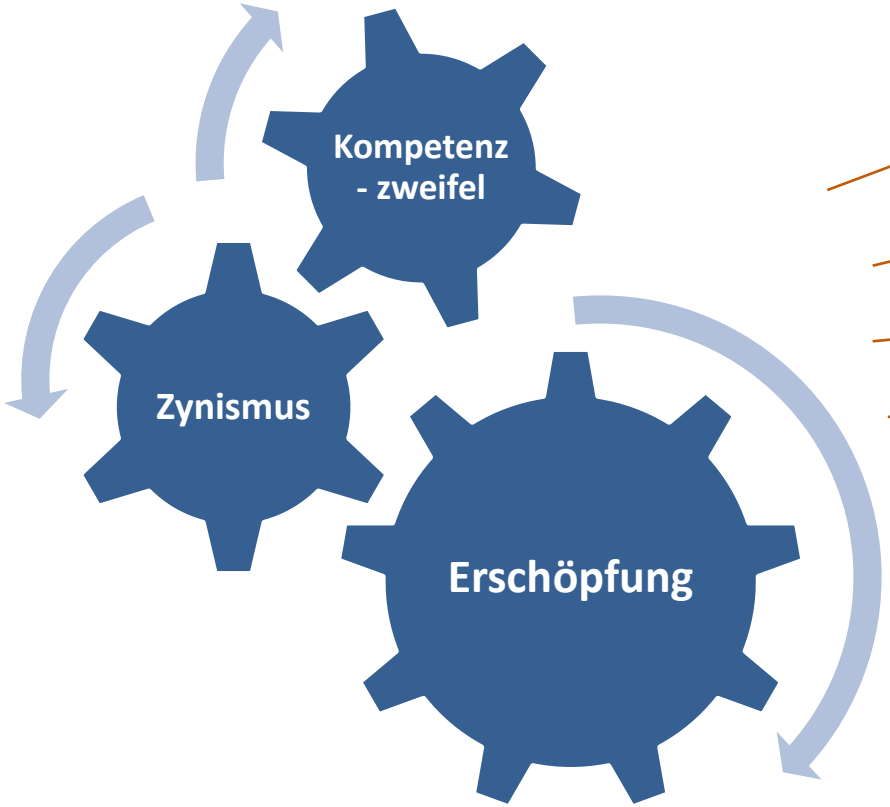
Differentialdiagnosen zum Burnout-Syndrom

Ursachen	Krankheiten / Störung
Psychiatrisch/ Psychosomatisch	Chronic Fatigue Syndrom Dysomnien Neurasthenie Somatisierungsstörungen Depressive Störungen Generalisierte Angststörung Panikstörung und Agoraphobie Posttraumatische Belastungsstörung Essstörungen Substanzmissbrauch (Alkohol, Tranquillizer)
Somatisch	Anämie, Eisenmangel Hypothyreose, Diabetes, Nebenniereninzsuffizienz Herzinsuffizienz, COPD Niereninsuffizienz Borreliose, HIV, Tuberkulose Malignome, Lymphome, Leukämien Entzündliche Systemerkrankungen Degenerative Erkrankungen des ZNS Obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom, Restless-Legs-Syndrom Medikamentennebenwirkungen

nach: von Känel 2008

© B. Schulze 2012

Burnout: Gesundheitliche Folgen



- Depression
- Angst- und Panikstörungen
- Sucht
- Herz-Kreislauf Erkrankungen
- Musko-Skelettale Erkrankungen
- Suprimierte Immunabwehr

Burnout-Prozesse
(individuell, interpersonell, organisational)

Krankheit
(als mögliches Outcome)

© B. Schulze 2012

Der Burnout-Prozess

(Burisch 2005, Shirom & Melamed, 2005)

Stress

↓

Burnout

↓

Depressive Symptomatik

↓

Klinische Depression

1. ***Erste Warnzeichen:***
   Gesteigerter Einsatz für Ziele, Zunahme der Überstunden, Erschöpfung oder vegetative Überreaktion
2. ***Reduziertes Engagement:***
   Reduzierte soziale Interaktion, negative Einstellung zur Arbeit, Konzentration auf eigenen Nutzen
3. ***Emotionale Reaktionen:***
   Insuffizienzgefühle, Pessimismus, Leere, Hoffnungslosigkeit, Energiemangel, Gefühl von Hilflosigkeit, Schuldzuschreibung an andere bzw. „das System“
4. ***Abnahme von***
   …kognitiven Fähigkeiten, Motivation, Kreativität und Differenzierungsfähigkeit
5. ***Abflachen…***
   des emotionalen und sozialen Lebens und kognitiver Interessen
6. ***Psychosomatische Reaktionen:***
   Spannung, Schmerzen, Schlafstörungen, keine Erholung in der Freizeit mehr möglich, veränderte Essgewohnheiten, Substanzgebrauch
7. ***Depression und Verzweiflung***
   Gefühl von Sinnlosigkeit, negative Lebenseinstellung, existenzielle Verzweiflung, Suizidgedanken oder -absichten

© B. Schulze 2012

Burnout und Depression

JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS
www.elsevier.com/locate/jad

The relationship between job-related burnout and depressive disorders—results from the Finnish Health 2000 Study

K. Ahola et al. / Journal of Affective Disorders 88 (2005) 55–62

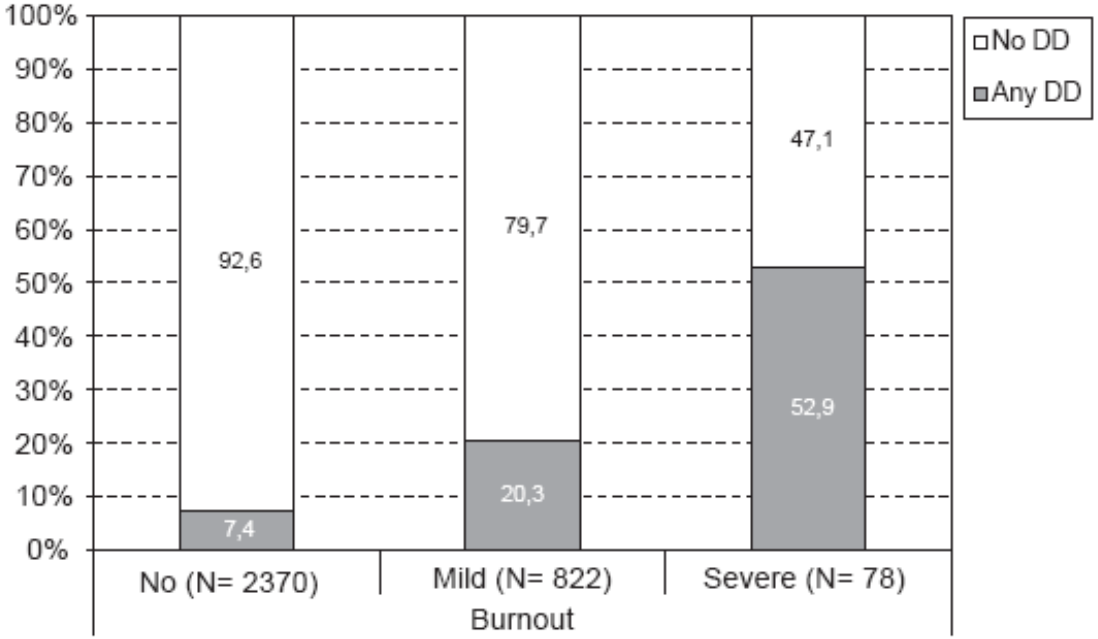


Fig. 1. The prevalence of depressive disorders (DD) in relation to burnout.

*gemessen mit MBI & CIDI, i.e. Depressionsdiagnose nach DSM-IV

© B. Schulze 2012

Burnout und Depression

Worin liegt der Unterschied?

	Burnout	Depression
Symptome	▪ arbeitsbezogen und situationsspezifisch[1,2] ▪ Ausserhalb der Arbeit sind Betroffene oft noch guter Dinge und produktiv.[1]	▪ betrifft alle Lebensbereiche, „kontextunabhängig“[2] ▪ Symptome erstrecken sich auf alle Aspekte des Alltags. [1]
Begleitende Emotion	▪ Wut, Aggressivität [1]	▪ Schuldgefühle [1]
Diskriminante Validität	▪ Zusammenhang zwischen emotionaler Erschöpfung und Depression (25% gemeinsame Varianz).[3] ▪ Depersonalisierung und reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit korrelieren nicht mit der Depression.[3]	

(Freudenberger & Richelson,1990[1]; Warr,1987[2]; Glass & McKnight,1996[3])

© B. Schulze 2012

Stresskreisläufe bei Burnout und Depression

Klinische Beobachtungen

	Burnout-Kreislauf	Depressions-Kreislauf
	Plusvariante	**Minusvariante**
Stressverstärkende Haltungen	Überhöhte Sollwerte Antreiber Narzistischer Typus Ehrgeiz Turbomotor	Verminderte Könnenswerte Bremser Selbstunsicherer Typus Zweifel Angezogene Handbremse
Stressverstärkender Denkstil	Positivieren Überschätzende Selbstattribuierungen Verleugnen	Negativieren Unterschätzende Selbstattribuierungen Katastrophisieren

nach Dr. Toni Brühlmann 2011

© B. Schulze 2012

Belastungsfaktoren

*Arbeit mit Patienten

Aggression, Gewalt, Zwangsmassnahmen (n=26)

(z.B. eigene Gefährdung, emotionale Belastung, Menschen gegen ihren Willen behandeln)

”schwierige” Patienten (n=20)

(bzgl. Diagnose – z.B. Depression, Manie, Demenz, Borderline, Suizidalität und bzgl. Umständen - z.B. Pat. aus anderen Kulturen, schwierige soz. Verhältnisse, IV-Patienten, junge Menschen, Strafgefangene, Kommunikation erschwert)

Erwartungen von verschiedenen Seiten (n=11)

Kontakte mit Angehörigen (n=10)

Viel Verantwortung tragen (n=8)

Schwerpunkt auf Akutversorgung, ”Drehtürpsychiatrie” (n=7)

Mangelnde Behandlungskooperation (n=6); *(z.B. manipulative Patienten, fehlende Krankheitseinsicht, etc.)*

Schicksale der Patienten (n=5), hohe Ansprüche von Pat. (n=2)

Wenig Fortschritt (n=3)

(*Codings von 98 in Institutionen tätigen Psychiatern, n Nennungen von 720)

© B. Schulze 2012