

Burnout – was steckt im Gesundheitswesen wirklich dahinter?



(Quelle: I. Mayer-Winter)

Zusammenfassung

Das Burnout-Syndrom ist ein unscharf definiertes Krankheitsbild, im Wesentlichen ein Komplex aus verschiedenen Symptomen mit dem Kardinalsymptom „Erschöpfung“ als Reaktion auf eine persistierende emotionale und interpersonelle Belastung durch Stressoren am Arbeitsplatz. Es ist Ausdruck eines Ungleichgewichts zwischen externen (beruflichen) Belastungen und den individuellen Fähigkeiten zur Bewältigung. Die Prävalenz ist bei Krankenhauspersonal erschreckend hoch. Trotz der vermeintlichen Modediagnose handelt es sich beim Burnout um eine ernstzunehmende Stresserkrankung mit gravierenden medizinischen und ökonomischen Folgekonsequenzen. Der multimodale Therapieansatz beinhaltet neben den psychosomatischen Optionen mit Veränderungen der Arbeitssituation gegebenenfalls die Therapie funktioneller somatischer Beschwerden.

Summary

The burnout syndrome is a heterogeneous concept mostly understood as a complex of various symptoms with „exhaustion“ as the cardinal symptom, in reaction to prolonged emotional and interpersonal stress at work. It is an imbalance between (external) stress at work and individual coping skills. Burnout has a high prevalence among physicians and nurses working in the hospital. Despite being a fashionable diagnosis, burnout is a serious expression of a stress disease leading to various medical problems

Burnout – what really is behind of it all in the health care system?

I. Mayer-Winter

and causing high economic costs. Therapy must include psychosomatic management and specific interventions targeting job-stress-related factors and, if necessary, treat functional somatic symptoms.

Einleitung

Nach wie vor nehmen Berichte über Ausgebranntsein, Ausbrenner- oder Burnout-Syndrom in zahlreichen Veröffentlichungen einen breiten Raum ein. Die Zahl der Burnout-Fälle steigt, psychische Erkrankungen befinden sich auf dem Vormarsch – sind psychische Leiden zu einer Epidemie geworden? Wie krank ist Deutschland wirklich? Während Bergner, Coach für Menschen mit Burnout und Autor mehrerer Bücher, von fast einer Burnout-Epidemie im Gesundheitswesen spricht, ist im DAK-Gesundheitsreport vom 24.11.2014 die Rede von rückläufigen Krankschreibungen aufgrund der Diagnose Burnout [1,2]. So gab es im Jahr 2013 ein Drittel weniger Fehltage als im Jahr zuvor. Demgegenüber stieg jedoch die Zahl der diagnostizierten Depressionen weiter an, wodurch es zu einem Anstieg der Leistungsausgaben der DAK-Gesundheit für psychische Erkrankungen in den letzten fünf Jahren um 15% auf 236,5 Millionen Euro gekommen ist. Insgesamt steigen die Krankschreibungen von Arbeitnehmern aufgrund psychischer Leiden stetig weiter an. Doch was verbirgt sich nun wirklich hinter dieser öffentlichen Debatte?

Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Klinikum Nürnberg, Universitätsklinik der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität
(Chefarzt: Prof. Dr. A. Junger)

Schlüsselwörter

Burnout – Depression – Psychosomatik – Work-Life-Balance

Keywords

Burnout – Depression – Psychosomatic Medicine – Work-Life Balance

Definition

Ein „Burnout-Syndrom“ (engl. burn out „ausbrennen“) bzw. Ausgebranntsein ist ein Zustand ausgesprochener emotionaler Erschöpfung mit reduzierter Leistungsfähigkeit. Er kann als Endzustand einer Entwicklungslinie bezeichnet werden, die mit idealistischer Begeisterung beginnt und über frustrierende Erlebnisse zu Desillusionierung und Apathie, psychosomatischen Erkrankungen und Depression oder Aggressivität und einer erhöhten Sucht- und Suizidgefährdung führt [3]. So sind 10-15% der Ärzte irgendwann einmal in ihrem Leben substanzabhängig. 80% der substanzabhängigen Ärzte tragen arbeitsbedingte Spannungen mit sich selbst und mit dem Alkohol, Nikotin oder den legalen und illegalen Drogen aus [4]. Nachdem der Suizid unter den Ärzten als heikles Tabuthema zu betrachten ist, sind die Zahlen darüber unzuverlässig, dürften aber noch höher sein als offiziell bekannt. Im Vergleich zur Normalbevölkerung wird die Quote für Ärzte als zwei- bis dreimal so hoch und für Ärztinnen als fünf- bis sechsmal so hoch angegeben [5].

In den 1970-er Jahren tauchte der Begriff Burnout in den Vereinigten Staaten in der Öffentlichkeit im Zusammenhang mit Pflegeberufen erstmals auf [6]. Erste wissenschaftliche Artikel zu diesem Thema wurden 1974 vom amerikanischen Psychologen Herbert Freudenberger und 1976 von der Sozialpsychologin Christina Maslach publiziert und mit drei charakteristischen Dimensionen dargestellt:

- Emotionale Erschöpfung (overwhelming exhaustion)** als Kern- und Leitsymptom als Nährboden für Burnout.
- Depersonalisation (detachment)** als reduziertes Engagement für Patienten und Andere, ausgedrückt in Gefühllosigkeit, Gleichgültigkeit, Zynismus und Sarkasmus.
- Abnehmende Leistungsfähigkeit (inefficacy)** als schwächstes der drei Hauptkriterien, da in der Anfangsphase von Burnout die Betroffenen hyperaktiv sind. Ein Gefühl der Wirkungslosigkeit und verminderter Leistungsfähigkeit als Aspekt der Selbstbewertung [7,8].

Leitgefühl des Burnout ist die Unzufriedenheit, Burnout ohne Unzufriedenheit eine Fehldiagnose. Sie durchzieht alle Krankheitsphasen und die drei Hauptsymptome [1]. Sobald die genannten drei charakteristischen Merkmale vorliegen, steht die Diagnose Burnout. Als Chamäleon ist Burnout mit einer fast unüberschaubaren Vielzahl von Symptomen auf der Körper-, Gefühls- und Verhaltensebene assoziiert [9]:

- **Körper:** Enge in der Brust, Herzrasen, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Rückenschmerzen, Muskelverspannungen, Schlafstörungen, Lustlosigkeit, Diarrhoe und Obstipation.
- **Gefühle:** Nervosität, Ungeduld, Stimmungsschwankungen, Unruhe, Verstimmungen, Pessimismus, fehlende Motivation.
- **Verhalten:** anfangs Hyperaktivität, im weiteren Verlauf Kontaktverlust zu Patienten und Mitarbeitern, Partnerschaftsprobleme, fehlende Ziele, Konzentrationsschwäche, Entscheidungsschwäche, Schulduweisungen, Krankwerden (bis hin zu kardiovaskulären Erkrankungen, Stoffwechsel- und Krebs-erkrankungen), zum Schluss allgemeines Desinteresse, starres Denken, Sucht und Suizidgeandenken.

Die somatische Komorbidität nimmt mit dem Schweregrad des Burnouts zu, wobei die neurobiologischen beziehungsweise psychobiologischen Mechanismen, die den körperlichen Auswirkungen von Burnout zugrunde liegen, noch ungeklärt sind [10,11].

Phasenmodell des Burnouts

Da sich das Burnout physiologisch und damit kontinuierlich über die Zeit entwickelt, gibt es diverse Ansätze über die Phasen des Burnouts (Maslach, Cherniss, Edelwich, Lauderdale et. al.). Am bekanntesten ist das zwölfstufige Phasenmodell von Freudenberger über die chronologische Entwicklung von Burnout [12]. Bergner hingegen favorisiert ein 3-Phasen-Modell [1]:

- Phase: Aktivität:** Leitsymptom: Ärger, Leitverhalten: Aggression
- Phase: Rückzug:** Leitsymptom: Furcht, Leitreaktion: Flucht
- Phase: Passivität:** Leitsymptom: Isolation, Leitreaktion: Lähmung oder Passivität.

Pathogenese

Arbeit zu haben, ist grundsätzlich ein gesundheitsförderliches Potenzial. Jedoch haben sich im Dienstleistungsbereich Krankenhaus mit Einführung der Krankheitsarten-spezifischen Fallpauschalen (DRGs) im Jahr 2003 durch Umstrukturierungen, Personalunterdeckung, Leistungsverdichtung und immer höheren Arbeits- und Zeitdruck die Arbeitsbedingungen massiv verändert, was immer häufiger zu schweren psychischen, physischen und psychosomatischen Erkrankungen führt. Verschiedene Studien bestätigen diesen Zusammenhang und weisen eine Zunahme von Stress, Mehrbelastung und Arbeitsplatzunsicherheit im Zusammenhang mit Reorganisations- und Rationalisierungsmaßnahmen nach [13,14]. Diese Faktoren übersteigen die Kompensationsfähigkeit der betroffenen Person. Dabei handelt es sich um ein subjektiv wahrgenommenes Auseinanderklaffen von

- externen (beruflichen) Anforderungen bzw. Belastungen einerseits und
- individuellen Fähigkeiten zur Bewältigung der Beanspruchungen andererseits [6].

Insgesamt sind die als Ursachen für Burnout angeschuldigten Faktoren erwartungsgemäß vielfältig. Die von verschiedenen Autoren übereinstimmend identifizierten ätiologischen Faktoren für Burnout können der nachfolgenden Aufstellung entnommen werden [15]:

Innere Faktoren/Persönlichkeitszüge:

- hohe (idealistische) Erwartungen an sich selbst, hoher Ehrgeiz, Perfektionismus,
- starkes Bedürfnis nach Anerkennung,
- es anderen immer recht machen wollen, dabei eigene Bedürfnisse unterdrücken,
- Gefühl, unersetbar zu sein; nicht delegieren können/wollen,
- Einsatz und Engagement bis hin zur Selbstüberschätzung und Überforderung,
- Arbeit als einzige Sinn-gebende Beschäftigung, Arbeit als Ersatz für soziales Leben.

Äußere Faktoren/umweltbedingte:

- hohe Arbeitsanforderungen,
- Führungs- und Kooperationsprobleme,
- widersprüchliche Anweisungen,
- Zeitdruck,
- schlechtes Arbeitsklima bis hin zu Mobbing,
- mangelnde Entscheidungsfreiheit,
- mangelnder Einfluss auf den Arbeitsablauf,
- geringe Partizipationsmöglichkeiten,
- wenig Autonomie/Mitspracherecht,
- Hierarchieprobleme,
- schlechte Kommunikation untereinander (Arbeitgeber, Mitarbeiter),
- administrative Zwänge,
- Druck von Vorgesetzten,
- wachsende Verantwortung,
- schlechte Arbeitsorganisation,
- mangelnde Ressourcen (Personal, Finanzmittel),
- problematische institutionelle Vorgaben und Strukturen,
- Mangel an wahrgenommenen Aufstiegsmöglichkeiten,
- Rollenunklarheit,
- Mangel an positivem Feedback,
- schlechte Teamarbeit,
- fehlende soziale Unterstützung.

Ein kompliziertes Wechselspiel zwischen Persönlichkeitseigenschaften und beruflichen Umweltfaktoren erzeugt Stress. Dieser stellt nach Cherniss die zentrale Determinante dar [16]. Mittel- bis langfristig führt er beim Burnout-Syndrom in eine verhängnisvolle seelische, körperliche, psychosoziale und vor allem berufliche Sackgasse [7,17]. Durch Burnout kommt es zu negativen Auswirkungen auf die Arbeitssituation und die Qualität der Arbeit, die Klienten, die Arbeitskollegen, die Institution sowie mittelbaren Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen und deren Privatsphäre, auf Partnerschaft, Familie und soziale Beziehungen [18].

Eine spezifische „Burnout-Persönlichkeit“ existiert nicht; Burnout-gefährdet scheinen allerdings Persönlichkeiten, welche sich bei der Arbeit übermäßig verausgaben (sog. Overcommitment) [19]. So ist ein Burnout bei Ärzten oft mit einem hohen Berufsethos verbunden.

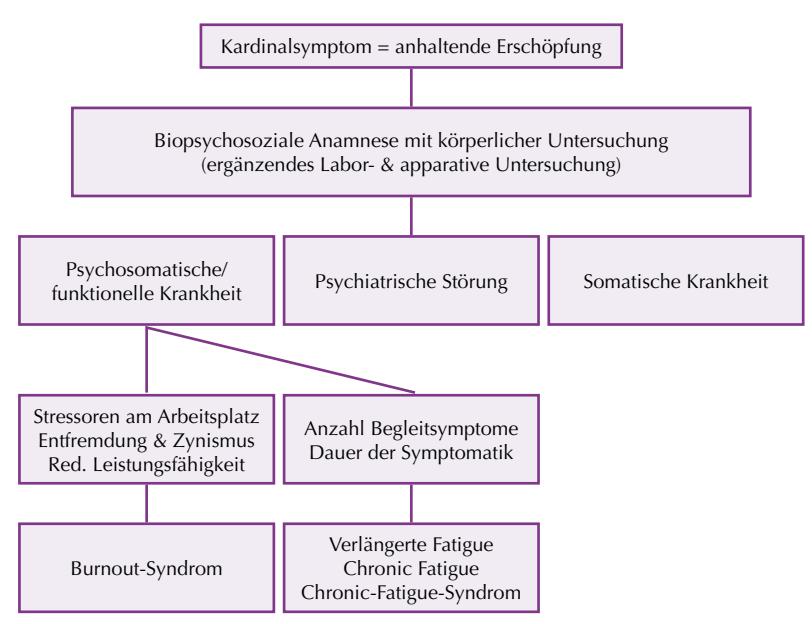
Obwohl sie Medizin als eine „Berufung“ betrachten, sind sie im Vergleich zu den restlichen Befragten deutlich unzufriedener und würden den Beruf nicht wieder ergreifen [20]. Im Bereich der Krankenpflege wohnt der überstarken Ausprägung des von Wolfgang Schmidbauer 1977 in seinem Buch „Die hilflosen Helfer“ erstmalig beschriebenen Begriffs des „Helfersyndroms“ die große Gefahr der Entwicklung eines Burnouts bis hin zur Depression inne [21]. Im verinnerlichten Ideal des in allen sozialen Beziehungen ausnahmslos die Gebende, die Stärkere, die Versorgende zu sein, werden eigene Bedürfnisse und Belastungsgrenzen missachtet. In der Verhaltensforschung spricht man hier vom Modell der „learned helplessness“, das aufzeigt, dass nichts Motivation und Antrieb derart nachhaltig ruinieren kann wie ausbleibende positive Verstärkung [22].

Diagnose und Differentialdiagnose

Obwohl die Symptome eines Burnouts ebenso vielfältig wie unspezifisch sind, ist trotzdem das **Kardinalsymptom**

Erschöpfung obligat [23]. Erschöpfung kann jedoch verschiedene Ursachen haben und sich in psychosomatischen/funktionellen Krankheiten (u.a. Burnout-Syndrom), in psychiatrischen Störungen (depressiven Störungen, Chronic-Fatigue-Syndrom, Dyssomnien, Neurasthenie, posttraumatischen Belastungsstörungen oder Abhängigkeitserkrankungen) oder in somatischen Krankheiten (Anämie, konsumierenden Erkrankungen, endokrinologischen oder immunologischen Störungen bzw. Medikamenten-Nebenwirkungen) wiederfinden (Abb. 1).

Am schwierigsten, in der Endphase eines Burnouts nahezu unmöglich, ist die Abgrenzung zur Depression. Ein Burnout ohne Depression ist selten, eine Depression ohne Burnout jedoch häufig [1]. Um Patienten im klinischen Alltag der richtigen Therapie zuzuführen, ist es jedoch notwendig, die beiden Diagnosen Burnout und Depression klar voneinander abzugrenzen. Tatsächlich ist das Burnout-Syndrom wissenschaftlich nicht als Krankheit anerkannt, sondern gilt im ICD-10 als ein Problem der Lebensbewältigung. Die wissenschaftliche

Abbildung 1

Psychiatrie hat es bisher weitgehend vermieden, sich mit dem Phänomen Burnout zu beschäftigen, sei es, dass sie vor der definitorischen Unschärfe des Syndroms zurückgeschreckt ist oder sei es, dass ihr die Überschneidungsbereiche mit etablierten psychiatrischen Diagnosen wie Depression oder Anpassungsstörung so groß erschienen, dass man glaubte auf eine Validierung von Burnout als diagnostische Entität verzichten zu können [15]. Somit ist Burnout keine eigenständige psychische Erkrankung, sondern vielmehr als ein Risikozustand aufzufassen, der zu einer psychischen Störung wie z.B. einer Depression führen kann.

Auswirkungen von Burnout

Burnout hat jedoch immense Auswirkungen sowohl auf das Individuum als auch auf die Volkswirtschaft. Als fatale Konsequenz des Burnouts geht es neben dem fehlenden Geld um das eigene Selbst, um Selbstliebe, Selbstbehauptung, Selbstverständnis und Selbstverständlichkeit [1]. Das finanzielle Schicksal einer gescheiterten Existenz ist nicht unerheblich. Burnout beeinträchtigt und schädigt nachhaltig Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter, was zu hohem Krankenstand, häufiger Fluktuation und vergleichsweise kurzen Verweildauern im Beruf führt [24]. So werden von der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz die volkswirtschaftlichen Folgekosten des Burnout-Syndroms in der EU auf rund 20 Milliarden Euro jährlich geschätzt [25]. Es steigt nicht nur die Unzufriedenheit der Patienten, es kommt zu häufigeren Behandlungsfehlern durch Ärzte mit Burnout-Syndrom, zu erhöhter Mortalität und protrahiertem Heilungsdauer [26,27].

Therapie und Prophylaxe

Maßnahmen gegen Burnout können somit nur Gewinner haben – die Patienten, die Klinikmitarbeiter und die Finanzen [1]. Setzen sie an den exter-

nen Anforderungen mit dem Ziel der gesundheitsfördernden Gestaltung der Arbeitsbedingungen an, ist von **Verhaltensprävention** die Rede.

Setzen sie am Individuum an mit dem Ziel der Verbesserung des Gesundheitsverhaltens und der Steigerung der Resilienz (Widerstandsfähigkeit), so spricht man von **Verhaltensprävention** [28].

Neben gesetzlichen Vorschriften des Arbeitsschutzes besteht hier die Möglichkeit, durch ein betriebliches Gesundheitsmanagement ein Gesundheits- und Präventionskonzept umzusetzen, das durch geeignete Maßnahmen (Employee-Empowerment, Job-Enrichment, Job-Enlargement, Job-Rotation) gesundheitliche Vorteile nach sich zieht [13]. Die Ressourcen-Theorie von Antonovsky sieht Ressourcen als Faktoren, die wie ein Puffer oder ein Schutzschild für den Menschen wirken, die dazu führen, dass er, trotz unangenehmer Einflüsse von außen oder innen, seine Ziele und Aufgaben vollbringen kann [28,29]. Ressourcen sind in individuelle, soziale und organisatorische einzuteilen. So bieten sich als Beispiele für Ressourcenorientierte Maßnahmen an:

- Seminare zur Stressbewältigung und zur Bekämpfung von Mobbing, zu Problemlösungskonzepten, Burnout etc.,
- Team-Supervisionen,
- Arbeitsplatzgarantien,
- Motivationsseminare,
- Schwerpunktsetzung in der Weiterbildung: Selbstmanagement, Work-Life-Balance etc.

Verhaltensprävention beinhaltet die Veränderung der Lebensgewohnheiten (Raucherentwöhnungskurse, Betriebssport, Kurse zur gesunden Ernährung, Kurse zum rückenschonenden Arbeiten) sowie die Optimierung der „Work-Life-Balance“, nach Hillert und Marwitz besonders abzielend auf folgende drei Faktoren [17,18]:

- 1. Entlastung von Stressoren,**
- 2. Erholung durch Entspannung und Sport,**
- 3. Ernüchterung im Sinne einer Verabschiedung von externen Perfektionsvorstellungen.**

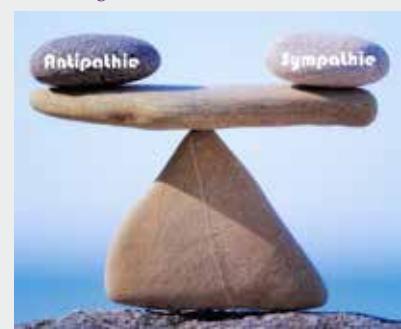
Hier geht es um Maßnahmen wie Zeitsouveränität, Eigenbestimmtheit, Situationstoleranz, Sinnannäherung und **Selfbalance**, letztendlich um das Selbstmanagement mit konsekutiver Stärkung des Vertrauens in die eigenen Handlungsmöglichkeiten. Die wichtigste Rolle spielt hierbei die Selfbalance, da ein Leben in innerer Balance einen der zentralen Schlüssel gegen Burnout und die wohl beste Prophylaxe darstellt (Abb. 2) [30].

Strategien, um Schieflagen der Selfbalance auszugleichen, beinhalten u.a. folgende Punkte [1]:

- Achtsamkeit,
- Balint-Gruppen,
- Inter- und Supervisionsgruppen,
- Loslass- und Entspannungsübungen als adjuvante Maßnahmen:
Atemtechniken, autogenes Training, Biofeedback, Muskelrelaxation nach Jacobsen, Yoga, Massagen,
- Meditation,
- Selbstliebe („Psychohygiene“),
- Strukturelles Stressmanagement.

Innerhalb dieser Strategien vermögen insbesondere Balint-Gruppen das Burnout-Risiko zu vermindern, allein genügen sie jedoch nicht zur Prävention [31]. Im Bereich der Inter- und Supervision hat die Stationsteam-Supervision im Krankenhaus in der Heidelberger Studie wesentliche Verbesserungen in den Bereichen Patientenorientiertheit, Kommunikationsstil, Arbeitsklima, Kooperation und Transparenz aufgezeigt, denen auch eine qualitätssichernde Wirkung zukommt [32].

Abbildung 2



Selfbalance als ausgewogenes Verhältnis zwischen Antipathie und Sympathie.

Zukünftige Entwicklung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass betriebliche Prävention mit Stärkung der Gesundheitsvorsorge in einer zunehmend stressbehafteten Arbeitswelt immer wichtiger wird. Unternehmen müssen ihre Beschäftigten gezielt auf einen verträglichen Umgang mit wachsendem Stress vorbereiten. Sie müssen Verantwortung für eine steigende Zahl von Burnout-Erkrankungen und Depressionsfälle übernehmen. Die auf Erschöpfungszustände wie Burnout zurückzuführenden Fehltage haben in den letzten Jahren stark zugenommen, wobei Burnout als „Modediagnose“ weniger stigmatisierenden Charakter als Depression hat. Tatsächlich ist wissenschaftlich betrachtet das „Burnout“ keine psychische Erkrankung, sondern allenfalls ein wegbereitender Risikozustand und damit – wissenschaftlich betrachtet – von untergeordneter Bedeutung [2]. Noch vielfach häufiger (Anstieg der Fehltage in den vergangenen 13 Jahren um 178%) wird in der jüngeren Vergangenheit die sicherlich korrektere Diagnose Depression gestellt. Ursächlich hierfür ist eine zunehmend differenzierte Diagnosepraxis, die mittlerweile dazu führt, dass häufiger eine Depression erkannt wird, die eigentlich hinter dem Burnout steckt. Psychische Krankheiten jedweder Art müssen durch ein Umdenken aus der Tabuzone herausgeführt werden. Erst dann kommt es zu Veränderungen der Arbeitswelt im Sinne einer umfassenden Humanisierung [15].

Literatur

- Bergner THM: Burnout bei Ärzten, Arztssein zwischen Lebensaufgabe und Lebensaufgabe. Stuttgart; Schattauer 2010
- DAK-Gesundheitsreport 2013 (http://www.dak.de/dak/arbeitsgeber/DAK-Gesundheitsreport_2013-1150228.html).
- Pschyrembel klinisches Wörterbuch, 261. Auflage, 2007
- Reimer C, Jurkat H, Mäulen B, Stetter F: Zur Problematik der Suchtgefährdung von berufstätigen Medizinern. Psychotherapeut 2001;46:376-85
- Schönberger A: Patient Arzt. Der kranke Stand. Wien, Carl Ueberreuter 1995
- <http://de.wikipedia.org/wiki/Burnout-Syndrom>
- Bauer J, Häfner S, Kächele H, Dahlbender RW: Burnout und Wiedergewinnung seelischer Gesundheit am Arbeitsplatz. Psychother Psychosom Med Psychol 2003;53:213-22
- Maslach C, Jackson SE: The Maslach Burnout Inventory. Research Edition. Palo Alto; CA: Consulting Psychologists Press, 1981
- Williams B: Physician stress and burnout. Tenn Med 2002;95:445-51
- Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, et al: The association between burnout and physical illness in the general population – results from the Finnish Health 2000 Study. Journal of Psychosomatic Research 2006;61(1):59-66
- Nil R, Jacobshagen N, Schächinger H, et al: Burnout – eine Standortbestimmung. Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2010;161:72-7
- Freudenberger HJ: Counseling and dynamics: Treating the endstage person. In: JW Jones (ed.): The burnout syndrome. Park Ridge, Ill.: London House Press, 1982
- Verdi. In Zukunft gesund. Schritt für Schritt zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Sopospezial. Berlin, 2. Auflage Oktober 2010
- Jurkat HB, Reimer C: Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Medizinern in Abhängigkeit von der Fachrichtung. Schweizerische Ärztezeitung 2001;82:1745-50
- Kaschka WP, Korczak D, Broich K: Modediagnose Burnout, in: Dtsch Ärztebl 2011;112:567-72
- Cherniss C: Staff Burnout: Job Stress in the Human Services. London 1980: Sage Publications
- Burisch M: Das Burnout-Syndrom. 4th edition. Heidelberg; Springer: 2010
- Hillert A, Marwitz M: Die Burnout-Epidemie oder brennt die Leistungsgesellschaft aus? München: CH Beck, 2006
- Känel v. R: Das Burnout-Syndrom: eine medizinische Perspektive Mini Review. Praxis 2008; 97:477-487
- Burn-Out - Ärzte haben hohen Berufsethos. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/52356/Burn-Out-Aerzte-haben-hohen-Berufsethos>
- Schmidbauer W: Die hilflosen Helfer: Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Hamburg; 1977
- Schwickerath J: Mobbing am Arbeitsplatz. Aktuelle Konzepte zu Theorie,
- Diagnostik und Verhaltenstherapie. Psychotherapeut 2001;46:199-213
- Federspiel B: Abklärung von Müdigkeit. Diese Fragen sollten Sie stellen. Hausarzt Praxis 2007;5:11-4
- Schöffski O: MHBA. Master of Health Business Administration. Berufsbegleitender Fernstudiengang. FAU Erlangen Nürnberg. Studienjahrgang 2013; Modul 6: Text 56
- <http://www.wirtschaftsspiegel.com/Artikel-2011-09/articles/burnout-das-sollten-unternehmer-wissen/>
- Halbesleben JR, Rathert C: Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. Health Care Manage Rev 2008;33:29-39
- West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al: Association of perceived medical errors with resistant distress and empathy: a prospective longitudinal study. J Amer Med Ass 2006;296(9):1071-8
- Nagel U, Petermann O: Psychische Belastungen, Stress, Burnout? So erkennen Sie frühzeitig Gefährdungen für Ihre Mitarbeiter und beugen Erkrankungen erfolgreich vor. Ecomed Sicherheit. 1. Auflage; 2012
- Salutogenese. <http://de.wikipedia.org/wiki/Salutogenese>
- Bergner THM: Arzt sein. Die 7 Prinzipien für Erfolg, Effektivität und Lebensqualität. Stuttgart: Schattauer; 2009
- Benson J, Magraith K: Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. Austral Fam Phys 2005;34:497-8
- Werner A: Krankenhaus: Evaluation von Stationsteam-Supervision. Dtsch Ärztebl 1998;95(13):A-728 / B-614 / C-582.

Korrespondenzadresse

**Dr. med.
Ingrid Mayer-Winter**



Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
Klinikum Nürnberg
Universitätsklinik der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität
Prof.-Ernst-Nathan-Straße 1
90419 Nürnberg, Deutschland
Tel.: 0911 398 5302
E-Mail: imay-win@web.de