

Bauer J, Häfner S, Kächele H, Wirsching M, Dahlbender RW (2003) Burn-out und Wiedergewinnung seelischer Gesundheit am Arbeitsplatz. Psychother Psych Med 53: 213-222

Burnout: Verlust der seelischen Gesundheit am Arbeitsplatz

Joachim Bauer, Steffen Häfner, Horst Kächele, Michael Wirsching und Reiner W Dahlbender

Abteilung Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
Klinikum der Universität Freiburg

Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
Klinikum der Universität Ulm

Zusammenfassung

Nach neueren Untersuchungen befinden sich in Deutschland bis zu 25 % der insgesamt etwa 36 Millionen Erwerbstätigen in einer gesundheitlichen Situation, die der New Yorker Arzt und Psychoanalytiker Herbert Freudenberger 1974 erstmals als „Burnout- Syndrom,“ bezeichnet hat. Symptome sind 1. anhaltende Müdigkeit und Erschöpfung („emotional exhaustion,“), 2. eine negative oder zynische Einstellung gegenüber Kollegen oder Kunden („depersonalisation,“) sowie 3. eine negative Einschätzung des eigenen beruflichen Tuns („low personal accomplishment,“). Erwerbstätige mit Burnout- Syndrom leiden an typischen psychosomatischen Beschwerden: Schlafstörungen, chronische Schmerzen ohne Befund, funktionelle Herz-Kreislaufbeschwerden sowie unspezifische Beschwerden des Magens und des Darmes. Ursachen des Burnout- Syndroms sind: 1. hohe Belastung und Eintönigkeit bei gleichzeitig geringer Möglichkeit zur Einflussnahme auf den Arbeitsprozess, 2. geringe Anerkennung bei zugleich starker persönlicher Verausgabung, 3. schließlich fehlende soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen. Wirksamste Prävention des Burnout- Syndroms sind Supervisionsgruppen für Mitarbeiter und Vorgesetzte, die durch ausgebildete Psychotherapeuten geleitet werden sollten. Bei bereits vorhandenen Burnout-Symptomen ist eine ambulante psychotherapeutische oder stationäre psychosomatische Therapie Voraussetzung für die Abwendung von vorzeitiger Dienst- oder Berufsunfähigkeit.

Dass die Leistungssituation, der Berufserfolg und die Stetigkeit im Beruf eng mit der seelischen Gesundheit zusammenhängen, konnte im Mannheimer Ko-

hertenprojekt zu Häufigkeit und Verlauf psychogener Erkrankungen gezeigt werden (Schepank, 1987; Franz et al., 2000): Jüngere Probanden ohne erlernten Beruf oder mit wenig Berufserfahrung, niedrigem Berufserfolg und häufigen Berufswechseln wiesen häufiger neurotische Leistungsstörungen auf und erfüllten häufiger das Kriterium eines Falles von psychogener Erkrankung. Beamte hingegen waren seltener psychogen erkrankt.

Burnout: Die neue Krankheit am Arbeitsplatz

Beim Burnout- Syndrom handelt es sich um ein gesundheitsrelevantes Störungsbild, welches sowohl hinsichtlich seiner Ursachen als auch hinsichtlich wie seiner Symptome auf den Arbeitsplatz bezogen ist. Seine drei Hauptkennzeichen sind 1. emotionale Erschöpfung (englisch: „emotional exhaustion,,), 2. eine negative oder zynische Einstellung gegenüber Vorgesetzten, Kollegen und Kunden („depersonalisation,,) sowie 3. eine negative Einschätzung des Sinnes und der Qualität der eigenen Arbeit („low personal accomplishment,,)(Maslach u. Leiter, 1997). Vorliegen und Ausmaß eines Burnout- Syndrom läßt sich mit objektiven Verfahren erfassen (Maslach et al., 1996; Schaarschmidt und Fischer, 1997, 2001).

Einzelne Teilsymptome des Burnout- Syndroms werden in der derzeit gültigen Klassifikation medizinischer Krankheiten (ICD 10) in der Regel im Sinne seelischer und psychosomatischer Gesundheitsstörungen als Diagnosen der „F,- Gruppe diagnostiziert (siehe unten). Ansonsten wird das Burnout- Syndrom von der Weltgesundheitsorganisation WHO in der ICD- 10 unter den Störungsbildern der Gruppe Z mit der Codierung Z 73.0 aufgeführt. In der Gruppe Z werden „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen,, erfasst.

Das Burnout- Syndrom ist also eine medizinisch relevante Gesundheitsstörung. Sie wird seitens des vom Arztes – wenn überhaupt – meist unter verschiedenen anderen Diagnosen erfasst. Tatsächlich sind beim Burnout- Syndrom Überlappungen mit anderen medizinischen Erkrankungen die Regel, vor allem mit depressiven Störungen, Angststörungen, Schlafstörungen sowie mit Schmerzerkrankungen und anderen psychosomatischen Störungen (somatoforme Störungen).

Neuere Untersuchungen belegen, dass an einem Burnout- Syndrom leidende Erwerbstätige die höchsten Raten körperlicher und psychosomatischer Beschwerden haben (Redmann und Rehbein, 2000; Schaarschmidt und Fischer, 2001). Studien zeigen, dass beim Burnout- Syndrom Veränderungen des Cortisol-Stoffwechsels (Melamed et al., 1999; Pruessner et al. 1999) sowie verschiedener immunologischer Parameter auftreten (Lerman et al., 1999; Bargellini et al., 2000). Bei Frauen kann das Burnout-Syndrom mit Störungen des Menstruationszyklus einhergehen (Hatch et al., 1999). Es liegen sogar Hinweise darauf vor, dass Burnout- Verschleiß die Entwicklung einer Koronaren Herzkrankheit begünstigt (Mealamed et al., 1999).

Die zunehmende öffentliche Aufmerksamkeit für das Burnout- Syndrom reflektiert die Tatsache, dass am Arbeitsplatz heute – anders als in früherer Zeit – seelische Belastungsfaktoren die körperlich- physischen Belastungen inzwischen eingeholt, teilweise sogar deutlich überholt haben (Zielke, 2000). Laut einer AOK- Studie an über 15.000 Befragten klagen 30- 35 % der Erwerbstätigen über starke psychische Belastungen (Redmann und Rehbein, 2000). Die Raten für depressive Stimmung, Schlafstörungen, Nervosität, Unruhe und Reizbarkeit lagen zwischen 60 % und 80 %.

Erwerbstätige, die in der AOK- Studie über Verspannungen, Rückenschmerzen oder Abgeschlagenheit klagten (dies waren jeweils über 70 % aller Erwerbstätigen!), nannten als Belastungsfaktoren u. a. ein schlechtes Betriebsklima, ungerechte Behandlung durch den Vorgesetzten, Eintönigkeit, Hektik und eine dadurch verursachte innere Abneigung gegen die Arbeit.

Der „menschliche Faktor,, spielt am Arbeitsplatz inzwischen eine Hauptrolle (Schwickerath, 2001): Ein gutes Verhältnis zu Kollegen hielten in der AOK- Studie 52 %, ein gutes Einvernehmen mit dem Vorgesetzten über 30 % aller Befragten für „besonders wichtig,. Um so fataler, wenn gleichzeitig über 12 % der über 15.000 Befragten das Betriebsklima für sehr schlecht hielten und 11 % sich von ihrem Vorgesetzten ungerecht behandelt fühlen (Redmann und Rehbein, 2000). Doch trotz einer hohen Prävalenz objektiver und subjektiver arbeitsplatzbezogener Beschwerden entwickelt, landet nur etwa ein Drittel derer, die Beschwerden haben, im ein Burnout-Syndrom. Auf welche Faktoren kommt es also zusätzlich an?

Ursachen: Arbeit mit schwierigen Klientengruppen, äußere Arbeitsbedingungen und die persönliche Einstellung

Den Burnout- Mix aus emotionaler Erschöpfung, negativ- zynischer Einstellung anderen Menschen gegenüber und Zweifeln an der eigenen Arbeit erleiden Menschen vor allem in jenen Berufen, in denen eine emotional engagierte Hinwendung zu anderen Menschen gefordert ist. Bleiben bei jener Klientel, für die man tätig ist, trotz hoher Verausgabung sichtbare Erfolge aus, und wird dies nicht durch Anerkennung von anderer Seite kompensiert, dann kommt es zur sogenannten „Gratifikations-Krise,. Eine solche Situation kann – dies geschieht meist unbewusst – zu der Schlussfolgerung führen, die berufliche Eignung der eigenen Person sei ungenügend oder die Arbeit als solche sei insgesamt sinnlos.

Wie zahlreiche Beobachtungen aus der Verhaltensforschung (insbesondere Modelle der „learned helplessness,„) zeigen, vermag nichts Motivation und Antrieb derart nachhaltig zu ruinieren wie ausbleibende positive Verstärker (Reinecker, 1987). Demnach tragen vor allem jene Berufe ein hohes Risiko für hohes Burnout, wo es eine Klientel zu versorgen gilt, von der wenige positive Rückmeldungen kommen: Patienten mit unheilbaren Krankheiten auf Krebs- und AIDS-Stationen, ältere Pflegebedürftige mit Demenzerkrankungen oder behinderte bzw. chronisch kranke Kinder in Fürsorgeeinrichtungen. Weitere in dieser Hinsicht hochbelastete Berufsgruppen sind Polizisten und Feuerwehrleute (Teegen et al., 1997) und Journalisten (Teegen u. Grotwinkel, 2001). Eine Klientel, die trotz hohen Einsatzes ebenfalls kaum noch Erfolgserlebnisse bereitet, sind Schüler an allgemein bildenden und beruflichen Schulen. Eine weitere, noch nicht lange existierende Berufsgruppe, die – bei hohem persönlichem Einsatz und trotz eines hohen Maßes an professioneller Freundlichkeit - mit einer z. T. negativen Resonanz ihrer Klientel leben muss, sind die Telefonisten in Call- Centern.

Dort, wo aus der Arbeit selbst kommende emotionale Gratifikationen gering sind, gewinnen äußere Arbeitsbedingungen eine entscheidende Bedeutung: Hohe Burnout-Raten wurden vor allem dort festgestellt, wo hoher Arbeitsdruck herrscht und wenig individuelle Gestaltungsmöglichkeiten der eigenen Arbeit bestehen, sogenannte „high demand – low influence,„ – Situationen (Friedman 1991; van Servellen und Leake, 1993; Deckard et al., 1994; Firth-Cozens und Greenhalgh, 1997; Peter und Siegrist, 1997). Als mindestens ebenso bedeutsam für die Begünstigung von Burnout hat sich fehlende Unterstützung durch Kollegen oder Vorgesetzten herausgestellt (Pierce et al., 1990; Duquette, 1993; Schaarschmidt und Fischer, 2001). Auch langes weites Pendeln zur Arbeitsstelle ist ein starker Belastungsfaktor (Häfner, 2001a,b). Eine Partnerschaft

vermag demgegenüber vor Burnout zu schützen (Whithley et al., 1994; Tyler und Ellison, 1994).

Soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte vermag allerdings nur dort vor Burnout zu schützen, wo Erwerbstätige sie auch in Anspruch nehmen. Nicht selten haben Burnout-Betroffene aber gerade hier ein Problem: Viele derer, die im Burnout landen, waren zuvor jahrelang Persönlichkeiten mit hohem persönlichen Leistungsanspruch, ehrgeizigen beruflichen Zielsetzungen und haben versucht, diese Ziel autonom oder in einer einzelkämpferischen Sonderrolle zu erreichen (Muthny et al., 1998; Hayter, 1999; Schaarschmidt und Fischer 2001).

Perfektionistische Arbeitseinstellungen, mit denen sich Erwerbstätige überfordern ohne dass sie diese Überbeanspruchung bewusst erleben (ähnlich Tellenbach's „Typus melancholicus,, (Tellenbach, 1983)), können nach wenigen Jahren in eine Burnout- Situation führen (Flett et al., 1995). Gerade bei tüchtigen und (über-) engagierten Berufsanfängern, die für berufliche Ziele oft private Interessen zurückzustellen bereit sind und über die Arbeitgeber verständlicherweise zunächst oft sehr erfreut sind, sollten Vorgesetzte in fürsorglicher Voraussicht die Gefahr des späteren Burnout im Auge behalten.

Spitzenreiter beim Burnout: Lehrkräfte an Schulen

Raten von Dienstunfähigkeit und vorzeitiger Zurruesetzung, die seit Jahren bei ziemlich genau 50 % liegen (Versorgungsbericht 1996, Finanzministerium Baden- Württemberg 1999), haben die Situation der Lehrer mit Recht wiederholt in die Schlagzeilen gebracht (siehe z. B. „Ende als Psycho-Wracks,, SPIEGEL 17/2001, S.18). Wie ist zu erklären, daß in Baden- Württemberg 49,5 % der beamteten Lehrer wegen Dienstunfähigkeit in den vorzeitigen Ruhestand gehen, während diese Rate bei den Verwaltungsbediensteten im gleichen Bundesland bei 28,4 % und bei den Vollzugsbediensteten sogar nur bei 22,1 % liegt (Finanzministerium Baden- Württemberg, 1999)? Das durchschnittliche Alter vorzeitig in den Ruhestand versetzter Lehrer liegt bundesweit zwischen 51 und 56 Jahren (Versorgungsbericht, 1996). Die volkswirtschaftlichen Kosten dieser Situation sind immens.

Burnout scheint der Lehrer-Killer Nr. 1 zu sein (Hillert et al., 1999). Eine Arbeitsgruppe um Andreas Weber vom Nürnberger Institut für Arbeits- Sozial- und Umweltmedizin, hat mit zwei Kollegen alle über 5.500 ärztlichen Akten von Lehrern durchgesehen, die sich in Bayern von 1996 bis 1999 wegen Dienstunfähigkeit in den vorzeitigen Ruhestand verabschiedet haben (Weber et al., 2001). Der Anteil frühpensionierter Lehrer, die sich wegen psychischer Störungen als Hauptdiagnose hatten frühpensionieren lassen, betrug in der Untersuchung von Weber und Kollegen 52 %. Zwei Drittel der wegen psychischer Diagnosen Dienstunfähigen litten an Depressionen, Belastungs- oder Erschöpfungssyndromen.

Die bei 50 % liegende Frühpensionierungsrate von Lehrern entspricht Untersuchungen von Schaarschmidt und Kollegen, die bei 43 % der dienst tuenden Lehrer in Bayern ein Burnout-Syndrom (sogenannter „Typ B,,) oder eine Vorstufe dazu („Typ A,,) feststellten (Schaarschmidt und Fischer, 2001). In allen anderen untersuchten Bundesländern lag der Anteil der Burnout- Fraktion (einschließlich der Vorstufe „Typ A,,) bei deutlich über 50 %, Tabellenführer war Brandenburg mit 72 %.

Diensttuende Lehrer im Burnout-Stadium nehmen sowohl den Spitzenplatz bei psychischen als auch bei körperlichen Beschwerden ein, gefolgt von der „Typ-A,, - Fraktion der Burnout- Anwarter, und haben die meisten Krankentage (Schaarschmidt und Fischer, 2001). Sie zeigen – hier findet sich ein bereits erwähnter Persönlichkeitsfaktor -- eine signifikant verminderte Fähigkeit, sich durch kollegiale Aussprache helfen zu lassen, und sind unfähig sich zu regenerieren oder zu entspannen.

Besonders tragisch, für das Burnout-Syndrom jedoch geradezu typisch ist, dass diensttuende Lehrer im Burnout nicht nur erschöpft und demotiviert sind, sondern ein hohes Maß an Aversion gegenüber ihren Schülern empfinden (Schaarschmidt et al., 2000)., Dieses ist ein Phänomen welches sich auch bei Burnout- Ärzten gegenüber ihren Patienten finden läßt (siehe unten).

Eine der wichtigsten Ursachen des Burnouts bei Lehrern scheint in der außerordentlich schwierigen beruflichen Aufgabe selbst zu liegen. Dafür spricht nicht nur die subjektive Belastungseinschätzung, der zur Folge Lehrer „Verhalten schwieriger Schüler,, „Klassenstärke,, und „Stundenzahl,, als die drei absolut größten Stressfaktoren einschätzen (Borg und Riding, 1991; Tuttemann und

Punch, 1992; Byrne, 1994; Montalvo et al., 1995; Boyle et al., 1995; Schaarschmidt et al., 2000).

Dass Schüler weithin eine äußerst schwierige, vielerorts eine kaum noch lenkbare Klientel darstellen, ergibt sich aber auch aus objektiven Untersuchungen.

Schüler, eine durch Abnahme der elterlichen Zuwendung und Erziehungsarbeit zunehmend vernachlässigte Gruppe, leiden ihrerseits in einem hohen Maße an körperlichen Beschwerden (Jugendgesundheitsstudie Stuttgart, 2001; Häfner, 2001c) sowie psychischen Störungen, insbesondere an Störungen des Sozialverhaltens (3-6 %) sowie (mit 10 %) an hyperkinetischen Störungen (Hinrichs und Hobrucker, 2001; Behnisch und Arnst, 2001). Begleitend hat sich in der Schülerschaft ein beängstigendes Maß an Gewaltbereitschaft entwickelt (Polizeirevier und Stadt Lahr, 1999).

Weitere Risikogruppen für Burnout: Pflegekräfte und Ärzte

Von den Burnout- Symptomen emotionale Erschöpfung, negative Einstellung gegenüber den ihnen anvertrauten Patienten und Zweifel am Sinn der eigenen Arbeit bleiben auch Ärzte und Pflegekräfte nicht verschont (Herschbach, 1991; Kruse et al., 1997; Ripke, 2000; Bakker et al., 2000; Michaelis et al., 2001). Insbesondere Ärzte auf Krebs- und Intensivstationen tragen ein beträchtliches Burnout- Risiko (Fields et al., 1995; Guntapalli und Fromm, 1996; De Pablo und Suberviola, 1998; Grunfeld et al., 2000). Die Häufigkeit eines voll entwickelten Burnout liegt bei den besonders stark belasteten Arztgruppen – je nach Studie – zwischen 15 % und 30 %, bei Einbeziehung der Burnout-Gefährdeten sogar bei 50 %. Die Burnout- Raten bei Pflegekräften auf AIDS-, Krebs- und Intensivstationen liegen zwischen 30 % und 40 % (Trucco et al., 1999; Hayter 1999; Grunfeld et al., 2000).

Erstrangiger Kausalfaktor für Burnout bei Ärzten scheint Arbeitsüberlastung zu sein bei gleichzeitig geringer Möglichkeit, selbst Einfluss auf das therapeutische Geschehen zu nehmen (Deckard et al., 1994; Jurkat u. Reimer, 2001). Dazu passt die bemerkenswerte Beobachtung, dass das in den USA breit eingeführte „Case management,, (Kassen- reglementierte Vorgaben für die Krankenbehandlung) offenbar einen deutlichen Anstieg von Stress und Burnout bei Ärzten nach sich zieht (Powell 1996).

In einer Ärzte-Befragung äußerten 36%, dass Stress durch Arbeitsüberlastung bei ihnen zu schweren Fehlern, auch solchen mit Todesfolge geführt hätte (Firth-Cozens und Greenhalgh, 1997). Bei Psychiatern führt Burnout zu einer

verminderten Bereitschaft, bei ihren Patienten Psychotherapie einzusetzen (Corrigan et al., 1998). Geradezu beängstigend erscheint jedoch die Beobachtung, dass mit der Burnout-Symptomatik bei Ärzten auch die Sympathie für aktive Sterbehilfe-Maßnahmen zunimmt (Portenoy et al., 1997; Grassi et al., 1999). Nicht selten sind auch Suchterkrankungen, die lange Zeit bagatellisiert werden (Endres, 2000; Mäulen, 1998; Schneider u. Bühler, 2001).

Prävention und Therapie des Burnout- Syndroms

Kontinuierliche Präventions-Programme gegen die Entwicklung von beruflichem Burnout sollten in den kommenden Jahren zur Regel werden, insbesondere in Schulen, Krankenhäusern und Pflegeinstitutionen. Arbeitsabläufe dürfen keiner Hetze unterworfen sein (Schreurs et al., 1996; Schwickerath et al., 2000, 2001). Wo möglich, ist für eine gewisse Aufgabenvielfalt (anstatt Eintönigkeit) und für die Möglichkeit Sorge zu; tragen, dass Diensttuende gewisse Freiräume zur individuellen Gestaltung ihrer Arbeit haben. Einzelgängerische und über-ehrgeizige Mitarbeiter, die sich bis zur Grenze verausgaben, sind keine Vorbilder, sondern sollten dahingehend moderiert werden, die Kommunikation mit Kollegen zu verstärken. Die Grundregel gegen Burnout lautet: „Lessen overload and increase training in communication and management skills,“ (Ramirez et al., 1995).

Erste Wahl zur Prävention von Burnout-Verschleiß sind Supervisionsgruppen, die von externen, psychotherapeutischen Moderatoren moderiert sein sollten. Interne Kollegengruppen ohne externe Supervision haben keinen Effekt (Cecil und Forman, 1990). Supervisionsgruppen zeigten sowohl bei Ärzten und Pflegekräften als auch bei Lehrern signifikante präventive, teilweise kurative Effekte gegenüber Burnout- Symptomen (Sandell und Sullivan, 1992; Berg et al., 1994; Hardelin, 2000; Schaarschmidt und Fischer, 2001). Von Personaltrainern und „Motivationsgurus,“ ist definitiv abzuraten, da sie meist kurze Strohfeuer-Effekte mit erhöhter Arbeits-Effizienz erzielen, die Gefahr eines Burnout-Verschleißes sich dadurch aber mittelfristig eher erhöht.

Leidet ein Arbeitnehmer bereits an klinisch relevanten Burnout-Symptomen (depressive Symptome mit Schlafstörungen, Angstsymptome, Herz- Kreislauf- oder Magenbeschwerden ohne organischen Befund, chronisch vermehrte Schmerzen), dann sollte eine stationäre psychosomatische Behandlung (Häfner

et al., 1999, 2001dc), zumindest aber eine ambulante Psychotherapie veranlasst werden. Allerdings begegnet man auch bei Burnout- Patienten häufig einer Tendenz, eine ihnen empfohlene Psychotherapie abzulehnen, statt dessen an einer organischen Attribuierung der Beschwerden festzuhalten und/oder eine Frührente bzw. Frühpensionierung anzusteuern (siehe auch Weber et al., 2001).

Erwerbstätige, auch Beamte, sollten ohne eine vorherige Fachkonsultation eines Psychosomatikers oder Psychiaters von seiten des (Amts-)Arztes keine gutachterliche Befürwortung einer vorzeitigen Zuruhesetzung erhalten. Mit Blick auf die Solidargemeinschaft ist es schwerlich zu rechtfertigen, daßs Ärzte eine vorzeitige Zuruhesetzung befürworten, wenn zuvor nicht psychosomatische oder psychotherapeutische Therapiemöglichkeiten zum Einsatz gekommen sind (Zielke u. Dehmlow, 1998).

Literatur

1. Bargellini A, Barbieri A, Rovesti S, Vivoli R, Roncaglia R, Borella P. Relation between immune variables and burnout in a sample of physicians. *Occup. Environ. Med.* 2000; 57: 453-7
2. Behnisch A, Arnst R. Hyperkinetische Störungen. *Nervenheilkunde* 2001; 20: 265-70
3. Berg A, Hansson UW, Hallberg IR. Nurses' creativity, tedium and burnout during 1 year of clinical supervision and implementation of individually planned nursing care. *J. Adv. Nurs.* 1994; 20: 742-9
4. Borg MG, Riding RJ. Towards a model for the determinants of occupational stress among school teachers. *Eur. J. Psychol Educ.* 1991; 6: 355-373
5. Boyle GJ, Borg MG, Falzon JM, Baglioni AJ. A structural model of the dimensions of teacher stress. *Br. J. Educ. Psychol* 1995; 65: 49-67
6. Byrne BM. Burnout: Testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers. *Am. Educ. Res. J.* 1994; 31: 645-673
7. Cecil MA, Forman SG. Effects of stress inoculation training and coworker support groups on teacher's stress. *J. School Psychol.* 1990; 28: 105-118
8. Corrigan PW, Williams OB, McCracken SG, Kommana S, Edwards M, Brunner J. Staff attitudes that impede the implementation of behavioral treatment. *Behav. Modif.* 1998; 22: 548-62
9. Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout: an examination of personal, professional, and organizational relationships. *Med. Care* 1994; 32:745-54

10. De Pablo GR, Suberviola GJF. The prevalence of the burnout syndrome or professional exhaustion in primary care physicians. *Atencion Primaria* 1998; 22: 580-4
11. Duquette A, Kerouac S, Beaudet L. Resources for preventing professional burnout. *Can. Nurse* 1993; 89: 44-6
12. Fields AI, Cuerdon TT, Brasseux CO, Getson PR, Thompson AE, Orlowski JP, Younger SJ. Physician burnout in pediatric critical medicine. *Crit. Care Med.* 1995; 23:1425-9
13. Finanzministerium Baden- Württemberg. Pressemitteilung Nr. 196 vom 1. 10. 1999
14. Firth- Cozens J, Greenhalgh J. Doctor's perception of the links between stress and lowered clinical care. *Soc. Sci. Med* 1997; 44:1017-22
15. Flett GL, Hewitt PL, Hallett CJ. Perfectionism and job stress in teachers. *Cand. J. School Psychol.* 1995; 11: 32-42
16. Friedman IA. High- and low-burnout schools. *J. Educat. Res.* 1991; 84:325-333
17. Grassi L, Magnani K, Ercolani M. Attitudes towards euthanasia and physician- assisted suicide among italian primary care physicians. *J. Pain Symptom Managment* 1999; 17: 188-96
18. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ* 2000; 163:166-9
19. Guntapalli KK, Fromm RE. Burnout in the internist- intensivist. *Intensive Care Med.* 1996; 22: 625-30
20. Hayter M. Burnout and AIDS care-related factors in HIV community clinical nurse specialists in the North of England. *J. Advanced Nursing* 1999; 29: 984-93
21. Hardelin L. Balint group work against burnout in somatic care (Swedish). *Lakartidningen* 2000; 97: 475-8
22. Hatch MC, Figa-Talamanca I, Salerno S. Work stress and menstrual cycle among Americans and Italian nurses. *Scand. J. Work Envir. Health* 1999; 25:144-50
23. Hinrichs G, Hobrucker B. Aggressives Verhalten bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden. *Nervenheilkunde* 2001; 21:260-4
24. Jugendgesundheitsstudie Stuttgart. Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin. Zusammenfassung in Stuttgarter Zeitung vom 9. 2. 2001
25. Lerman Y, Melamed S, Shragin Y, Kushnir T, Rotgoltz Y, Shirom A, Aronson M. Association between burnout at work and leukocyte adhesiveness. *Psychosom. Med.* 1999; 61: 828-33
26. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory (Third Edition)*. Consulting Psychology Press, Palo Alto 1996
27. Maslach C, Leiter MP. *The truth about burnout*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1997

28. Melamed S, Ugarten U, Shirom A, Kahara L, Lerman Y, Froom P. Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. *J. Psychosom. Res.* 1999; 46: 591-598
29. Montalvo A, Bair JH, Boor M. Teacher's perception of occupational stress factors. *Psychol. Reports* 1995; 76: 846
30. Muthny FA, Kuchenmeister U, Ziemen P. Psychosocial strain and work satisfaction of oncologic nurses. Results of an empirical study in an acute care hospital. *Pflege* 1998; 11:281-5
31. Pierce C, Molloy M, Geoffrey N. Psychological and biographical differences between secondary levels of burnout. *Br. J. Educ. Psychol.* 1990; 60: 37-51
32. Polizeirevier Lahr und Stadt Lahr. Gewalt an Schulen. Schülerbefragung Lahr 1999 – Ergebnisbericht —. Manuskript. 1999
33. Portenoy RK, Coyle N, Kash KM, Brescia F, Scanlon C, O'Hare D, Misbin RI, Holland J, Foley KM. Determinants of the willingness to endorse assisted suicide. *Psychosomatics* 1997; 38: 277-87, 1997
34. Powell SK. Job stress versus success factors for case management. *Nursing Case Management* 1996; 1:125-32
35. Pruessner JC, Hellhammer DH, Kirschbaum C. Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening. *Psychosom. Med.* 1999; 61: 197-204
36. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS, Snashall DC, Timothy AR. *Br. J. Cancer*: 1995; 71: 1263-69
37. Redmann A, Rehbein I. Gesundheit am Arbeitsplatz. Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO). Bonn. 2000
38. Reinecker H. Grundlagen der Verhaltenstherapie. Psychologie Verlags Union. München, Weinheim 1987
39. Sandell M, Sullivan K. Teacher disillusionment and supervision as a part of professional development. *Alberta J. Educat. Res.* 1992; 38: 133-40
40. Schaarschmidt U, Fischer A. AVEM— ein diagnostisches Instrument zur Differenzierung von Typen gesundheitsrelevanten Verhaltens und Erlebens gegenüber der Arbeit. *Z. f. different. diagn. Psychol.* 1997; 18: 151-163
41. Schaarschmidt U, Arold H, Kieschke U. Die Bewältigung psychischer Anforderungen durch Lehrkräfte. Information über ein Forschungsprojekt an der Universität Potsdam. Unveröffentl. Manuskript. 2000
42. Schaarschmidt U, Fischer AW. Bewältigungsmuster im Beruf. Vandenhoeck Ruprecht, Göttingen 2001
43. Trocco M, Valenzuela P, Trucco D. Occupational stress in health care personal. *Revista Medica de Chile* 1999; 127: 1453-61
44. Tuttemann E, Punch KF. Teacher's psychological distress. *Educ. Rev.* 1992; 44: 181-194
45. Tyler PA, Ellsion RN. Sources of stress and psychological well-being in high- dependency nursing. *J. Adv. Nurs.* 1994; 19:469-76
46. Van Servellen G, Leake B. Burnout in hospital nurses. *J. Prof. Nurs.* 1993; 9: 169-77
47. Versorgungsbericht. Bericht der Bundesregierung vom 8. 10. 1996

48. Weber A, Weltle D, Lederer P „Macht Schule krank?,, – Zur Problematik krankheitsbedingter Frühpensionierungen von Lehrkräften. Unveröffentlichtes Manuskript, 2001
49. Whitley TW, Allison EJ, Gallery ME, Cockington RA, Gaudry P, Heyworth J, Revicki DA. Work- related stress and depression among practicing emergency physicians. Ann. Emerg. Med. 1994; 23: 1068-71

Korrespondierender Autor:

Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Bauer
Abteilung Psychosomatik des Uniklinikums
Hauptstrasse 8, 79104 Freiburg
Tel. (0761) 270 6539
Email: Joachim_Bauer@psysom.ukl.uni-freiburg.de

Weitere Literatur

- Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J., Schaufeli, W. B. (2000): Effort-reward imbalance and burnout among nurses. Journal of Advanced Nursing 31, 884-891.
- Endres, A. (2000): Alkoholranke Ärzte: Die Existenz steht auf dem Spiel. Deutsches Ärzteblatt 97, C-22-C-23.
- Franz, M., Lieberz, K., Schepank, H. (Hrsg.) (2000): Seelische Gesundheit und neurotisches Elend. Der Langzeitverlauf in der Bevölkerung. Wien, New York: Springer.
- Häfner, S., Lieberz, K., Wöller, W. (1999): Leitlinien für die Indikation und Differentialindikation in der stationären Psychotherapie – Eine Literaturübersicht. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 35, 351-370.
- Häfner, S., Kordy, H., Kächele, H. (2001a): Psychosozialer Versorgungsbedarf bei Berufspendlern. Psychother Psychosom med Psychol [Online]. Available HTTP: <http://www.thieme.de/ppmp>.
- Häfner, S., Kordy, H., Kächele, H. (2001b): Psychosozialer Versorgungsbedarf bei Berufspendlern. Psychother Psychosom med Psychol 51, 373-376.
- Häfner, S. (2001c): Psychische Beschwerden bei Schülern der vierten Grundschulklassen. In: Landeshauptstadt Stuttgart, Referat Soziales, Jugend und Gesundheit, Gesundheitsamt (Hrsg.): Gesundheitsbericht Stuttgart 2000, S. 130-138. Stuttgart.
- Häfner, S., Lieberz, K., Hölzer, M., Wöller, W. (2001dc): Patient mit psychischer Erkrankung: Einweisen – ja oder nein? Münchener Medizinische Wochenschrift – Fortschritte der Medizin 143, 888-892.
- Herschbach, P. (1991): Streß im Krankenhaus – Die Belastungen von Krankenpflegekräften und Ärzten/Ärztinnen. Psychother Psychosom med Psychol 41, 176-186.

- Hillert, A., Maasche, B., Kretschmer, A., Ehrig, C., Schmitz, E., Fichter, M. (1999): Psychosomatische Erkrankungen bei LehrerInnen. Sozialer Kontext, Inhalte und Perspektiven stationärer Behandlungen im Hinblick auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. *Psychother Psychosom med Psychol* 49, 375-380.
- Jurkat, H. B., Reimer, C. (2001): Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Medizinerinnen in Abhängigkeit von der Fachrichtung. *Schweizerische Ärztezeitung* 82, 1745-1750.
- Kruse, J., Rosin, U., Wöller, W. (1997): Die Psychosomatik des Arztes. In: Tress, W. (Hrsg.): *Psychosomatische Grundversorgung. Kompendium der interpersonellen Medizin*, S. 214-219. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag.
- Maslach, C., Leiter, M. P. (2001): Die Wahrheit über Burn-out. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können. Wien, New York: Springer.
- Mäulen, B. (1998): Ärzte und Ärztinnen: In: Götz, Jörg (Hrsg.): *Moderne Suchtmedizin: Diagnostik und Therapie der somatischen, psychischen und sozialen Syndrome*, B.7.4.3.1-1 – B.7.4.3.1-11. Stuttgart: Thieme.
- Michaelis, M., Siegel, W., Hofmann, F. (2001): Psychische und emotionale Faktoren des Arbeitslebens als Gegenstand betriebsärztlicher Praxis im Krankenhaus. *Gesundheitswesen* 63, 22-28.
- Peter, R., Siegrist, J. (1997): Chronic work stress, sickness absence, and hypertension in middle managers: general or specific sociological explanations? *Soc Sci Med* 45, 1111-1120.
- Ripke, T. (2000): Der kranke Arzt: Chance zum besseren Verständnis des Patienten. *Deutsches Ärzteblatt* 97, C-184-C-187.
- Schepank, H. (1987): Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Schneider, C., Bühler, K.-E. (2001): Arbeitssucht. *Deutsches Ärzteblatt* 98, A-463-465.
- Schreurs, P. J. G., Winnubst, J. A. M., Cooper, C. L. (1996): Workplace health programmes. In: Schabracq, M. J., Winnubst, J. A. M., Cooper, C. L. (Eds.): *Handbook of work and health psychology*, pp. 463-481. Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons.
- Schwickerath, J., Berrang, F., Kneip, V. (2000): Mobbing: Interaktionelle Problembereiche am Arbeitsplatz – Psychosomatische Reaktionsbildungen und Behandlungsansätze. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 50, 28-46.
- Schwickerath, J. (2001). Mobbing am Arbeitsplatz. Aktuelle Konzepte zu Theorie, Diagnostik und Verhaltenstherapie. *Psychotherapeut* 46, 199-213.
- Schwickerath, J., Kneip, V. (2001): Mobbing am Arbeitsplatz: Interaktionelle Problembereiche am Arbeitsplatz – Psychosomatische Reaktionsbildungen und Behandlungsansätze. In: Zielke, M., Keyserlingk, H. v., Hackhausen, W. (Hrsg.): *Angewandte Verhaltensmedizin in der Rehabilitation*. Lengerich: Pabst Sci Publ.

- Teegen, F., Domnick, A., Heerdegen, M. (1997): Hochbelastende Erfahrungen im Berufsalltag von Polizei und Feuerwehr: Traumaexposition, Belastungsstörungen, Bewältigungsstrategien. *Verhaltensther Psychosoz Prax* 29, 583-599.
- Teegen, F., Grotwinkel, M. (2001): Traumatische Erfahrungen und Posttraumatische Belastungsstörung bei Journalisten. Eine internet-basierte Studie. *Psychotherapeut* 46, 169-175.
- Tellenbach, H. (1983): Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Zielke, M. (2000): Macht Arbeit krank? Neue Anforderungen im Arbeitsleben und Krankheitsrisiken. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 50, 13-27.
- Zielke, M., Dehmlow, A. (1998): Wiederherstellung und Sicherung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen nach stationärer medizinischer Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 44, 77-86.

Dr. med. Steffen Häfner, Klinikum der Universität Ulm, Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart, Christian-Belser-Str. 79a, D-70597 Stuttgart, Tel.: (07 11) 67 81-405, Fax: (07 11) 6 87 69 02, E-Mail: haefner@psyres-stuttgart.de.