

## Burnout

### Hintergrund

Burnout wird seit den 1970er Jahren als Folge emotionaler Belastungen in der Arbeit diskutiert<sup>1</sup>. Divergierende Begriffsverständnisse existieren (z.B. eigenständige psychische Störung; Begriff, der anstelle bekannter Diagnosen, wie Depression, verwendet wird/obsolet ist)<sup>2-3</sup>. Zumeist wird Burnout heute als eigenständiges Phänomen im Arbeitskontext verstanden, das das Risiko für psychische Störungen und Beeinträchtigungen erhöht, jedoch keine eigenständige Störung darstellt<sup>4-6</sup>. Dies spiegelt auch die Einordnung in der ICD 11<sup>7</sup> wieder.

### Definition nach ICD 11 (QD 85)<sup>7</sup>

Syndrom, das aus chronischem, nicht bewältigtem Stress am Arbeitsplatz resultiert

#### Merkmale:

- 1) Erschöpfung
- 2) mentale Distanz zur Arbeit/ Zynismus
- 3) Ineffektivität/Leistungsabfall

### Risikofaktoren im ANI-Bereich<sup>13-22</sup>

**Ebene Person:** u.a. Alter↓, Berufserfahrung↓, Verausgabungsbereitschaft↑, Neurotizismus↑, ungünstige Bewältigungsstile, u.a. Substanzkonsum, Grübeln, Selbstvorwürfe

**Ebene Arbeitsumfeld:** Workload↑, Anforderung↑, Arbeitszeiten↑, Verausgabungs-Belohnungsungleichgewichte, traumatische Situationen, Gewalt, Übertherapie, ungünstiges ethisches Klima

### Schutzfaktoren im ANI-Bereich<sup>17-18,21,23</sup>

**Ebene Person:** Hilfesuchverhalten, positives Denken/Optimismus, Problemlösestrategien

**Ebene Arbeitsumfeld:** soziale Unterstützung am Arbeitsplatz, Gerechtigkeit, Autonomie, intensivmedizinische Spezialisierung

### Prävalenz im ANI-Bereich

- Notaufnahme<sup>8</sup>: 42% moderate/hohe Werte arbeitsbezogenes Burnout, 17% moderate/hohe Werte patientenbezogenes Burnout (D, Fokus: Erschöpfung)
- Intensivstationen<sup>9</sup>: Mediziner 42%, Pflegende 45% (int.)
- Notfallmediziner<sup>10</sup>: 54,1 bis 59,2% mind. ein Burnout-Merkmal (CH)
- Anästhesisten<sup>11</sup>: 40,1% (D)
- Intensivpflegende<sup>12</sup>: 31% hoch erschöpft, 18% hoch zynisch, 46% wenig leistungsfähig (int.)

### Mögliche (langfristige) Folgen<sup>5,14,19,22,24</sup>

- u.a. Arbeitszufriedenheit↓, Engagement↓, Wechselabsichten↑, Depressivität↑, Arbeitsausfälle↑, Kopfschmerzen, Schlafprobleme, kardiovaskuläre Probleme
- 2fach höhere Chance für den Bericht medizinischer Fehler

→Pflegende stärker erschöpft als Mediziner, Werte in Pandemie höher, Angaben differieren in Abhängigkeit Messinstrumente/Cut-offs

### Interventionen<sup>23,25-30</sup>

**Ebene Person:** individuelle Stressbewältigungskurse (Ansatzpunkte: Stressbewertung, Emotions-/Problembewältigung, Entspannung/Achtsamkeit), können kurz-/mittelfristig Burnout reduzieren, langfristige Effekte sind unklar, regelmäßige Auffrischungssitzungen erscheinen sinnvoll.

**Ebene Organisation:** Arbeitszeitbegrenzung, Optimierung von Teamwork, Kommunikation, Führung, Gewährung von Autonomie zeigen eine mittlere Reduktion des Burnout-Scores.

**Weitere Empfehlungen:** Optimierung der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Arbeitsabläufe, Supervision, Team-Coaching. Führungskräfte sollten auf Burnout-Signale achten, um langfristige Folgen und „Ansteckungsprozesse“ zu vermeiden, und für eine aufgabenangemessene Mitarbeiterqualifikation sorgen.

**Merke:** Individuelle Maßnahmen scheinen nachhaltig wirksamer, wenn sie durch organisatorische Maßnahmen begleitet werden. Es liegen aktuell wenig Evaluationsstudien für komplexe Interventionen vor.

Quellenverzeichnis siehe QR-Code:



**Anschrift der Autorin:**

Prof. Dr. phil. Dagmar Arndt  
Gesundheitswissenschaften  
Professur für Psychologie in Prävention und Gesundheitsförderung

Hochschule Magdeburg-Stendal  
Fachbereich Soziale Arbeit, Gesundheit und Medien  
Breitscheidstraße 2, 39114 Magdeburg  
E-Mail: [dagmar.arndt@h2.de](mailto:dagmar.arndt@h2.de)

Stellvertretende Sprecherin der DIVI-Sektion *Perspektive Resilienz*