

Gut untersucht ist hinsichtlich des Einflusses auf eine Burnout-Entwicklung das Modell der Gratifikationskrisen (effort-reward imbalance) (Siegrist 2004). Das Modell beschreibt, dass ein Ungleichgewicht zwischen Effort (Anstrengungen) und Reward (Belohnung) bei der Arbeit zu somatischen und/oder psychischen Erkrankungen führen kann, was durch eine Reihe Studien gut belegt ist (Unterbrink et al. 2007, Loerbroks et al. 2014).

Persönlichkeitsvariablen

Zum Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsvariablen und Burnout gibt es eine Vielzahl an Daten. Gut belegt ist eine positive Korrelation zwischen hoher Verausgabungsneigung (Overcommitment) (Avanzi et al. 2014) und Neurotizismus (Waldmann et al. 2017) mit Burnout. Swider und Zimmerman (2010) fanden in ihrer Meta-Analyse einen konsistenten negativen Zusammenhang zwischen Verträglichkeit, Extraversion, Gewissenhaftigkeit und Offenheit mit Burnout.

Burnout bei Ärzten

Der internationalen Literatur zufolge haben Ärzte ein hohes Ansehen in der Gesellschaft und werden wertgeschätzt. Dieses soziale Prestige steht im Zusammenhang mit hohen Erwartungen. So soll ein Arzt immer erreichbar, aufmerksam, umsorgend sein, und gleichzeitig schnell und effektiv handeln. In den vergangenen Jahren beschäftigte sich die Forschung zunehmend mit den möglichen negativen Folgen dieser Erwartungshaltung bei Ärzten. Die inzwischen recht breit aufgestellte Literatur zum „impaired physician“ beschäftigt sich mit dem Gesundheitszustand der Ärzte im Allgemeinen und ihrer dadurch beeinträchtigten Leistungen.

Bereits im Studium scheint die Prävalenz psychischer Beeinträchtigungen, insbesondere Burnout, bei angehenden Ärzten höher zu liegen als in der Allgemeinbevölkerung (Dahlin et al. 2005, Jackson et al. 2016) (*siehe auch Kapitel → „1.9 Medizinstudium und Gesundheit“*). Studien an berufstätigen Ärzten weisen auf ein hohes Risiko in der Ärzteschaft hin, ein Burnout-Syndrom oder eine depressive Symptomatik zu entwickeln (Shanafelt et al. 2002, Thomas 2004, Shanafelt et al. 2012). Chopra et al. (2004) berichten bei Ärzten von 46–80 % mittleren bis hohen Werten für emotionale Erschöpfung, die Kerndimension von Burnout. Bei 22–93 % fanden sich mittlere bis hohe Werte für Depersonalisation und bei 16–79 % geringe bis mittlere Werte für die Dimension der verminderten persönlichen Erfüllung. In einer großangelegten Studie fanden Dyrbye et al. (2014) bei n = 2581 Ärztinnen und Ärzten Punktprävalenzen für Burnout von 50–60 %.

Einflussfaktoren

Ähnlich wie für die Allgemeinbevölkerung werden *Geschlechterunterschiede* hinsichtlich Burnout-Häufigkeit auch für die Ärzteschaft berichtet:

Ärztinnen sind 1,6-mal häufiger von Burnout betroffen als ihre männlichen Kollegen (McMurray et al. 2000). Diese Daten weisen in dieselbe Richtung wie die Ergebnisse einer Meta-Analyse von Schernhammer und Colditz (2004), die für Ärztinnen eine deutlich höhere Suizidhäufigkeit im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen aufzeigen. Insgesamt sieht die empirische internationale Literatur bei Ärzten eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung und zu anderen akademischen Berufen um das 1,4- bis 2,7-fach erhöhte Suizidrate (Schernhammer u. Colditz 2004).

Hinsichtlich des Einflusses von *Persönlichkeitsfaktoren* auf Burnout bei Ärzten gibt es noch relativ wenige internationale Daten:

Selbstmanagementfähigkeiten (self-directedness, self-control) und Teamfähigkeit/Kooperationsbereitschaft zeigten sich in einer Studie von Pejušković et al. (2011) als schützend hinsichtlich Burnout-Entwicklung. McManus et al. (2004) konnten zeigen, dass auch bei Ärzten Neurotizismus mit höheren Werten für die Dimension „Emotionale Erschöpfung“ des Burnout-Syndroms in Zusammenhang steht, während Verträglichkeit mit eher niedrigen Werten für Burnout korreliert. Geringer Selbstwert, Unzulänglichkeitsgefühle, Dysphorie, obsessives Sorgenmachen, Passivität, soziale Ängstlichkeit und Rückzugsverhalten korrelierten in einer Untersuchung von McCranie und Brandsma (1988) mit hohen Burnout-Werten. Signifikante Zusammenhänge zwischen hoher Verausgabungsneigung (overcommitment) und Burnout fanden Wu et al. (2013) in einer Studie an 1 202 Ärzten.

Psychische Belastung und Burnout bei Ärzten in Deutschland

Auch in Deutschland rücken psychische Erkrankungen bei Ärzten und mögliche zugrundeliegende belastende Arbeitsbedingungen in den Fokus der Aufmerksamkeit:

Jurkat und Reimer (2001) befassten sich in zwei empirischen Querschnittsstudien (n = 275) mit der Lebensqualität berufstätiger Ärzte aller Fachrichtungen in hessischen Kliniken und Praxen. Sie fanden bei der deskriptiven Betrachtung der Daten heraus, dass die Lebensqualität berufstätiger Medizinerinnen im Durchschnitt deutlich über dem ihrer männlichen Kollegen liegt. 58,3 % der Ärzte und 46,6 % der Ärztinnen fühlen sich durch ihren Lebensstil „beeinträchtigt“, 7,4 % der Ärzte sogar „stark beeinträchtigt“. Die Arbeitszufriedenheit wurde von 58 % der Ärztinnen und 51 % der Ärzte mit „im Großen und Ganzen zufrieden“ bewertet. „Wenig zufrieden“ waren 11 % der Ärzte und 4,2 % der Ärztinnen. Depressive bzw. lebensmüde Gedanken wurden von 30,9 % der Ärzte und 35,2 % der Ärztinnen mit „selten bis oft“ und „sehr selten“ angegeben. Mit „niemals“ antworteten 64,8 % der Ärztinnen und 69 % der Ärzte.

Arbeitsstress und gesundheitliches Wohlbefinden junger Ärzte in Kliniken der deutschsprachigen Schweiz waren Gegenstand einer prospektiven Studie von Buddeberg-Fischer et al. (2008). Hier wurden 518 junge Ärzte zweimal im Abstand von zwei Jahren zu Erfahrungen am Arbeitsplatz, deren Zusammenhang mit gesundheitlichem Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit befragt. Die Messzeitpunkte waren so gelegt, dass das erste Weiterbildungsjahr der Ärzte betrachtet werden konnte. Im Vergleich zur Erstbefragung verschlechterte sich in beiden Gruppen das gesundheitliche