

# Primary **Care** and Hospital

## Allgemeine Innere Medizin

**46** Rahel Sahli, Marc Jungi  
**Chronic Care Management  
in der Hausarztpraxis**

**57** Auszüge aus Texten des  
Lehrgangs «Reflective writing»  
**Erste Erfahrungen  
im medizinischen Alltag**

**59** Edy Riesen  
**Ein ganz gewöhnlicher Arzt  
hat eine ganz gewöhnliche  
Erkältung**

**51** Roland von Känel  
**Burnout und Resilienz  
bei Ärztinnen und Ärzten**









Erste Outcome-Resultate

# Chronic Care Management in der Hausarztpraxis

Rahel Sahli, Marc Jungi

Sanacare Gruppenpraxis Bern

Seit 2013 lebt Sanacare das *Chronic Care Management* und setzt dabei auf ein patientenzentriertes interprofessionelles Betreuungsteam, das evidenzbasierten Behandlungspfaden folgt und das Selbstmanagement des Patienten fördert. Erfahrungen mit diesem Setting und erste Outcomes der Programme können nun reflektiert werden.

## Ausgangslage

Die Herausforderungen der medizinischen Grundversorger nehmen kontinuierlich zu: Die stetige Zunahme immer älterer, chronisch kranker Patienten steht der fortschreitenden Verknappung der ärztlichen Ressourcen gegenüber. Die in dieser Zeitschrift publizierten Resultate der Workforce-Studie 2015 des Universitären Zentrums für Hausarztmedizin beider Basel [1] zeigen, dass in zehn Jahren eine Versorgungslücke von 60% respektive von über 5000 Vollzeit-Hausärzten bestehen wird. Die Folgen für Patienten werden immer schwerwiegender: Bereits heute erhalten sie nicht immer die nötige Versorgung; die ungenügende Krankheitskontrolle führt zu Folgeschäden mit Zunahme von Morbidität, Mortalität und Hospitalisationen.

Verschiedene Berufsgruppen des Gesundheitswesens und die Politik diskutieren mögliche Lösungen und die dafür notwendigen, zu schaffenden Rahmenbedingungen [2]. Mithilfe interprofessioneller Zusammenarbeit sollen Ressourcen besser koordiniert und eine effiziente und qualitativ hochstehende medizinische Versorgung realisiert werden. Die regulatorischen, gesellschaftlichen und technologischen Rahmenbedingungen sind jedoch noch nicht ganz ausgereift.

*Chronic Care Management* (CCM), die Langzeitbetreuung chronisch kranker Menschen, baut unter anderem auf der Interprofessionalität auf: Die Interaktion eines patientenzentrierten, proaktiven Behandlungsteams (im Hausarztsetting Arzt + MPA) mit einem informierten Patienten soll erfolgreicher als bisherige Behandlungsformen sein. Weitere zentrale Elemente des CCM sind Selbstmanagement, richtlinienkonforme Ent-

scheidungshilfen, klinische Informationssysteme und strukturierte Arbeitsabläufe, wie aus dem Chronic Care-Modell nach Wagner [3] hervorgeht (<http://ecp.acponline.org/augsep98/cdmfg1.htm>).

Vor diesem Hintergrund hat der Bund 2016 das Programm zur Förderung der Interprofessionalität im Gesundheitswesen beschlossen und eine Revision des Gesundheitsberufsgesetzes gutgeheissen. Leider hat das neue Gesetz sowohl den MPAs als auch der Pflege auf Masterstufe keine zusätzlichen Kompetenzen übertragen. Dennoch haben sich in den letzten Jahren die Rahmenbedingungen für die MPAs verbessert: Ihnen steht nun ein Weg zur eidgenössisch anerkannten klinischen Weiterbildung offen. Die «Medizinische Praxiskoordinatorin (MPK) mit klinischer Fachrichtung» betreut unter ärztlicher Verantwortung Menschen mit chronischen Krankheiten und trägt deutlich zur Förderung des Patienten-Selbstmanagements bei. In der Diabetesbehandlung wird Selbstmanagement für die Verbesserung von klinischen Outcomes für alle Patienten empfohlen [4]. Darüber hinaus haben verschiedene Übersichtsarbeiten [5–7] und Studien den Effekt des CCM-Gesamtkonzepts analysiert. Neben der unterschiedlichen Qualität erschwert die fehlende Verblindung der Studien die Beurteilung der Interventionen. Am Beispiel Diabetes mellitus Typ 2 zeigen die meisten Studien eine Verbesserung der Prozessparameter oder der klinischen Endpunkte sowie ein Potential zur Kostensenkung. Eine aktuelle Übersicht zeigt aber auch, dass die meisten hausärztlichen Diabetes-Studien die wachsende Evidenz bezüglich des CCM nicht reflektieren [8].

Die Rahmenbedingungen für die Abrechnung dieser neuen Art von MPA-Leistungen sind leider im aktuell

gültigen Tarmed-Tarif nicht gegeben. Im Rahmen unserer Programme akzeptierten die durch uns angefragten Krankenversicherer sowohl die Tarmed-Position 00.1430/00.1440 (Nichtärztliche Behandlung und Betreuung ambulanter, onkologischer/hämatologischer/diabetologischer Patienten) bei den Patienten mit Diabetes als auch gewisse Analogiepositionen bei solchen mit anderen Diagnosen.

### CCM in der hausärztlichen Gruppenpraxis: Setting Sanacare

Sanacare, eine Organisation mit 13 Gruppenpraxen an neun urbanen Standorten in der Deutschschweiz und im Tessin, betreut seit 25 Jahren ein Kollektiv von Managed-Care- und konventionell versicherten Patienten (aktuell ca. 110 000). Viele Patienten wurden mit Sanacare älter und leiden an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen. 2012 entschied sich Sanacare, Interprofessionalität und CCM in ihrer Strategie zu verankern und startete einen Pilotversuch in zwei Praxen mit Programmen für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2, arterieller Hypertonie, COPD und deren Kombinationen. Heute betreuen interprofessionelle Teams in allen 13 Praxen ca. 550 Patienten in fünf CCM-Programmen (Tab. 1).

#### Intervention auf Team-Ebene

Unsere CCM-Teams bestehen jeweils aus einem Hausarzt und einem Coach – einer MPA, welche die Ausbildung zur MPK in klinischer Fachrichtung absolviert oder abgeschlossen hat. Gemeinsam betreuen sie Patienten entlang eines evidenzbasierten Behandlungspfades. Die Coaches beraten selbstständig in ihrer Sprechstunde und stützen sich auf die in der elektronischen Krankengeschichte verankerten Checklisten (mit Alarmwerten und Handlungsweisungen bei Über-

schreitungen), Skripts und Broschüren. Die Beratungen werden dokumentiert und dem Hausarzt elektronisch zugestellt. Dieser ist für Rückfragen immer erreichbar und bleibt fachverantwortlich. Die Aufgabenteilung ist definiert.

Alle unsere Ärzte beteiligen sich an den CCM-Programmen. Jede Praxis verfügt aktuell über einen bis drei Coaches. Über die dafür notwendige Weiterbildung und Eignungskriterien der MPAs haben wir 2013 in *PrimaryCare* [9] berichtet. Die Weiterbildungskosten zur MPK in klinischer Richtung sind eine lohnende Investition, um einer kompetenten und motivierten MPA eine Perspektive zu bieten. Unserer Erfahrung nach bleiben solche MPAs der Praxis erhalten.

#### Intervention auf Behandlungspfad-Ebene

Alle unsere CCM-Programme erfüllen die Qualitätskriterien zur Beurteilung interprofessioneller Projekte [10] und stützen sich auf nationale und internationale Richtlinien [4, 11]. Entscheidungen werden im Behandlungsteam gemeinsam mit dem Patienten gefällt.

Der Behandlungspfad ist in Zyklen eingeteilt und beschreibt Umfang und Zeitpunkt aller klinischen, laborbasierten und spezialärztlichen Abklärungen, aber auch Schulungsinhalte und Behandlungen (Abb. 1). Erfüllt ein Patient die Einschlusskriterien und erklärt sich einverstanden, am Programm teilzunehmen, beginnt der erste Zyklus mit dem gemeinsamen Festlegen der Ziele im Assessment. Im ersten Zyklus hat der Patient alle 3–6 Wochen Kontakt zu seinem Behandlungsteam, eine Arztkonsultation alle 3–6 Monate. Der erste Zyklus endet nach einem Jahr mit der gemeinsamen Ergebnisbeurteilung. Die wichtigsten Erfolge/Misserfolge werden festgehalten, neue Ziele definiert und ein individueller Behandlungsplan für den nächsten Zyklus festgelegt. Die folgenden jährlich wiederkehrenden Zyklen werden Wiederholungszyklen genannt, wobei je nach Zielerreichung im Vorjahr weniger oder mehr Interaktionen mit dem Behandlungsteam geplant werden. Das Vorgehen in einer Notfallsituation ist geregelt, in Refresher-Modulen werden bedarfsgerecht Inhalte – besonders nach Entgleisungen/Exazerbationen – vertieft.

Die 2013 eingeführten Programme richteten sich an Menschen in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium oder mit mehreren chronischen Krankheiten (Standard-Programme). Aktuell haben wir das Angebot für frisch erkrankte Menschen mit gleichen Diagnosen erweitert, um die Belastung durch die Diagnose abzufangen und Betroffene möglichst früh zu einem hohen Mass an Selbstmanagement zu befähigen (Basis-Programme).

**Tabelle 1:** Programm-Mix Sanacare.  
Anzahl eingeschlossener Patienten 2015 mit Abweichung zum Vorjahr.

	2014 Bestand	2014 → 2015 Eintritte	2014 → 2015 Austritte	2015 Bestand	ΔVJ	
aHT	70	95	-10	155	85	121%
DM2	31	48	-1	78	47	152%
COPD	7	6	-1	12	5	71%
aHT + COPD	6	4	-1	9	3	
aHT + DM2	148	159	-11	296	148	100%
<b>CCM</b>	<b>262</b>			<b>550</b>	<b>288</b>	<b>110%</b>

Abkürzungen: aHT = arterielle Hypertonie; CCM = Chronic Care Management; COPD = Chronisch obstruktive Lungenerkrankung; DM2 = Diabetes mellitus Typ 2; ΔVJ = Abweichung zum Vorjahr

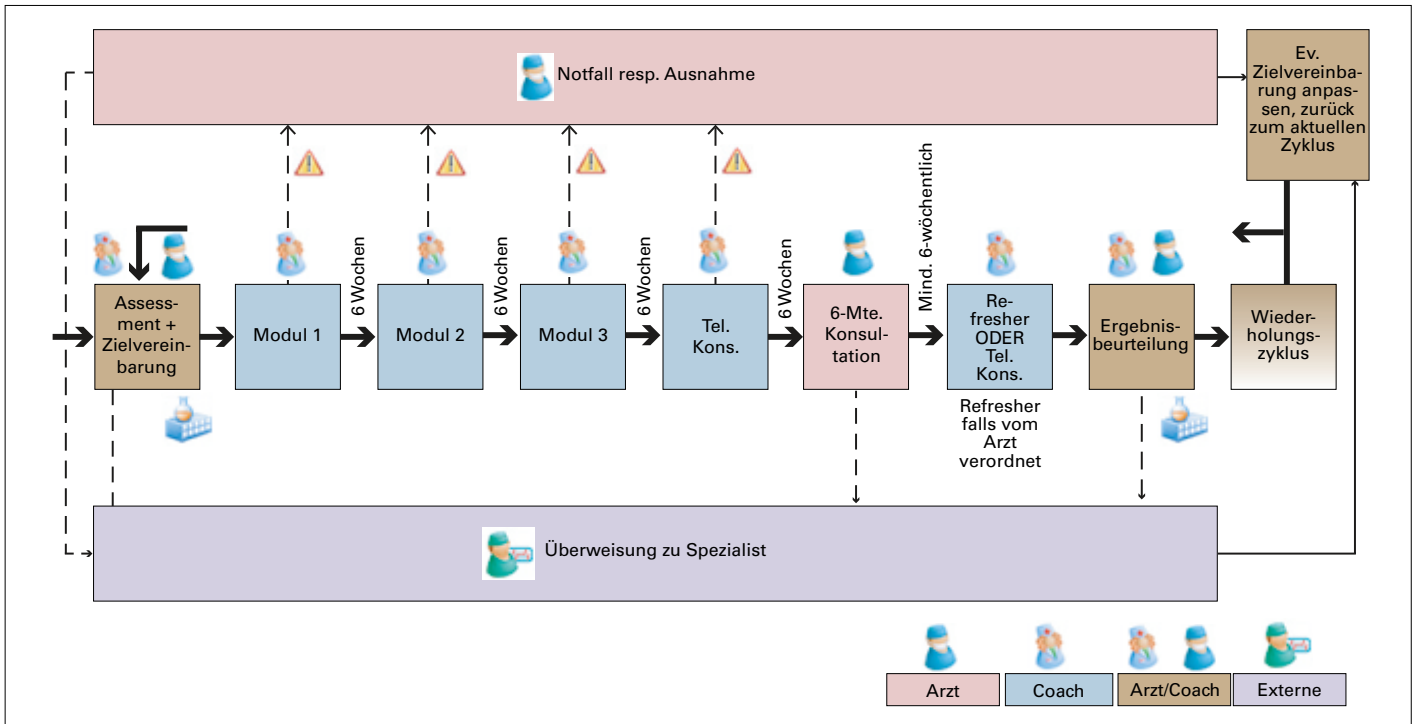


Abbildung 1: Ein Behandlungszyklus im CCM-Programm (diagnoseunabhängige Vorlage).

### Outcome-Daten der Standard-Programme

Per Ende 2015 betreuten wir 550 Patienten in fünf Standard-Programmen (Tab. 1). Die weitaus grösste Anzahl Patienten wurde in die Diabetesprogramme (Diabetes mellitus, resp. Diabetes mellitus und arterielle Hypertonie) eingeschlossen, gefolgt vom Hypertonie-Programm. Nur wenige Patienten konnten für die COPD-Programme gewonnen werden. 200 Patienten haben per Ende 2015 den ersten Zyklus abgeschlossen (Ende 2014 waren es 44). Im Verlauf von 2014 bis 2015 verzeichneten wir 24 Austritte (9% der Patienten). Austrittsgründe waren in je 25% Zeitmangel, mangelndes Interesse und eine zusätzliche schwere Erkrankung, in 13% ein Wohnorts-/Versicherungswechsel und in 12% Exitus.

Tabelle 2: Klinische Outcomedaten Standardprogramm arterielle Hypertonie und Typ-2-Diabetes: BMI und Aktivität (Zyklusbeginn bzw. Zyklusende).

	100		
	Zyklus 1 Beginn	Alle Sanacare Zyklus 1 Ende	Zyklus 1 Delta
BMI (im Ø)	31,5	30,9	-0,6
Gewicht (kg im Ø)	88,6	86,9	-1,7
Aktivität 3 (aktiv)	23%	35%	12%
Aktivität 2 (gering aktiv)	39%	45%	6%
Aktivität 1 (inaktiv)	38%	20%	-18%

Aufgrund der Fallzahlen fokussiert die nachfolgende Diskussion auf die Outcome-Daten des Diabetes mellitus/Hypertonie-Programms nach einem Jahr mit 100 abgeschlossenen Zyklen:

42% der Patienten sind Frauen, 58% Männer, ihr durchschnittliches Alter beträgt 70 Jahre. Die individuellen Behandlungsziele wurden zu ca. 70% erreicht. Die Prozessstreue bezüglich Konsultationen und Zusatzuntersuchungen (HbA<sub>1c</sub>-Messungen, jährliche Augenkontrollen, Fusskontrollen) war sehr hoch, es waren keine Notfallkonsultationen nötig und die Hospitalisierungen beliefen sich auf nur 5%. Mehr als die Hälfte der Patienten liess sich gegen Grippe impfen, entsprechend der Durchimpfungsrate bei über 64-jährigen Menschen mit chronischer Erkrankung (BAG 2014). Die klinischen und laborbasierten Outcome-Daten sind in den Tabellen 2 und 3 zusammengefasst:

- Der durchschnittliche Gewichtsverlust betrug knapp 2% des ursprünglichen Körpergewichts;
- Die Aktivität konnte gesteigert werden; am Ende des Programms waren 45% der Teilnehmer gering aktiv (<3x/Woche 30 Minuten), respektive 35% aktiv (>3x/Woche 30 Minuten), die Rate der Inaktiven sank von 38% auf 20%;
- Das durchschnittliche HbA<sub>1c</sub> wurde von 7,1% auf 6,8% und bei 34% der Patienten auf unter 6,5% gesenkt. Bei Zyklusende wurden 5% mehr Patienten ausgezeichnet kontrolliert;
- Das durchschnittliche LDL-Cholesterin stieg von 2,7 auf 2,9 mmol/l an, wurde aber bei 56% der Patienten

**Tabelle 3:** Klinische Outcomedaten Standardprogramm arterielle Hypertonie und Diabetes: Lipidstatus, Blutdruck, HbA<sub>1c</sub> (Zyklusbeginn bzw. Zyklusende).

	100		
	Zyklus 1 Beginn	Alle Sanacare Zyklus 1 Ende	Zyklus 1 Delta
LDL (mmol/l im Ø)	2,7	2,9	0,2
LDL <3 mmol/l in %	63%	56%	-7%
LDL 3,00–3,49 mmol/l in %	15%	17%	2%
LDL 3,50–3,99 mmol/l in %	12%	15%	2%
LDL ≥4,00 mmol/l in %	10%	12%	2%
Blutdruck systolisch (im Ø)	142	137	-5
Blutdruck diastolisch (im Ø)	80	77	-3
Blutdruck normal in %	47%	56%	9%
Blutdruck Grad 1 in %	34%	39%	5%
Blutdruck Grad 2 in %	17%	5%	-12%
Blutdruck Grad 3 in %	3%	0%	-3%
HbA <sub>1c</sub> (in % im Ø)	7,1	6,8	-0,3
HbA <sub>1c</sub> <6,5 mmol/l in %	29%	34%	5%
HbA <sub>1c</sub> 6,5 bis 7,49 mmol/l in %	45%	52%	7%
HbA <sub>1c</sub> 7,5 bis 8,49 mmol/l in %	14%	10%	-3%
HbA <sub>1c</sub> ≥8,5 mmol/l in %	12%	3%	-9%

unter 3 mmol/l gesenkt. Bei Zyklusende wurden 7% weniger Patienten ausgezeichnet kontrolliert;

- Der durchschnittliche Blutdruck sank von 142/80 mm Hg auf 137/77 mm Hg, womit bei Zyklusende der Zielblutdruck <140/90 mm Hg bei 56% der Patienten und damit bei 9% mehr Patienten erreicht wurde.

## Diskussion und Ausblick

Wir konnten erfolgreich einen teambasierten *Chronic care approach* mit Einbezug von MPAs für drei wichtige chronische Krankheiten in den Alltag unserer Gruppenpraxen integrieren und können die Aussage der Schweizer CARAT-Studie [12] bestätigen, dass CCM-Elemente erfolgreich in Schweizer Hausarztpraxen implementiert werden können. Im Gegensatz zur CARAT-Studie, bei der nur ein kleiner Teil der kontaktierten Ärzte am Projekt teilnahm, beteiligten sich in unseren Gruppenpraxen alle Ärzte, was die Alltags-tauglichkeit und Therapeutenzufriedenheit bestätigt. Die ärztliche Sprechstunde wurde entlastet, die Betätigungsfelder und Verantwortlichkeiten der MPA-Coaches ausgedehnt. Unsere Patienten schätzen die strukturierte, teambasierte Betreuung (analog der CARAT-Studie), was die hohe Haltequote (91%) und Patientenzufriedenheit bestätigen, während eine systematische Übersicht [13] Dropout-Raten von durchschnittlich 4–57% jährlich beschreibt.

Die Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED) hat die wichtigsten Aspekte der Betreuung von Patientengruppen mit Diabetes mellitus in einem Score gewichtet [14], wobei sowohl relevante Prozesse (Anzahl diabetesspezifischer Gespräche, Lifestyle-Beratungen, Untersuchung der Augen, Nieren und Füsse), als auch klinische Ergebnisse (HbA<sub>1c</sub>, Blutdruck, Lipide) erfasst werden. Der Score variiert nach Krankheitsstadium und Altersverteilung der Patientengruppe. Im Unterschied zu einem unselektionierten Patientengut haben wir eine zweifache Selektion vorgenommen: Aufgrund der Einschlusskriterien liegen bei vielen Patienten zusätzliche kardiovaskuläre Risikofaktoren und Folgekrankheiten vor. Dieser negativen Selektion steht die positive Selektion von überdurchschnittlich motivierten Patienten gegenüber. Insgesamt haben unsere CCM-Diabetes-Programme die Kriterien für ein gutes Disease-Management mit 85% problemlos erfüllt (Tab. 4).

Eine weitere Schweizer Studie [15] untersuchte die Guideline-Adhärenz bei 40 285 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 unter konventioneller Behandlung. Trotz hoher Therapieintensität fand sich ein deutlich schlechteres Umsetzen der SGED-Prozesse: Nur gerade 4,8% der Patienten erhielten alle empfohlenen Untersuchungen. Die unmittelbare Bedeutung der Guide-

**Tabelle 4:** Klinische Outcomedaten Standardprogramm arterielle Hypertonie und Diabetes: Disease-Management (Punkte pro Kriterium [SGED1-DM2-Score]).

	106	
	Alle Sanacare 2015	Erreicht
1 Regelmässige ärztliche Kontrollen	10	100%
2a Lifestyle (Beratung Gewicht + Bewegung)	5	95%
2b Lifestyle (Beratung Rauchstopp)	5	100%
3a HbA <sub>1c</sub> (≥9% bei ≤15%)	12	3%
3b HbA <sub>1c</sub> (<8% bei ≥60%)	8	92%
3c HbA <sub>1c</sub> (<7% bei ≥40%)	5	59%
4 Blutdruck (≥140/≥90 mm Hg bei <35%)	0	43%
5a LDL (≥3,37 mmol/l bei <37%)	10	28%
5b LDL (<2,60 mmol/l bei ≥36%)	10	53%
6 Nephropathiesuche (bei ≥80% der Patienten)	5	100%
7 Augenuntersuchung (bei ≥60% der Patienten)	10	92%
8 Fussuntersuchung (bei ≥80% der Patienten)	5	96%
<b>DM2-Score gemäss SGED<sup>1</sup></b>	<b>85</b>	

<sup>1</sup> Gemäss SGED (Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie) zeichnen 75 bis 100 Punkten ein gutes Disease-Management aus.



line-Adhärenz wird durch Reduktion des Hospitalisationsrisikos bereits in den folgenden zwei Jahren betont. In unserer Population stehen die Hospitalisationen aktuell bei tiefen 5%.

Der durchschnittliche Gewichtsverlust lag nach einem Jahr unter dem angestrebten Wert von mindestens 5%, der auch in der *Look AHEAD*-Studie [16], der bisher grössten Lifestyle-Interventionsstudie bei Diabetikern, erreicht wurde. Dies ist insofern etwas enttäuschend, da der Gewichtsverlust im ersten Behandlungsjahr sowohl am grössten als auch prädiktiv für die langfristige Gewichtsreduktion ist – zumal unsere Patienten mit guter Lebensqualität günstige Voraussetzungen für einen Gewichtsverlust aufweisen. Möglicherweise war die erreichte Aktivitätssteigerung nicht ausreichend, wurde doch in der *Look AHEAD*-Studie mit professioneller Hilfe eine Aktivität von >175 Minuten/Woche angestrebt. Die Ziele könnten allenfalls mit dem Einsatz gewichtsneutraler oder -reduzierender Antidiabetika besser erreicht werden.

Das durchschnittliche HbA<sub>1c</sub> lag bereits zu Programmbeginn nahezu im Zielbereich und konnte weiter gesenkt werden. Dies ist erfreulich, da bei einem bereits guten Ausgangs-HbA<sub>1c</sub> eine nur geringere weitere Absenkung erwartet werden darf [7]. Zudem werden die strikten HbA<sub>1c</sub>-Ziele bei unseren älteren und multimorbiden Patienten nur angestrebt, wenn sie ohne relevante Nebenwirkungen erreichbar sind. Aufgrund programmbedingter Vorgaben können wir ausschliessen, dass diese Verbesserung mit einem überproportionalen Aufwand und zusätzlichen Interventionen erreicht wurde.

Ausgehend von einem bereits guten durchschnittlichen LDL-Cholesterin kam es zu einem leichten Anstieg. Aufgrund der fehlenden Stratifizierung zwischen Primär- und Sekundärprävention kann letztlich nicht evaluiert werden, welcher Anteil der Patienten ihr LDL-

## Fazit

Insgesamt konnten wir mit einem strukturierten, teambasierten *Chronic care*-Ansatz mit Einbezug von MPA-Coaches sowohl die bereits gute diabetische Stoffwechselkontrolle weiter verbessern als auch die kardiovaskulären Ko-Risikofaktoren teilweise optimieren. Die Programme wurden von Patienten und Team geschätzt und bilden mit den Basis-Programmen eine ausgezeichnete Möglichkeit für eine kontinuierliche Betreuung chronisch kranker Menschen über die Lebensspanne.

Ziel erreichte, respektive verfehlte. Dagegen erzielten wir einen erfolgreichen Abfall des durchschnittlichen systolischen und diastolischen Blutdrucks, auch wenn 40% der Patienten das Blutdruck-Therapieziel (<140/90 mm Hg) nicht erreichten. Ähnliche Resultate zeigte auch eine grosse Studie zur multifaktoriellen Risikoreduktion, in der 30–50% der Patienten die Ziele für Glykämie, Blutdruck und Lipide verfehlten [17]. Auch die CARAT-Studie [12] ergab eine im Ausmass ähnliche und noch nicht ganz optimale Verbesserung der kardiovaskulären Risikofaktoren.

Da die Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren für die Reduktion der makrovaskulären Komplikationen entscheidend ist [18], werden wir die Anstrengungen um eine konsequente Therapieintensivierung verstärken und das kardiovaskuläre Risiko monitorisieren. Die vorgegebene medikamentöse Therapieintensivierung durch nicht-ärztliche Teammitglieder erwies sich dabei als Qualitätsgewinn in der Betreuung von Diabetikern [7].

## Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

## Literatur

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie als Anhang des Online-Artikels unter [www.primary-hospital-care.ch](http://www.primary-hospital-care.ch)

Korrespondenz:  
Dr. med. Marc Jungi  
Allgemeine  
Innere Medizin FMH  
Sanacare Gruppenpraxis  
Bern  
Bubenbergrplatz 10  
3011 Bern  
[marc.jungi\[at\]sanacare.ch](mailto:marc.jungi[at]sanacare.ch)

## Resilienzfaktoren schützen vor Burnout im Arztberuf

# Burnout und Resilienz bei Ärztinnen und Ärzten

Roland von Känel

Departement für Psychosomatische Medizin, Klinik Barmelweid; Universitätsklinik für Neurologie, Inselspital Bern, und Universität Bern;  
Faculty of Health Sciences, North-West University, Potchefstroom Campus, South Africa

Burnout infolge von chronischem Stress am Arbeitsplatz ist gesellschaftlich ein zunehmend anerkanntes Phänomen, das auch in den klinischen Alltag der allgemeinmedizinischen Grundversorgung Eingang gefunden hat und von dem Ärztinnen und Ärzte unmittelbar selbst betroffen sind. Resilienz schützt vor Burnout und kann aktiv gefördert werden.

In der erwerbstätigen Bevölkerung Europas und den USA beträgt die Prävalenz für Burnout gemäss repräsentativer Untersuchungen etwa 25% [1–3]. Ärztinnen und Ärzte sind gar doppelt so häufig von Burnout betroffen wie nichtärztliche Erwerbstätige [4, 5]. Unter den einzelnen Fachrichtungen belegen die Grundversorgerinnen und Grundversorger in der Allgemeinen Inneren Medizin einen vorderen Rang [4]; diese Gruppe erfuhr in den USA [4] und in der Schweiz [6] in den letzten paar Jahren auch eine eindeutige Burnout-Zunahme.

Angesichts der umfangreichen Forschung zu den Ursachen für ein berufsbezogenes Burnout-Syndrom [7–9] erhalten Faktoren, die vor Burnout schützen und die Genesung nach einem Burnout unterstützen, vergleichsweise weniger Beachtung. Solche Schutzfaktoren («Stresspuffer») werden gemeinhin unter dem Begriff der Resilienz («Widerstandsfähigkeit») zusammengefasst. Die Förderung allgemeiner und für den Arztberuf spezifischer Resilienzfaktoren trägt dazu bei, dass Ärztinnen und Ärzte in ihrem anspruchsvollen Beruf nicht «ausbrennen», oder sie nach einem Burnout das «feu sacré» wiedererlangen, um ihren Beruf selbstfürsorglich, das heisst mit einem gesundheitsverträglichen Engagement, weiterhin ausüben können. Basiskonzepte zu den gängigen Resilienz-faktoren im Berufsalltag lassen sich zudem für die Therapie von Patienten nutzen, die sich mit einem Burnout präsentieren.

## Das Burnout-Syndrom

### Fallvignette

Der 58-jährige Herr B. wurde von seinem Hausarzt wegen unklarem Erschöpfungszustand in die psychosomatische Sprechstunde zugewiesen. Mit Ausnahme einer neu aufgetretenen leichten arteriellen Hypertonie waren sämtliche somatischen Voruntersuchungen unauffällig. Herr B. hatte sich als Bücherexperte in den letzten 20 Jahren zum Abteilungsleiter hochgearbeitet und noch nie einen Tag am Arbeitsplatz gefehlt. Umso weniger Verständnis brachte er für seinen Sohn auf, der vor einem Jahr das Studium «hingeschmissen» habe und jetzt nur noch «jobbe». Vor zwei Jahren hatte Herr B. eine «sehr fordernde Chefin» erhalten. Wollte er keine Überstunden machen, müsse er «mit hohem Tempo» arbeiten. Eigentlich habe er schon seit drei bis fünf Jahren weniger Energie verspürt, nachdem zwei Personalabgänge aus Spargründen nicht ersetzt worden seien. Vor einem halben Jahr und kurz vor den Weihnachtsferien war sein Vater, zu dem er eine enge Beziehung hatte, sehr rasch an einem Lungenkrebs «weggestorben». In den Wochen danach sei es Herrn B. deutlich schlechter gegangen. Neben der Erschöpfung klagt er über Schweissausbrüche, Schwindel, Nackenverspannungen sowie Nervosität und Gereiztheit. Gegenüber der Sekretärin sei er zweimal «zu laut» geworden, was für ihn ungewohnt und peinlich gewesen sei. Er schlafe schlecht und komme dann ins Grübeln. Grübelgedanken sind: «Die Arbeit bleibt liegen»; «was bringe ich dem Geschäft überhaupt noch?»; «was ist, wenn ich die Stelle verliere?». Klinisch relevante Depressivität und Freudlosigkeit sowie Suizidgedanken werden von Herrn B. klar verneint. Ausser einer stützenden und verständnisvollen Ehefrau lagen keine stressprotektiven Resilienzfaktoren vor. Im vergangenen Jahr hatte Herr B. wegen seiner Erschöpfung keine Gartenarbeit mehr getätigt oder soziale Aktivitäten und Sport unternommen.

Der Artikel basiert auf einem Referat, das im Rahmen der SGAIM-Frühjahrsversammlung 2016 gehalten wurde.

Gemäss den von der *Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde* ausgearbeiteten Definitionskriterien [10] lag bei Herrn B. ein Burnout vor (Abb. 1). Im Bericht an den Hausarzt wurden folgende ICD-10 Diagnosen festgehalten:

- 1 Anpassungsstörung mit verschiedenen emotionalen Qualitäten (inkl. Angst, Besorgnis, Anspannung, Ärger, Trauer) F43.23
- 2 Burnout-Syndrom Z73.0
- 3 Probleme in Verbindung mit der Berufstätigkeit Z56 und familiären Umständen Z63
- 4 Essentielle Hypertonie I10

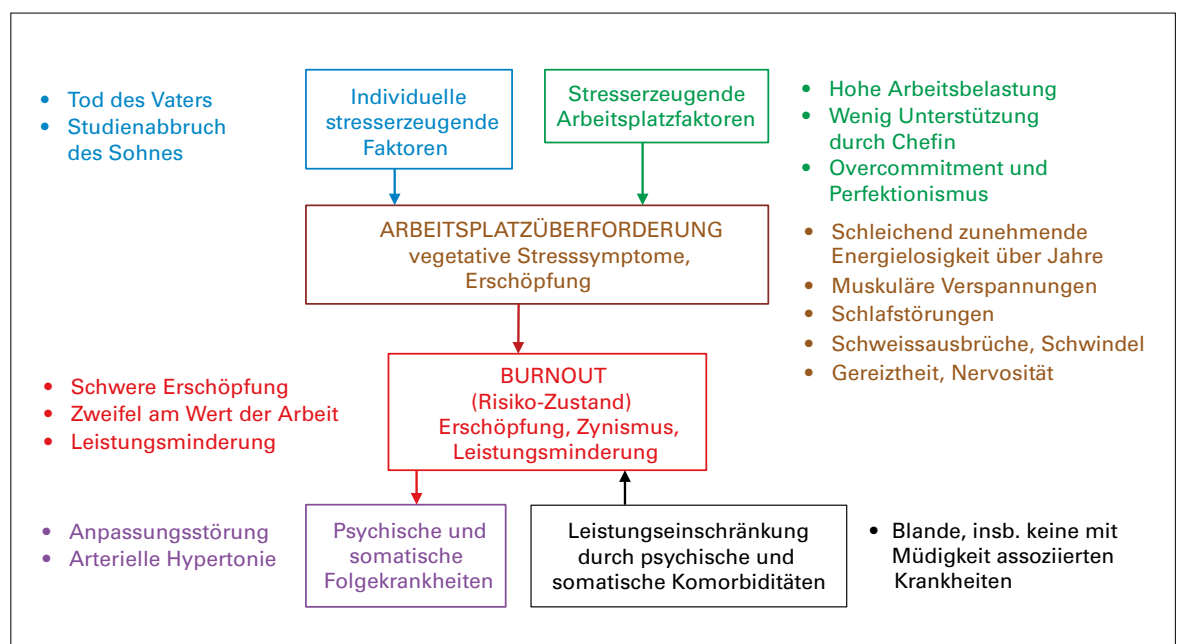
**Tabelle 1:** Stresserzeugende Faktoren am Arbeitsplatz mit Screeningfragen [11].

<b>Zu hohe Anforderungen</b> Arbeitsaufgabe, Übernahme von Verantwortung	Erfordert Ihre Arbeit hartes Arbeiten? Kommt es zu Überstunden? Sind Sie genügend ausgebildet?
<b>Zu wenig Kontrolle</b> Handlungsspielraum, Einsatz persönlicher Fähigkeiten	Können Sie bei der Arbeit mitbestimmen? Können Sie Ihre Fähigkeiten einsetzen?
<b>Zu wenig Belohnung</b> Bezahlung, Aufstiegsmöglichkeiten, Anerkennung, Arbeitsplatzsicherheit	Sind Ihre Aufstiegschancen gut? Wird Ihre Arbeit von Vorgesetzten anerkannt?
<b>Zu wenig soziale Unterstützung</b> Rückhalt durch Mitarbeitende, Führungsverhalten der Vorgesetzten	Fühlen Sie sich im Team gut aufgehoben? Erleben Sie den Vorgesetzten unterstützend?
<b>Ungerechte Behandlung</b> Fairness am Arbeitsplatz	Werden Sie ungerechtfertigt kritisiert? Erhalten Sie genügend Informationen?
<b>Wertekonflikte</b> Ethische Standards, Work-Life-Balance, Auftreten gegenüber Kunden/Patienten, Zusammenarbeit	Hat Ihr Arbeitgeber dieselben Werte wie Sie? Müssen Sie bei der Arbeit Dinge tun, die nicht mit ihren Wertvorstellungen übereinstimmen? Müssen Sie unsinnige Arbeiten ausführen?
<b>Persönlichkeitseigenschaften</b> «Overcommitment» (übersteigerte Verausgabungsbereitschaft), Perfektionismus, Narzissmus	Kommen Sie beim Arbeiten in Zeitdruck? Opfern Sie sich für Ihren Beruf zu sehr auf? Können Sie von der Arbeit abschalten? Müssen Sie alles genau machen?

**Konzeptualisierung und Definition des Burnout-Syndroms**

Nach der aktuellen Lehrmeinung wird Burnout (Z73.0) nicht als eigenständige Krankheit, sondern als *ein durch Arbeitsstress bedingter Risikozustand für psychische und körperliche Folgekrankheiten* definiert (Abb. 1). Zahlreiche Konstellationen, die Arbeitsstress und Burnout verursachen, wurden beschrieben, wobei den sieben in Tabelle 1 aufgeführten stresserzeugenden Arbeitsplatzfaktoren konsistent eine grosse Bedeutung zukommt. Entsprechende Screeningfragen können sowohl in der Patientenanamnese als auch zur Selbstexploration für den Arztberuf verwendet werden [11]. Ausserberufliche Belastungen wie familiäre Konflikte erhöhen den Gesamtstresslevel, indem sich bei gleicher Arbeitsbelastung vielfältige psychische, kognitive und funktionelle somatische Stresssymptome umso früher einstellen.

Die in Klinik und Forschung am häufigsten verwendete Konzeptualisierung des Risiko-Zustands Burnout beruht auf der Symptomtrias 1) *Emotionale Erschöpfung* durch die Arbeit, 2) *Zynismus* bzw. Depersonalisation/Entfremdung von der Arbeit und 3) *subjektiv emp-*



**Abbildung 1:** Burnout als Risikozustand für Folgekrankheiten mit Bezug zur Fallvignette.

*fundene Leistungsminderung* bei der Arbeit [9], die mit dem Maslach Burnout Inventar (MBI) erhoben wird [12]. Tabelle 2 zeigt die 16 Items des MBI-General Survey (MBI-GS) in einer kürzlich publizierten Eigenübersetzung [11]. Das MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) besteht aus 22 Items und verwendet Formulierungen für Menschen, die mit anderen Menschen arbeiten und durch emotionale Beziehungsarbeit ausbrennen können.

Psychische Folgekrankheiten von Burnout sind Anpassungsstörungen, Angststörungen (Panikzustände), Substanzmissbrauch und Depressionen. Burnout und Depression müssen klar voneinander abgegrenzt werden und sind nicht austauschbare Konstrukte [11, 13]. Die Kernsymptome einer Depression sind Niedergestimmtheit und Freudlosigkeit und waren beispielsweise bei Herrn B. nicht vorhanden. Allerdings steigt mit zunehmendem Burnout-Schweregrad die Wahrscheinlichkeit für eine Depression (50% bei schwerem Burnout, 20% bei mittelschwerem Burnout und 7% ohne Burnout) [1]. Mit Burnout assoziierte funktionelle

Störungen (muskuloskelettale Schmerzen, Verdauungsprobleme, Tinnitus) und Schlafstörungen sind häufig, und nicht selten die Ursache für ein Aufsuchen der Hausärztin [14]. Als körperliche Folgekrankheiten von Burnout sind vor allem kardiometabolische Störungen einschliesslich Übergewicht, Diabetes, Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen und koronare Herzkrankheit, aber auch eine erhöhte Mortalität zu nennen [15]. Diese Zusammenhänge werden teils über ein ungünstiges Gesundheitsverhalten, teils direkt über autonome, psychoneuroendokrinologische und immunologische Mechanismen vermittelt [11, 15]. Schliesslich können Erschöpfung und Leistungsminderung durch mit Müdigkeit einhergehende, von Burnout primär unabhängige Krankheiten verstärkt werden (z.B. Schlafapnoe-Syndrom, chronische Herzinsuffizienz, Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Krebs, beginnende Demenz, Psychose). Selbstverständlich müssen mit chronischer Müdigkeit/Fatigue assoziierte Krankheiten immer in die Differentialdiagnose eines Burnout-Syndroms einfließen. Die Differentialdiagnose sollte stets verschiedene somatische, psychische und verhaltensbezogene Ursachen (z.B. Schlafmangel) berücksichtigen [16].

**Tabelle 2:** Maslach Burnout Inventar-General Survey [11, 12].

#### Emotionale Erschöpfung

- Ich fühle mich gefühlsmässig leer durch meine Arbeit.
- Ich fühle mich am Ende eines Arbeitstages erledigt.
- Ich fühle mich müde, wenn ich morgens aufstehe und wieder einen Arbeitstag vor mir habe.
- Den ganzen Tag zu arbeiten ist für mich wirklich eine Belastung.
- Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt.

#### Depersonalisation

- Ich habe weniger Interesse in meiner Arbeit seit ich an dieser Arbeitsstelle arbeite.
- Meine Begeisterung für meine Arbeit hat abgenommen.
- Ich möchte nur meine Arbeit tun und in Ruhe gelassen werden.
- Ich bin zynischer darüber geworden, ob ich mit meiner Arbeit irgendeinen Beitrag leiste.
- Ich bezweifle, dass meine Arbeit wichtig ist.

#### Reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit

- Ich kann die Probleme, die in meiner Arbeit entstehen, erfolgreich lösen.
- Ich denke, dass ich einen wichtigen Beitrag für diese Arbeitsstelle leiste.
- Ich leiste meiner Meinung nach gute Arbeit.
- Ich bin guter Stimmung, wenn ich in meiner Arbeit etwas erreicht habe.
- Ich habe in meiner derzeitigen Arbeit viele wertvolle Dinge erreicht.
- Ich bin sicher, dass ich in meiner Arbeit die Dinge erfolgreich erledige.

Schweregrad je Item für emotionale Erschöpfung und Depersonalisation: 6 = täglich, 5 = ein paar Mal in der Woche, 4 = wöchentlich, 3 = ein paar Mal im Monat, 2 = monatlich, 1 = ein paar Mal im Jahr, 0 = niemals. Inverse Bewertung für persönliche Leistungsfähigkeit, von 6 = niemals bis 0 = täglich.

#### Schweregrad von Burnout messen

Zur Bestimmung der Burnout-Schwere mit dem MBI werden die Mittelwerte der Items (Tab. 2) für Erschöpfung mit dem Faktor 0,4, für Depersonalisation und Leistungsfähigkeit jeweils mit dem Faktor 0,3 multipliziert und aufaddiert. Summenwerte zwischen 1,50 und 3,49 verweisen auf ein mittelschweres, Werte zwischen 3,50 und 6,00 auf ein schweres Burnout [11]. Basierend auf diesen Kriterien kann mit einer online verfügbaren Webapplikation das Burnout-Risiko gratis und anonym eingeschätzt werden [17].

Für die rasche Selbsteinschätzung der Wahrscheinlichkeit als Ärztin oder Arzt selber ein klinisch relevantes Burnout zu haben, dienen folgende zwei Screeningfragen aus dem MBI-HSS [18]: «*Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt*» und «*Ich bin abgestumpfter gegenüber den Menschen geworden, seitdem ich in diesem Beruf arbeite.*» Ist dies mindestens «wöchentlich» der Fall, so ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass relevante emotionale Erschöpfung und Entfremdung von der Arbeit (und den Patienten) vorliegen.

#### Warum Burnout im Arztberuf so häufig ist und stetig zunimmt

Die in Tabelle 1 aufgeführten Stressoren am Arbeitsplatz haben auch für den Arztberuf Gültigkeit, zeigen aber teilweise eine spezifische Qualität [19]. Gestiegen sind beispielsweise die Anforderungen und Erwartun-

gen aufgrund eines «Machbarkeitswahns» durch Technisierung und Beschleunigung der Behandlungsprozesse. Nichtsdestotrotz benötigt Heilung Zeit und kann nicht eingefordert werden, in der «Sprechstunde» kann buchstäblich nicht schneller gesprochen werden. Ein Statusverlust mit weniger Anerkennung und geringerer (finanzieller) Belohnung hat stattgefunden, Ärztinnen und Ärzte sind in der öffentlichen Wahrnehmung von «Halbgöttern in Weiss» zu Kostenfaktoren und Kostentreibern mutiert. Gesundheit wird auf dem Gesundheitsmarkt als Ware angeboten, Ärztinnen und Ärzte fühlen sich genötigt, sich und ihr Produkt zu verkaufen, wodurch Wertekonflikte entstehen können.

Aus biographischer Sicht führt eine Verletzung in der Kindheit der psychischen Grundbedürfnisse, wie Bindung, Orientierung und Kontrolle, Selbstwerterhöhung, und Lustgewinn/Unlustvermeidung, zu ungünstigen Verhaltensmustern im Arztberuf mit erhöhter Stressvulnerabilität und Burnout-Risiko [20]. Ängstlich-unsichere, kontrollierende Eltern oder ein permanent gefährdetes kindliches Kontroll- und Sicherheitsbedürfnis, zum Beispiel durch unkalkulierbares Verhalten eines Elternteils, führt später zu überzogenem Kontrollverhalten, Perfektionismus und geringer Umstellungsfähigkeit. Diese «Kontroll-Schiene» wird zur Belastung bei unberechenbaren und Flexibilität fordernden Situationen, wie der Betreuung chronisch Kranker und im Notfall. Frühes Fehlen von Lob und Anerkennung, oder zu frühe Verantwortungsübernahme für andere (Parentifizierung), führt im Arztberuf zu Altruismus, Überaktivität und Selbstüberforderung auf der Suche nach Selbstwertbestätigung und Anerkennung. Das handlungsorientierte Muster dieser «Selbstwert-Schiene» lässt wenig Freiraum zum Reflektieren und Verarbeiten, bis die Arbeit dann «einfach zu viel» wird. *Der Aufbau von Resilienz zur Stress- und Burnout-Prävention beginnt also bereits in der Kindheit durch Schaffung emotional stabiler Rahmenbedingungen mit einer hinreichenden Befriedigung der psychischen Grundbedürfnisse.*

## Resilienz

### Konzeptualisierung und Definition von Resilienz

*Resilire* kann aus dem Lateinischen mit «Zurückspringen» übersetzt werden, was die Eigenschaft beschreibt, Widerwertigkeiten des Lebens unbeschadet an sich abprallen zu lassen und an diesen als Person auch noch zu wachsen. Obwohl primär als psychische Widerstandsfähigkeit verstanden, wird Resilienz auch mit günstigen körperlichen Voraussetzungen und Reaktionsweisen in Stresssituationen in Bezug gebracht [21].

Demnach kann Resilienz bezeichnet werden als *das Vermögen, sich trotz widriger Lebensumstände (Stressoren) als Person erfolgreich adaptiv und proaktiv zu entwickeln und mit geringen psychologischen und physiologischen Kosten gestärkt aus diesen hervorzugehen* [21, 22]. Resilienz verfolgt damit eine salutogene Perspektive, die darauf abzielt, Faktoren zu identifizieren, die Menschen gesund halten [23], im speziellen Fall vor Burnout schützen bzw. die Genesung von einem Burnout unterstützen. Resiliente Menschen sind eher in der Lage, persönliche Rückschläge zu verkraften und berufliche Krisen konstruktiv zu bewältigen. Resiliente in der Grundversorgung tätige Ärztinnen und Ärzte zeigen ein geringeres Burnout-Risiko als weniger resiliente Kolleginnen und Kollegen [24]. Resilienz wird sowohl als «angelegte» Persönlichkeitseigenschaft verstanden, als auch als veränderbares Attribut, das durch gezielte kognitive Massnahmen und Verhaltensänderungen, inklusive gesunder Lebensführung, verbessert werden kann [21].

### Messung von Resilienz

Ein häufig verwendetes Instrument zur Messung von Resilienz als personale Ressource ist die Resilienzskala von Wagnild & Young [25], die als Kurzform in deutscher Übersetzung vorliegt [26]. Die 11 Items und das Frageformat sind in Tabelle 3 aufgeführt. Der Bezug zu erhöhter Stressvulnerabilität und Burnout-Risiko zeigt sich in Items, die nach der verfügbaren Energie, Fähigkeit zum Multitasking, Umgang mit Wertekonflikten, Selbstwert und Flexibilität fragen.

### Mit erhöhter Resilienz einhergehende Faktoren

Tabelle 4 zeigt gut untersuchte stressprotektive Konstrukte, die mit erhöhter Resilienz assoziiert sind [23, 27–

**Tabelle 3:** Kurzform der Resilienzskala nach Wagnild & Young [25, 26].

Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.
Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.
Es ist mir wichtig, an vielen Dingen interessiert zu sein.
Ich mag mich.
Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.
Ich bin entschlossen.
Ich behalte an vielen Dingen Interesse.
Ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann.
Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.
Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.
In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.
Wie stark treffen die Aussagen im Allgemeinen auf Sie zu? «Ich stimme nicht zu» = 1 bis «Ich stimme völlig zu» = 7



**Tabelle 4:** Mit Resilienz in Zusammenhang gebrachte Faktoren

Konstrukt	Beschreibung
Kohärenz und Sinnerleben (Sense of Coherence) [23]	Ein grundsätzliches Vertrauen, dass die Ereignisse im Leben vorhersehbar und erklärbar sind, Ressourcen verfügbar sind, um den Anforderungen des Lebens zu begegnen, und es sich lohnt, sich für diese zu engagieren.
Zähigkeit (Hardiness) [27]	Grundsätzlicher Glaube, dass das Leben kontrollierbar ist, Aktivitäten interessant und wichtig sind und stressreiche Ereignisse Herausforderungen sind, die Möglichkeit für Wachstum und Entwicklung bieten.
Dispositionaler Optimismus [28]	Die inhaltlich generalisierte und zeitlich stabile Tendenz, positive Ereignisse im Leben zu erwarten.
Soziale Unterstützung [29]	Positiv erlebte zwischenmenschliche Kontakte, vor allem in Form emotionaler Unterstützung (positive Gefühle, Nähe und Vertrauen).
Effektives Stressmanagement [30]	Flexibilität im Bewältigungshandeln durch ein breites Repertoire von verfügbaren kognitiven, emotionalen und verhaltensorientierten Copingstrategien (z.B. aktives Problemlösen, wo objektive Kontrollchancen bestehen, sonst eher kognitive Umbewertung und Beenden negativer Gefühle anwenden).

30]. Diese «Stresspuffer» erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass eine berufliche Belastung (Arbeitsstress) erfolgreich bewältigt wird, womit das Burnout-Risiko sinkt. Bei australischen Hausärztinnen und -ärzten

waren zudem Temperament- und Charaktereigenschaften von erhöhter Selbstakzeptanz und Beharrlichkeit einerseits und niedriger Schadensvermeidung andererseits mit erhöhter Resilienz vergesellschaftet [31].

**Tabelle 5:** Empfehlungen zur Förderung der Resilienz und Burnout-Prophylaxe bei Grundversorgerinnen und Grundversorgern in Allgemeiner Innerer Medizin.

**Ärztliche Identität:** Bewusste Auseinandersetzung mit beruflichen Wertvorstellungen, um unreflektierter Selbstüberforderung und überzogener Verausgabung vorzubeugen.

**Förderliche Haltungen:** Eigene Grenzen akzeptieren; notwendige Veränderungen erkennen; aktive und realistische Auseinandersetzung mit den schwierigen Seiten des Arztberufs; positive Bewertung der Arzt-Patienten-Beziehung und ärztlichen Tätigkeit.

**Professionalität:** Austausch mit Kollegen (Intervision), Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten (z.B. Betreuung chronisch Kranker) und kontinuierliche Weiterbildung.

**Gute Klinik- bzw. Praxisorganisation:** «Vernünftig lange» Arbeitszeiten, Zeiten für Notfälle freigehalten, Aufnahmestopp, gutes Personal rekrutieren und gute Personalführung.

**Work-Life-Balance:** Gezielte Planung eines privaten Gegengewichts zur beruflichen Beanspruchung (befriedigendes Privatleben, Sport, Kultur, karitatives Engagement).

**Bewusstes Zeitmanagement:** Zeit für sich selbst (Hobbys, Selbstreflexion), die Familie und für weitere soziale Kontakte. Termine gegebenenfalls in die eigene Agenda eintragen!

**Tabelle 6:** Massnahmen bei Burnout im Arztberuf.

Sich das Ausgebrannt-Sein eingestehen und allenfalls professionelle Hilfe holen.

Coaching bis Psychotherapie; im engeren Sinne: Stressmanagement, angepasste körperliche Aktivität.

Schonungslose Analyse von verantwortlichen Stressoren, biografischen Zusammenhängen, «brandgefährlichen» Lebensmotiven (z.B. «Ein guter Arzt ist immer für die Patienten da») und Persönlichkeitseigenschaften (Überleistertum, Perfektionismus, Narzissmus).

Notwendige Veränderungen identifizieren und konsequent und nachhaltig umsetzen.

Behandlung von psychischen und körperlichen Komorbiditäten, Schlafproblemen und Substanzmissbrauch (insbesondere übermässiger Alkoholkonsum, Stimulanzien, Schlaftabletten).

Resilienz fördern: Achtsamkeit, Selbstfürsorge, Sinnfindung, soziale Unterstützung holen.

Behutsamer Wiedereinstieg, Achtung: «alte Fahrwasser».

Rückfallprophylaxe: Warnzeichen der individuellen Stressreaktion rechtzeitig erkennen und reagieren.

### Wie Resilienz im Arztberuf gefördert werden kann

Tabelle 5 zeigt eine Zusammenfassung von resilienzfördernden Massnahmen, die ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger anwenden, und ihren Kolleginnen und Kollegen teilweise auch empfehlen, um sich vor Burnout zu schützen [16, 20, 32–35]. Die erfolgreiche Umsetzung dieser Strategien kann teilweise nicht ohne Änderung von Einstellungen und Verhalten und damit der «kleinen kognitiven Verhaltenstherapie» als Ärztin und Arzt mit sich selbst gelingen. Interventionsstudien an der Mayo Clinic zeigen, dass strukturierte Weiterbildungsprogramme für resilienzfördernde Massnahmen im Berufsalltag, wie Achtsamkeitsübungen, Selbstreflexion und Sinnggebung, bei allgemeininternistischen Grundversorgerinnen und Grundversorgern Burnout-Symptome, Empathie, Stimmung und Arbeitseinstellung signifikant verbessern können [36, 37].

### Wenn es trotz allem zum Burnout kommt

Tabelle 6 zeigt die Massnahmen, die unternommen werden können, wenn sich trotz präventiver Bemühungen und resilienzfördernder Massnahmen ein Burnout-Syndrom einstellt, und dass ausgebrannte Ärztinnen und Ärzte erwägen sollten, selber professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen [38, 39]. Grundversorger scheinen unter anderem aufgrund von hoher Arbeitsbelastung durch den Verkehr mit Krankenversicherern, Veränderungen im Gesundheitswesen, Unsicherheiten mit der medizinischen Behandlung und

der Schwierigkeit, Beruf und Privatleben unter einen Hut zu bringen, mehr von Burnout betroffen zu sein als andere medizinische Fachrichtungen [5]. Bisher nehmen die Tarifdiskussionen auf dieses erhöhte «Berufsrisiko» keinen Bezug, obwohl zum Beispiel ein in England im 2004 eingeführtes verbessertes Abgeltungssystem für Grundversorger-Leistungen, im Sinne eines Resilienzfaktors, die Arbeitszufriedenheit erhöhen und die Wochenarbeitszeit reduzieren konnte [40]. Die Burnout-Therapie kann, je nach Schweregrad der Symptomatik und Komorbiditäten, ambulant oder stationär im multimodalen Setting erfolgen [41]. Kernelemente der Burnout-Therapie sind die Psychotherapie, angemessene sportliche Aktivität, Entspannungsverfahren und Körpertherapien, Kreativtherapien, Behandlung psychischer und somatischer Begleitkrankheiten, Pharmakotherapie, schlafhygienische Massnahmen und die Sozialarbeit mit vorbereitenden Massnahmen zur Reintegration in den Berufsalltag [16, 41]. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen vermochten die emotionale Erschöpfung in den meisten randomisiert-kontrollierten Studien zu verbessern [42]. Wir konnten kürzlich zeigen, dass 15 Monate nach

Korrespondenz:  
Prof. Dr. med.  
Roland von Känel  
Klinik Barmelweid  
CH-5017 Barmelweid  
roland.vonkaenel[at]  
barmelweid.ch

## Fazit für die Praxis

- Wollen Ärztinnen und Ärzte ihre Resilienz verbessern und damit das Burnout-Risiko senken, so müssen sie zuerst den Zeitpunkt erkennen, wann sie unter Stress geraten und welches ihre adaptiven und maladaptiven Stressantworten sind [22].
- Durch Selbstbeobachtung und ungezwungene Übungen im Praxisalltag können die individuellen somatischen, emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Stressantworten identifiziert werden.
- Frühwarnzeichen von Stress sollen nicht ignoriert werden. Eine fatalistische Einstellung, «dass es dann schon wieder besser geht», verhindert den Zuwachs an Fähigkeiten und Fertigkeiten, wie Stress bewältigt werden kann, bevor es «aus dem Ruder» läuft.

einer sechswöchigen stationären Burnout-Therapie die Burnout-Symptomatik gegenüber dem Eintritt signifikant abgenommen hatte und die berufliche Reintegration in drei Viertel der Fälle erfolgt war [43].

## Literatur

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie als Anhang des Online-Artikels unter [www.primary-hospital-care.ch](http://www.primary-hospital-care.ch)

## Anamnestik

### Pausen

Nicht selten kommen Patienten während der Anamnese ins Stocken oder verstummen ganz. Das mag bedeuten, dass sie das Wichtigste gesagt haben und keine weiteren Fragen stellen möchten. Die Pause kann aber auch darauf hinweisen, dass jemand nach den passenden Worten sucht, um einen heiklen Bereich anzusprechen. Pausen entstehen, wenn wir den Gesprächspartner soeben irritiert oder überfordert haben, er Erinnerungslücken hat oder sich die schwierige Antwort auf die letzte Frage noch überlegt. Vielleicht hat er uns aber auch akustisch oder inhaltlich nicht verstanden und wagt nicht, dies zu sagen. Sprechen wir zu rasch oder zu leise?

In dieser Situation sollte die etwas peinliche Stille nicht allzu schnell mit einer ärztlichen Frage beendet werden. Wir brauchen nicht eine Schweigeminute lang zu verstummen, aber etliche Sekunden dürfen es schon sein. Und achten Sie darauf, mit welchen Worten der Patient das Gespräch wieder aufnimmt, sie enthalten vielleicht den Schlüssel zum Verständnis.

*Bernhard Gurtner*



Bildnachweis: © Get4net | Dreamstime.com

Studierende in Basel kennen Reflective Writing (RW), weil alle im 4. Jahr im Einzeltutoriat in einer Hausarztpraxis über eine Begegnung mit einem Patienten nachdenken und schreiben müssen (z.B. «Ein Patient, den ich nicht mochte»). Das Feedback vom Hausarzt zum RW wird von den Studierenden meist sehr geschätzt, weil er den Patienten oft gut kennt, ihn die Sichtweise des Studierenden gegenüber dem Patienten interessiert und Fragen wie zum Beispiel «Wie geht man mit Patienten um, die man nicht mag» wichtig für einen professionellen Umgang sind. Im 5. Jahr sind die Studierenden im Wahlstudienjahr und erstmalig in verschiedenen Spitälern tätig. Wir haben sie angefragt, ob sie in einem Blog über ihre ersten Berufserfahrungen berichten und sich austauschen möchten. Einige der Studierenden haben sich gemeldet und geschrieben, was ihnen wiederfahren ist.

Auszüge aus ihren Berichten sind hier wiedergegeben. Sie schildern – wie ich meine – eindrücklich das erste Erleben des Berufsalltags. Die Studierenden reflektieren das, was ihnen und andern passiert. Sie erzählen anschaulich – doch lesen sie selbst!

*Alexander Kiss, Verantwortlicher «Reflective writing», Masterlehrgang Medizin, Universität Basel*

### Auszüge aus Texten des Lehrgangs «Reflective writing» der Universität Basel

# Erste Erfahrungen im medizinischen Alltag

(...) Die knapp 80-jährige Frau U. war gestern gleich die zweite notfallmässige explorative Laparotomie, die unser Programm über den Haufen warf. Nun, was heisst «sie WAR die zweite Laparotomie»? Sie benötigte eine Laparotomie – von «sein» kann hier eigentlich ja nicht die Rede sein. Irgendwie gab es einen Planungsfehler und so wurde sie zu spät «bestellt» – oder zu spät «geliefert». Eigentlich eine komische Wortwahl. (...)

*Raphael Monsch*

Vieles im Klinikalltag erscheint einem zu Beginn sehr beeindruckend, berührend oder auch beängstigend. So ist es mir in einer geschlossenen Station der Psychiatrie ergangen. (...) Zu Beginn meines Praktikums hat mich das sehr beschäftigt, doch schnell kommt die Routine; es ist ganz normal, dass ich mich frei bewegen kann, während meine Patienten für jeden Ausflug eine spezielle Bewilligung benötigen. (...) Herr L. ist der Überzeugung, dass er als Friedensritter die Welt retten muss. (...) Für ihn ist diese Situation eine grosse Ungerechtigkeit, in seiner Realität gehört er ja zu den «Guten» und darf trotzdem nur noch in Begleitung des Sicherheitpersonals halbstundenweise spazieren gehen. (...) So sitzt er Tag ein Tag aus auf dem Sofa und wartet. Was schnell normal wird, ist eigentlich traurig. (...)

*Rahel Elisabeth Bircher*

Wir werden mal Ärztinnen und Ärzte, aber auch Arbeitende in einem Team, Teil eines Spitalsystems. Wir beginnen als kleines Rädchen, noch ganz ungewohnt in Weiss und sollen unseren Weg, unsere (Lauf-)Bahn finden. Als UHU ist man irgendwie oft dazwischen.

Noch nicht Arzt und doch im Ärzteteam. (...) Beim Hakenhalten wurde mir immer mehr bewusst, wie strikt die Saalhierarchien waren. Oft reichten erfahrene Pflegenden die Instrumente jungen Ärzten und äusserten auch mal einen Ratschlag, wenn der Eingriff nicht ganz nach Plan verlief. Darauf zurückgegriffen wurde dann zwar, aber erst wenn die Operateure wirklich alles andere ausprobiert hatten. Es muss unglaublich frustrierend sein (...)

*Rahel Isenrich*

(...) Frau N. war 91 Jahre alt. Sie wirkte aber etwas jünger, war klar im Kopf und auch vom Aussehen her hätte man sie auf Anfang 80 schätzen können. (...) Ein paar Tage vor ihrem geplanten Austritt sahen wir Frau N. auf der Chefarztvisite, wo die Möglichkeit eines Katheter-basierten Aortenklappenersatzes (TAVI) mit der Patientin erörtert wurde. (...) Frau N. blieb dabei und wollte nicht operiert werden, denn ihr würden ein paar wenige Wochen reichen, um das zu erledigen, was sie unbedingt noch machen wollte. Sie betonte immer die Risiken und nahm während des Gesprächs, so kam es mir jedenfalls vor, nur die Gefahren eines operativen Eingriffs wahr. (...) Am Morgen vor ihrer Entlassung nach Hause hatte ihre Zimmernachbarin einmal geklingelt, es sei etwas komisch mit Frau N. Die Pflege schaute nach und konnte nichts Auffälliges bemerken. Um sechs Uhr morgens, als Frau N. geweckt werden sollte, lag sie tot im Bett. Wir haben nicht damit gerechnet, dass sie so bald sterben würde. Der Tod von Frau N. beschäftigte mich, weil sie so traurig über ihren bevorstehenden Tod gewesen war. (...)

*Timon Wartenweiler*





(...) Zwischendurch nehme ich mir etwas Zeit und spreche in Ruhe mit Herrn J. Es beschäftige ihn, dass er Blut im Urin habe. Das sei doch nicht normal. Ich versuche ihm zu erklären, dass er eine Operation gehabt habe und dass es nichts Aussergewöhnliches sei, dass bis zu sechs Wochen nach der Operation Blut im Urin ist. Ich versuche ihn zu beruhigen und sage, nur wenige Tropfen genügen, und der Urin sähe blutig aus. Ich habe nicht das Gefühl, dass sich Herr J. mit der Antwort zufrieden gibt. Wir drehen uns im Kreis. Der Urologe kommt vorbei. Es sei alles normal. (...) Ich frage ihn, ob er verstanden habe, dass er eine Operation hatte, bei der man die Wunde offen gelassen habe, sodass der Eiter besser ablaufen könne. Es sei normal, dass es noch eine Weile blute. Der Patient schaut mich entgeistert an: «Blut im Urin ist nicht normal.» Ich stocke. «Aber nach einer Operation schon.», antworte ich. Der Patient wiederholt: «Blut im Urin ist nicht normal!» (...)

*Clara Sailer*

(...) «Notarziisatz. Mr traffe is bi dr Garderobe», so die Mitteilung der Notärztin. Keuchend renne ich durch das Spital zur Notarztgarderobe. Was erwartet mich wohl? (...) Mein Herz schlägt laut und schnell während der rasanten Fahrt. (...) Wir fahren zurück zum Spital. Die Notärztin wirkt unberührt und macht Witze im

Auto. Ich lache halbherzig mit und frage mich, ob es wohl irgendwann normal wird, Menschen sterben zu sehen. Ein trauriger Gedanke für mich. (...)

*Katharina Gruntz*

(...) «Der Tod geht mich eigentlich nichts an, denn wenn er ist, bin ich nicht mehr» sprach einst Epikur. Das trifft auch auf die Narkose zu. Würde man den Beatmungsschlauch ziehen, der Patient könnte sich nicht dagegen wehren. Er könnte nicht protestieren, ja es würde ihn nicht einmal kümmern. Er würde nie davon erfahren, nie darunter leiden. Nach einigen Tagen wurde mir klar, wie sehr mich dieser Gedanke traumatisierte; wie gross meine eigene Angst vor diesem Moment war, in dem das Propofol in die Venen strömt und man weiss, dass man in wenigen Sekunden einen Zustand erreicht, der zumindest philosophisch einem Hirntod gleichkommt. Ich stellte verwundert fest, dass viele Patienten sogar eine Vollnarkose gegenüber einer regionalen Betäubung bevorzugten. Sie sahen in ersterem einen Zustand tiefen Schlafes; was kaum der Realität entspricht. Aus dem Schlaf kann man gerissen werden, wenn es brennt. (...)

*Simon John*

Über Umwege landete ich diesen Monat in einer Landarztpraxis, nachdem ich den ganzen Sommer das OP-Leben in verschiedenen Kliniken erlebt habe. «Nicht meine Welt», so mein vorläufiger Schluss. Nun ist in dieser hausärztlichen Doppelpraxis plötzlich alles so farbig und lebendig. Kein Mundschutz, keine Haube und keine Gummi-Schuhe mehr, und zwischen meiner Hand und dem Patienten auch meistens keine Latexschicht. Nicht mal ein weisser Kittel als Schutzhülle. Nur ich alleine sitze da dem Patienten vis-à-vis. Es fühlt sich auch irgendwie hilflos an. Was weiss ich schon? Ich werde oft gemustert – ich mustere noch öfters zurück. Automatisch. Manchmal brauche ich den Schutz der Tastatur und hämmere dann fast jede Aussage in den Rechner. Das gibt mir Zeit zum Überlegen und eben: Schutz. Schutz wovor? Schutz vor einer Begegnung auf Augenhöhe mit einem Mitmenschen? Warum habe ich manchmal Angst davor? (...)

*Raphael Monsch*

**Bildnachweis**

© Flynt | Dreamstime.com

Korrespondenz:  
Prof. Dr. med.  
Alexander Kiss  
Psychosomatik  
Universitätsspital Basel  
CH-4031 Basel  
Alexander.Kiss[at]usb.ch

Von männlichen kranken Wesen

# Ein ganz gewöhnlicher Arzt hat eine ganz gewöhnliche Erkältung

**Edy Riesen**

Mitglied der Redaktion

Ach, wie leidet ein gewöhnlicher Doktor unter seiner eigenen Erkältung! Taschentuch um Taschentuch wandert in den Wäschekorb, der Kopf ist dumpf, die sonst sonore Stimme wechselt zwischen Falsett und Kettenrauchersound. Nächtliche Hustenanfälle lassen das Ehebett erbeben und zwingen ihn, um vier Uhr morgens heisse Milch mit Honig zu schlürfen. Werte Damen, für einmal heisst es nicht: *Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird hier nur die männliche Form verwendet, die weibliche ist gleichermassen damit gemeint.* Nein, hier sprechen wir explizit von männlichen kranken Wesen; denn wie mir eine meiner drei Töchter mit unverhohlener Genugtuung erklärte, gäbe es im Angelsächsischen ein Diktum, dass es ein Glück sei, dass die Frauen den Geburtsschmerz erführen, denn nur so könnten sie ahnen, wie sehr der Mann an einer Erkältung leide! Ja, natürlich, sie ist Krankenschwester, wie meine Frau auch, und die kennt man als

unerbittliches Gegenüber, mitleidlos-sachlich und mit leicht spöttischem Blick das tägliche Krankheitsbulletin des Vaters resp. Ehemanns entgegennehmend. Die Flucht in die Praxis hilft auch nicht, denn dort ist man dem Zynismus der Kundschaft ausgesetzt. So, so, den Doktor hat's auch erwischt, aber, aber. Oder noch besser: Sie sollten aber zum Arzt gehen usw. Da sind sie, die genüsslichen Retourkutschen, die ich in meinem Elend gar nicht humorig finde. Ich murmele dann jeweils etwas davon, dass auch ein Pfarrer in die Hölle kommen könne, oder dass ich zweimal pro Saison auch etwas zu Gute hätte und derlei dumme Antworten. Ingeheim denke ich aber, dass ich sicher kränker sei als die Hälfte meiner – heute gar nicht so – lieben Patienten. Und so schlepe ich mich durch die Sprechstunde, krächzend und ungeduldig, und meine einzige Genugtuung ist, dass ich bei besonders schwierigen Chronophagen (die meist hypochondrisch sind) einen Mund-



schutz trage und darunter hervor – während ich meine Hände demonstrativ lange desinfiziere – mit dumpfer Stimme verlauten lasse, dass wir es heute kurz halten wollten. Die Ansteckungsgefahr hänge nämlich unter anderem von der Expositionsdauer mit Keimen ab. Das ist dann ein einsames Highlight eines tristen Vormittages. Ach, und die Therapien. Es gibt ja nichts Cochrane-würdiges, das wirklich hilft. Und doch will auch ich etwas schlucken. Also 3 × 30 Phytotröpfchen und einen Hustensirup für die Nacht, der mich Abstinenzler für ein paar Stunden regelrecht abmeldet. Heldenhaft verzichte ich auf ein Antibiotikum (das ja sowieso nichts nützen würde). Dafür nehme ich ab und zu ein Schmerzmittel gegen Kopf-, Hals- und Gliederschmerzen. Nicht einmal Fieber habe ich, was meinen erbärmlichen Zustand besser legitimieren würde. Die einzigen echt mitmenschlichen Wesen sind die guten MPAs, die aufgrund meines Falten- und Lidspaltenfaktors (das heisst, das Gesicht zerfurcht wie eine Wettertanne und winzige Augen) wissen, was es geschlagen hat. Ich darf zum Znüni nicht einmal den Kaffee selbst herauslassen – ihr Mitleid ist eine Wohltat!

Ich muss allerdings zugeben, dass sich im Laufe des Morgens mein Selbstmitleid aufzulösen beginnt.

Wenn dieses negative Gefühl verschwindet, ist alles erträglicher. Nicht vergebens pflegte meine Frau angesichts eines Unwohlseins (seelisch oder körperlich?) jeweils zu sagen: «So, geh jetzt erstmal in die Sprechstunde, das hat Dir immer am besten geholfen. Dort kannst Du Deinen referentiellen gesundheitlichen Urmeter wieder einstellen und siehst, dass es anderen viel besch... geht als Dir.» So einer bin ich also? Eine Art «hypochondrischer Medicaholic» oder so ähnlich? Ich will jetzt nicht, dass Sie nun plötzlich kein Mitleid mehr mit mir haben, umso mehr als Sie wahrscheinlich auch Ärztin oder Arzt sind und die Situation zu Genüge kennen. Ich hoffe wirklich auf viel Mitgefühl! Am Ende des Klageliedes sei, mit einem Glas heissen Holunders in der Hand, ein kleines Hoch auf die Erkältung gesungen mit der Frage, ob es nicht schön wäre, sich wieder einmal richtig in einen Infekt reinzuhängen, diese Sitzung und jenen Bericht sausen zu lassen, sich ins Schneckenhaus zu verkriechen, abends auf dem warmen Ofen zu liegen und zu spüren, dass es langsam – aber bitte nur ganz langsam – besser wird!

#### Bildnachweis

© Wavebreakmedia Ltd | Dreamstime.com

Korrespondenz:  
Dr. med. Edy Riesen  
Facharzt für  
Allgemeinmedizin FMH  
Hauptstrasse 100  
CH-4417 Ziefen  
edy.riesen[at]hin.ch

## Diluzione

«Dilution is solution to pollution» (entendez l'accent italien qui enchante vos oreilles).

Donc: «Abcès et péritonite, il faut laver, beaucoup d'eau, le mieux ce sera», dixit capo italiano que io amo.

J'ai deux histoires de 3h du matin. Avec des jeunes. Et des histoires de taches.

Le 1er vient pour un corps étranger dans l'oeil. Quand je cherche la fluoresceine, il me dit:

Ah, vous allez me mettre ça dans l'oeil!? C'est génial pour colorer les fontaines en ville. (Que cosa?)

«Bah ouai, ya prescription maintenant, mais quand j'étais gamin, j'ai fichu 1 sac de fluorescéine et du liquide vaisselle dans la fontaine St Glinglin. Ça a fait de superbes couleurs. Mais les flics et les pompiers sont venus, ils ne savaient pas ce que c'était et ça les a inquiétés. Ça tache vachement.» (Je suis très solidaire des mousseurs de fontaine, en étant une moi-même). Bon. Mon autre histoire de tache, c'est un agriculteur de 50 ans. Il est le propriétaire de l'appartement du jeune qui a fait un tentamen par veinosection et a choppé sa fémorale. Il me demande comment ça se nettoie, le sang. Puis me dit que pourtant il a passé toute sa journée avec le jeune, qu'il était triste mais ça allait... Puis non. Il a tout tranché dans la salle de bain. Et le vieux bonhomme sanglote. Il est 3 heures du matin, mais j'arrive à lui dire: «C'est pas votre faute. C'est la faute de personne. Demandez à un ami de vous aider à nettoyer, avec de l'eau et du détergent. Ne le faites pas ce soir, pas seul. Ça va vous remuer beaucoup, y a pas urgence.»



«Boucle d'or et les trois ours» de Rose Celli, Gerda Müller  
© Éditions Père Castor-Flammarion

Et il me répond: «C'est que ça sent très fort, le sang. Je savais pas que ça pouvait couler autant...»

Dilution is solution...

*Boucle d'Or (pseudonyme d'une jeune assistante qui raconte des faux-pas dans son vie de travail quotidienne)*





BARTÁK