



Pass auf dich auf!

Self-care und Burnout Prävention im Praxisalltag!

Ao.univ.-Prof.in Dr.in Beate Wimmer-Puchinger

Forum für medizinische Fortbildung, 18.06.2026
Refresher & Update Allgemeinmedizin

Aufbau

1. Belastungsfaktoren der Ärzte
2. Facts & Figures zu Stress
1. Burnout in der Praxis
2. Bewältigungsstrategien

Über mich

Wie bei jedem anderen Vortrag möchte ich mich kurz vorstellen:

Ich bin klinische und Gesundheitspsychologin und war lange Zeit Direktorin des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Frauengesundheitsforschung sowie Gründerin zweier Frauengesundheitszentren. Von 1999 bis 2015 war ich die erste (und bislang einzige) Beauftragte für Frauengesundheit der Stadt Wien.

Ich war wissenschaftliche Leitung der „Wiener Gesundheitsziele 2025“ und Programmkoordinatorin des Österreichischen Aktionsplans für Frauengesundheit.

Ich lehre an der Medizinischen Universität Wien, Karl-Landsteiner-Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften und der Fakultät für Psychologie der Sigmund Freud Privatuniversität. Zudem habe ich auch an der Universität Salzburg, der Fachhochschule für Gesundheit Wien und der Alice-Salomon-Universität Berlin unterrichtet.

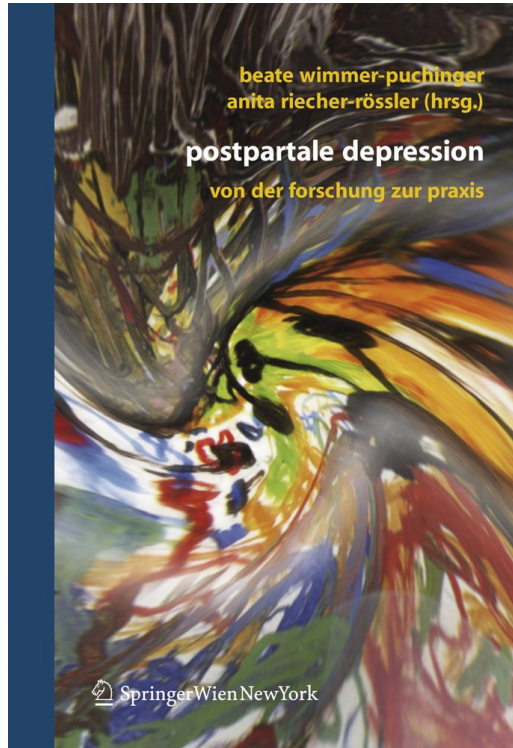
Im Laufe meiner Karriere war ich Herausgeberin zahlreicher einschlägiger Lehrbücher, zuletzt von „Irrsinnig weiblich – Psychische Krisen im Frauenleben“ (Springer 2016), sowie Autorin zahlreicher Bücher und wissenschaftlicher Artikel.

Ich bin stolz darauf, für meine Arbeit Auszeichnungen wie die Goldene Ehrenmedaille für Verdienste um den Bezirk Wien, die Goldene Ehrenmedaille für Verdienste um die Republik Österreich, den ZONTA Merit Award und den Frauenpreis der Stadt Wien 2016 erhalten zu haben.

Seit Juni 2017 bin ich Präsidentin des Berufsverbandes der Psychologinnen und Psychologen Österreichs.



Publikationen



Was stresst im Praxisalltag?



Mental Load

Mental Load = die ständige unsichtbare Planungs-, Organisations- und Entscheidungslast

Der Arbeitsalltag eines/r praktischen Arztes/Ärztin ist von zahlreichen mentalen Belastungen geprägt:

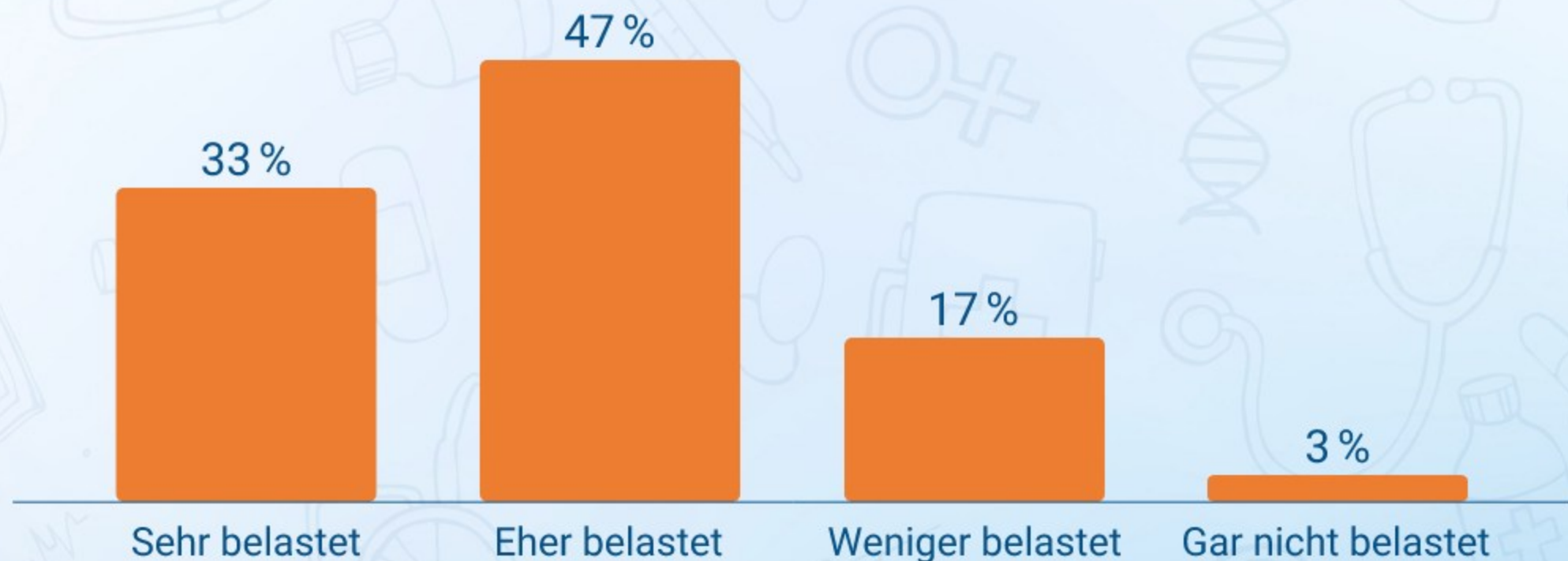
- ▼ **Ständige Prozessverantwortung:** Neben der medizinischen Diagnose müssen Ärzt:innen den Praxisalltag (Materialbestellung, Vertretungen, Dienstpläne) organisieren und unvorhersehbare Notfälle koordinieren.
- ▼ **Bürokratie und Dokumentation:** Gesetzliche Vorgaben, Abrechnungsmodalitäten und Krankenkassenrichtlinien fressen viel kognitive Kapazität, die eigentlich für die Versorgung der Patient:innen gedacht ist.
- ▼ **Emotionale Belastung:** Das Mitgefühl und die Verantwortung für schwere Krankheitsverläufe oder Schicksale ("emotionale Arbeit") zehren an der mentalen Energie.
- ▼ **Führung und Teamverantwortung:** Als Praxisinhaber:in ist man oft auch Arbeitgeber:in. Das Lösen von Konflikten im Team und das Vermitteln von Sicherheit erfordern ständige Aufmerksamkeit.
- ▼ **Entscheidungsdruck:** Pro Tag müssen Dutzende schnelle, aber hochkritische Entscheidungen getroffen werden, ohne den eigenen Handlungsspielraum im Gesundheitssystem voll ausschöpfen zu können.

Studie „praktischArzt.de“ zu Arbeitsbedingungen der Ärzt:innen

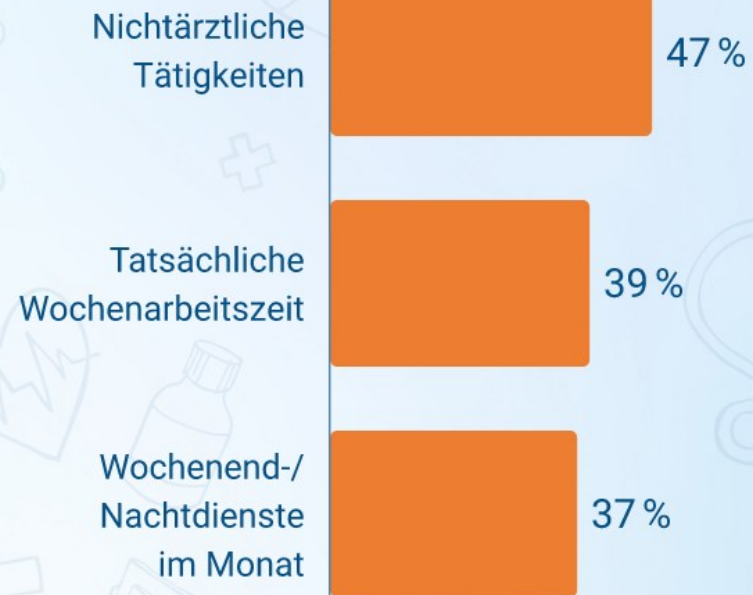
Repräsentative Befragung
von **1.733** deutscher
Ärzt:innen
& Medizinstudent:innen

Querschnitt über alle
Altersklassen,
Beschäftigungsverhältnisse,
Berufserfahrung

Wie fühlen sich Ärztinnen und Ärzte bei ihrer Arbeit?

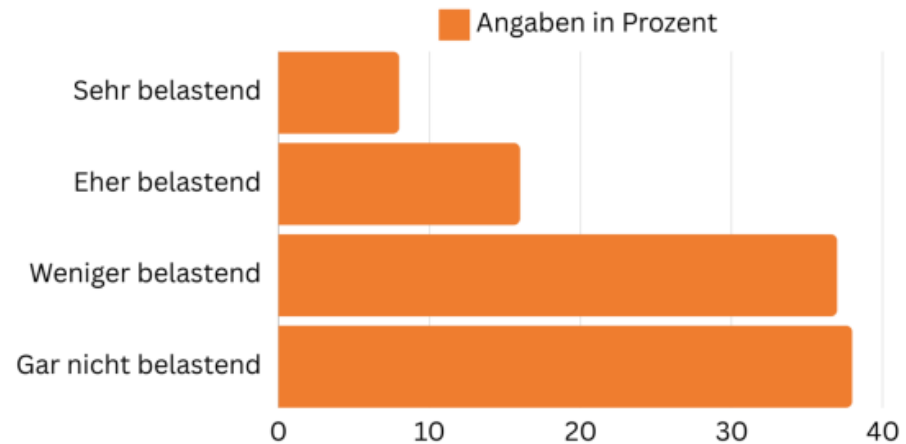


Die größten Belastungen im ärztlichen Arbeitsalltag



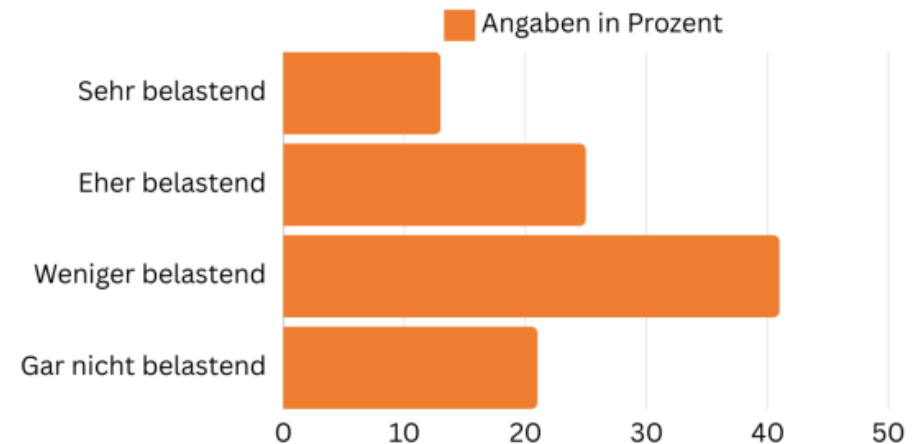
Aggression im Praxisalltag

Wie belastend empfinden Sie **körperliche Aggressionen** von Patienten?



praktischArzt

Wie belastend empfinden Sie **verbale Aggressionen** von Patienten?



praktischArzt

Spannungsfeld: Hohe Anforderungen

Hohe Anforderungen des Arztberufes

- Tägliche Konfrontation mit Krankheit, Leiden und Tod und Ängsten oder Sexualität
- Korrekt mit so genannten Problempatienten umgehen
- Nacht- und Notdienste
- Laufend lebensbeeinflussende Entscheidungen treffen; und das auf der Basis von oftmals nicht eindeutigen oder fehlenden oder in sich widersprüchlichen Befunden
- Ununterbrochen sich an die sich verändernden Umstände (Abrechnungen, Vorschriften, Techniken, Qualitätskontrollen) anpassen
- Entscheidungen einsam treffen
- Mit Kollegen umgehen, die neidisch oder wenig kooperativ sind
- Fronten zwischen konkurrierenden Arztgruppen (Hausärzte gegen Fachärzte) spüren

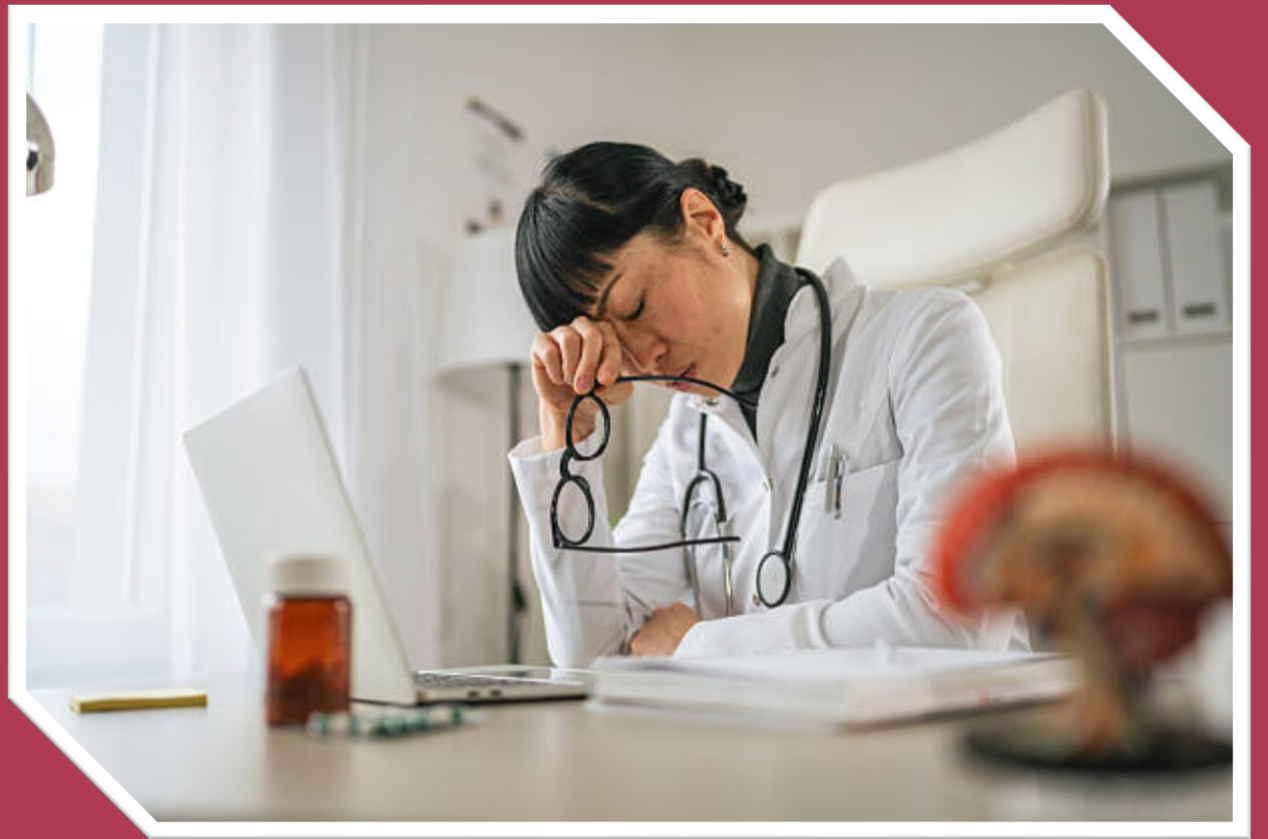
..... geringe Einflussmöglichkeit

Geringe Einflussmöglichkeit für den einzelnen Arzt

- Genehmigungen für den Patienten einholen, wobei diese von Personen ausgestellt werden, deren Fachkompetenz unter der eigenen liegt
- Auch bei geringer Compliance erfolgreich behandeln
- Positiv- und Negativlisten beachten
- Auf die allgemeine wirtschaftliche Lage Rücksicht nehmen
- Angestellter der Krankenkassen sein
- Abrechnungen der KV und deren Vorschriften hinnehmen
- Rechnungshöhe kaum beeinflussen können: Fixierung auf zwei starre Gebührenordnungen
- Willkür bei politischen Entscheidungen hinnehmen
- Widerspruch zwischen der öffentlichen Behandlung als Wirtschaftsgüter und der Realität als hohe menschliche Instanz erkennen
- Darstellung der Ärzte in der Presse als Abrechnungsbetrüger und profitgierige Ungeheuer ertragen
- Die „Ich weiß es besser“-Einstellung mancher Patienten (Internetwissen), Journalisten und Anwälte handhaben
- Das Risiko, angeklagt zu werden, egal wie fachlich korrekt und sorgfältig gearbeitet wird
- Die geringe Erfolgsquote bei der Therapie vieler Erkrankungen akzeptieren
- Für immer weniger Honorar behandeln
- Das Schicksal des Patienten kann der Arzt nicht wirklich beeinflussen
- Das Weltbild des Patienten darf der Arzt nicht beeinflussen

Stress

Theorien zu Stress



Was ist Stress?

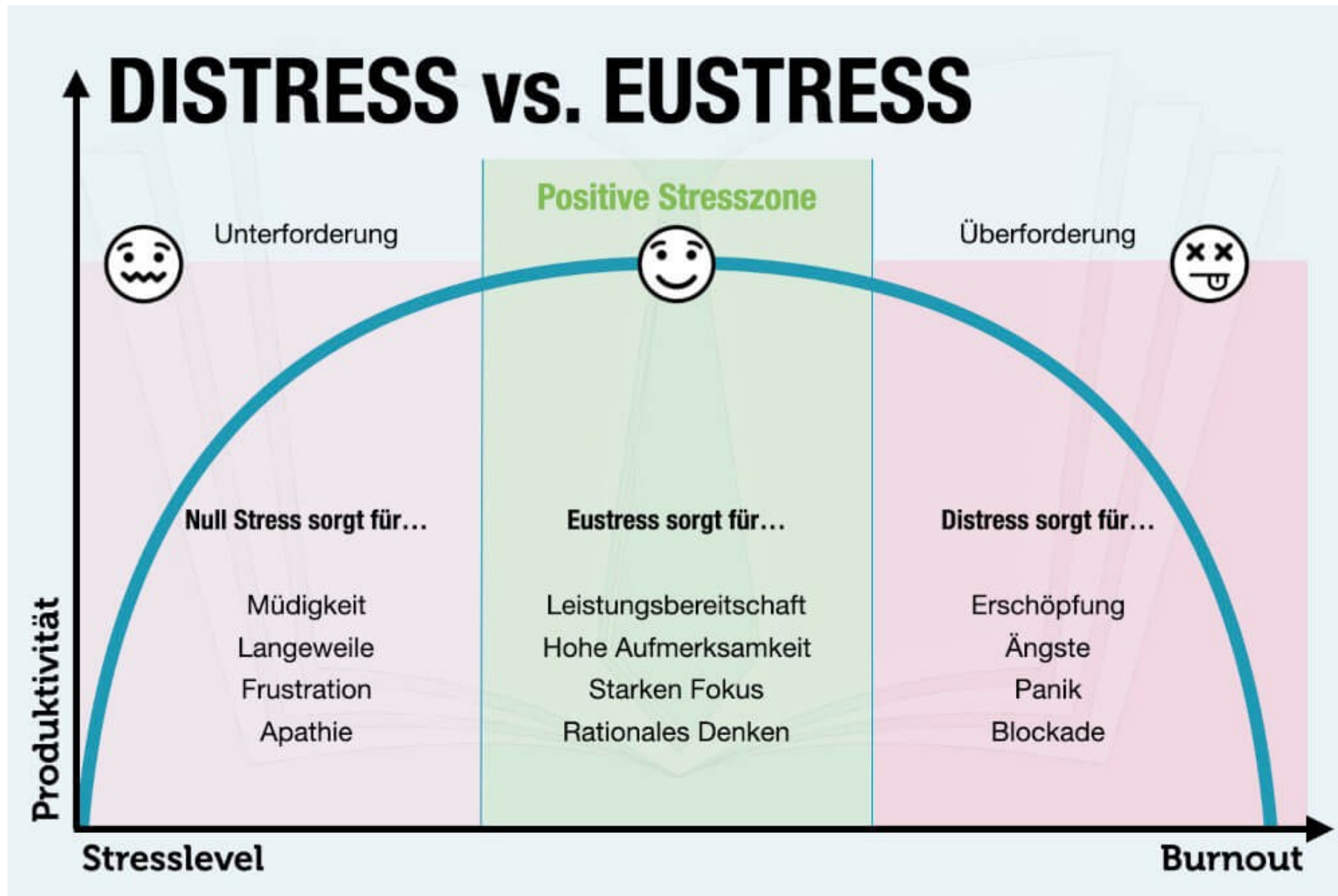
[ist] eine **subjektiv unangenehm empfundene Situation**, von der eine Person negativ beeinflusst wird (**Distress**)

=> Gegensatz: anregender, **positiver Stress (Eustress)**

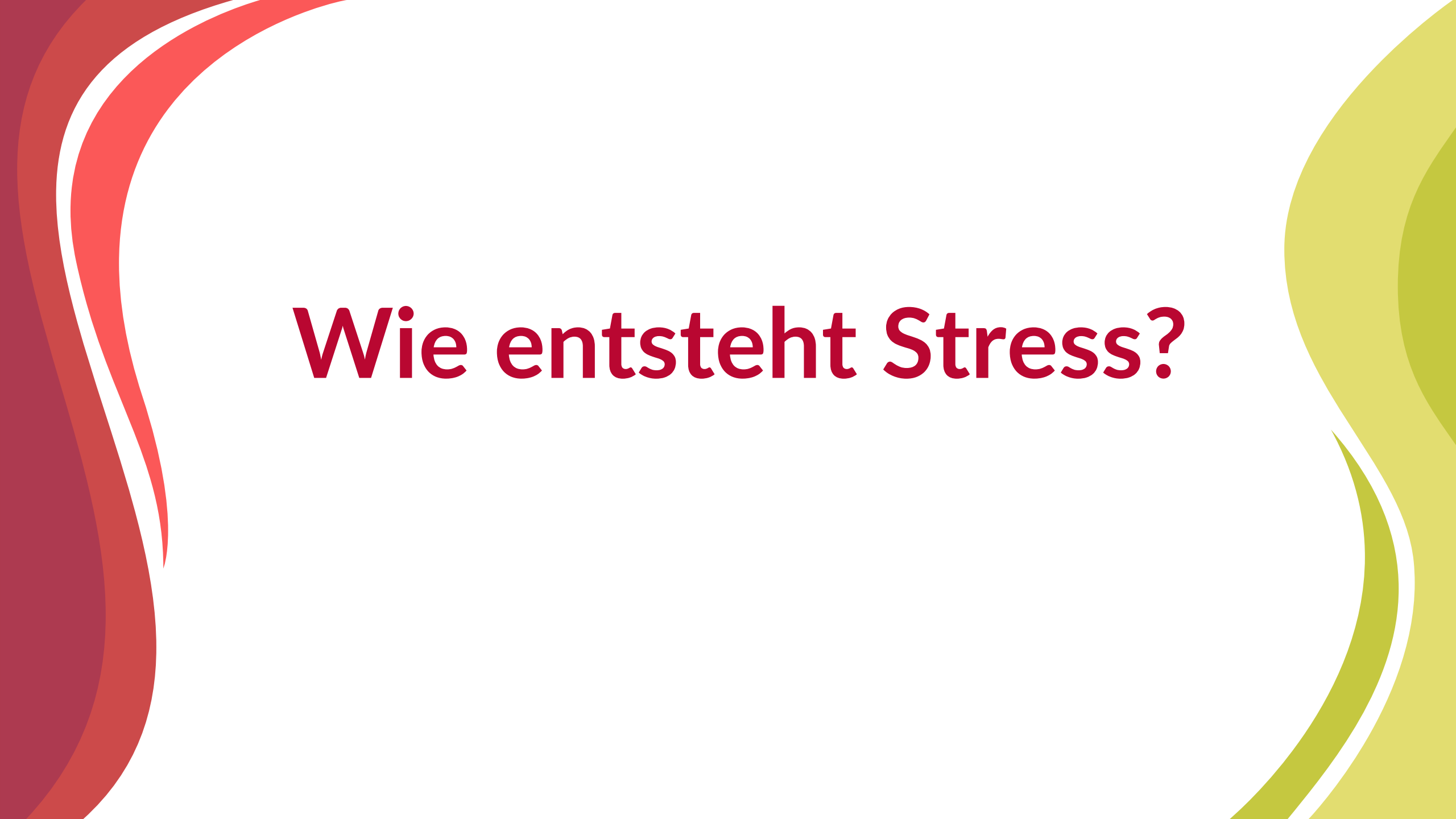
<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/stress>

"Stress ist ein **subjektiv intensiv unangenehmer Spannungszustand**, der aus der **Befürchtung** entsteht, dass eine **stark aversive, zeitlich nahe (oder bereits eingetretene) und lang andauernde Situation** sehr wahrscheinlich **nicht vollständig kontrollierbar** ist, deren Vermeidung aber subjektiv wichtig erscheint.,,

<https://www.lehrbuch-psychologie.springernature.com/glossar/stress-2>

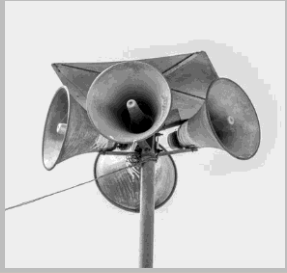


Yerkes-Dodson-Kurve



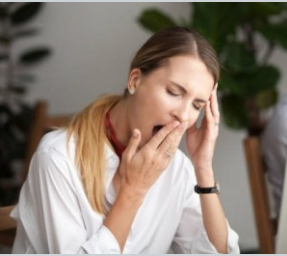
Wie entsteht Stress?

Stressoren



Physikalisch-sensorische Stressoren

- Lärm
- Hitze, Kälte
- Nässe
- Reizüberflutung



Körperliche Stressoren

- Hunger, Durst
- Schlafentzug
- Verletzung, Schmerz
- Starke Funktionseinschränkungen



Leistungs- und soziale Stressoren

- Zeitdruck
- Über- und Unterforderung
- Konkurrenz
- Zwischenmenschliche Konflikte
- Isolation, Trennung

Stressoren



Lebensverändernde kritische Ereignisse (Life events)

- Verlust von Bezugspersonen, wichtigen Rollen oder dem Arbeitsplatz
- Plötzliche Einschränkung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit
- Starke Bedrohung der eigenen Sicherheit durch Naturkatastrophen, Verbrechen, Kriege etc



Kritische Übergänge im Lebenslauf („Transitionen“)

- Adoleszenz und junges Erwachsenenalter
- Pubertät, Klimakterium, Andropause
- Berufseinstiege oder -ausstiege
- „Empty nest“-Syndrom



Chronische Spannungen und Belastungen

- Dauerhafte Alltagsprobleme („Daily hassles“) wie Zeitverlust durch Stau oder Schlange stehen, Unzufriedenheit mit dem eigenen Äußeren oder Preissteigerungen
- Rollenkonflikte in Beruf und Familie
- andauernde Krankheiten, Funktionseinschränkungen oder Behinderungen

Arzt-Patient:innen Beziehung als Stressor

Häufige stressreiche Situationen in der Arzt-Patient:innen-Kommunikation entstehen oft durch ein **Zusammenspiel** aus:

- emotionaler Anspannung
- Missverständnissen
- strukturellem Zeitdruck

Diese Konflikte belasten nicht nur die **Behandlungsqualität**, sondern sind ein **wesentlicher Treiber für Burnout bei Ärzt:innen**.

1. Überbringung schlechter Nachrichten und belastender Diagnosen

medizinische Faktenvermitteln, die die Lebensrealität des/der Patient:innen drastisch verändern, während dieser sich oft in einem Schockzustand befindet. → Die Aufnahme-Fähigkeit des/der Patient:in ist im Schock-Zustand stark vermindert

- ▼ **Die Herausforderung:** Patient:innen reagieren häufig mit Verleugnung, Aggression oder komplettem Rückzug. Der/die Arzt/Ärztin muss dabei die **eigene emotionelle Betroffenheit regulieren**, um handlungsfähig zu bleiben, **ohne empathielos zu wirken**.
- ▼ **Typische Stressfaktoren:** Die **Angst**, den Patient:innen durch die Art der Übermittlung **zusätzlich zu verletzen**, sowie der **Druck**, sofort auf **starke emotionale Ausbrüche (Weinen, Wut)** professionell zu reagieren.
 - dem/der Patient:in **Raum geben**, die **Nachricht zu verarbeiten** und **emotional zu sein** (Vereinbarung eines Follow-up Termins)

Lösungsansatz:

Strukturierte Modelle wie das **SPIKES-Protokoll** oder das **NURSE-Modell** (Name, Understand, Respect, Support, Explore) helfen, die Emotionen des Patient:innen zu benennen und validieren, bevor weitere medizinische Schritte besprochen werden.

2. Aggression, Vorwürfe und Vertrauensverlust

Konflikte eskalieren häufig, wenn **Patient:innen sich nicht gehört fühlen oder das Gefühl haben, dass ihre Erwartungen enttäuscht wurden.** → Verschiebung von der Sachebene auf die Beziehungsebene.

- **Auslöser:** Lange Wartezeiten, als unzureichend empfundene Erklärungen oder Behandlungsfehler (real oder vermutet). Patient:innen werden dann oft laut, unterbrechen ständig oder greifen die Kompetenz des Arztes persönlich an („In der Zeitung stand aber was anderes!“).
- **Die Dynamik:** Der/die Arzt/Ärztin gerät in eine **Rechtfertigungshaltung**, was den Stresspegel massiv erhöht. Oft steckt hinter der Aggression des/der Patient:in eigentlich Angst oder Hilflosigkeit.

Strategie:

Deeskalation durch aktive Neutralität gefragt. Sätze wie „Ich merke, dass Sie sehr verärgert sind, und das verstehe ich“ nehmen dem Gegenüber den Wind aus den Segeln, ohne die eigene Position aufzugeben. Wichtig ist, nicht auf das emotionale Niveau des Patienten herabzusteigen.

3. Unrealistische Erwartungen und „Dr. Google“-Patienten

Stressquelle ist die Diskrepanz zwischen den medizinischen Möglichkeiten und den Erwartungen des/der Patient:in, die oft durch Internetrecherchen geprägt sind.

- ▼ **Das Problem:** feste Vorstellungen des/der Patienten/Patientin zu spezifischen Untersuchungen, Medikamenten oder Therapien von denen der/die Arzt/Ärztin abrät → Patient:in fühlt sich nicht gehört
- ▼ **Der Konflikt:** Navigation zw. Wunsch des/der Patient:in nach Autonomie und seiner/ihrer eigenen fachlichen Verantwortung. Wird der/die Patient:in im Internet „besser informiert“ wahrgenommen als der/die Arzt/Ärztin selbst, entsteht ein autoritäres Vakuum.

Umgang:

Statt die Recherche zu diskreditieren, hilft es, die Informationen gemeinsam zu bewerten („Was genau haben Sie gelesen? Lassen Sie uns das gemeinsam einordnen“). Dies stellt die Partnerschaft wieder her, ohne die fachliche Führung abzugeben.

4. Zeitdruck und „ausufernde“ Anamnesen

Konflikt zw. dem ökonomischen Druck (hohe Patientenzahl) und dem Bedürfnis des/der Patient:in nach Zeit zu massivem Stress.

- **Die Situation:** Patient:innen nutzen die kurze Zeit oft, um **lange, ausschweifende Geschichten** zu erzählen („Redeschwall“), während der Arzt im Kopf bereits den Zeitplan für die nächste/n Patient:in durchgeht.
- **Die Folge:** Ungeduld seitens des/der Ärzt:in → unsanftes unterbrechen, selektives zuhören. Der/die **Patient:in** spürt dies, **redet noch mehr, um sich Gehör zu verschaffen** – ein Teufelskreis.

Lösung:

Strukturierte Gesprächsführung zu Beginn ist essenziell. Eine **klare Agenda-Setzung** („Wir haben heute 10 Minuten; was ist Ihr wichtigstes Anliegen?“); **Benennen von Zeitlimits schaffen Transparenz; Umleiten auf einen Folgetermin** für weitere Themen hilft

5. Non-Compliance und das „Door-Handle-Phänomen“

Stress entsteht auch, wenn Patient:innen Therapieempfehlungen nicht befolgen oder wichtige Informationen erst am Ende des Gesprächs preisgeben.

Das „Door-Handle-Phänomen“: Patient:in erwähnt ein entscheidendes Symptom oder eine Sorge erst, wenn er/sie schon aufgestanden ist
gesamtes vorangegangene Gespräch oft obsolet → Gefühl von Ineffizienz und Zeitverschwendung beim Arzt/bei der Ärztin

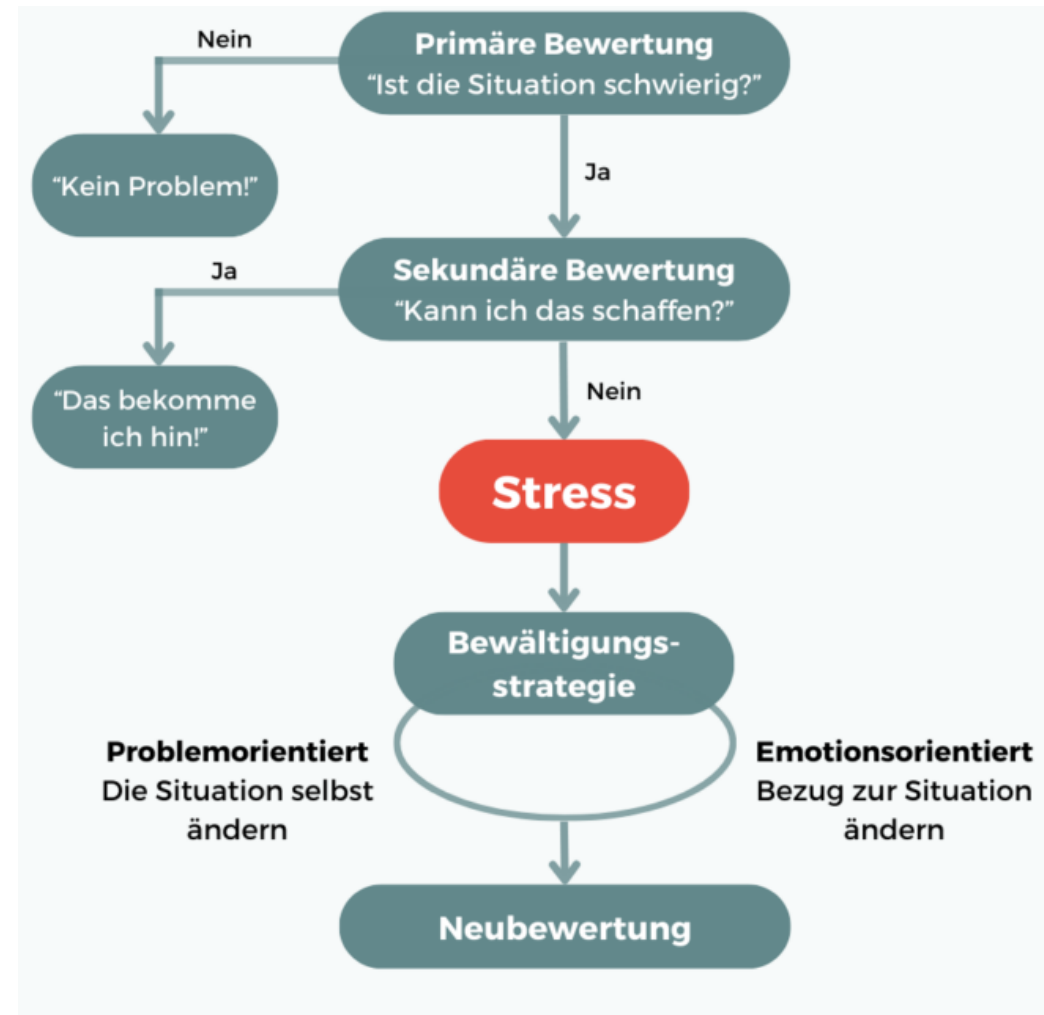
Non-Compliance: → Arzt/Ärztin fühlt sich in seiner Wirksamkeit infrage gestellt

Prävention

Offene Fragen nach Hindernissen („Was könnte Sie daran hindern, diese Tabletten regelmäßig zu nehmen?“) und das Einfordern eines Feedbacks („Erzählen Sie mir bitte, wie Sie das Medikament einnehmen werden“) schaffen Klarheit und beugen Missverständnissen vor

Transaktionales Stressmodell

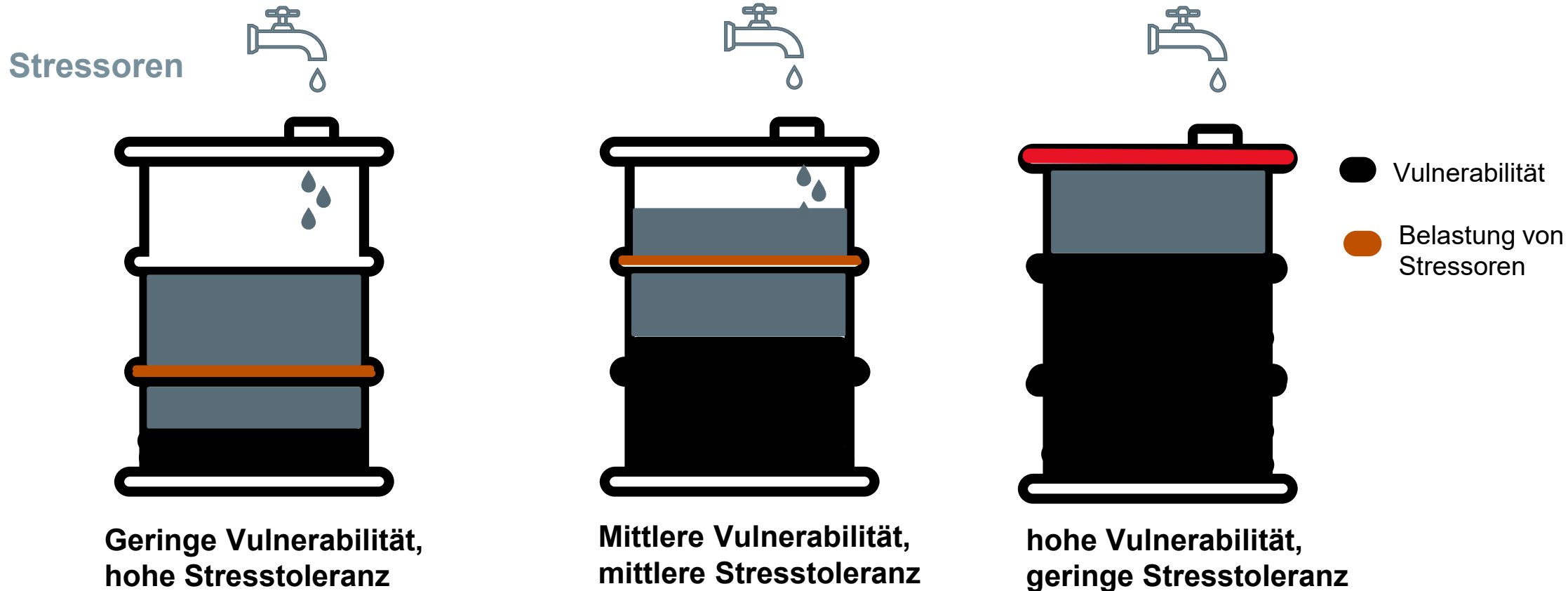
- Richard Lazarus und Susan Folkman (1981)



Diathese-Stress Modell

Vulnerabilitäts-Stressmodell

- Interindividuelle Unterschiede in der grundlegenden Vulnerabilität
- Fassanalogie („Fassmodell“)



Die Stressampel

Gert Kaluza (2023)



Abbildung 1: Stressampel nach Kaluza (2023)



Burnout in der Praxis

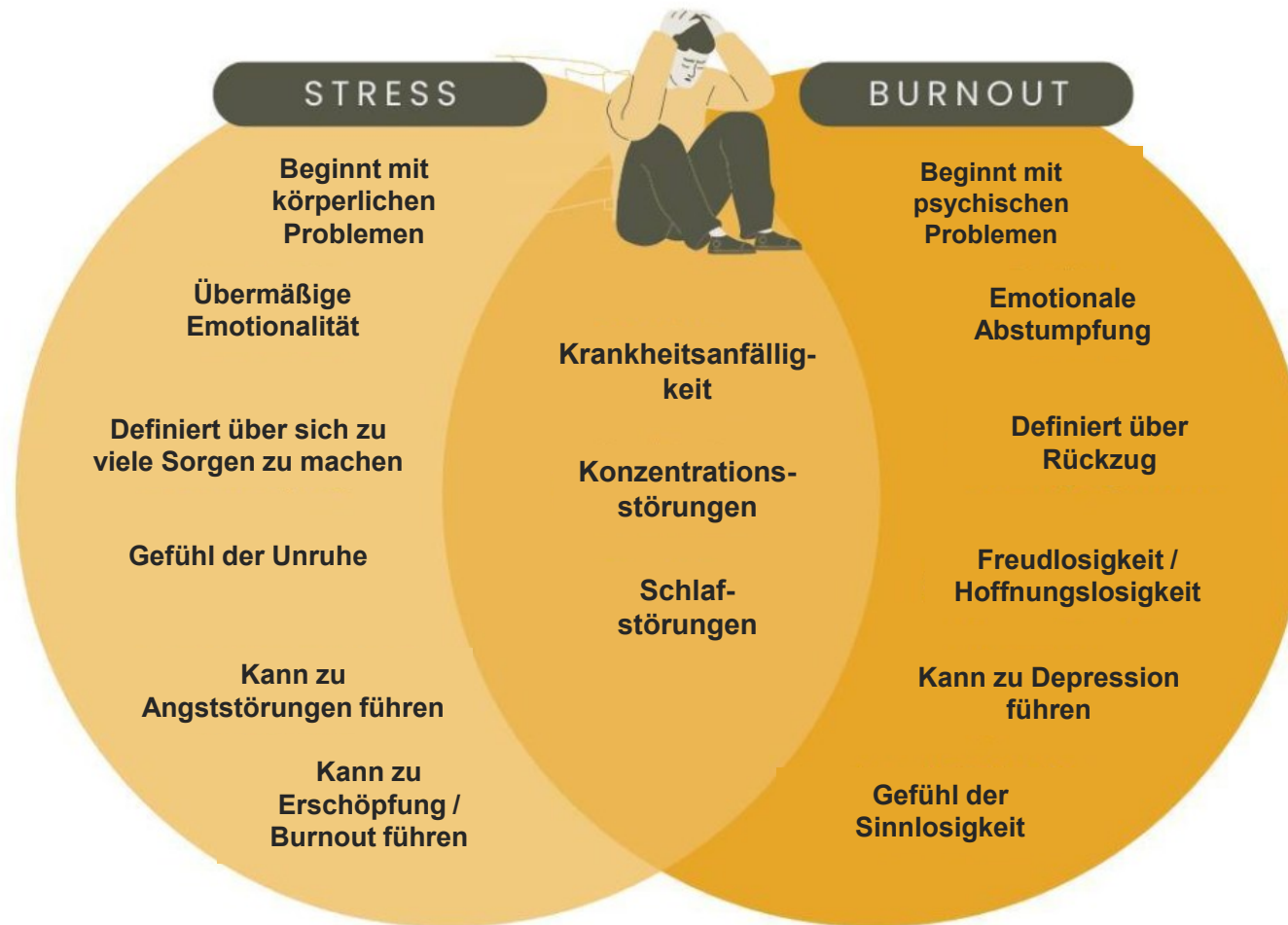
Burnout beschreibt einen
Zustand tiefer emotionaler, körperlicher und
geistiger Erschöpfung.

Burnout wird nicht als eigenständiger Krankheitsbegriff
im Katalog der internationalen Klassifikationen für
Diagnosen (ICD-10) geführt.

Dort wird Burnout mit dem Code "Probleme mit Bezug auf
Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung" beschrieben.

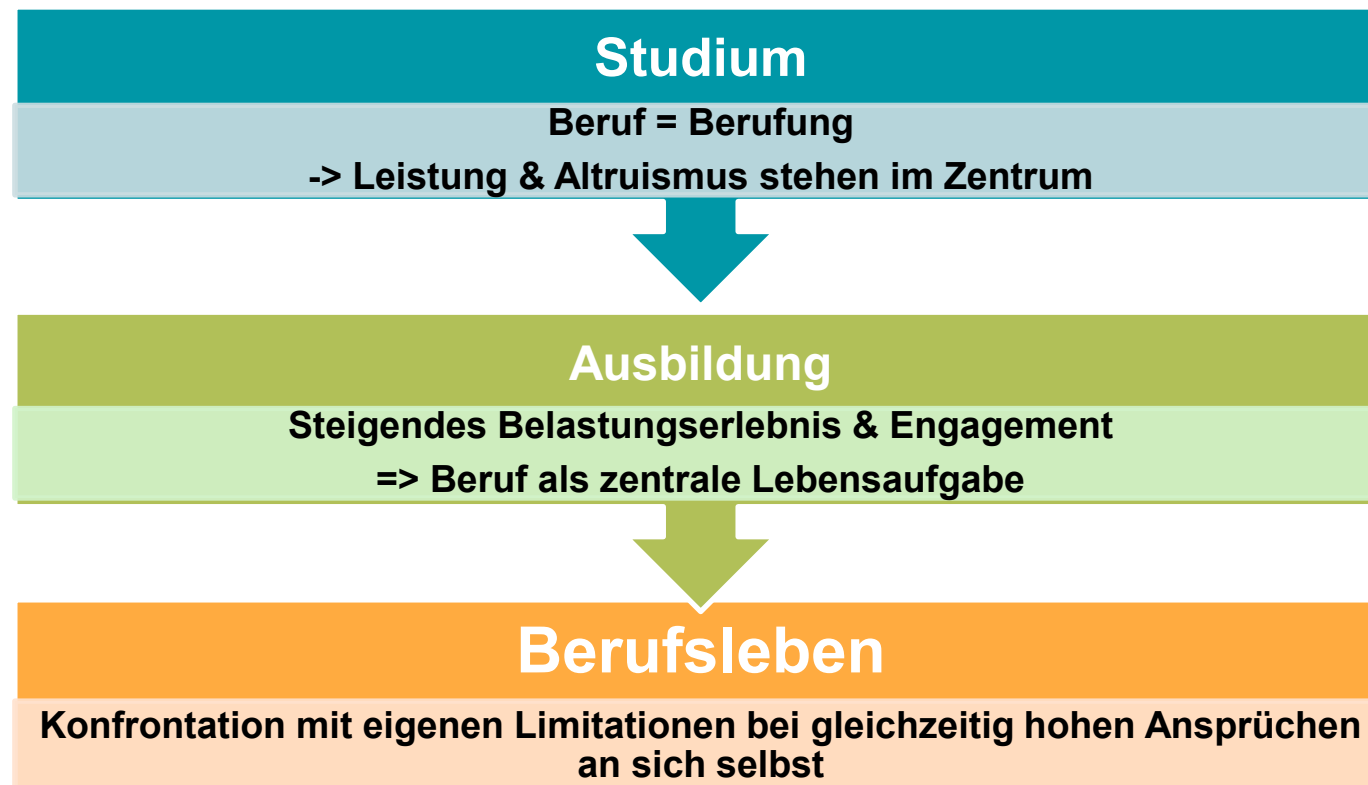
Burnout ist ein **Risikofaktor** für verschiedene psychische
und physische Erkrankungen.

STRESS VS. BURNOUT

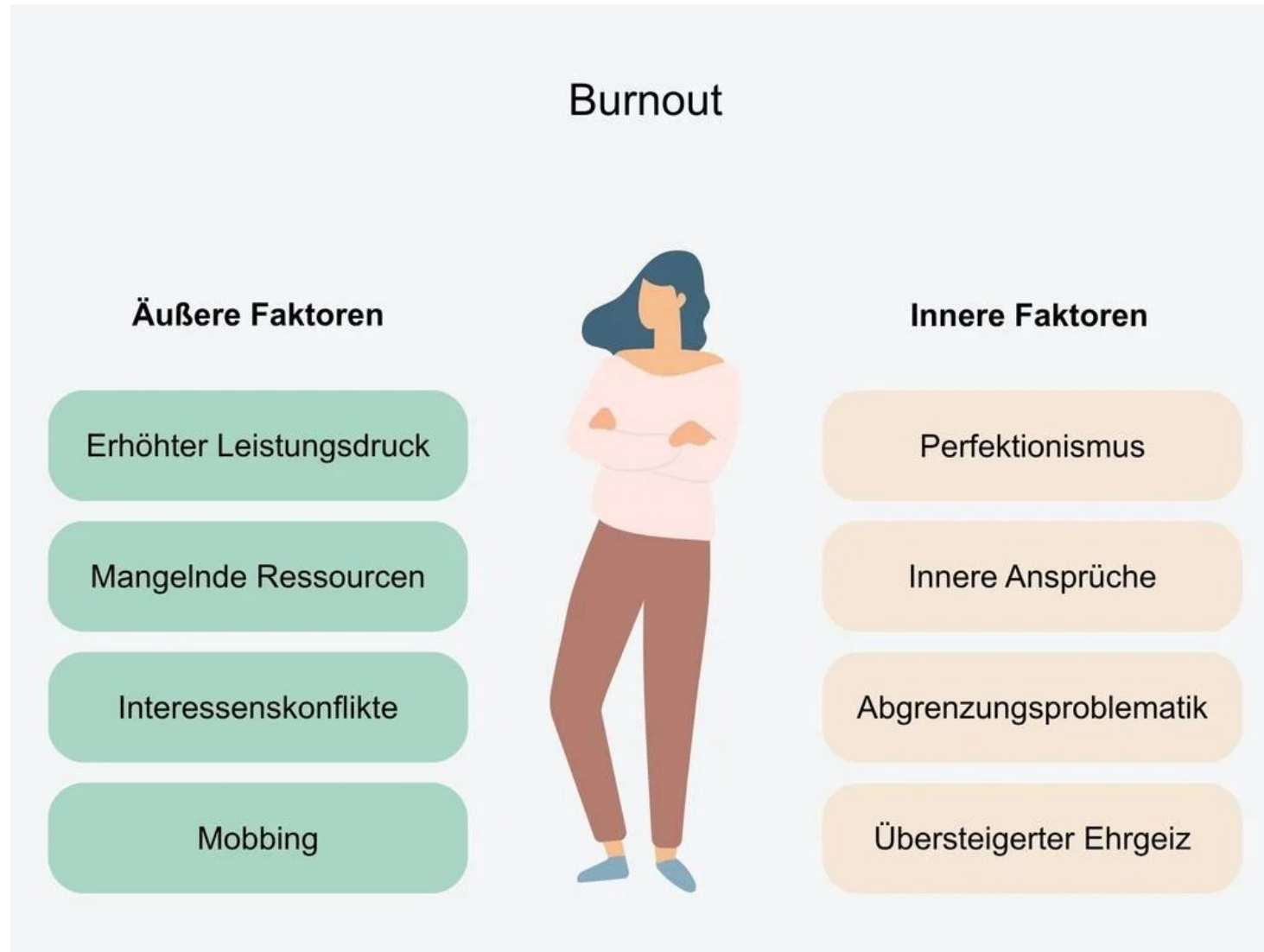


Burnout im Arztberuf

- mind. **20% der Ärzte leiden unter Burnout** (Dt. Ärzteblatt, 2004)
 - 58%** würde **nicht mehr Vertragsarzt** werden –
 - 37%** würden heutzutage **nicht mehr Arzt werden**



Beitragende Faktoren





Folgen des Burnouts

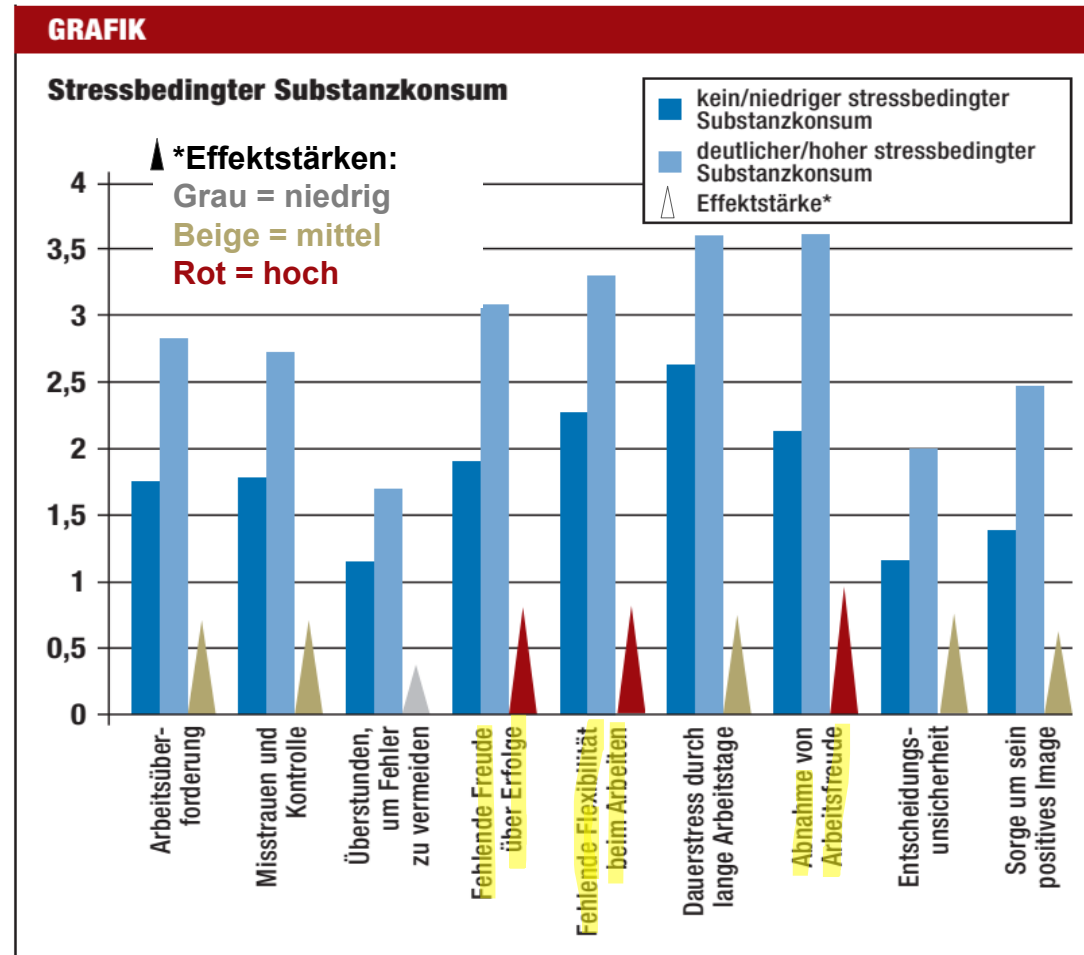
- 
- ▼ Weitere **psychische Erkrankungen** (hohe Komorbidität mit Depression)
 - ▼ Entwicklung von **Substanzabhängigkeit**
 - ▼ Online-Umfrage bei 1.287 Ärzt:innen (m/w 50:50)
 - ▼ 7% missbrauchen Alkohol- und Medikamente zum Stressabbau
 - ▼ 3% der ÄrztInnen weisen einen riskanten Gebrauch auf (im Ggs. Zur Allgemeinbevölkerung: 2%)
 - ▼ Hohe **Suizidrate**

Effekt verschiedener beruflicher Belastungen auf den Substanzkonsum

Unterschiede der beruflichen Beschwerden

(Wertespanne: 0 bis 5) in den Gruppen niedriger und hoher stressbedingter Substanzkonsum von Alkohol und/oder Medikamenten.

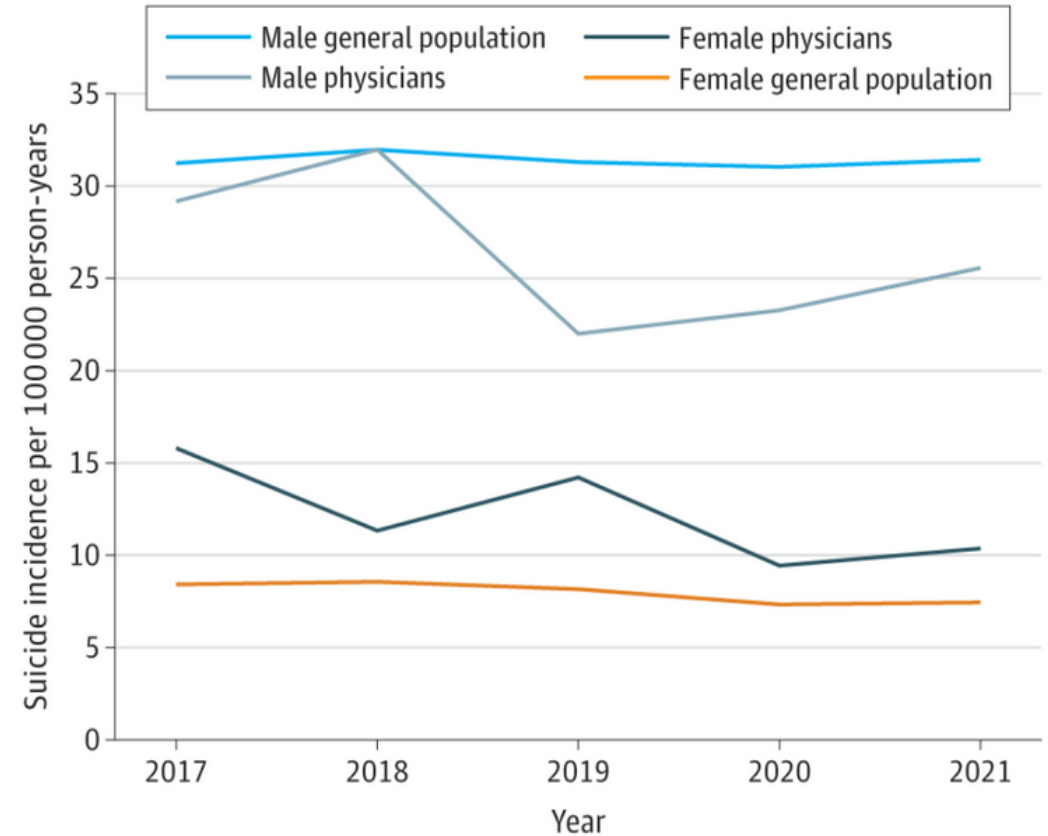
* Effektstärke:
grau = niedrig;
beige = mittel;
rot = hoch



National Incidence of Physician Suicide and Associated Features

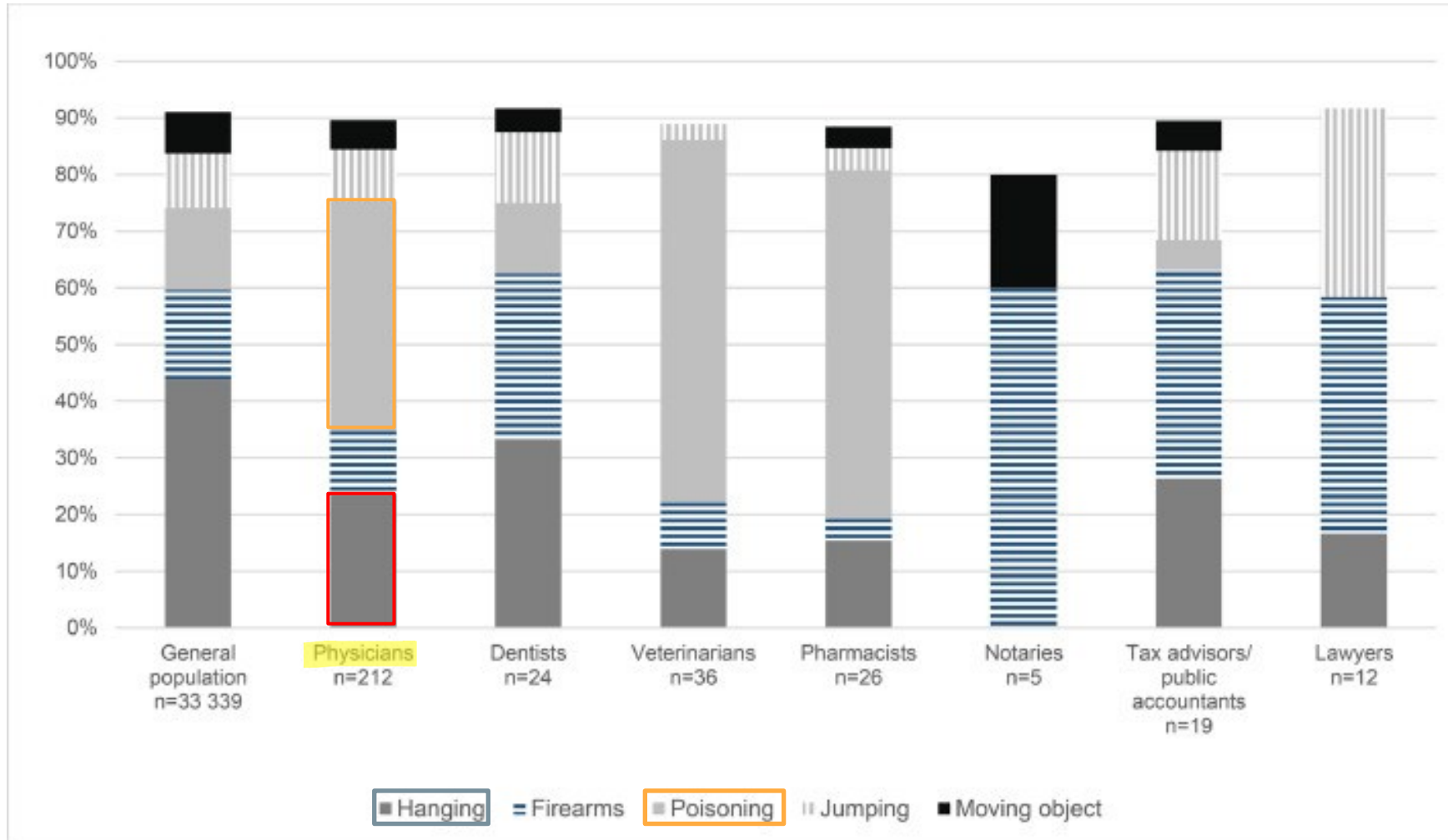
(USA, 2025)

- Retrospektive Kohortenstudie
- Vergleich der Suizide bei Ärzt:innen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung im Alter von 25+ Jahren in der US von Januar 2017 bis Dezember 2021
- 448 Ärzt:innen (21% Frauen, 79% Männer)
- 97 467 Allgemeinbevölkerung



Unadjusted Suicide Incidence Rates for Physicians and the General Population From 2017 to 2021. (Makhija et al., *JAMA Psychiatry*, 2025)
<https://www.sciencealert.com/female-physicians-are-dying-by-suicide-at-astonishingly-high-rates>

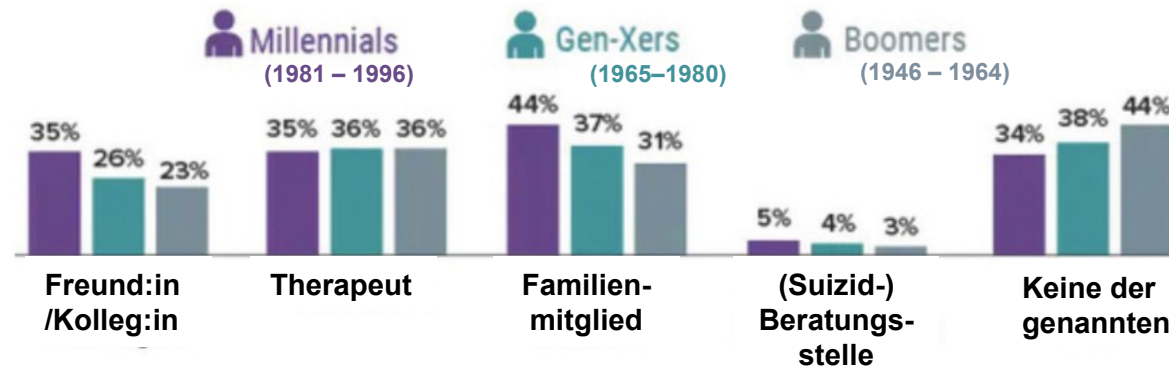
Suizidmethode nach Berufsgruppe



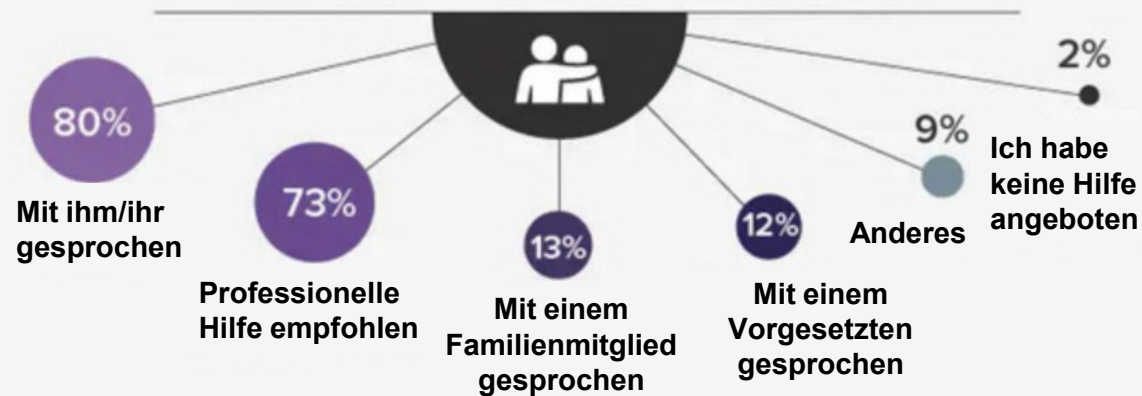
Suizidrate bei Ärzt:innen

- Metaanalyse aus Österreich (MedUni Wien, 2024)
- Daten : 3.890 Ärzt:innen
(3.303 Ärzte von 1935-2020, 587 Ärztinnen von 1960 - 2020)
- Suizidrisiko bei Ärzt:innen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung rückgängig ABER
 - Suizidrisiko nach wie vor **höher im Vergleich mit anderen akademischen Berufen**
 - **Ärztinnen** haben ein **höheres Risiko** als Ärzte
 - **Unterschiede im Risiko je nach Fachdisziplin**

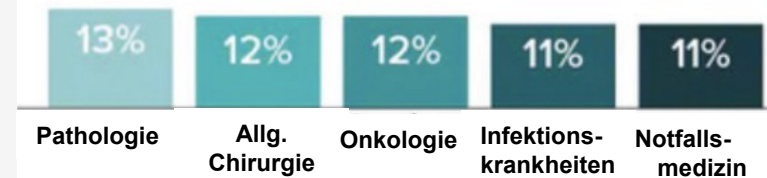
Wem vertrauen Ärzte ihre Suizidgedanken an?



Wie haben Sie einem anderen Arzt mit seinen Suizidgedanken geholfen?



Fachbereiche mit den höchsten Suizidrate



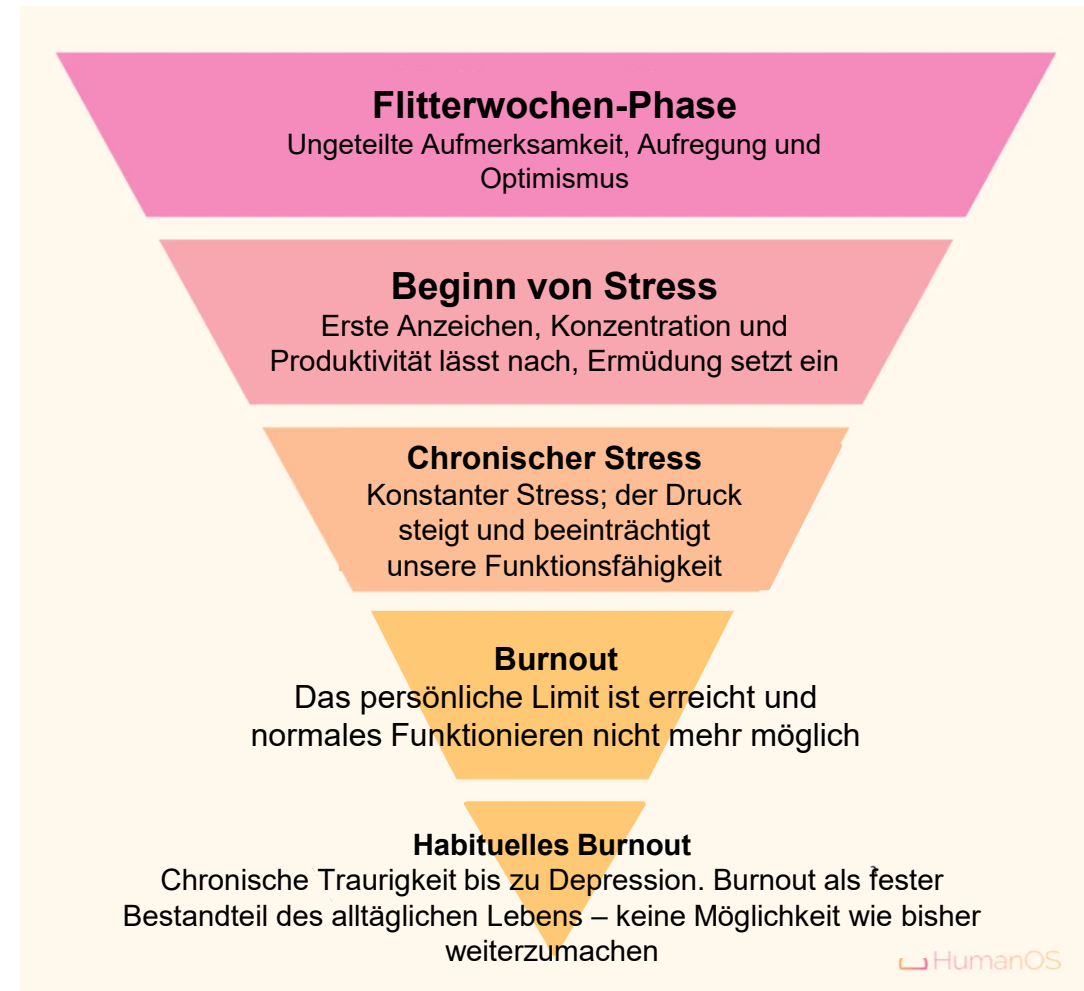
Wie kommt es zum Burnout?



Theorien zur Genese von Burnout
im Gesundheitsbereich

5- Phasen-Modell von Desillusionierung nach Edelwich & Brodsky (1980)

- Ursprünglich für Pflege- und Heilberufe entwickelt
- 5 Stadien de Burnouts



3-Phasenmodell nach Maslach (1981)

▼ Basis des Modells:
**Burnout-Patient:innen aus
Pflege- und Heilberufen**

Erschöpfung

emotionale Erschöpfung (Müdigkeit schon beim Gedanken an die Arbeit)

körperliche Erschöpfung mit Symptomen wie Schlafstörungen, Kopfschmerzen oder Infektanfälligkeit

Dehumanisierung

zynische Einstellung gegenüber Kollegen, ein **negative Gefühle für Klient:innen**, Schuldgefühle, sozialen Rückzug

Reduzierung der Arbeit auf das Notwendigste.

Terminales Stadium

Widerwille gegen andere Menschen, sich selbst und überhaupt *alles*



Burnout erkennen

Warnsignale

ERSCHÖPFUNG

Chronische Müdigkeit und Energielosigkeit

- Ständige Müdigkeit
- Kopfschmerzen
- Schlafprobleme
- Häufige Infekte

ZYNISMUS

Distanzierung zur Arbeit

- Gleichgültigkeit
- Gereiztheit
- Negative Einstellung
- Sozialer Rückzug

INEFFEKTIVITÄT

Mangelnde Leistungsfähigkeit

- Konzentrationsprobleme
- Vergesslichkeit
- Selbstzweifel
- Leistungsabfall

Stufen der Erschöpfungsspirale

Stufe 1: Erste Anzeichen emotionaler Erschöpfung - Überaktivität und hohes Engagement, Durcharbeiten - Übergehen von Pausen - Vernachlässigung eigener Bedürfnisse - Immer weniger Zeit für Kollegen, Familie und Freunde - Abschalten fällt zunehmend schwer - Schlafstörungen - Mangelnde Regenerationsfähigkeit, Wochenende reicht nicht mehr für Erholung aus - Erster Schwung für die Arbeit lässt nach - Griff zu Entspannungsmitteln wie Alkohol, Kaffee, Nikotin oder Drogen	Mögliche begleitende Symptome in allen Phasen können sein: Körperliche Symptome - Kopf- und Rückenschmerzen - Muskuläre Verspannungen - Ohrgeräusche - Schwindel - Magenschmerzen - Verdauungsstörungen - Appetitverlust und Gewichtsabnahme - Panikattacken - Herzklopfen und Herz-Rhythmusstörungen - Häufige Infekte Denkstörungen - Denkaussetzer - Zerstreuung - Vergesslichkeit - Konzentrationsstörungen
Stufe 2: Persönlichkeits- und Wesensveränderung - Reizbarkeit und zunehmende Gleichgültigkeit, verändertes Wesen - Kränkbarkeit und Weinerlichkeit - Reduzierte Kommunikation: Nur noch das Nötigste - Vermeidung von persönlichen Kontakten - Rückzug und Entfremdung von Kollegen - Resignation	
Stufe 3: Leistungseinbruch - Verlust von Selbstvertrauen - Bagatellisieren von Erfolgen, Selbstabwertungen - Gefühl, nicht mehr effektiv zu arbeiten - Versagensgefühle - Selbstzweifel	

4 Ebenen der Erschöpfungssymptomatik bei Burnout

Psychische Erschöpfung	Körperliche Erschöpfung	Kognitive Erschöpfung und motivationale Symptome	Soziale Erschöpfung und Verhaltensänderungen
Emotionale Labilität Reizbarkeit, Ärger Aggressivität Unsicherheit Ängste Niedergeschlagenheit Motivationsverlust Innere Leere Hoffnungslosigkeit u.a.	Energiemangel Schlafstörungen Chronische Müdigkeit Infektanfälligkeit Psychosomatische (vegetative) Symptome, Verdauungsstörungen, Verspannungen, Kopf-Schmerzen, Tinnitus u.a.	Aufmerksamkeitsstörung Konzentrationsstörung Gedächtnisstörung Entscheidungsschwierigkeiten Ineffektivität Abbau von Kreativität Lustlosigkeit Negative Einstellungen Sinnlosigkeitsgefühle u.a.	Erhöhte oder verminderte Aktivität (Aufgabe von Hobbies) Verlust von Empathie Sozialer Rückzug Suchtverhalten Leistungsminderung Arbeitsabwesenheit Belastungsinsuffizienz Zynismus u.a.

Physische Anzeichen

- ▼ Müdigkeit
- ▼ Schlafstörungen (schlechter Schlaf oder Schlaflosigkeit)
- ▼ Schwächegefühl
- ▼ Übelkeit
- ▼ Bauchschmerzen
- ▼ Schwindel
- ▼ Kopfschmerzen
- ▼ Muskelverspannungen
- ▼ Gleichgewichtsstörungen
- ▼ Erektionsprobleme
- ▼ Keine Lust auf Sex
- ▼ Erhöhte Anfälligkeit für Infekte
- ▼ Herzprobleme / Gefühl von Aufregung / Herzklopfen
- ▼ Ständig unter Strom stehen
- ▼ Zyklusstörungen und Unterleibsschmerzen

Kognitive Anzeichen

- Negative Gedanken, Grübeln
- Konzentrationsstörungen
- Vergesslichkeit
- Verlust der geistigen Kreativität

Emotionale Anzeichen

- Verlust der Fähigkeit zur Freude
- Interesselosigkeit
- Lustlosigkeit
- Antriebslosigkeit
- Reizbarkeit
- Unzufriedenheit mit sich selbst und der eigenen Arbeit
- Niedergeschlagenheit
- Gefühl der inneren Leere
- Gefühl der Sinnlosigkeit (der Arbeit, des Lebens)
- Gefühl der Hilflosigkeit
- Resignation
- Frustration
- Zurückgezogenheit
- Verlust des Selbstvertrauens
- Angst und/oder Panikattacken

Bewältigungsstrategien

Burnout rechtzeitig vorbeugen



Maslows Bedürfnispyramide adaptiert auf Mitarbeiter-Engagement



Überblick Belastungsfaktoren

Systembezogene Belastungsfaktoren (Dokumentation, Leistungsverrechnung, Arbeitszeit, etc.)

→ werden von außen vorgegeben, geringe Kontrolle

Prozessbezogene Belastungsfaktoren (Arbeitsstrukturierung, Zeitmanagement, etc.)

→ selbst organisiert, aber oftmals von äußern Faktoren beeinflusst – mittlere Kontrolle

Interpersonelle Belastungsfaktoren (Kommunikation im Team & mit Patient:innen)

→ Subjektive Fähigkeit – hohe Kontrolle

Intrapersonelle Belastungsfaktoren (Ansprüche an sich selbst, Work-Life-Balance, etc.)

→ Subjektiv – hohe Kontrolle

Reflexion & Bestandsaufnahme

1. Anerkennen, dass es zu viel ist – eventuell mit Stresstest
2. Eruieren, was alles stresst – möglichst detailliert
3. Was und wie groß sind meine Handlungsspielräume etwas zu verändern?
4. Welche kurzfristig und langfristig implementierbaren Veränderungen können zur gewünschten Entlastung führen?

Maslach-Burnout Inventory - Burnout Selbsttest

Quelle: Susan E. Jackson, Consulting Psychologists Press 1996

Der Test ist der verbreitetste und älteste Burnout Test (erfunden 1981 von Maslach & Jackson, überarbeitet 1986). Er untersucht drei Dimensionen

- Emotionale Erschöpfung (9 Fragen)
- Depersonalisierung (5 Fragen)
- Reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit (8 Fragen)

Anleitung: Beantworten Sie die Fragen mit Ja / Nein, indem Sie Ja / Nein umkreisen. Zählen Sie nun alle Kreise der ersten Spalte / linke Seite, markiert mit „Hier zählen“. Wenn Sie mehr als 10 Punkte erreichen, sind Sie burnout-gefährdet.

	Hier zählen	
1. Ich fühle mich durch meine Arbeit emotional erschöpft.	<u>Ja</u>	Nein
2. Ich fühle mich am Ende eines Arbeitstages verbraucht.	Ja	Nein
Ich fühle mich bereits ermüdet, wenn ich morgens aufstehe und		
3. einen neuen Arbeitstag vor mir liegen sehe.	Ja	Nein
Ich kann es leicht verstehen, wie andere Menschen über		
4. bestimmte Themen denken.	Nein	Ja
Ich habe das Gefühl, einige andere Menschen so zu behandeln,		
als wären		
5. sie Objekte.	Ja	Nein
6. Den ganzen Tag mit Menschen zu arbeiten, strengt mich an.	Ja	Nein
7. Ich gehe erfolgreich mit den Problemen anderer Menschen um.	Nein	Ja
8. Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt.	Ja	Nein
Ich habe das Gefühl, durch meine Arbeit das Leben anderer		
9. Menschen zu beeinflussen.	Nein	Ja
Ich bin Menschen gegenüber abgestumpfter geworden, seit ich		
10. diese Arbeit ausübe.	Ja	Nein
11. Ich befürchte, dass mich meine Arbeit weniger mitfühlend macht.	Ja	Nein
12. Ich fühle mich sehr energiegeladen.	Nein	Ja
13. Ich fühle mich durch meine Arbeit frustriert.	Ja	Nein
14. Ich habe das Gefühl, in meinem Beruf zu hart zu arbeiten.	Ja	Nein
Es interessiert mich nicht wirklich, was mit anderen Menschen		
15. geschieht.	Ja	Nein
Bei der Arbeit in direktem Kontakt zu Menschen zu stehen,		
stresst		
16. mich zu sehr.	Ja	Nein
17. Mir fällt es leicht, eine entspannte Atmosphäre zu schaffen.	Nein	Ja
Ich fühle mich angeregt, wenn ich eng mit anderen Menschen		
zusammen-		
18. gearbeitet habe.	Nein	Ja
19. Ich habe viele lohnende Ziele bei meiner Arbeit erreicht.	Nein	Ja
20. Ich habe das Gefühl, am Ende meiner Weisheit zu sein.	Ja	Nein
Bei meiner Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen gelassen		
21. um.	Nein	Ja
Ich habe das Gefühl, dass mir manche Menschen bzw. deren		
22. Angehörige für manche ihrer Probleme die Schuld geben.	Ja	Nein

Bewältigung prozessbezogener Faktoren

- Zeitmanagement, To Do Listen
- Prioritäten setzen
- Selbstordnung
- Delegation und Vertrauen
Aufgaben wie Praxisorganisation oder Abrechnung gezielt an qualifizierte Medizinische Fachangestellte (MFA) abgeben.
- Digitalisierung
Nutzung von effizienter Praxissoftware (z.B. für Terminmanagement oder strukturierte Dokumentation)

Bewältigung interpersoneller Faktoren

- Kommunikationsprobleme können viele Ursachen haben – Sprachbarrieren, Persönlichkeit eines/r Patient:in, etc.
- ➔ Intervention
- ➔ Supervision & Coaching
- ➔ Balint-Gruppe
- ➔ Kommunikationstraining (Österr. Plattform für Gesundheitskompetenz)

Bewältigung intrapersonelle Faktoren

- In sich hören – Emotionen wahrnehmen
- Eigene Stärken und Schwächen kennen und verstehen
- Selbstkritik moderieren
- Nein-Sagen / Abgrenzen – klare Unterscheidung von Arbeitszeit und Freizeit
- Sich Entspannung gönnen
- Pausen einplanen
- Zeit für sich in der Freizeit einplanen
- Mentale Tools zum Entspannen und zentrieren sammeln
- Andere um Unterstützung fragen
- Gesunde Ernährung und Bewegung
- Hausarzt suchen und nutzen



Für den Klinik-Alltag



1. Mikro-Pausen und „Inseln der Muße“ im Klinikalltag

Ein effektiver Ansatz ist die Integration von **Mikro-Pausen** direkt in den Arbeitsfluss, ohne den Dienst zu unterbrechen. Studien zeigen, dass bereits **kurze Unterbrechungen die kognitive Leistungsfähigkeit wiederherstellen.**

- **Die 20-30-Minuten-Regel:** Nehmen Sie sich **alle 20 bis 30 Minuten für 60 Sekunden** Zeit. Nutzen Sie diese für tiefes, bewusstes Atmen (z. B. 4 Sekunden ein, 6 Sekunden aus), um das vegetative Nervensystem zu regulieren.
- **Achtsame Routinen:** Verwandeln Sie repetitive Handlungen in Achtsamkeitsübungen. Waschen oder desinfizieren Sie Ihre Hände nicht mechanisch, sondern **spüren Sie bewusst die Temperatur des Wassers oder des Desinfektionsmittels** und die Berührung der Haut. Dies unterbricht den „Autopiloten“ des Stressmodus.
- **Bewusstes Gehen:** Rennen Sie nicht über die Flure, auch wenn es eilig ist. Versuchen Sie, zumindest für kurze Strecken **bewusst und aufrecht zu gehen**, um die körperliche Anspannung zu lösen.

2. Strategisches Selbstmanagement (Das 4P-Modell)

Statt Aufgaben nur abzuarbeiten, hilft ein strukturiertes Vorgehen nach dem ****4P-Modell**** (Präparation, Planung, Priorisierung, Performanz), um die Kontrolle zurückzugewinnen.

- **Wirklichkeits-Check:** Protokollieren Sie eine Woche lang nicht nur Ihre Aufgaben, sondern auch Ihr **Energielevel** (Skala 1–10) zu verschiedenen Tageszeiten. Planen Sie anspruchsvolle Tätigkeiten (z. B. schwierige Gespräche, komplexe Dokumentation) gezielt in Ihre persönlichen Hochphasen.*
- **Fokus-Zeiten schützen:** Blocken Sie Zeiten für kognitive Kernaufgaben. Versuchen Sie, pro Tag nur **eine große und zwei bis drei kleinere wichtige Aufgaben** als Priorität zu setzen. Alles andere wird delegiert oder auf Pufferzeiten verschoben.*
- **Digitale Grenzen:** Legen Sie feste Zeitfenster für das Abrufen von E-Mails und Nachrichten fest. Legen Sie das Smartphone in Gesprächen mit Kollegen, Patienten oder der Familie bewusst außer Reichweite, um die ****Beziehungsqualität**** zu steigern.

3. Körperliche und soziale Sofortmaßnahmen

Körperliche Signale werden im Stress oft ignoriert, sind aber **essenzielle Warnsysteme**.

- **Basis-Bedürfnisse priorisieren:** Behandeln Sie Schlaf, Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitszufuhr als **nicht verhandelbare medizinische Notwendigkeit**, nicht als Luxus. Ein geplanter, fester Zeitpunkt für eine warme Mahlzeit im Dienstplan ist effektiver als das Essen „nebenbei“.
- **Soziale Mikromomente:** Nutzen Sie Pausen bewusst für **nicht-fachlichen Austausch** mit Kollegen. Vermeiden Sie es, in der Pause nur über Fälle zu sprechen; ein kurzer humorvoller oder privater Austausch reduziert das Gefühl der Isolation.
- **Debriefing nach Belastung:** Nach kritischen Ereignissen (z. B. Reanimation, Todesfall, Fehler) sollte idealerweise innerhalb kurzer Zeit ein **kurzes strukturiertes Debriefing** im Team stattfinden. Wenn dies institutionell fehlt, suchen Sie aktiv das Gespräch mit einem vertrauten Kollegen, um das Erlebte zu verarbeiten, statt es „abzuhaken“.

4. Strukturelle Forderungen und Grenzsetzung

Prävention gelingt langfristig nur, wenn auch die Rahmenbedingungen stimmen.

- **Lernen, „Nein“ zu sagen:** Üben Sie, zusätzliche Aufgaben oder Schichten abzulehnen, wenn Ihre Kapazitätsgrenze erreicht ist. Dies ist kein Versagen, sondern **aktive Patientensicherheit**.
- **Administrative Entlastung:** Fordern Sie aktiv den **Einsatz von Unterstützungsmöglichkeiten** (z. B. Schreibkräfte, KI-gestützte Dokumentationssysteme), um nicht-klinische Aufgaben abzugeben.
- **Fehlerkultur verändern:** Engagieren Sie sich für eine Kultur, in der über Belastung und Fehler offen gesprochen wird, ohne Angst vor Stigmatisierung. Eine **offene Fehlerkultur**, wie sie in der Luftfahrt Standard ist, reduziert den individuellen Druck enorm.

Für die niedergelassene Praxis



1. Strikte Trennung von Praxis und Privatleben

In der eigenen Praxis verschwimmen die Grenzen leicht, da der **Arzt oft „Chef“, Behandler und Administrator in einem** ist.

- **Das „Dritte Zimmer“ schaffen:** Trennen Sie räumlich und zeitlich streng zwischen Praxis und Zuhause. Betreten Sie das Arbeitszimmer zu Hause nach Feierabend nicht mehr für Praxisangelegenheiten.
- **Telefon-Disziplin:** Richten Sie einen **Anrufbeantworter oder eine digitale Zentrale** ein, die nach Praxisschluss keine Durchstellungen mehr an Ihr privates Handy erlaubt, es sei denn, es handelt sich um einen echten Notfall (der oft seltener ist als angenommen).
- **Keine „heimliche“ Arbeit:** Widerstehen Sie dem Drang, abends noch schnell Laborwerte zu checken oder Briefe zu diktieren. Diese „unsichtbaren Überstunden“ summieren sich zur chronischen Erschöpfung.

2. Professionelles Praxis- und Zeitmanagement

Der wirtschaftliche Druck führt oft dazu, dass Ärzte versuchen, jede Lücke im Terminplan zu füllen, was zu einem unnatürlichen Arbeitsrhythmus führt.

- **Pufferzeiten fest einplanen:** Blocken Sie täglich **30 bis 60 Minuten Pufferzeit** für Unvorhergesehenes (Notfälle, lange Gespräche, Technikprobleme). Ein zu straff getakteter Plan erzeugt bei jeder kleinen Verzögerung massiven Stress.
- **Delegation konsequent nutzen:** Überprüfen Sie regelmäßig, welche Aufgaben wirklich ärztliche Expertise erfordern. Delegieren Sie Organisation, Vor- und Nachbereitung sowie administrative Tätigkeiten maximal an **qualifiziertes Praxispersonal (MFA)**. Investieren Sie in Fortbildungen für Ihr Team, um Aufgaben sicher abgeben zu können.
- **Digitalisierung zur Entlastung:** Nutzen Sie **Online-Terminbuchungen**, digitale Anamnesebögen und KI-gestützte Dokumentationssysteme, um den Papierkrieg zu reduzieren. Jede Minute, die Sie weniger tippen, ist eine Minute für die Patientenkommunikation oder eine Pause.

3. Gegen die Isolation: Netzwerke und Supervision

Niedergelassene Ärzte arbeiten oft tagelang ohne kollegialen Austausch auf Augenhöhe, was das Risiko für Depersonalisation und Zynismus erhöht.

- **Regelmäßige Intervention:** Gründen Sie oder treten Sie einer **balint-ähnlichen Gruppe** oder einem festen Kollegenkreis bei, der sich monatlich trifft, um nicht nur Fachliches, sondern auch belastende Fälle und eigene Gefühle zu besprechen.
- **Externe Supervision:** Scheuen Sie sich nicht, einen externen Coach oder Supervisor hinzuzuziehen. Als Inhaber fehlt oft der interne Raum, um über eigene Unsicherheiten oder Überlastung zu sprechen.
- **Vertretungsregelungen:** Sorgen Sie für eine verlässliche Urlaubs- und Krankheitsvertretung. Das Wissen, dass die Praxis im Notfall läuft, ermöglicht erst das echte Abschalten im Urlaub.

4. Wirtschaftliche Entlastung und Grenzsetzung

Die **Angst vor Einkommensverlust** ist ein zentraler Stressfaktor in der Niederlassung.

- **Realistische Budgetplanung:** Praxisbudget so kalkulieren, dass es **Pausen und Urlaub** ohne Existenzangst ermöglicht. Oft ist der Druck, jeden Patienten sehen zu müssen, selbstgemacht durch zu hohe finanzielle Fixkosten. => professionelle Unterstützung hinzuziehen
- **Nein-Sagen lernen:** Es ist legitim, die **Patientenanzahl zu begrenzen**, wenn die Qualität der Versorgung oder die eigene Gesundheit darunter leidet. Ein volles Wartezimmer ist kein Qualitätsmerkmal, wenn der/die Arzt/Ärztin am Limit ist.
- **Rollenklarheit:** Trennen der Rolle des **Unternehmers** von der/des **Ärztin/Arztes**. Wirtschaftliche Entscheidungen nicht aus der emotionalen Erschöpfung heraus treffen, sondern zu festen Zeiten mit klarem Kopf.

5. Körperliche und mentale Hygiene im Praxisalltag

Auch in der Praxis neigen Ärzte dazu, eigene Bedürfnisse hintanzustellen, um Patienten nicht warten zu lassen.

- **Feste Pausen im Terminplan:** Tragen Sie Ihre Mittagspause und kurze Erholungsphasen fest als „gebuchten Termin“ in den Kalender ein – mit sich selbst. Behandeln Sie diese Termine als unantastbar wie einen wichtigen Patienten.
- **Bewegung zwischen den Patienten:** Nutzen Sie die Minuten zwischen zwei Patienten für kurze Dehnübungen oder bewusstes Atmen, statt sofort zum nächsten Fall überzugehen.
- **Eigener Hausarzt:** Haben Sie selbst einen behandelnden Arzt, den Sie konsultieren, bevor Symptome chronisch werden. Niedergelassene Ärzte neigen dazu, sich selbst zu behandeln oder Beschwerden zu ignorieren

Wo finden speziell Ärzt:innen Unterstützung?

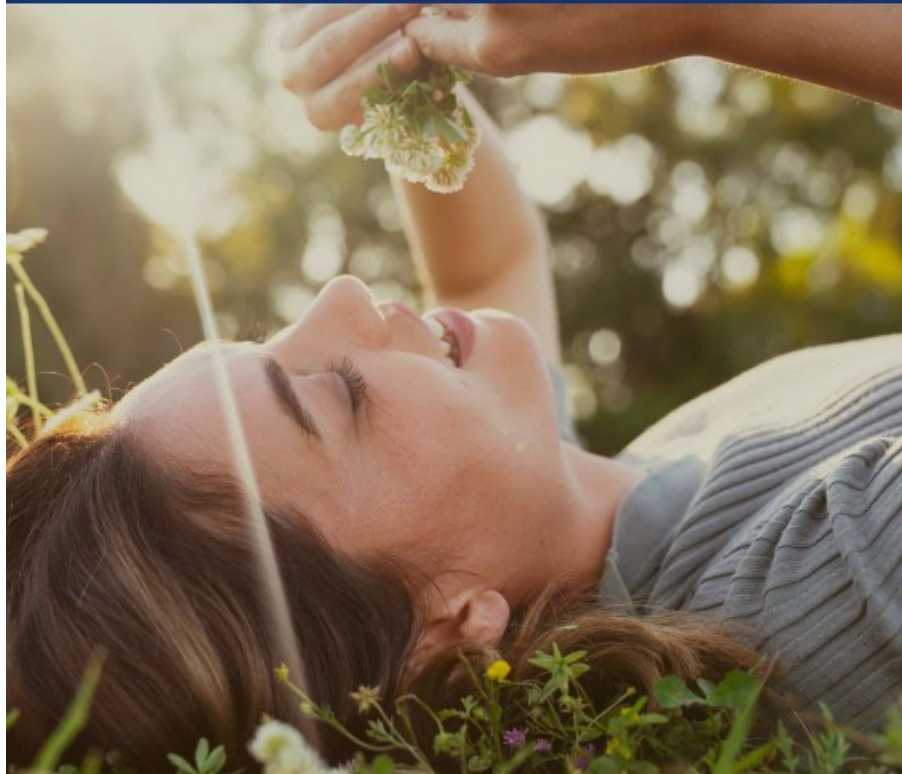
- ▶ **Beratungsstelle „Physicians Help Physicians“**
<https://www.aekwien.at/physicians-help-physicians> (Ärzttekammer Wien, Referat für psychosoziale, psychosomatische und psychotherapeutische Medizin)
- ▶ **Ombudsstelle für Mobbing, Gewalt, Sexismus und Rassismus für Ärzt*innen** (ombudsstelle@aekwien.at) (Ärzttekammer Wien)
- ▶ **AMBOSS (Anti-Mobbing- und Burn-out-Supervisionsstelle)**
Donnerstag von 17:00 bis 18:00 Uhr gibt es eine Telefon-Sprechstunde unter der Nummer 0664/965 77 49 (Ärzttekammer Steiermark)



Kursbuch zur Stressbewältigung

Stand: Februar 2026

www.pv.at



Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Ao. Univ.-Prof.in Dr.in Beate Wimmer-Puchinger
beate@wimmer-puchinger.at

Präsidentin des Berufsverbands Österreichischer Psycholog:innen