

# PSYCHOHYGIENE

## Zur Psychologie des Alltags

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

### **Krank werden damit andere gesund bleiben (1)**

#### **Psychische Gesundheit von Ärzten – Der Berufs-Stress und seine Folgen**

Gesundheit ist ein hohes Gut. Die meisten würden sogar sagen: das höchste Gut. Oder wie der Philosoph Artur Schopenhauer mahnte: „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“.

Das gilt nicht zuletzt für diejenigen, die für die Erhaltung der Gesundheit oder die möglichst optimale Genesung zuständig sind: die Ärzte. Ärzte, gleichgültig welchen Fachbereichs, sind aber selber einer gesundheitlichen Gefährdung ausgesetzt. Und zwar mehr, als die meisten ahnen dürften. Dies betrifft besonders den seelischen und psychosozialen Aspekt.

Deshalb die Frage: Was weiß man inzwischen zu dem aktuellen Thema: Ärzte-Gesundheit, Arzt und Berufs-Stress, konkret Burnout, Depressionen, Angststörungen, Suchtgefahr, ja Suizidrisiken etc.? Vor allem welche Belastungsfaktoren sind hier von Bedeutung? Und was kann man tun: therapeutisch, vor allem aber präventiv?

Dazu eine kurz gefasste Übersicht in mehreren Teilen, wie sie von Ärzten für Ärzte wissenschaftlich untersucht wurde.

#### **Erwähnte Fachbegriffe:**

Ärzte-Gesundheit – psychische Gesundheit von Ärzten – Arzt und Berufs-Stress – Burnout bei Ärzten – Burnout-Ursachen bei Ärzten – Depression und Arztberuf – Angststörungen und Arztberuf – Suizidgefahr und Arztberuf – Suchtgefahr und Arztberuf – spezielle Belastungs-Risiken und Arztberuf – Gratifikations-Krisen und Arztberuf – Präventions-Möglichkeiten gegen ärztlichen Berufs-Stress – Therapie-Möglichkeiten bei ärztlichem Berufs-Stress – u. a. m.

„Wenn ich ehrlich bin, ist mir die berufliche Belastung des Pflegepersonals erst durch die Corona-Krise, also die Berichterstattung der Medien aufgefallen.“ So ein Bekenntnis, das in der Allgemeinheit inzwischen öfter zu hören ist – sofern es gestanden wird. In der Tat war die berufliche Belastung von Schwestern und Pflegern aller Fachbereiche zwar schon immer bemerkenswert, erweckt aber erst in letzter Zeit durch die Medien zunehmend Respekt, ja Bewunderung und gelegentlich sogar Dankbarkeit. Das ist nicht nur zutreffend, sondern mehr als gerecht und zunehmend ein generelles gesundheitliches Problem. Dabei geht es nicht nur um Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, auch um die Kranken-Stationen jeglichen Fachbereichs und vor allem die Notfall-Ambulanzen, die immer stärker frequentiert werden. Besonders nachts und nicht selten ohne „adäquaten“ Grund, wie von verschiedenen Seiten zu hören ist. Es tut sich also etwas, was die Einstellung der Bevölkerung betrifft.

Wie aber steht es um die Ärzteschaft? Natürlich will jeder in seiner gesundheitlichen Not (und aus eigener Sicht Notfall-Situation) einen Arzt sehen, zumindest am Ende der medizinischen Erstkontakte zur konkreten Diagnose und Therapie-Empfehlung. Und natürlich „sonst auch, dafür sind Ärzte ja auch da...“ (Zitat, sicher noch häufiger unausgesprochen). Dass aber auch Ärzte nicht nur wie früher kolportiert „Halbgötter in Weiß“ sind, sondern „Menschen wie Du und ich“ und deshalb auch nur soweit belastbar, wie es ein durchschnittlicher Gesundheits-Status hergibt, das ist noch nicht jedem geläufig und in seiner subjektiven (Not-Fall)-Situation auch keiner Erörterung wert.

Vielleicht braucht es auch hier mehr mediale Unterstützung in Wort und Bild, um derzeit klar zu machen, dass es inzwischen um die Gesundheit von Ärzten generell, ja sogar ihre psychische Gesundheit nicht immer gut bestellt ist. Oder konkret: Es droht nicht nur eine zeitlich begrenzte Überlastung, und zwar nicht nur bei älteren Jahrgängen, es steht generell um die Gesundheit dieses für alle wichtigen, ggf. entscheidenden Berufsstandes nicht gut. Ob man „nicht mehr“ sagen soll oder ob es „schon seit längerem“ ein Problem war und ist, sei dahingestellt. Jetzt ist jedenfalls ein Punkt erreicht, in dem erst einmal allseits bekannt werden sollte, was zu respektieren und ggf. hinzunehmen, am besten aber selbstredend zu korrigieren ist.

Dazu eine kleine Informations-Serie, beginnend mit einer kurz gefassten Übersicht zum Thema: *Psychische Gesundheit von Ärzten: Burnout, Depression, Angst und Substanzgebrauch im Kontext des Arztberufes* aus Expertenkreisen, nämlich Drs. Petra Beschoner, Kerstin Limbrecht-Ecklundt und Lucia Jerg-Bretzke in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* 9 (2019) 961. Weitere Einzelheiten siehe am Ende dieses Beitrags. Im Einzelnen:

## ● ALLGEMEINE ASPEKTE

Psychische Störungen nehmen zu. Das ist inzwischen (fast) jedem bewusst. Und zwar nicht nur durch die Medien, auch das jeweilige Umfeld spricht eine

deutliche Sprache: Partnerschaft, Familie, ja Nachbarschaft und Beruf. Und dadurch nicht nur individuell, sondern auch gesellschaftlich, ja wirtschaftlich, schließlich wohl auch politisch. Da nimmt es nicht Wunder, dass selbst Ärzte betroffen sind, und durchaus nicht nur ausschließlich durch berufliche Überforderung. Es ist ein unseliger Belastungs-Komplex, der hier zu wirken beginnt, ja sich in den gesamt-gesellschaftlichen Vordergrund zu drängen droht.

Außerdem: Berufe, die für die Allgemeinheit von besonderer Relevanz sind, bedrohen natürlich auch mit speziellen Konsequenzen die Allgemeinheit – auf allen Ebenen. Oder verkürzt, aber nicht ohne Bedeutung: Ein Arzt, der gesundheitlich an seine Leistungs-Grenzen stößt, kann natürlich beruflich weit mehr öffentliche, nicht zuletzt psychosoziale Nachwirkungen auslösen, als der Vertreter so manch anderer Fachbereiche.

Dies zum einen. Und zum anderen eine vielleicht ungewöhnliche Erkenntnis: Ärzte sind keineswegs robuster oder durch ihre Ausbildung resistenter. Auch nicht was die notwendige Vorbeugung betrifft (die sie gerne bei anderen propagieren). Ärzte sind – im Gegenteil – offenbar besonders gefährdet. Und dies nicht nur, weil sie bestimmten Krankheiten beruflich direkter ausgeliefert sind, auch ihre Einstellung zur eigenen Gesundheit ist nicht immer eine Empfehlung für andere (früher nannte man das „Schusters Schuhe“).

Kurz: Die bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse belegen, dass die bedrohte Gesundheit der Ärzteschaft aus verschiedenen Gründen auch einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität der Patienten-Versorgung hat, d. h. letztlich die gesamte Gesellschaft.

Was droht nun offenbar immer häufiger, drängender, allgemein riskanter und ggf. folgenschwer – zuerst für Ärzte, dann auch für ihr berufliches Umfeld und schließlich die gesamte Gesellschaft? Nachfolgend deshalb auf der Basis des zitierten Fachartikels ein Überblick über die häufigsten Belastungs-Folgen auf seelischer bzw. psychosozialer Ebene, nämlich Burnout, depressives Leidenbild, Angst und Substanzgebrauch (sprich vor allem Alkohol und bestimmte Medikamente). Im Einzelnen:

### ● BURNOUT IN ÄRZTEKREISEN

Am häufigsten findet sich – stress-bedingt noch immer, wenngleich im allgemeinen sowie Medien-Interesse derzeit etwas nachlassend – der Begriff „Burnout“. Bezeichnenderweise geht er auf ein Phänomen zurück, das vor allem Menschen in helfenden Berufen beschreiben soll. Das hat sich entsprechend ausgeweitet und gilt immer öfter auch als gesellschaftsfähige Diagnose im Alltag für eine arbeitsbezogene psychische Beeinträchtigung generell. Konkret:

Zustand physischer (körperlicher) und psychischer (seelischer) sowie geistiger Erschöpfung. Gekennzeichnet durch einen Verlust an Motivation, Idealismus und Engagement. Dies allgemein, ursprünglich aber vor allem auf medizinisches Personal konzentriert, und zwar in drei Dimensionen unterteilbar: 1. emotionale Erschöpfung, d. h. Gefühl durch Arbeit mit Patienten ausgelaugt zu sein, 2. Depersonalisation (unpersönliche, wenn nicht gar zynische Einstellung gegenüber Patienten) sowie 3. das Gefühl, dass die persönliche Erfüllung im Arbeitsalltag schwindet – und damit natürlich eine entsprechende Leistungsbereitschaft.

Und wie äußert sich das beim medizinischen Personal (was sich inzwischen auch auf die betroffene Allgemeinheit ausgeweitet hat)? Vor allem in Niedergeschlagenheit, ja Hilfs- und Hoffnungslosigkeit bis hin zu konkreten seelischen Erkrankungen. Das mochte ja lange noch wenig konkret und damit vor allem bedrohlich erscheinen – anfangs. Anders schließlich bei den zusätzlichen und darauf folgenden körperlichen Krankheitszeichen. Beispiele: Energiemangel, chronische Müdigkeit und Schlafstörungen bis hin zu somatoformen (früher als psychosomatisch bezeichneten) Störungen von Herz-Kreislauf und Magen-Darm, also letztlich ohne organischen Befund. Und schließlich ggf. sogar chronische Schmerzen.

Das alles hört sich nachvollziehbar an, hat es aber in wissenschaftlichen Kreisen nicht zur vollen Anerkennung gebracht. Das betrifft nicht nur die Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO), sondern auch und vor allem das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen – DSM-5<sup>®</sup> der Amerikanischen Psychiatischen Vereinigung (APA), obgleich es ja aus den USA (H. J. Feudenberger et. al.) bzw. Kanada kommt (C. Maslach und S. H. Jackson). Immerhin gibt es inzwischen konkrete Mess-Instrumente für die Untersuchung von Burnout, die international durchaus etabliert sind. Außerdem eine „halbe Anerkennung“ durch die WHO, die Burnout wenigstens als psychische Gesundheitsstörung aufführt, die auch in durchaus gefährliche Konsequenzen münden kann (Erschöpfungssyndrom, Burnout-Syndrom) mit dem Risiko ernsterer Folge-Störungen.

Weiteres zu Prävalenz (Häufigkeit) und Ätiologie (Ursachen) siehe Kasten. Dabei soll aber schon hier betont werden, dass Ursachen und Auslöser vorwiegend in den jeweiligen Arbeitsbedingungen zu finden sind, insbesondere im kräfte-raubenden Kontakt mit Menschen durch helfende Berufe. So konzentriert sich das Beschwerdebild im Wesentlichen auf das Berufs- bzw. Aufgaben-Umfeld, im Gegensatz zu einer Depression (mit der Burnout nicht selten verwechselt wird), bei der alle Lebensbereiche betroffen und als Symptome erkennbar sind. Ähnliches gilt auch für Ängste in jeglicher Form.

## Burnout-Ursachen

Zu den Ursachen von Burnout generell (also nicht nur für Ärzte und Pflegepersonal) gibt es eine Reihe unterschiedlicher Erklärungsansätze. Wissenschaftlich belegt sind im Positiven wie Negativen folgende Faktoren:

- Höheres Alter und längere Berufs-Erfahrung schützen eher vor einem Burnout.
- Frauen leiden häufiger an emotionaler Erschöpfung; Männer geraten eher in die Gefahr einer Depersonalisierung (d. h. unpersönliche bis vorwurfsvolle, ja ironische bis zynische Einstellung gegenüber ihrem Umfeld, z. B. auch Patienten).
- Risiko-Faktoren: Fehlende Belohnung und Wertschätzung sowie Rollenklarheit; ein zu geringes Maß an Autonomie und Kontrolle wie mangelnde Anerkennung und Unterstützung in der Arbeit.
- Hoher Zeit- und Arbeitsdruck und wenig individuelle Gestaltungsmöglichkeiten.
- Tätigkeiten, die durch engen Kontakt und gegenseitige Abhängigkeit sowie eine hohe soziale Verantwortung geprägt sind.
- Großes Engagement und hoher Idealismus.

## Zur Unterscheidung zwischen Burnout und Depression

Dabei muss allerdings gleich auf ein bedeutsames Problem hingewiesen werden, nämlich die vor allem in der Allgemeinheit vorherrschende Gleichstellung von Burnout und Depression. Auf was gilt es zu achten bzw. wo liegen die Unterschiede?

Schon die *Begriffe* Depression und Burnout werden im Alltag häufig bedeutungsgleich gebraucht. Das erschwert natürlich von vornherein die notwendige Unterscheidung bzw. Abgrenzung der verschiedenen Leidensbilder.

Gemeinsam sind Burnout und Depression die *Symptome* gedrückte Stimmung, körperliche Erschöpfung, Ermüdbarkeit, Interessenverlust, Antriebsminderung und Rückzug bis hin zur Apathie (Gefühllosigkeit, Teilnahmslosigkeit, Initiativelosigkeit etc.).

Zur *Unterscheidung* der depressiven Anteile des Burnout-Syndroms von einer früher so genannten „endogenen“ (zumeist erblichen) Depression finden sich laut Fachliteratur beim Burnout die Eingrenzung auf einen Lebensbereich (vor allem Beruf), die Ausprägung (Qualität und Intensität) der Krankheitszeichen, die überwiegend externe Entstehung der Symptome (also von außen) sowie der psychosoziale Schwerpunkt Helferberufe.

*Fazit:* Ursachen und Auslöser der Burnout-Symptome finden sich vorwiegend in den jeweiligen Arbeits-Bedingungen. Dies vor allem im ständigen und insbesondere emotional kräfte-raubenden Kontakt mit Menschen, wie er bei helfenden Berufen häufig ist. Das Leidensbild äußert sich im Wesentlichen im Arbeits-Umfeld und -Zusammenhang, während bei einer eindeutigen Depression viele oder alle Lebensbereiche betroffen sind.

Zuletzt muss man allerdings darauf hinweisen, dass der inzwischen populäre Begriff des Burnouts weniger stigmatisierend ist als Depressionen oder Angststörungen, auch wenn Letztere inzwischen von der Allgemeinheit zunehmend und vor allem zutreffend erkannt, eingestuft und sogar betreut werden. Mit anderen Worten: Auch bei Depressionen und Angststörungen geht die Diskriminierungsgefahr zurück, was dann auch zu weniger „Stellvertreter“-Ersatz bzw. Einsatz des Begriffs „Burnout“ führen dürfte.

Als Erstes stellt sich nun nach dieser Klärung die Frage

### **Burnout bei Ärzten – wie häufig?**

Ausgerechnet bei Ärzten, die ja auch für Diagnose, Therapie und Prävention von Burnout zuständig sind, ist es besonders schwierig, konkrete Zahlen zu finden. Und das, obgleich schon im Medizinstudium nicht nur die Häufigkeit psychischer Beeinträchtigungen generell, sondern auch von Burnout, Depressivität und sogar Suizidgefahr bei angehenden Ärzten höher liegt als in der Allgemeinbevölkerung. Das wird sich noch einmal für berufstätige Ärzte verstärken, leider nicht selten noch ergänzt durch ungünstigen Substanzkonsum, wie man eine drohende Suchtgefahr umschreibt (Stichworte: Leistungsstress am Tag, Schlafstörungen in der Nacht).

Außerdem liegen in der Tat für Deutschland nur wenige konkrete Daten vor, die auch durch internationale Erkenntnisse nicht besser unterstützt werden, da es sich hier ja je nach Nation auch um ein sehr unterschiedliches Berufsumfeld mit entsprechenden Arbeitsbedingungen handeln kann, nicht zuletzt geschlechts-bedingt.

Gleichwohl gibt es so genannten Prävalenz-Schätzungen, und die haben es in sich: Man spricht von rund 4 bis 20 % (bei psychiatrisch tätigen Ärzten mehr als jeder Zehnte). Nicht selten betroffen sind vor allem Notärzte, wobei auch

hier die Zahlen variieren (Verdachts-Momente aber auch mehr als jeden Zehnten betreffen).

Ansonsten scheinen sich die verschiedenen Fachrichtungen nicht wesentlich zu unterscheiden, einschließlich jener Berufsgruppe, der man es noch am ehesten zugestehen würde, nämlich Anästhesisten und Intensivmediziner.

Interessanterweise betrifft es auch Berufsgruppen, die hauptamtlich oder zusätzlich mit wissenschaftlichen, Verwaltungs- und Dienstleistungs-Aufgaben beschäftigt, konkreter: belastet sind. Oder kurz: administrative Aufgaben verschonen nicht vor dem Burnout – im Gegenteil.

Was das Thema Geschlecht und Burnout betrifft, so gibt es offenbar unterschiedliche Erkenntnisse: Zum Teil mehr weibliche, zum Teil mehr männliche Betroffene, wobei wohl am ehesten noch nach der jeweiligen beruflichen bzw. aufgaben-spezifischen Belastung differenziert werden muss (z. B. Notfalldienst, Forschung, Verwaltung, familiäre Zusatz-Belastungen etc.).

### ● **DEPRESSION, ANGST UND SUIZIDGEFAHR IN ÄRZTEKREISEN**

Wie steht es nun um so konkret umschreibbare Krankheitsbilder wie Depression und Angststörung oder gar drohende Suizidgefahr in Ärztekreisen? Im Einzelnen:

– *Depressionen* nehmen zu. Die statistischen Hinweise variieren zwar zum Teil erheblich, weil auch oft je nach untersuchtem Kollektiv schwer vergleichbar. Die ärztliche Berufsgruppe scheint laut aktueller Datenlage auch hier nicht verschont, im Gegenteil: sogar etwas stärker betroffen als die Allgemeinbevölkerung. Und dort sind es schon rund 8 %, Frauen doppelt so häufig (d. h. 10,6 % zu 4,8 % – beides offenbar zunehmend).

Die so genannte Punktprävalenz (Häufigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt) unter Ärzten liegt in Deutschland derzeit bei rund 6 bis 13 %, also im Schnitt rund jeder Zehnte.

Verstörender ist dabei allerdings die so genannte Lebenszeit-Prävalenz (Häufigkeit über die gesamte Lebenszeit), die auf über 40 % geschätzt wird. Untersuchungen der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Ulm fanden bei mehr als jedem Zehnten der befragten 829 Ärzte eine milde depressive Symptomatik, bei 7 % klinisch relevante depressive Krankheitszeichen und bei über 44 % eine Depression in der Vorgeschichte der Befragten. Nachfolgende Untersuchungen an über 1.000 Ärzten konnten diese Zahlen bestätigen.

Kurz: Ein schier bedrohliches Szenario, da jenen Teil der Gesellschaft betreffend, der für die Gesundheit der Allgemeinheit zuständig ist, auch und nicht

zuletzt für den psychischen Bereich. Und noch eines gilt es zu registrieren: Ärztinnen sind deutlich häufiger belastet als ihre männlichen Kollegen.

Dies zum Phänomen Depressionen in der Ärzteschaft in unserer Zeit und Gesellschaft. Wie aber steht es mit einem weiteren psychopathologischen Phänomen, nämlich den

– *Angststörungen*: Auch sie nehmen zu. In einigen Untersuchungen deutet sich sogar an, dass sie in absehbarer Zeit häufiger werden als Depressionen, besonders in der Kombination von Angst und Depression zugleich.

Zu Angststörungen in der deutschen Ärzteschaft gibt es aber bisher keine umfassenderen Studien. Befragungs-Ergebnisse der erwähnten Ulmer Forschungsgruppe erbrachten allerdings in jedem dritten Fall einen Hinweis für das Vorliegen einer milden Angststörung; 6 % waren schon deutlicher und fast 7 % dann doch von einer schweren Angststörung beeinträchtigt. Die Häufigkeit in der Allgemeinbevölkerung liegt nach derzeitigen Untersuchungsergebnissen bei rund 15 %.

Was die Ärzteschaft anbelangt, so deuten erste Erkenntnisse darauf hin, dass sich die seelischen Belastungen und vor allem ihre psychosozialen, psychosomatisch interpretierbaren u. ä. Folgen im Verlauf der medizinischen Laufbahn verändern. Als besonders belastend empfunden werden die ersten Jahre, wo sich dann auch entsprechende Burnout-, Depressions- und Angst-Hinweise registriert werden müssen.

– Der Belastungs-Höhepunkt einer solchen Entwicklung äußert sich ggf. in einer wachsenden *Suizidgefahr*. Das ist dann in der Tat ein Phänomen, das nicht nur nachdenklich machen, sondern auch aufrütteln sollte. Die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM e. V.) schätzte schon 2012 das Suizidrisiko bei Ärzten um 1,1- bis 2,4-fach und bei Ärztinnen sogar 2,3- bis 5,6-fach höher ein als in der Gesamtbevölkerung. Zwar existieren auch hier nur wenige Untersuchungen, doch weist eine entsprechende Befragung auf eine Häufigkeit von 0,5 bis 3,5 % hin.

## ● ENTGLEISTE SELBSTBEHANDLUNGS-VERSUCHE

Wie lässt sich nun ein solcher Stress bis hin zu ernststen gesundheitlichen Folgen, wenn nicht gar Lebensgefahr durch Lebensmüdigkeit „mildern“? Dazu gibt es sicher nicht wenige Empfehlungen, die insbesondere Ärzten bekannt sind. Es gibt aber auch etwas, was näher liegt, rascher wirkt (bzw. wirken soll) und dementsprechend genutzt wird, wenngleich mit folgenschwerem Risiko – nicht zuletzt für Ärzte in ihrem diagnostischen Alltag:



Gemeint ist das, was man fachlich einen „Substanzgebrauch“ nennt, sehr beschönigend, treffender mit Missbrauch und Sucht beschreibbar. Konkret besonders Alkohol(-Missbrauch und -Sucht) sowie entsprechende sucht-riskante Arzneimittel, zu denen ein Arzt natürlich auch selber leichter Zugriff hat, beispielsweise Beruhigungs-, Schlaf-, Weck- und Schmerzmittel. Rauschdrogen dürften in Ärztekreisen eher die Ausnahme sein.

Tatsächlich schwanken die Prävalenz-Zahlen für risikoreichen Alkoholkonsum in der deutschen Ärzteschaft zwischen 6 und 40 %. Dies betrifft vor allem das männliche Geschlecht. Eine aktuelle Online-Studie ergab, dass fast jeder vierte Arzt in Deutschland einen gefährlichen Alkoholkonsum betreibt (für die Allgemeinbevölkerung belegen aktuelle Daten eine Prävalenz von 1,8 % hinsichtlich Alkoholmissbrauch und 3 % hinsichtlich Alkoholabhängigkeit). Das spricht eine deutliche Sprache zum Thema „stress-bedingte Selbstbehandlungs-Versuche“.

Da fragt sich natürlich jeder, wie kommt ausgerechnet der „Gesundheits-Beruf Arzt“ zu einer solch nachdenklich machenden, ja ggf. bedrohlichen Entwicklung? Dazu einige wissenschaftliche Erkenntnisse, die ständig nachgeprüft und leider auch immer bedrohlicher werden. Im Einzelnen nach bisherigem Wissenstand:

### ● **DIE URSACHEN SEELISCHER ERKRANKUNGEN IM ÄRZTLICHEN BERUFSFELD**

Es sind vor allem allgemeine Arbeitsbelastungen, die sich laut wissenschaftlicher Erkenntnisse als klarer Prädiktor (Vorhersage-Kriterium) für Burnout, Depression, Angst und Substanzgebrauch herausstellen. Und dies auch und nicht zuletzt bei Ärzten unter ihrem spezifischen berufs-bedingtem Stress. Beispiele:

- Lange, oft unregelmäßige Arbeitszeiten und Schichtdienste
- Zu wenig Freizeit
- Hohes Maß an Verantwortung
- Zeitdruck
- Körperliche Arbeitsbedingungen
- Übermaß an Bürokratie
- Mangelnde Anerkennung/Rückmeldung für die geforderte und erbrachte Leistung
- Arbeitslohn/unzureichendes Einkommen
- Hohe Erwartungen, die gestellt werden, und zwar allseits (nicht nur Vorgesetzte, Verwaltung, Medien, sondern in diesem Fall auch Patienten und ihre Angehörigen)

- Angst vor Behandlung und Kunstfehlern und ihre die juristischen Folgen
- Gratifikations-Krisen (s. später)

Einzelne Faktoren dürften generell von Bedeutung sein, andere eher (arzt-) spezifisch. Dazu die Erkenntnis, dass eben auch die Arzt-Patient-Beziehungen als ursächlich für seelische Belastungen erlebt werden, insbesondere durch hohe Patienten-Erwartungen. Das mag auch für den einen oder anderen Beruf gelten, im Arzt-Patient-Verhältnis aber hat es einen besonders hohen Stellenwert (was im Übrigen auch von jedem Kranken bestätigt werden dürfte, besonders wenn er sich nicht „gut betreut“ fühlen sollte).

Es gibt aber auch spezifische Aspekte, die vor allem eine depressive Erkrankung im ärztlichen Berufsfeld bahnen können. Beispiele: Arbeitsplatz-Unsicherheit, geringer Tätigkeits-Spielraum und geringe soziale Unterstützung (von Kollegen-Seite über Vorgesetzte und Verwaltung bis zu Patienten-Umfeld oder gar Medien).

Als spezifische Gründe für ein erhöhtes Suizidrisiko der Ärzteschaft werden zudem angegeben: hohes Leistungs-Ethos und psychische Labilität sowie – nicht zu vergessen – spezifische Kenntnisse über mögliche letale Suizid-Methoden. Will heißen: Jeder ärztlich Tätige verlangt von sich selber das, was er glaubt, was die Allgemeinheit von ihm verlangt – und das ist bekanntermaßen nicht wenig.

Sollte er dabei noch über keine allzu robuste seelische und damit psychosoziale Stabilität verfügen, wird es noch kritischer, man kann es sich denken. Und wer sich hier einmal in „dunkle Gedanken“ verfängt, hat – wie erwähnt – als Arzt natürlich mehr Möglichkeiten, den „letzten Schritt“ zu tun, nicht zuletzt auf medikamentöser Ebene.

Bezeichnend für die spezifischen Risikofaktoren eines ungünstigen Substanzkonsums bei Ärzten (konkret: Suchtgefahr) sind noch folgende Aspekte: Arbeit in chirurgischen Fächern, lange Arbeitszeit (mehr als 50 Wochenstunden), Kinderlosigkeit und die Position als Assistenzarzt (insbesondere beim weiblichen Geschlecht). Jeder dieser Belastungsfaktoren spricht Bände, man braucht nicht weiter darüber zu diskutieren. Oder vielleicht gerade – um zu verstehen und Erleichterung, wenn auch keine Abhilfe zu schaffen?

### **Spezielle Belastungs-Aspekte**

Bei den Ursachen seelischer Erkrankungen im Arztberuf war auch von so genannten „Gratifikations-Krisen“ die Rede. Die sprachliche Wurzel sagt schon alles. Vom Lateinischen: gratos = dankbar. Im Grund gilt es natürlich für alle Berufe. Für Ärzte ist hier jedoch ein entsprechender Zusammenhang wissenschaftlich belegt, vor allem was die besonderen Belastungs-Aspekte betrifft:

zu lange Arbeitszeiten, zu hoher Zeitdruck und zu wenig Zeit für die eigentliche ärztliche Tätigkeit.

Zeitliche Belastungen gründen u. a. in der Zunahme von Verwaltungs-Aufgaben sowie darin, dass immer mehr Ärzte in Teilzeit tätig sind oder gar ganz aus der Patienten-Versorgung aussteigen. Entsprechende Untersuchungen belegen beispielsweise, dass der steigende Frauen-Anteil in der Medizin und die unbefriedigenden Arbeitsbedingungen im Krankenhaus zu reduzierten Arbeitszeiten und zu einem Ausweichen in nicht-kurative Tätigkeitsfelder, also konkret „nicht mehr am Krankenbett“ führen. Das mündet natürlich in eine arbeitszeitliche Mehrbelastungen der verbliebenen Kolleginnen und Kollegen. Oder von einer anderen Seite beleuchtet: Der so genannte Scheren-Effekt zwischen einem hohen Frauen-Anteil unter den Medizin-Absolventen, aber geringen Frauen-Anteil unter den in Vollzeit tätigen Mediziner.

Konkret: Jede vierte der in einer solchen Studie befragten Ärztinnen war/ist im Alter von 40 Jahren nicht bzw. geringfügig beschäftigt, während der entsprechende Anteil unter den interviewten Ärzten lediglich bei 3 % lag. Will heißen: Immer mehr Studentinnen in der medizinischen Ausbildung, aber später immer weniger ausgebildete weibliche Ärzte, die noch in der medizinischen Versorgung tätig sind. Warum?

Das Ausmaß an Bürokratie und nicht-ärztlichen Tätigkeiten sowie hohe zeitliche Belastungen und mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf gelten empirisch als wichtige Gründe für den Ausstieg aus der ärztlichen Tätigkeit und den daraus resultierenden Ärztemangel, der die ohnehin bekannten Belastungen als Teufelskreis verschärft.

## **Möglichkeiten und Grenzen von Prävention und Therapie**

Was sollte man tun, was kann man tun? Eines ist sicher: Therapie ist gut, Prävention ist besser. Das gilt praktisch für alles, für gesellschafts- und besonders berufs-bedingte Belastungen aber ganz besonders. So konzentriert sich auch in diesem Zusammenhang die wissenschaftliche Literatur vor allem auf präventive Ansätze. Dabei liegt der Schwerpunkt vorbeugender Empfehlungen für psychische Belastungen im beruflichen Zusammenhang sowohl auf individueller, als auch institutioneller Ebene. Will sagen: Hier sollte sich nicht nur in der persönlichen Strategie zur Vermeidung äußerer Belastungen etwas ändern, hier spielt auch das Umfeld keine geringe Rolle, und zwar das berufliche und damit die entsprechenden Institutionen.

Leider lassen sich bisher nur relativ wenige spezifische Literatur-Hinweise dafür finden, d. h. erleichternde arbeitsplatz-bezogene Interventionen in Krankenhaus oder Praxis. Dabei gibt es zunehmend interessante Vorschläge, vor allem bezüglich wachsender Burnout-Risiken.

Beispiele: Neustrukturierung des Arbeitsplatzes, kürzere oder unterbrochene Arbeitszeiten, Veränderung der Arbeitsorganisation, bessere Kommunikation einschließlich Feedback, konkrete Unterstützung und Mentoring (persönliche Beratung) und für alles eine entsprechende Evaluation (wissenschaftliche Verlaufs- und Ergebnis-Kontrolle). Oder konkret: Vor allem alltags-pragmatische Erleichterungen wie Veränderung des Dienstplans, Reduktion der Aufgabendichte, spezifische Veränderung der gesamten Organisation etc. Hier herrscht aber noch entsprechender Forschungs- und danach sicher konkreter Umsetzungs-Bedarf.

Wie steht es nun aber um die individuellen Ansätze eines jeden Einzelnen, der betroffen oder zumindest gefährdet ist?

Hier sprechen die Experten von Coaching (personen-konzentrierter Beratungs- und Betreuungsprozess), von ressourcen-orientierten Workshops (gesundheitsfördernde Arbeitsweise), kognitiv-behavioralen Techniken (z. B. Problemlöse-Trainings), nicht zuletzt aber von sozialer Unterstützung, Entspannungsverfahren, Supervision (Beratung und Beaufsichtigung in der Ausbildung) sowie spezifische Arbeitsgruppen (Balint-Gruppen).

Als spezielle Maßnahmen bei Burnout-Gefahr empfehlen die Experten achtsamkeits-basierte und kognitiv-behaviorale Techniken, um die berufliche Kompetenz zu steigern, die Kommunikationsfähigkeiten zu verbessern und persönliche(!) Coping-Strategien (zur Stressbewältigung) zu entwickeln. Soweit die entsprechenden Erfahrungswerte der Experten, zum größten Teil aus den USA, was aber auch für Deutschland gelten dürfte. Also letztlich unabhängig von Kulturraum und länderspezifischen Gesundheits-Strukturen.

Dabei hat sich ein interessanter Schwerpunkt ergeben, der besagt: Organisations-spezifische Interventionen sind effektiver als individuelle ärzte-spezifische Maßnahmen. Will heißen: Bei psychischen Belastungen im Rahmen des Arztberufes sollte der Schwerpunkt auf Struktur und Organisation der Arbeitsplätze und entsprechender Bedingungen liegen. Individuelle Bemühungen sind zwar sinnvoll, aber offenbar von eher begrenzten Erfolgs-Aussichten; auf jeden Fall was Prävention und Therapie arbeitsbezogener psychischer Beschwerden betrifft. Oder kurz: Hier sind eher die dafür zuständigen Verwaltungs-Strukturen gefordert, erst in zweiter Linie personen-spezifische Aspekte, die erfahrungsmäßig rascher an ihre Grenzen stoßen.

Und wenn denn eine Behandlung unumgänglich ist, was steht zur Verfügung? Speziell für Ärzte gibt es in Deutschland seit Jahren etablierte stationäre psychotherapeutische bzw. psychiatrische Therapie-Einrichtungen, die vor allem auf die Behandlung von Burnout, Depression und Suchterkrankungen spezialisiert sind. Die meisten Landesärztekammern bieten für ihre Kammer-Angehörigen Burnout-Seminare an und leisten Unterstützung durch Ansprech-

partner für persönliche und arbeitsplatz-bezogene Probleme. Das gilt auch für Suchterkrankungen.

Es tut sich also etwas. Das gibt zu Hoffnung Anlass. Nötig wäre es.

## **Literatur**

Grundlage dieser kurz gefassten Übersicht ist der empfehlenswerte Beitrag über *Psychische Gesundheit von Ärzten: Burnout, Depression, Angst und Substanzgebrauch im Kontext des Arztberufes* von den Expertinnen Petra Beschoner, Kerstin Limbrecht-Ecklundt und Lucia Jörg-Brezke von der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* 9 (2019) 961.

Dort auch ein ausführliches Literaturverzeichnis, das internationale und deutsche Literaturhinweise bereithält.