

Persönliche PDF-Datei für Jörg Braun, Dieter Jocham

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Arztgesundheit: Was macht uns krank – Was hält uns gesund?

DOI 10.1055/a-0854-5049
Akt Uro 2019; 50: 195–202

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:
© 2019 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN 0001-7868

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags



Arztgesundheit: Was macht uns krank – Was hält uns gesund?

Physician health: What makes us ill? What keeps us healthy?

Autoren

Jörg Braun^{1,*}, Dieter Jocham^{2,*}

Institute

- 1 Park-Klinik Manhagen, Innere Medizin, Großhansdorf
- 2 Coaching Prof. Jocham, Lübeck

Schlüsselwörter

Arztgesundheit, Präsentismus, Burnout, Ärztlicher Suizid, Sucht

Keywords

Presenteeism, Burnout, Addiction, Suicide, physician health

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0854-5049> |

Akt Urol 2019; 50: 195–202

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0001-7868

Korrespondenzadresse

Prof. Jörg Braun, Park-Klinik Manhagen, Innere Medizin,
Sieker Landstr. 19, D-22927 Grosshansdorf
Tel.: +494102605124
Fax: +494102605259
prof.joerg.braun@manhagen.de

ZUSAMMENFASSUNG

Der Arztberuf ist besonders gesundheitsgefährdend. Innere Gründe hierfür sind verbreitete Selbstdiagnostik und Selbsttherapie, der Präsentismus (Arbeiten trotz Krankheit), erhöhte Risiken für Suchterkrankungen und Suizid. Äußere Gründe sind Infektionskrankheiten, Gewalt gegen Heilberufler, die u. a. aufgrund der Ökonomisierung zunehmend schwierigen Arbeitsbedingungen und das Posttraumatische Belastungssyndrom. Es wird daher zunehmend nötig, sich proaktiv um die eigene Gesundheit zu kümmern. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der

Problematik Arztgesundheit belegt als typische zugrunde liegende Mechanismen den häufig hohen Selbstanspruch und die mangelnde Selbstfürsorge von Ärzten und Ärztinnen. U. a. diese Ansatzpunkte und verfügbare Programme (kognitiv-emotionale Reflektion, Stressmanagement, Entspannungs-Praktiken, Konfliktlösung, Achtsamkeit, Priming, Framing, Meditation, Embodiment u. a.) zur Stärkung der Resilienz Betroffener eröffnen Möglichkeiten für die Optimierung der Salutogenese der im Gesundheitswesen Beschäftigten. Der Übersichtsartikel stellt die Zusammenhänge und Konzepte für die Stärkung der Resilienz bei Heilberuflern dar.

ABSTRACT

The medical profession is a particular health risk. Internal reasons for this are the common practice of self-diagnosis and self-therapy, presenteeism (work despite illness), and increased risks of addiction and suicide. External reasons include infectious diseases, violence against health professionals, the increasingly difficult working conditions—due to economisation, among other things—and the posttraumatic stress syndrome. Therefore, it is increasingly important to proactively take care of one's own health. Science has shown that the underlying mechanisms leading to this problem are the high self-demand and lack of self-care observed in medical professionals. These starting points and available programs (cognitive-emotional reflection, stress management, relaxation techniques, conflict resolution techniques, mindfulness, priming, framing, meditation, embodiment, etc.) to strengthen resilience offer instruments to optimise the salutogenesis of health professionals. This review article presents interdependencies and concepts aiming to strengthen the resilience of health professionals.

Der Arztberuf ist ohne Zweifel besonders gesundheitsgefährdend. Hierzu tragen innere und äußere Gründe bei, die den Arztberuf gefährlich machen.

Innere Gründe

Verbreitete Selbstdiagnose

Ärzte gehen nicht gerne zum Arzt. Die meisten Kollegen werden vor einem Arztbesuch einen Versuch unternehmen, ihre Befindlichkeitsstörung selbst zu diagnostizieren [35]. Da unsere wichtigsten ärztlichen Instrumente für eine Diagnosefindung, Anamnese und körperliche Untersuchung, bei einem selbst nur eingeschränkt zum Einsatz gebracht werden können

* gleichwertige Erstautorenschaft

(denken Sie nur an die rektale Untersuchung!), wird der betroffene Kollege neben umfangreichen Laboruntersuchungen inklusive Tumormarker und ggf. auch Hormonuntersuchungen oft auch die Bildgebung bis hin zum Ganzkörper-MRT in Anspruch nehmen. Leider erfordert die Bewertung auch dieser „objektiven“ Verfahren eine kritische Distanz und den klinischen Kontext, so dass sich nach einer solchen Diagnostik häufig mehr Fragen ergeben als vor der Diagnostik vorhanden waren. Daher wird gar nicht so selten auch ganz auf die Diagnostik verzichtet. Neben unserer Scheu, selbst Hilfe zu suchen, spielen aber auch praktische Probleme eine Rolle: so wird es gemeinhin als kein gutes Praxis-Marketing angesehen, im vollen Wartezimmer eines Kollegen zu sitzen.

Selbsttherapie

Auch wenn „der liebe Gott vor die Therapie die Diagnostik gestellt hat“, erfolgt die Therapie häufig auf der Basis einer gar nicht vorhandenen oder aber einer unangemessenen Diagnostik (s. o.). Die Therapie ist dann symptombezogen, findet häufig sporadisch statt („wenn es gar nicht mehr geht, nehme ich eine Diclo“) und stellt bisweilen eine Bedrohung dar: gerade die unkritische Therapie von Schlafstörungen (Benzodiazepine), Schmerzen (Opioiden) und Fieber (Antibiotika) können in Sucht oder andere Nebenwirkungen münden. Vielfach werden auch hemmungslos abgelaufene Medikamente konsumiert (was unsere Patienten als Kunstfehler auffassen würden). In vielen Ländern gilt daher die Selbsttherapie von Ärzten als unethisch (genauso wie die Behandlung von Angehörigen).

Bagatellisierung und Hypochondrie

Häufig ist die größte Angst von Ärzten die, von ihren Kollegen als „Weichei“ oder Hypochonder abgestempelt zu werden. Gerade operativ tätige Kollegen würden Sätze wie „Nur die Harten kommen in den Garten“, „was uns nicht umbringt, macht uns hart“ oder „was alleine kommt, geht auch wieder von alleine“ unterschreiben, auch wenn die letzte These das Ende unserer Profession bedeuten würde. Der Grat zwischen „ich muss noch nicht“ und „jetzt ist es eh zu spät“ ist häufig schmal. Uns fehlt die Gnade des Unwissens, auch wenn man als Augenarzt z. B. kein Experte für ein Prostatakarzinom sein muss [1].

Präsentismus

Viele Ärzte arbeiten auch wenn sie krank sind. Gründe hierfür sind in der Klinik u. a. die Unterbesetzung (die durch den eigenen Ausfall zu einer massiven Überlastung der Kollegen führen würde) und das Verantwortungsgefühl für die Patienten, die z. B. bei geplanter Operation mitunter unverrichteter Dinge wieder nach Hause fahren müssen. In der Praxis kommen auch schwerwiegende wirtschaftliche Zwänge hinzu. Es gibt keine allgemein akzeptierte Grenze, ab der ein Arzt „unfit for work“ ist (für manchen Arzt wären das wohl nur Koma und Tod). In anderen Ländern gibt es für kranke Ärzte z. B. einen Vertretungspool (z. B. Vikariatsärzte in Norwegen).

Hohes Risiko für Sucht und Suizid

Über 10% der Ärzte werden im Laufe ihrer ärztlichen Tätigkeit substanzabhängig, wobei hier der Alkohol eindeutig im Vorder-

grund steht [30]: Grund hierfür ist zum einen die Tatsache, dass wir einen leichten Zugang zu Suchtmitteln haben („äußere Griffnähe“), zum anderen eine Modifikation der Befindlichkeit mittels Substanzzufuhr zu unserem ärztlichen Alltag gehört [22]. Darüber hinaus scheint der Arztberuf der Beruf mit der höchsten Suizidrate überhaupt zu sein. Insbesondere für Ärztinnen ist das Suizidrisiko bis zu 4 × höher als in anderen Berufen [15].

Äußere Gründe

Exposition gegenüber infektiösen Noxen

Dieses Risiko war nach dem 2. Weltkrieg der Hauptgrund dafür, dass die Lebenserwartung von Ärzten signifikant niedriger war als in der Allgemeinbevölkerung. Glücklicherweise konnte das Risiko für die Übertragung von Tbc (durch Minderung der Prävalenz), Hepatitis B (Impfung) und anderen Infektionen signifikant gesenkt werden. Trotzdem sterben immer noch Ärzte an übertragbaren Krankheiten, die sie im Beruf erwerben, wie z. B. die wiederholten Ebola-Ausbrüche in Afrika gezeigt haben.

Zunehmende Gewalt gegen Angehörige von Gesundheitsberufen

Dieses Risiko scheint erschütternder Weise zuzunehmen. Dabei sind Tötungsdelikte nur die Spitze des Eisberges. Beschimpfungen und Tätlichkeiten gegen Notärzte, Ärzten auf Notaufnahmen oder in der Praxis haben dazu geführt, dass mittlerweile in vielen Notaufnahmen Sicherheitsdienste engagiert werden.

Schwierige Arbeitsbedingungen

Die Ökonomisierung und Industrialisierung können einen negativen Einfluss auf die Interaktion mit unseren Patienten haben: eine gelungene Krankenbehandlung stellt aber einen unserer wichtigsten Resilienzfaktoren dar. Während sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis Ärzte die volle Verantwortung für die medizinische Qualität der Behandlung tragen, werden ihre Einflussmöglichkeiten in den Prozessen immer geringer. Diese Trennung von Macht und Verantwortung mag ein Grund für die steigende Burnout Rate bei Ärzten sein.

Posttraumatisches Belastungssyndrom

Während die Bundeswehr, die Polizei und Feuerwehr (um nur einige Beispiele zu nennen) über ein professionelles niedrigschwelliges Angebot für die Verarbeitung von Kriegseinsätzen, Terrorangriffen oder anderen Katastrophen verfügen, fehlt dies für Ärzte noch weitgehend bzw. wird erst seit kurzem adaptiert. Dieses mag Ausdruck unseres Gefühls der Unverwundbarkeit sein, die im therapeutischen Setting hilfreich sein mag, aber leider keine rationale Grundlage hat [19]. (► **Tab. 1**)

Aus dem vorab Dargestellten leitet sich konsequenterweise die Frage ab, was Ärzte (und sonstige im Gesundheitswesen Beschäftigte) zur Selbstfürsorge ihrer Gesundheit unternehmen können bzw. müssen. Einerseits externe Anforderungen wie vorrangig wirtschaftliche Zwänge und andererseits hohe Selbstansprüche an die eigene Qualität sind die dominierenden Indikatoren für die Komplexität des Themas. Entsprechend vielfältig ist der Bedarf an geeigneten Antworten auf die Heraus-

► **Tab. 1** Besondere Belastungssituationen für Ärzte

Noxe	Beispiel	Mögliche Gegenmittel
Wirtschaftlicher Druck	Kann zu einer Störung der Beziehungsqualität zu unseren Patienten führen	Klare Grenzziehung, was ärztlich vertretbar ist und was nicht
Komplikationen/„Kunstfehler“	Durch hohen Einsatz erhöhte Kränkbarkeit	Offene Diskussion mit Kollegen
Finanzieller Druck	Durch Praxiskauf, Hauskauf	Gute Beratung, Risiken begrenzen
Spannungen im Team	Konflikte zwischen Chefärzten oder im Praxisteam	Coaching, Team-Coaching
Partnerschaftskonflikte	Entfremdung z. B. durch lange Arbeitszeiten, Unfähigkeit, abzuschalten	Pfleglicher Umgang mit der Ressource Partnerschaft/Familie/Freunde
Erkrankung in der Familie	v. a. der Kinder/Eltern	Abgrenzung und Rückzug auf Vaterrolle/ Familienrolle
Eigene Erkrankung	z. B. Depression, chron. Schmerzen, onkologische Erkrankung	Arztbesuch

forderungen und an Instrumenten für den Umgang mit diesen. Wissen Ärzte besser als der Rest der Bevölkerung, wie man gesund bleibt? Erkranken sie deshalb weniger häufig? Letzteres zumindest muss verneint werden: Schlafstörungen, Depressionen, Nikotin- und der bereits erwähnte Alkoholabusus stellen gerade bei Ärzten besonders häufig Problemkomplexe dar. Eklatant zeigt sich dies bei den Suizidraten – doppelt so häufig bei Ärzten; bei Ärztinnen nahezu viermal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung [12]. Laut Studienlage des letzten Jahrzehnts [15, 16, 22, 43, 44] erlebt nahezu jeder 5. Arzt im Laufe seines Lebens eine seelische Erkrankung. Immerhin scheinen andererseits 4 von 5 Ärzten mit ihrer beruflichen und privaten Lebenssituation stabil zurechtzukommen. Dies legte vor einigen Jahren die Frage nahe, ob sich konkrete Unterschiede zwischen den ca. 20% Betroffenen gegenüber den „Resistenten“ identifizieren lassen, um hieraus Empfehlungen für die Salutogenese von Ärzten abzuleiten [16]. Auch wenn Belastungen wie Burnout bei Ärzten schon lange bekannt sind – eigene Untersuchungen zur Betroffenheit von Urologen reichen bis 2001 zurück [3] – hat die wissenschaftlich breitere Beschäftigung mit der Thematik erst gegen Ende des ersten Jahrzehnts dieses Jahrhunderts eingesetzt.

Wichtige Stichworte im Zusammenhang mit der Arztgesundheit sind die Begriffe „Burnout, Boreout, Depression, Stress und dessen Management“ und der vor allem salutogenetisch relevante und viele Lebensbereiche umfassende Begriff der „Resilienz“. Der Resilienz soll im Weiteren das Hauptaugenmerk gelten (► **Tab. 2**). Der Begriff: Resilienz (lat.: resilire – zurückspringen, abprallen) beschreibt die physikalische Kraft oder Fähigkeit, nach vorausgegangener Verbiegung, Stauchung oder Dehnung zur ursprünglichen Form, Position etc. zurückkehren zu können: „Elastizität“. Im Zusammenhang mit körperlicher und/oder seelischer Belastung bedeutet Resilienz, sich erfolgreich/leicht(er) von einer Krankheit (z. B. Depression, Trauma, Elend) oder ähnlichen Widrigkeiten zu erholen: „Stehaufmännchen“. Die Philosophie – so der Wissenschaftsjournalist Jochen Mai – hat zu allen Zeiten versucht, die Menschen zum souveränen Umgang mit Krisen und Leid zu erziehen. Die antike Schule der Stoa etwa – so Mai – sei eine einzige Suche

► **Tab. 2** Resilienz – häufig zugeordnete Begriffe

- Ressourcen
- Stressoren
- Zeitmanagement (z. B. Eisenhower-Prinzip)
- Konfliktmanagement
- Stressmanagement
- Anker
- Rituale
- Priorisierung
- Priming
- Framing
- Embodiment

nach Resilienzfaktoren [16]. Die moderne Beschäftigung mit der Resilienz reicht etwa 40 Jahre zurück. Seinerzeit begann die systematische Erforschung der Resilienz als Kriterium für die frühe Kindesentwicklung: „Ausgangspunkt und Motivator“ – so die Protagonistin Ann S. Masten [25] „war die Prämisse, dass auch Kinder, die aufgrund von negativen Lebensumständen gefährdet sind, eine Chance für eine gedeihliche Entwicklung haben und dass diejenigen, die sich um eine Verbesserung dieser Chancen bemühen, eine Orientierungshilfe brauchen“. Mittlerweile findet sich die Resilienz-Thematik in nahezu allen Lebensbereichen wieder – von der Technik über die Ökonomie, die Ökologie, den Klimawandel bis hin zur Städteplanung etc. Resilienz im Arztberuf: Auch wenn kein Arzt dem anderen gleicht, so trifft doch für viele zu, dass sie hohem Dauerstress, individuellen Spitzenbelastungen und von außen veranlassten Herausforderungen ausgesetzt sind (► **Tab. 3**).

Individuelle Strategien und Lebenspraktiken sind gefordert und – wie vorab erwähnt – bei Ärzten in 4 von 5 Fällen als Kraftquellen und Bewältigungskonzepte auch weitgehend geeignet zur Abwehr krankmachender Prozesse. Hellhörig sollten wir al-

► **Tab. 3** Typische Stressoren, nach Daten aus [16]

▪ Negatives Arbeitsklima
▪ Arbeitszeiten
▪ Zeitdruck
▪ Arbeitsinhalte
▪ Change-Prozesse
▪ Rollen-Unsicherheit
▪ Drohende Arbeitslosigkeit
Stressoren – Wirkung auf das Individuum
▪ Anstieg der Stresshormone
▪ Schwächung der Leistungskraft: körperlich, kognitiv, emotional
▪ Schlafstörungen
▪ Kardiovaskuläre-/muskuloskeletale-/gastrointestinale Probleme
▪ Störungen der sozialen Interaktion
▪ Neuro-psychiatrische Probleme
Stressoren – Wirkung auf die Organisation
▪ Konfliktbelastete Arbeitsabläufe
▪ Geringere Arbeitseffektivität
▪ Geringere Servicequalität
▪ Verlust an Kreativität und Innovationskraft
▪ Erhöhter Absentismus/-Präsentismus
▪ Erhöhtes Unfallrisiko

lerdings werden, wenn Gereiztheit, Unlust und Unruhe Hinweise geben, dass das seelische Immunsystem Alarm schlägt. „Wie die somatische Immunabwehr kann auch das seelische Immunsystem hyperreagibel werden“ [49]. Dann werden inadäquate Schutzreaktionen – mentale Lösungsversuche (Verdrängen, Grübeln) oder Abwehrverhalten (Rückzug, Verstummung, „ein paar Gläschen Rotwein“) zum Problem. Eine starke persönliche Resilienz – so die Forschung und die Praxis – beinhaltet die Chance, aus alltäglichen Belastungen und kritischen Lebenssituationen nicht nur unbeschadet, sondern gestärkt hervorzugehen [49]. Dabei hat sich auch gezeigt, dass wir über mehr Bewältigungsressourcen verfügen, als uns üblicherweise bewusst ist. Zu ihrer Mobilisierung und für eine weitere Potentialentwicklung sind Stimuli erforderlich. Hierzu gehören einerseits die individuellen Stressoren selbst – die somit nicht nur schlecht sind – und andererseits vorhandene sowie zusätzlich erlernbare Ressourcen aus den eigenen Begabungen und Persönlichkeits-„Eigenschaften“. Beispielhaft angeführt seien eine starke physische Konstitution (Sport), ein ausgeglichenes Temperament, soziale Intelligenz, eine stabile Emotionsregulation sowie effiziente Kommunikations- und Problemlösefähigkeiten [49]. Bin ich in diesen Feldern gut aufgestellt, so finde ich in der Regel auch leichter Zugang zu äußeren Ressourcen, z.B. in Form von Unterstützung und Anerkennung im sozialen Umfeld, beruflich wie privat.

„Resilienz stellt – dies zeigen die Erfahrungswissenschaft und gezielte Experimente – immer auch einen Prozess dar. Als Ärzte lernen wir lebenslang – warum also nicht auch auf dem Gebiet der eigenen Resilienz mit dem Ziel der persönlichen professionellen Wirksamkeit und Zufriedenheit?“ [25]: In einer ersten Welle der mittlerweile etwa 40-jährigen Resilienzforschung ging es im Kern um folgende Fragen:

- Was ist Resilienz?
- Wie kann man sie messen?
- Was bewirkt etwas?

In der zweiten Welle stand das Wie im Mittelpunkt:

- Wie kommt es zur Resilienz – welche Prozesse machen resilient?
- Wie funktionieren protektive, protegierende oder präventive Kräfte?
- Wie wird die positive Entwicklung im Risikokontext gefördert?

In der dritten Welle dominierten folgende Fragen:

- Treffen die bisherigen Theorien über Prozesse, die zur Resilienz führen, in größerem Rahmen zu?
- Kann man Resilienz fördern?

Die aktuell vierte Welle ist stark geprägt von wissenschaftlichen und technologischen Entwicklungen in den Bereichen Genetik, Statistik, Neurowissenschaften und Neuro-Imaging. Sie ist derzeit nicht absehbar abzuschließen. Typische Kernfragen sind:

- Beeinflussen genetische Unterschiede die Resilienz – welche Rolle haben genetische Grunddisposition, Epigenetik und Prägung „Nature vs./ + Nurture“?
- Gibt es eine individuelle Sensibilität für traumatische Ereignisse
- Sprechen diesbezüglich hochsensible Menschen ebenso stark auf positive Interventionen an?
- Wie lässt sich die Entwicklung des Gehirns von Kindern und Jugendlichen vor zu viel Stress und einem hohen Aufkommen an Stresshormonen schützen?
- Sind wichtige menschliche Anpassungssysteme so beeinflussbar, dass Resilienz gestärkt wird?
- Was passiert gesellschaftlich und im Gemeinwesen zur Förderung der Resilienz?

Mehr hierzu finden Sie u. a. bei Ann S. Masten: Resilienz: Modelle, Fakten & Neurobiologie [25]. Speziell diese vierte Welle hat die Resilienzforschung stark beflügelt und mittlerweile viele Detail-Befunde erbracht. Hierzu sei auf die breite fortgeschriebene wissenschaftlich Diskussion verwiesen. In Deutschland beschäftigt sich seit einiger Zeit eine größere Forschergruppe (Deutsches Resilienz Zentrum DRZ) an der Universität Mainz im SFB 1193 mit der Thematik. Beispielhaft werden nachfolgend einige wenige Ergebnisse der internationalen Resilienzforschung aufgeführt: Resilienz und Genetik: Im humanen Genom (ca. 25 000 Gene) wurden mehr als 60 Gene identifiziert, die im Zusammenhang mit individueller Stresstoleranz und Resilienz stehen. Die Epistasie (Interaktion verschiedener Gene) beeinflusst das Outcome. Die Datenlage ist bislang noch unzurei-

chend. Bei „Resilienz-Genen“ im engeren Sinne handelt es sich um „Regulatoren“ im Neurotransmitter-System: Der Hydroxy-Tyramin-Transporter-Komplex (HTTC) steuert den Serotonin-Abbau. Das MAO-A-Gen (X-Chromosom) beeinflusst die Dopamin-Regulation. Das Dopamin-Rezeptor-Gen (DRD4) wirkt ebenfalls regulativ auf Dopamin; eine Variante fördert ADHS. Der NR3C1-Faktor reguliert corticale Cortisol-(Stress)-Andockstellen [16]. Stress als Verursacher epigenetischer Alterationen wirkt qualitativ wie quantitativ in verschiedenen Lebensabschnitten different. Wiederholte Stress-Expositionen führen vor allem beim Erwachsenen und insbesondere mit fortschreitendem Lebensalter zu kumulativen epigenetischen Veränderungen (DNA-Methylierungen, Chromatin-Remodelling) [48]. Unter Dauerstress – z. B. infolge psychischer Traumata – können sich hirnmorphologische Veränderungen – im Sinne neuroplastizitärer Anpassungen bzw. Schädigungen – manifestieren. Diese sind mit Verfügbarkeit des modernen Neuroimaging mittlerweile gut nachweisbar. In besonderem Maße betroffen scheinen nach derzeitigem Kenntnisstand der präfrontale Cortex, der Hippocampus, die Amygdalae sowie weitere Zentren der Selbstwahrnehmung und Emotionsregulation und die Funktionalität von Hirnnetzwerken unterschiedlich in Abhängigkeit von unterschiedlichen Schädigungsmustern [17, 18]. Ohne Frage kommt dem Dauerstress, der individuellen Stresstoleranz und einem adäquaten Stressmanagement große Bedeutung im Krankheitsgeschehen und im Coping täglicher Herausforderungen zu – prinzipiell in allen Lebensbereichen und sicherlich auch im Gesundheitswesen. Resilienz, die psychisch-mentale Widerstandsfähigkeit, ist hierbei aber mehr als das auf eine aktuelle Situation bezogene Stressmanagement. Resilienz als Ergebnis der eigenen genetischen Veranlagung, der geprägten Grundhaltung und des individuellen Mosaiks an Ressourcen ist in Teilen trainierbar. Selbst die Akzeptanz des eigenen Scheiterns kann eine resiliente Komponente darstellen als Grundlage für das Entdecken neuer Alternativen. Von dem Psychiater Frederic Flach stammt die Aussage „Es ist eine Sache, durch Zeiten der Instabilität zu gehen, wenn die Welt um uns herum einigermaßen stabil ist. Aber es ist etwas völlig anderes, wenn sich ganze Gesellschaften im Umbruch befinden.“ Diesem Phänomen – sicherlich auch aktuell relevant – geschuldet erstreckt sich die Resilienzforschung mittlerweile zunehmend auch auf Teams und ganze Unternehmen [16]: Gute Erfahrungen liegen vor für das Comprehensive Soldier Fitness Programm (CSF) (Rees, 2011), das vom amerikanischen Militär bei Irak-Heimkehrern zur Resilienzstärkung gegenüber posttraumatischer Belastungsstörung und Suizidgefährdung eingesetzt wird. Das Programm beinhaltet als alltagstauglich einfach durchzuführende Methoden u. a. Achtsamkeitsübungen, Progressive Muskelrelaxation und Meditation. Mittlerweile sind verschiedene eigenständige Konzepte zur Resilienzstärkung verfügbar (Amerikanische Psychologengemeinschaft APA, www.apahelpcenter.org; Fuchs & Huber, 2007; Scharnhorst, 2008; Hoffmann & Geissler, 2014) [16]. Die Programme zielen auf unterschiedliche Berufsgruppen. Speziell ausgerichtet auf Medizinstudenten [21] und Ärzte [8] sind Präventivprogramme, die in verschiedenen deutschen Universitäten in jüngerer Zeit mit bereits erkennbarem Erfolg eingesetzt werden. Hierzu sei verwie-

sen auf den Beitrag von Th. Kötter et al. in diesem Schwerpunkt-Heft. Mit unterschiedlichen ärztlichen Zielgruppen beschäftigen sich die Autorengruppen J. Zwack & G. Mundle [45] bzw. J. Hollmann & A. Geissler [16]. Diese Autoren haben sechs Faktoren ausgemacht, die für eine effektive Resilienz von besonderer Bedeutung sind und die es ggf. bedarfsorientiert zu stärken gilt:

- Zuversicht
- Kontaktfreude
- Selbstbewusstsein
- Akzeptanz
- Lösungsorientierung
- Gefühlsstabilität

Diese Parameter stehen in Einklang mit den von K. Grawe beschriebenen Grundbedürfnissen des Menschen [16]:

- Bedürfnis nach Bindung
- Bedürfnis nach Orientierung/Kontrolle
- Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung/Selbstwert-Schutz
- Bedürfnis nach Lustgewinn/Unlustvermeidung („gute Erfahrungen machen“)
- Bedürfnis nach Befriedigung physiologischer Grundbedürfnisse (Schlaf)
- Nahrungsaufnahme (Ergänzung zu K. Grawe)

Diese Bedürfnisse sind evolutionär basiert und nicht verhandelbar. Ihre Grundversorgung muss auf Dauer gewährleistet sein um gesund zu bleiben. J. Zwack und G. Mundle [49] konnten zeigen, dass bei der Mehrzahl der von ihnen befragten Ärzte das Bedürfnis an Kontrolle und Selbstwerterhöhung im Vordergrund steht – dies häufig zu Lasten der Befriedigung physiologischer Grundbedürfnisse (siehe in diesem Zusammenhang auch A. Maslowsche Bedürfnishierarchie). Am besten in präventiver Zielsetzung, spätestens aber bei aufkommenden Störungen sind Problembewusstsein, Selbstbetrachtung und ggf. Verhaltensänderung angezeigt. Externe Unterstützung durch Experten kann hierbei durchaus hilfreich sein. Eigenständig interessant ist die Frage, ob eine generationsabhängig unterschiedliche Ausrichtung („Baby-boomer vs. Millenials“) der persönlichen Ansprüche an die sog. Work-Life-Balance zu Veränderungen hinsichtlich der Selbstfürsorge und der Arztgesundheit führen wird. Dies ist gegenwärtig noch nicht verlässlich abschätzbar. Ausblick: Das Erlernen Resilienz-fördernder Verhaltensweisen – so J. Zwack [49] – ist auch für Ärzte verbunden mit der Überprüfung und ggf. Korrektur bisheriger Einstellungen und mit Änderungen im konkreten Verhalten bzw. Lebensvollzug. Wie jedes Umlernen ist dies ein Prozess, der Investitionen erfordert und Hindernisse sowie Rückschläge beinhalten kann. Bei breiter Akzeptanz der einschlägigen Wissenschaft, dass Resilienz trainiert und „erlernt“ werden kann, wird von einzelnen Experten darauf hingewiesen, dass dieses Training mit fortschreitendem Lebensalter erschwert sein könnte und auch versagen kann. Andererseits verfügen viele „Alte“ über eine ausgezeichnete Resilienz [13]. Der erste Schritt für jeden Interessenten/Betroffenen allerdings ist die selbstkritische Frage „Wie gehe ich als Arzt mit meiner eigenen Gesundheit um? Ergeht es mir eventuell so wie dem in kaltes Wasser im Kochtopf

gesetzten Frosch (Parabel), dem bei langsamer Erhitzung das Empfinden für den Siedepunkt entgeht? Folge ich gar dem verbreiteten Selbstanspruch: „Geht nicht – gibts nicht?“ Bin ich idealerweise eingebettet in das Präventivsystem einer fürsorglichen Personal- und Arbeitsplatzpolitik meines Arbeitgebers oder aber hinsichtlich meiner Salutogenese weitgehend oder ganz auf mich allein gestellt? Kein Arzt sollte sich diesen Fragen entziehen. Werden dabei Defizite wahrnehmbar, so sind Konsequenzen angesagt. Es gilt die äußeren Anforderungen am Arbeitsplatz und die im privaten Bereich immer wieder neu zu bilanzieren und abzugleichen. Erfreulicherweise stehen im Rahmen der Selbstfürsorge leicht erlern- und praktikierbare Übungen zur Stille, Achtsamkeit und Meditation zur Verfügung, die selbst eingebettet in den hektischen Arbeitsalltag als Kurzzeitmaßnahme praktikabel sind. Ein optimiertes Stressmanagement, Anleitungen zur Achtsamkeit und zur Meditation werden mittlerweile in 2–3-tägigen Seminaren von institutionellen Anbietern angeboten. Informationen zu speziell auf Ärzte ausgerichteten Veranstaltungen können bei der gemeinnützigen Stiftung Arztgesundheit (www.arztgesundheit.de; info@resilienz-fuer-aerzte.de) angefragt werden. Spezifische Resilienzfaktoren für Ärzte Zusammenhalt „Stay connected“ (wie Samuel Shem in seinem Buch *The House of Gods* gesagt hat). Dazu zählt Solidarität (auch zwischen konkurrierenden Fachabteilungen im Krankenhaus) und gegenseitige Fürsorge. Die häufigste Ursache für ein Auseinander-Dividieren von Ärzten ist der Wunsch nach Macht und/oder Geld. Hier ist der langfristige Nutzen immer kritisch zu hinterfragen Die Fähigkeit zur Abgrenzung Die Fähigkeit, das Wort „Nein“ zu sagen, ist der erste Schritt zur Freiheit, wie Nicolas Chamfort gesagt hat. Wir müssen Grenzen ziehen vor überzogenen Forderungen, und zwar in Richtung Patienten, Mitarbeiter KV, Geschäftsführer und andere. Für viele Ärzte läuft dies gewissermaßen wider ihre Natur und muss daher geübt werden. Der gute Umgang mit Komplikationen Ungewollte Behandlungsverläufe bis hin zu objektiven Fehlern gehören zwangsläufig zur ärztlichen Berufsausübung. Häufig wären Fehler im Nachhinein einfach zu vermeiden. Gerade bei engagierten Ärzten können Fehler zu einer erheblichen Traumatisierung führen, v. a. wenn diese versuchen, das Problem mit sich alleine ausfechten – „in sich hineinfressen“. Eine proaktive Kommunikation mit dem betroffenen Patienten und eine Diskussion mit Kollegen z. B. im Rahmen von Mortalitäts/Morbiditätskonferenzen oder auch bei Faux pas Clubs hilft. Das fachliche Feuer am Brennen halten [49]. Wir haben einen wunderbaren Beruf und leben in spannenden Zeiten: ein Beispiel mögen die bemerkenswerten Fortschritte bei der Behandlung des Prostatakarzinoms sein. Tatsächlich kann das lebenslange Lernen die Begeisterung für den Arztberuf am Leben halten. Unsere Patienten! Die Wirksamkeitserfahrung aus der Interaktion mit unseren Patienten dürfte einer der wichtigsten Resilienzfaktoren für uns Ärzte überhaupt sein. Daher ist es in der Regel unsinnig, Ärzte nach einem überstandenen Erschöpfungssyndrom („burnout“) von ihren Patienten zu trennen und an einen Schreibtisch zu verbannen. Desweiteren ist es sehr wichtig, die Beziehung zu den Patienten nicht durch wirtschaftliche Vorgaben oder unsinnige Verordnungen zu beschädigen. Amerikanische „Charter on Physician Well-being“ Vor kurzem

hat die Arbeitsgruppe um Colin West von der Mayo Clinic in Rochester, Minnesota [44] in Wahrnehmung zunehmender Unzufriedenheit bei den amerikanischen Ärzten und steigender Burnout- und Suizidraten unter Medizinern eine Charta publiziert, in der als Begründungen für diese Entwicklung eine suboptimale Patienten-Versorgung, die sinkende Patientenzufriedenheit und steigende Gesundheitsausgaben angeführt werden. Nach Ansicht der Autoren tragen leitende Körperschaften, politische Entscheidungsträger, medizinische Organisationen und die Ärzte selbst eine gemeinsame Verantwortung [44, 50]. In der Konsequenz werden in der Charta verschiedene Maßnahmen gefordert:

- eine effektivere Patientenversorgung, die zum Wohlbefinden der Ärzte beiträgt
- Maßnahmen zur Stärkung des Teams mit dem Ziel des Wohlergehens aller Teammitglieder
- Etablierung des Wohlbefindens des Arztes als Qualitätsmerkmal für ein hochwertig versorgendes Gesundheitssystem
- Das Wohlbefinden des Arztes als gemeinsame Verantwortung der Ärzte und ihrer medizinischen Organisationen als kontinuierlicher Prozess

Die gesellschaftliche Aufgabe bestehe gemäß Charta in der Sicherstellung realistischer und entlastender Vorgaben. Organisatorisch bedürfe es der Bereitstellung von ausreichenden Ressourcen einschließlich genügend Personal und der Entlastung von Bürokratie, für deren Erledigung genügend Regelarbeitszeit verfügbar sein muss. Der sinnbringendste Aspekt der ärztlichen Tätigkeit – der direkte Kontakt zum Patienten – müsse gestärkt werden ebenso wie die Förderung von Team-Building-Aktivitäten. Individuell sollte der Arzt durch Psychoedukation proaktiv auf Krisen vorbereitet sein und werden. Ärzte sollten lernen, besser auf sich selbst zu achten und zum Beispiel durch Weiterbildungen zu den Themen „Achtsamkeit und Selbstreflexion“ ihr Bewusstsein für schwierige Situationen schärfen [44, 50]. Letztlich haben wir uns hierzu mit der Aktualisierung des Genfer Gelöbnisses verpflichtet, weshalb wir uns die Fürsorge für uns selber nicht nur erlauben dürfen, sondern müssen.

Schließen wollen wir mit folgendem Apell: Akzeptieren Sie, dass der Arztberuf besonders gesundheitsgefährdend ist. Erlauben Sie sich, sich um Ihre Gesundheit zu kümmern: es wird niemand anders tun. Arbeiten Sie nicht, wenn Sie krank sind. Und zum Schluss: Gehen Sie mit sich selbst genauso achtsam und verantwortungsvoll um wie mit Ihren Patienten!

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Balch CM. Stress and burnout among surgeons. *Arch surg* 2009; 144: 371 – 376
- [2] Barwinski R. Resilienz in der Psychotherapie. Entwicklungsblockaden bei Trauma, Neurosen und frühen Störungen auflösen Stuttgart: Klett-Cotta; 2016
- [3] Böhle A, Baumgartel MA, Götz ML et al. Burn-out of urologists in the county of Schleswig-Holstein, Germany: A comparison of hospital and private practice. *J Urol* 2001; 165: 1158 – 1161
- [4] Brosch KH, Hellbrügge T (Hrsg.) Bindung. Stuttgart: KlettCotta; 2009
- [5] Brooks R, Goldstein S. Das Resilienz-Buch. Wie Eltern ihre Kinder fürs Leben stärken - das Geheimnis der inneren Widerstandskraft Stuttgart: Klett; 2007
- [6] Cyrulnik B. Die Kraft, die im Unglück liegt. Von unserer Fähigkeit, am Leid zu wachsen München: Goldmann; 2001
- [7] Dyrbe LN, Burke S, Hardeman RR. Association of Clinical Speciality with Symptoms of Burnout and Career Choice Regret among US Resident Physicians. *JAMA* 2018; 320: 1114 – 1130
- [8] Draht K. Resilienz in der Unternehmensführung. Was Manager und ihre Teams stark macht Freiburg-München-Stuttgart: Haufe; 2016
- [9] Eagleman D. The Brain. Die Geschichte von Dir München: Pantheon; 2017
- [10] Franklin VE. Wer ein Warum hat. Lebenssinn und Resilienz Weinheim: Beltz; 2017
- [11] Fröhlich-Gildhoff K, Rönnau-Böse M. Resilienz. Stuttgart: UTB; 2015
- [12] Gold KJ. Details on suicide among US physicians. *Gen Hosp. Psychiatry* 2013; 35: 45 – 49
- [13] Greve W, Staudinger UM. Resilience in Later Adulthood and Old Age: Resources and Potentials for Successful Aging. In: (eds.) Cicchetti D, Cohen DJ. *Developmental Psychopathology: Volume Three: Risk, Disorder and Adoption*. Wiley Online Library; 2015
- [14] Gunkel S, Kruse G (Hrsg.) Resilienz und Psychotherapie. Was hält gesund, was bewirkt Heilung? Hannover: Hannoversche Ärzte-Verlags-Union; 2004
- [15] Hem E, Haldorsen T, Aasland OG et al. Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960 – 2000. *Psych Med* 2005; 35: 873 – 880
- [16] Hollmann J, Geissler A. Leistungsbalance für Leitende Ärzte. Selbstmanagement, Stress-Kontrolle, Resilienz im Krankenhaus Berlin-Heidelberg: Springer; 2013
- [17] Hüther G. Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2012
- [18] Hüther G. Was wir sind und was wir sein könnten: Ein neurobiologischer Mutmacher. Frankfurt a.M.: Fischer; 2011
- [19] Joseph B, Pandit V, Hadeed G et al. Unveiling posttraumatic stress disorder in trauma surgeons: A national survey. *J Trauma Acute Care Surg* 2014; 77: 148 – 154
- [20] Kelle B. Gender Gaga. Wie eine absurde Ideologie unseren Alltag erobern will Asslar: Adeo; 2015
- [21] Koehl-Hackert N, Schultz JH, Nikendei C et al. Belastet in den Beruf – Empathie und Burnout bei Medizinstudierenden am Ende des Praktischen Jahres. *Ztschr. für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2012; 106: 116 – 124
- [22] Kolbusa M. Konsequenz - Management ohne Kompromisse. Führen mit Klarheit und Aufrichtigkeit München: Ariston; 2017
- [23] Kunstmann W, Flenker I. Suchterkrankungen bei Ärzten: Bei Therapie gute Aussicht auf Heilung. *Dtsch. Ärzteblatt* 2005; 102: A1941/B-1640/C-1544
- [24] Largo RH. Das passende Leben. Was unsere Identität ausmacht und wie wir sie leben können Frankfurt: Fischer; 2017
- [25] Leipold B. Resilienz im Erwachsenenalter. München: UTB; 2015
- [26] Masten AS. Resilienz: Modelle, Fakten & Neurobiologie: Das ganz normale Wunder entschlüsselt. Paderborn: Junfermann; 2016
- [27] März HG. Das falsche Leben: Ursachen und Folgen unserer normopathischen Gesellschaft. München: Beck; 2017
- [28] Oharas K. Gestatten: Ich. Die Entdeckung des Selbstbewusstseins Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus; 2010
- [29] Oser F, Düggele A, Gamboni E, Masdonati J. Zeitbombe „dummer“ Schüler. Resilienzentwicklung bei minderqualifizierten Jugendlichen, die keine Lehrstelle finden Basel, Weinheim: PVU Psychologie Verlagsunion; 2008
- [30] Oreskovich MR et al. Prevalence of alcohol use disorders among American surgeons. *Arch surg* 2012; 147: 168 – 174
- [31] Prörriinger D, Mayer R, Meisinger C, Freuer D, Eyer F. Health, Risk Behavior and Consumption of addictive substances among Physicians – results of an online survey. London: *J Occupational Medicine and Toxicology*; 2018
- [32] Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical Model of Health behavior change. *AMERICAN Journal of Health Promotion* 1997; 12: 38 – 48
- [33] Reddemann L. Eine Reise von 1000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt. Seelische Kräfte entwickeln und fördern Freiburg: Herder; 2016
- [34] Sarah R, Diät N. Kraft der Still: Gegen eine Diktatur des Lärms. Kisslegg: fe-Verlag; 2017
- [35] Schmid W. Dem Leben Sinn geben. Von der Lebenskunst im Umgang mit Anderen und der Welt Berlin: Suhrkamp; 2013
- [36] Schulz S, Hecker F, Einsle F et al. Ärzte und die Krux der Selbstdiagnose. *Der Allgemeinarzt* 2015; 30 – 31
- [37] Schüffel W, Brücks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U (Hrsg.) *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis* Wiesbaden: Ullstein MEDICAL; 1998
- [38] Seifert A. Resilienzförderung an der Schule: Eine Studie zu SERVICE-Learning mit Schülern aus Risikolagen. Wiesbaden: VS Verlag; 2011
- [39] Spitzer M. Digitale Demenz: Wie wir uns und unsere Kinder um den Verstand bringen. München: Droemer; 2012
- [40] Spitzer M. Einsamkeit, die unerkannte Krankheit – schmerzhaft, ansteckend, tödlich. München: Droemer; 2018
- [41] Storch M, Krause F. Selbstmanagement – ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Züricher Ressourcen Modell Bern: Hans Huber; 2003
- [42] Storch M, Cantieni B, Hüther G, Tschacher W. Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen Bern: Hans Huber; 2015
- [43] Welter-Enderlin R, Hildebrand B (Hrsg.) Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg: Carl-Aue; 2006
- [44] West CP, Dyrbe LN, Erwin PJ et al. Interventions to prevent and reduce physician Burnout: a systematic Review and Metaanalysis. *The Lancet* 2016; 388, 10057: 2272 – 2281
- [45] West CP, Thomas LR, Ripp JA. Charter on Physician Wellbeing. *JAMA* 2018; 319: 1541 – 1542
- [46] Wunsch A. Vom Mängelwesen zur starken Persönlichkeit. Welche Kinder geben unserer Gesellschaft eine tragfähige Zukunft? In: (Hrsg.) Kirche und Gesellschaft, Schriftenreihe der Katholischen Sozialwissenschaftlichen Zentralstelle. Heft 313 (Okt. 2004) Mönchengladbach: 2004
- [47] Wunsch A. Dem Wollen mit Können den Weg bereiten. In: Liegl I, Wunsch A. Wo bitte gehts nach Stanford? Wie Eltern die Leistungsbereitschaft ihrer Kinder fördern können Weinheim: Beltz; 2017

- [48] Wunsch A. Mit mehr Selbst zum stabilen ICH Resilienz als Basis der Persönlichkeitsbildung. Berlin: Springer; 2018
- [49] Zannas AS, Chrousos GP. Epigenetic programming by stress and glucocorticoids along the human lifespan. Mol. Psych 2017; 22: 640–646
- [50] Zwack J, Mundle G. Wie Ärzte gesund bleiben – Resilienz statt Burnout. Stuttgart: Thieme; 2015
- [51] <https://www.coliquio.de/wissen/klinik-wissen-kompakt100/Psychische-Probleme-bei-Ärzten-vermeiden-100>

