



Chronische Unterbesetzung auf der Station, chaotische Dienstpläne, emotional aufwühlende Fälle – das geht an die Substanz und endet nicht selten in Depression oder Burnout. Was dann? Von der Schwierigkeit, als Ärzt:in selbst Patient:in zu sein.

*Dr. med. Maxi Braun, Dießen am Ammersee*

## Ärztegesundheit

# Gehen die Patient:innen tatsächlich immer vor?

■ Ein Spaziergänger trifft in einem Wald auf einen Holzfäller, der mühsam versucht, mit seiner stumpfen Säge einen Baum zu fällen. Er tritt an ihn heran und fragt: „Aber guter Mann, Ihre Säge ist ja ganz stumpf. Warum schärfen Sie sie denn nicht?“ Darauf antwortet der Arbeiter: „Dafür habe ich keine Zeit, ich muss doch sägen ...!“

In dieser Anekdote finden sich viele ärztliche Kolleg:innen wieder, wenn es um Fragen der eigenen Gesundheitsfürsorge geht. Dem entgegen steht die Neufassung des Genfer Gelöbnisses aus dem Jahr 2017, in welchem es heißt: „Als Mitglied der ärztlichen Profession gelobe ich feierlich, (...) ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.“<sup>1</sup> Zugleich weisen verschiedene Studien darauf hin, dass die eigene Gesundheit und die Zufriedenheit

im Arbeitskontext einen bedeutenden Einfluss auf die Qualität der Patientenversorgung zu haben scheinen.<sup>2,3</sup> Auch wird eine enge Korrelation zwischen verschiedenen Dimensionen von Burnout und medizinischen Fehlern vermutet.<sup>4</sup>

### Hintergründe

Vor diesem Hintergrund erscheint es umso brisanter, dass bereits Medizinstudenten eine höhere Prävalenz für psychische Störungen wie Burnout, Depressionen und Suizidalität aufzuweisen scheinen als die Allgemeinbevölkerung.<sup>5</sup> International findet sich eine Vielzahl von Studien, die auf ein erhöhtes Risiko für Burnout, Depressionen und Substanzkonsum bei Ärzt:innen hinweisen. In Deutschland ist die Punktprävalenz für eine klinisch relevante depressive Störung mit 6–13% und die Lebenszeitprävalenz mit 41–45%<sup>6,7</sup> bei Ärzt:innen deutlich erhöht im Vergleich zur All-

gemeinbevölkerung, in welcher die 12-Monats-Prävalenz bei 4,5–8,5% und die Lebenszeitprävalenz bei 9,9–14,5% liegt.<sup>8</sup> Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, ADHS und/oder Substanzmissbrauch treten zudem häufig komorbid auf. Besonders betroffen sind die Fachrichtungen: Notfallmedizin, Innere- und Allgemeinmedizin, Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie.<sup>9,10</sup> Ärztinnen scheinen zumindest im Hinblick auf eine depressive Symptomatik deutlich häufiger zu erkranken.<sup>9</sup>

### Interventionsmöglichkeiten

Institutionelle Interventionen können durch eine Verminderung der Aufgabendichte, Arbeitszeiten mit weniger Unterbrechungen, Dienstplanänderungen sowie Veränderungen der gesamten Organisation erfolgen.<sup>11</sup>

Individuelle Interventionen wie Supervision, Balint- oder Ifa-Gruppenarbeit,

Ressourcenorientierung, Coaching und Problemlösetrainings können ebenfalls zu einer deutlichen Reduktion einer Burnout-Symptomatik führen und somit einer tatsächlichen Manifestation psychischer Erkrankungen vorbeugen.<sup>12</sup> Leider sind beide Interventionsmöglichkeiten deutschlandweit nicht Standard. Zudem werden individuelle Interventionen freiwillig zu selten in Anspruch genommen.

### Die (stationäre) Behandlung psychisch erkrankter Ärzt:innen

Unserer Erfahrung nach begeben sich die Betroffenen oftmals viel zu spät in Behandlung. Häufig erfolgen im Vorfeld informelle Konsultationen und Selbstdiagnostik/-therapie. Ganz allgemein besteht bei Mediziner:innen eine Tendenz zur Verharmlosung eigener Beschwerden bei gleichzeitig sehr hohen Ansprüchen an sich selbst. Sich selbst (psychisch) erkrankt und bedürftig zu zeigen, ist für viele Kolleg:innen ungewohnt und oft Scham-behaftet. Der Rollenwechsel ist für Betroffene wie Behandler:innen herausfordernd und schwierig. Von Seiten der Behandelnden werden die „Helfer“-Patient:innen unter Umständen „bedrohlich“ erlebt: zeigt die Erkrankung des/der Kolleg:in auch, dass sie selbst nicht unverwundbar sind. Zudem können zusätzlich Verunsicherungen im Hinblick auf die eigene Kompetenz entstehen. Möglicherweise kommen diese Patient:innen den Behandelnden emotional sehr nahe. Dabei ist es wichtig, professionell zu bleiben und eigene Verbrüderungs- oder Dissimulationstendenzen zu erkennen, Supervision in Anspruch zu nehmen und die Kolleg:innen in der Patient:innen-Rolle ernst zu nehmen und zu begleiten. Überdies gerät das co-therapeutische Team oftmals in eine freundlich-submissive bis distanziert-submissive Position,

in der beispielsweise Übervorsichtigkeit und Verunsicherung wenig Behandlungsspielraum lassen.

In Deutschland gibt es nur wenige Kliniken, die auf die Behandlung von Ärzt:innen spezialisiert sind bzw. ein spezifisches Angebot an diese Berufsgruppe machen. Ärzt:innen benötigen jedoch eine Behandlung, in der sie sich in die Patient:innenrolle begeben und das eigene Rollenverständnis als „Helfer:in“ hinterfragen können. Dies auch vor dem Hintergrund typischer Ärzt:innen-Schemata wie emotionale Vernachlässigung, Aufopferung und unerbittliche Ansprüche.<sup>13</sup>

### Depressive Störungen bei Ärzt:innen

Da depressive Störungen bei dieser Berufsgruppe am häufigsten vorkommen, sollen im Folgenden beispielhaft die Symptomatik und potenzielle Behandlungsziele dargestellt werden:

#### Mögliche Symptome depressiver Störungen bei „Helfer:innen“

- Niedergeschlagene, depressive Stimmung, Interessenverlust, Antriebslosigkeit
- Freudlosigkeit
- Starke körperliche, emotionale und mentale Erschöpfung
- Suizidgedanken
- Ausgeprägte Selbstzweifel und Zukunftsängste
- Schlafstörungen
- Körperliche Schmerzen oder muskuläre Verspannungen
- Erhöhte Reizbarkeit
- Rückzug aus dem sozialen Leben
- Zynischer oder emotional distanzierter Umgang mit Patient:innen/Klient:innen
- Selbstschädigendes Verhalten, z.B. in Form von Selbstmedikation mit Genuss- und Suchtmitteln oder auch selbst verordneten Medikamenten

### Potenzielle Behandlungsziele

- Reduktion des aktuellen seelischen und körperlichen Belastungsniveaus und der Symptome der psychischen Erkrankung
- Erkennen persönlicher Erlebens- und Verhaltensmuster im biografischen Kontext
- Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit
- Verbesserung der Emotionswahrnehmung und -regulation (u.a. mit der Idee, dass dies für Arzt-Patienten-Kontakte essenziell ist und bei vielen „Helfer“-Patient:innen eine Tendenz zur Emotionsvermeidung besteht)
- Wiedererleben und Stärkung persönlicher Ressourcen und Etablierung von sinnstiftenden und gesunden Verhaltensweisen

### Fazit

Ärzt:innen als Patient:innen sind (in der Psychotherapie) ein besonderes Klientel und benötigen eine Behandlung, in der sie einerseits ihre „Helfer:innen“-Rolle und eventuell damit verbundene Schwierigkeiten reflektieren und bearbeiten können, und andererseits von einem darin geschulten Team vor allem als Patient:innen gesehen und behandelt werden. In Deutschland mangelt es an einem entsprechenden Problembewusstsein, an niederschweligen Interventions-Möglichkeiten und an spezialisierten ambulanten und stationären psychotherapeutischen Angeboten. ■

*E-Mail: Maxi.Braun@artemed.de*

*Literatur in der Redaktion*

**Dr. med. Maxi Braun**  
Oberärztin  
Psychosomatische Klinik  
Kloster Dießen  
Dießen am Ammersee

