

Thomas Bergner

Mentale Gesundheit für Ärzte und Psychotherapeuten

Ein Praxisbuch zur Verbesserung
der Lebensqualität



Thomas Bergner

Mentale Gesundheit für Ärzte und Psychotherapeuten

Thomas Bergner

Mentale Gesundheit für Ärzte und Psychotherapeuten

Ein Praxisbuch zur Verbesserung
der Lebensqualität

Dr. med. Thomas Bergner

Zeller Straße 56

82067 Zell

www.bergner.cc

info@bergner.cc

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2021 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von © iStock/Cecilie_Arcurs

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

Lektorat: Maren Klingelhöfer

ISBN 978-3-608-40059-5

E-Book: ISBN 978-3-608-11652-6

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20514-5

Vorwort

Der Wert der Arbeit am Menschen, gleich in welcher Position und in welchem Bereich, muss neu bewertet werden, und zwar markant höher als bisher. Diese Bewertung sollte sich auch materiell auswirken, aber das ist nicht das vorrangige Ziel. Primär geht es um eine menschlichere Welt und nicht um eine materiellere.

Mit diesen Worten endete im Jahr 2006 die erste Auflage meines Buchs *Burnout bei Ärzten* – und in heutigen Zeiten von offenkundigen Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen sind sie aktueller denn je, wie das folgende Zitat belegt:

Um [...] zukünftigen Herausforderungen begegnen zu können, muss das bestehende Gesundheitssystem weiterentwickelt werden: Benötigt wird ein patientenorientiertes, qualitätsgesichertes und nicht primär gewinnorientiertes System, das alle Mitarbeitenden wertschätzt [...] und [...] über eine hohe Resilienz verfügt (Leopoldina 2020).

In dem vorliegenden Buch soll es deshalb um die mentale Gesundheit derjenigen gehen, welche die zentrale Rolle im Gesundheitswesen ausfüllen.

Das Gesundheitswesen wird von Menschen mit vielen unterschiedlichen Berufen erst möglich gemacht. Doch genauso wie eine komplexe Sinfonie nur um wenige Themen kreist, sind Ärzte und Therapeuten die *Conditio sine qua non* des Gesundheitswesens. Ohne sie kann auf Dauer keine Behandlung durchgeführt werden. Auch wenn die Pflege eines Kranken wichtig ist, auch wenn die betriebswirtschaftlichen Aspekte einfließen, auch wenn es ohne Verwaltung nicht geht: Ärzte und Therapeuten haben die zentrale Stellung im gesamten System. Sie bilden quasi den Kern.

In den USA wurde vor einiger Zeit das »Triple Aim« definiert, das dreifache Ziel des Gesundheitswesens. Es besteht darin, die Erfahrungen der Patienten zu verbessern, die Gesundheit der Bevölkerung zu stärken und die Kosten zu vermindern (Yates 2019). Die Belange der im Gesundheitswesen Tätigen wurden dabei nicht berücksichtigt.

In diesem Buch geht es um deren Wohlbefinden. Was kann die Einzelne oder der Einzelne für sich tun? Was für das Gesundheitssystem im Ganzen oder Organisationen wie Krankenhausträger ansteht, wird nur nachrangig besprochen. Manchmal gilt: Wer auf andere wartet, wartet vergebens. Bei sich selbst kann man unmittelbar beginnen. Es ist die einzige Form von Selbstmedikation, die auch nach reiflicher Überlegung sinnvoll erscheint.

Was zum Wohlbefinden eines akademischen Helfers gehört, ist in keiner Weise festgeschrieben. Jede Publikation, jede Studie kocht da ihr eigenes Süppchen. Davon ist auch dieses Buch nicht frei, im Gegenteil, gerade Teil III basiert

auf meinen konkreten Erfahrungen mit meinen eigenen Klienten in mehr als einem Vierteljahrhundert.

Seit einiger Zeit findet sich in nahezu jeder Publikation zwischen dem Block »Diskussion« und »Schlussfolgerung« ein Block »Limitierungen«, worin ausgedrückt wird, was an der vorgestellten Studie oder Publikation zu kritisieren wäre. Das ist so eine Mischung zwischen Reflexion und Selbstbezeichnung und dient zugleich dazu, Kritik von vornherein zu unterbinden. Für diese recht junge Rubrik gibt es gewiss gute Argumente. Ich finde sie dennoch fragwürdig. Wer eine solche für dieses Buch verlangt, hier sei sie: Dieses Buch und seine Inhalte sind höchst subjektiv, in der Auswahl der Themen, der genutzten Quellen und der Schlussfolgerungen. Niemand muss damit einverstanden sein, alle anderen haben das Recht, alles anders zu sehen.

Wer sich dennoch dafür interessiert, sei herzlich eingeladen, das Buch mit Offenheit und zugleich mit der für jede Meinungsäußerung notwendigen Distanz zu lesen.

Noch einige Bemerkungen eher formaler Art:

- In den USA wird aufgrund des Ausbildungsaufbaus zwischen Medizinstudierenden, angehenden Ärzten, komplett ausgebildeten Ärzten und solchen mit langer Berufserfahrung unterschieden. Entsprechend sind manche der wissenschaftlichen Studien aufgebaut. Da dies hier die Lesbarkeit stören kann, schreibe ich für all diese Gruppen »Ärzte« oder »Therapeuten«. Nur wenn signifikante Unterschiede zwischen den Helfern mit unterschiedlichem Ausbildungsstand bestehen, wird dies konkret benannt.
- Das Wort *Ärztegesundheit* leitet sich aus dem in den USA gebräuchlichen Begriff *Physician Health* ab. Einige der darin subsummierten Inhalte werden in diesem Buch nicht oder nur kurz besprochen, konkret: sexuelle Übergriffe von Ärzten und deren Behandlung, Gesundheitsschädigung durch die medizinische Ausbildung, Aufbau von und Kontakt mit Selbsthilfegruppen für Ärzte, Adipositas bei Ärzten, psychiatrische Erkrankungen und somatische Erkrankungen. Alle Inhalte, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit für *Mental Health* wichtig sind, haben jedoch ihren Platz im Buch erhalten.
- In Auflistungen wie Tabellen sind die Inhalte alphabetisch geordnet, um eine möglichst neutrale Reihenfolge zu erreichen. Die Reihenfolge stellt also keine Gewichtung dar.
- Die Übungen sind Anregungen, die Sie zumindest lesen sollten. Effektiver ist es wahrscheinlich, sie durchzuführen.

Was erwartet Sie?

Teil I des Buches beschreibt die Ursachen für Defizite der mentalen Gesundheit akademisch ausgebildeter Helfer. Wie Sie rasch feststellen werden, kommen darin die »üblichen Verdächtigen« durchaus vor, aber auch die weniger bekannten, meistens invasiver wirkenden tatsächlichen Ursachen.

Teil II schildert mit den »Bad Five« die fünf häufigsten seelischen Erkrankungen oder mentalen Probleme bei Ärzten und Therapeuten.

Teil III befasst sich damit, was der Einzelne zu seiner Heilung beitragen kann. Ab und zu werden Sie auch von der Möglichkeit lesen, sich einem professionellen Helfer anzuvertrauen. Doch der angestrebte Grundsatz lautet: Die Meister für Krankheiten anderer sollten auch Meister für ihre eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden werden. Es geht also hauptsächlich darum, was Sie präventiv tun können und was Sie bis zu einem gewissen Grad eigener Betroffenheit versuchen können.

Last but not least: Nach reiflicher Überlegung nenne ich in diesem Buch fast immer die männliche Form, weil die Ärzte und Therapeuten, gleich welchen Geschlechts, die ich gefragt habe, diese Form als am besten lesbar werten. Es sind damit alle möglichen Geschlechter gemeint ohne Bevorzugung von welchem auch immer.

Thomas Bergner im Januar 2021

Inhalt

| | |
|---|----|
| Teil I Ursachen für Defizite der mentalen Gesundheit | 1 |
| Mentale Gesundheit in Helferberufen | |
| 1 Arbeitsbedingungen und -inhalte | 4 |
| 1.1 Arzt und Therapeut heute | 5 |
| 1.1.1 Berufstypische Belastungen | 5 |
| Traumata in helfenden Berufen | 7 |
| Traumata in der Notfallmedizin | 7 |
| Arbeitszeit | 8 |
| 1.1.2 Die Berufsentscheidung | 10 |
| 1.1.3 Hidden Curriculum: Auswirkungen verborgener Regeln | 11 |
| 1.2 Ohnmacht und Macht | 15 |
| 1.2.1 Was Macht ausmacht | 15 |
| 1.2.2 Der Raum der Angst | 19 |
| 1.2.3 (Kunst-)Fehler sind menschlich | 22 |
| 1.2.4 Gewalt und Missbrauch | 24 |
| 1.3 Erwartungen an Helfer | 28 |
| 1.3.1 Der »gute Arzt« | 28 |
| 1.3.2 Helfer und Altruismus – das Ideal | 30 |
| 1.3.3 Eingeschränkte Eigenwahrnehmung im Alter | 31 |
| 1.3.4 Selbstzweifel | 32 |
| 2 Störfaktoren | 34 |
| 2.1 Gier und Kommerzialisierung | 34 |
| 2.2 Autonomieverlust | 37 |
| 2.2.1 DRG – der fachliche Autonomieverlust | 38 |
| 2.2.2 EHR – der formale Autonomieverlust | 38 |
| 2.2.3 PHP – der persönliche Autonomieverlust | 38 |
| 2.2.4 Ein kollektives Desinteresse? | 39 |
| 3 Persönlichkeitseigenschaften und ihre Auswirkungen | 40 |
| 3.1 Big Five | 40 |
| 3.2 Hinderliche Eigenschaften für mentale Gesundheit | 42 |
| 3.2.1 Neurotizismus | 43 |
| 3.2.2 Narzissmus und Helfersyndrom | 46 |
| 3.2.3 Perfektionismus | 49 |

| | | |
|----------------|---|-----|
| 3.3 | Förderliche Eigenschaften für mentale Gesundheit | 52 |
| 3.3.1 | Empathie | 52 |
| 3.3.2 | Emotionale Intelligenz | 58 |
| 4 | Gefühle | 61 |
| 4.1 | Verdrängung und Verleugnung | 61 |
| 4.2 | Gefühle und verwandte Phänomene | 62 |
| 4.3 | Positiv bewertete Gefühle | 64 |
| 4.4 | Angst und Traurigkeit | 64 |
| Teil II | Bad Five der mentalen Gesundheitsstörungen | 69 |
| | Seelische Erkrankungen bei Ärzten und Therapeuten | |
| 5 | Burnout | 77 |
| 5.1 | Allgemeines | 77 |
| 5.2 | Symptome | 79 |
| 5.2.1 | Leistungsabnahme | 79 |
| 5.2.2 | Depersonalisation | 79 |
| 5.2.3 | Emotionale Erschöpfung | 81 |
| 5.3 | Verlauf | 83 |
| 5.4 | Koinzidenzen | 86 |
| 5.5 | Strittige Aspekte | 89 |
| 5.5.1 | Burnout gleich Depression? | 89 |
| 5.5.2 | Handelt es sich um eine Berufserkrankung? | 90 |
| 5.5.3 | Wie mit Traumata umgehen? | 90 |
| 5.6 | Studienergebnisse | 91 |
| 5.7 | Therapie | 94 |
| 5.7.1 | Hilfe auf der Ebene von Organisationen | 96 |
| 5.7.2 | Persönliche Hilfe | 97 |
| 5.7.3 | Koinzidenz oder Kausalität, das ist hier die Frage | 99 |
| 5.8 | Tests | 100 |
| 5.8.1 | MBI – Der Standardtest für Burnout | 100 |
| 5.8.2 | BBQ – Bergner Breakdown Questionnaire | 102 |
| 5.8.3 | Test zum eigenen Burnoutrisiko | 102 |

| | | |
|------------|--|-----|
| 5.9 | Stress versus Burnout | 103 |
| 5.9.1 | Was löst Stress aus? | 104 |
| 5.9.2 | Welche Stressoren gibt es im Arztberuf? | 105 |
| 5.9.3 | Was geschieht bei Stress in uns? | 107 |
| 5.9.4 | Wie unterscheiden sich Stress und Burnout? | 109 |
| 6 | Depression | 111 |
| 6.1 | Allgemeines | 111 |
| 6.2 | Symptome | 113 |
| 6.3 | Studienergebnisse | 114 |
| 6.4 | Test | 116 |
| 7 | Angsterkrankungen | 117 |
| 7.1 | Allgemeines | 117 |
| 7.2 | Symptome | 121 |
| 7.3 | Studienergebnisse | 122 |
| 7.4 | Therapie | 123 |
| 7.5 | Test | 124 |
| 7.6 | Umgang mit Angst im Alltag | 124 |
| 8 | Sucht | 129 |
| 8.1 | Allgemeines | 129 |
| 8.2 | Symptome | 132 |
| 8.3 | Studienergebnisse | 134 |
| 8.4 | Therapie | 137 |
| 8.5 | Test | 140 |
| 9 | Suizidalität | 141 |
| 9.1 | Allgemeines | 141 |
| 9.2 | Symptome | 143 |
| 9.3 | Verlauf | 144 |
| 9.4 | Studienergebnisse | 144 |
| 9.5 | Therapie | 146 |

| | |
|--|-----|
| Teil III Sich selbst helfen | 147 |
| Die notwendige Neuausrichtung | |
| 10 Ressourcennutzung | 154 |
| 10.1 Bewältigungsstrategien | 156 |
| 10.2 Selbstmitgefühl | 158 |
| 10.2.1 Mitgefühl im Alltag | 162 |
| 10.2.2 Reframing (Umdeutung) | 164 |
| 10.3 Selbstwirksamkeit und Selbstwert | 165 |
| 10.3.1 Prokrastination und Perfektionismus | 167 |
| 10.3.2 Wille und Widerstand | 167 |
| 10.3.3 Alternativlosigkeit | 169 |
| 10.4 Resilienz | 170 |
| 10.4.1 Nutzen und Ziel | 172 |
| Studium und Motivation | 172 |
| Optimismus | 173 |
| Das Gießkannenprinzip | 174 |
| 10.4.2 Studienergebnisse | 176 |
| 10.4.3 Zum guten Schluss | 177 |
| 10.5 Achtsamkeit | 181 |
| 10.5.1 Grundlagen | 182 |
| Der Abstand zu eigenen Gefühlen | 185 |
| Selbstachtsamkeit | 185 |
| 10.5.2 Studienergebnisse | 186 |
| Studien zur Achtsamkeit 2.0 | 187 |
| 10.5.3 Grundlagen der Meditation | 189 |
| 10.5.4 Übungen, Teil 1 | 191 |
| Bewertungsfreie Wahrnehmung | 191 |
| 10.5.5 Übungen, Teil 2 | 193 |
| Meditation | 193 |
| 10.5.6 Zum guten Schluss | 200 |
| 11 Integration von Lebensstilfaktoren | 201 |
| 11.1 Grenzziehung und -wahrung | 201 |
| 11.1.1 Das Nein | 201 |
| 11.1.2 Grenzen | 202 |
| 11.1.3 Reframing zum Zweiten | 204 |

| | | |
|-------------|--|-----|
| 11.2 | Gesundes Verhalten | 205 |
| 11.2.1 | Beziehungen | 205 |
| 11.2.2 | Das Mini-Einmaleins des Zeitmanagements | 206 |
| | Dringend oder wichtig? | 206 |
| | Zeitfresser | 208 |
| | Prioritäten | 209 |
| 11.2.3 | Eulen nach Athen | 209 |
| | Schlaf | 209 |
| | Liebevolle Selbstumarmung | 211 |
| | Imaginärer Sorgentresor | 211 |
| | Sport | 212 |
| | Ernährung | 212 |
| 11.2.4 | Zum guten Schluss | 212 |
| 11.3 | Ansprüche | 213 |
| 11.3.1 | Materielle Ansprüche | 213 |
| 11.3.2 | Krisen | 215 |
| 11.4 | Zufriedenheit | 216 |
| 11.4.1 | Freude, Zufriedenheit und Glück | 216 |
| 11.4.2 | Unzufriedenheit und Zufriedenheit | 217 |
| 11.4.3 | Unzufriedenheit und Überzeugungen | 220 |
| 11.4.4 | Schuld, Forderungen und innerer Unfriede | 220 |
| 11.4.5 | Studienergebnisse | 222 |
| 11.5 | Werte | 223 |
| 11.5.1 | Den eigenen Werten folgen | 223 |
| 11.5.2 | Werte authentisch leben | 225 |
| 11.6 | Selbstwert | 226 |
| 12 | Selbstfürsorge | 230 |
| 12.1 | Individuelle Chancen | 231 |
| 12.1.1 | Optimismus | 236 |
| 12.1.2 | Mentor | 237 |
| 12.1.3 | Coaching | 237 |
| 12.1.4 | Wesentliche Fragen | 238 |
| 12.2 | Wohlbefinden | 239 |
| 12.2.1 | Verdrängung | 242 |
| 12.2.2 | Umgang mit Fehlern | 243 |
| 12.2.3 | Entspannung | 244 |
| 12.3 | Richtige Zielsetzung | 245 |

| | |
|---|-----|
| 13 Die Kernfrage und das Geheimnis | 247 |
| 13.1 Annehmen der Vergangenheit | 249 |
| 13.2 Die wahrhaftige Kernfrage | 251 |
| 13.3 Voller Sinn | 252 |
| 13.4 Neue Wege | 253 |
| Literatur | 256 |

TEIL I Ursachen für Defizite der mentalen Gesundheit

Mentale Gesundheit in Helferberufen

Die WHO hat ermittelt, dass in den USA 12,3% und in Europa 10,9% aller krankheitsbedingten beruflichen Fehlzeiten durch seelische Erkrankungen hervorgerufen werden. In Deutschland sind sie der zweithäufigste Grund für Krankenschreibungen, ebenso für Frühberentungen. 42% aller vorzeitigen Ruhestände sind auf seelische Erkrankungen zurückzuführen.

Definition

Die WHO definiert *mentale Gesundheit* als einen Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten erkennt, mit den normalen Belastungen des Lebens fertig wird, produktiv und fruchtbar arbeiten und einen Beitrag zu seiner Gemeinschaft leisten kann (in Mihailescu & Neiterman 2019).

Weiterhin gibt sie an, dass ein Viertel aller Menschen in einer Weise erkrankt sind, dass sie diese Aufgaben nicht mehr erfüllen können.

Was bedeutet mentale Gesundheit genau betrachtet? Das Adjektiv »mental« hat seinen Ursprung im Lateinischen *mens*, also Geist. Mentale Gesundheit meint damit geistige Gesundheit. Diese beinhaltet kognitive Leistungen, die sich jedoch mehr auf unsere Auffassungsgabe beziehen, darauf, wie wir wahrnehmen und erkennen. Kognition hat eher mit Logik zu tun, mentale Inhalte stehen mehr mit dem Überbau und der Integration von weitergehenden Ebenen in Zusammenhang. Der Begriff *Mental Health*, also »mentale Gesundheit«, hat zuerst im englischen Sprachraum und inzwischen dank sprachlicher Ungenauigkeit oder der Neigung, vieles kritiklos zu übernehmen, auch im Deutschen eine Bedeutungserweiterung oder -änderung hinter sich und schließt neben dem Geisteszustand auch die seelische Gesundheit ein. In diesem Sinn, nämlich in aller Regel bezogen auf seelische Inhalte, verwende ich den Ausdruck – im Wissen, sprachlich damit nicht ganz genau zu agieren. Denn zwischen Geist und Seele bestehen fundamentale Unterschiede. Wir sind zu geistigen Leistungen fähig und erkennen somit Zusammenhänge wie: Die Erde ist rund, oder ein Apfel fällt immer nach unten. Hier soll es jedoch nicht um die Anwendung des Potenzials gehen, das sich in

unserem Intelligenzquotienten widerspiegelt, sondern darum, was *in uns vorgeht*, wie wir uns *fühlen*, welche *Persönlichkeit* uns auszeichnet, wie wir mit anderen Menschen *in Kontakt treten*. Das alles sind seelische Inhalte, die zwar in Wechselwirkung mit geistigen treten können, grundsätzlich jedoch vom Geistesraum getrennt sind.

Im Folgenden geht es um Ihr seelisches Wohlbefinden, was ich der gebräuchlicheren Ausdrucksweise wegen also meistens als »mentale Gesundheit« bezeichne.

Das Thema mentale Gesundheit der Ärzte ging maßgeblich von den USA aus. In den frühen 1970er Jahren alarmierten sowohl die hohen Suizidquoten als auch Suchtprobleme die American Medical Association (Carr et al. 2017).

Letztlich war dies die Initialzündung für strukturierte Programme, die heute in den USA in jedem Staat etabliert sind, sogenannte PHPs (Physician Health Programs). Hinter dem Namen verbergen sich – in stufenweiser Verschärfung – Zwangsmaßnahmen, welchen sich Ärzte mit Abhängigkeitserkrankungen oder anderen Gesundheitsproblemen, die die Qualität ihrer Berufsausübung beeinträchtigen können, unterziehen müssen. Die PHPs sind inzwischen hoch effektiv und beinhalten die Möglichkeit, Ärzten ihre Approbation zeitweise oder ganz zu entziehen, um sie zur Behandlung zu »motivieren«. Dabei fungieren die PHPs wie eine Art Supervisor; die tatsächliche Diagnosestellung und Behandlung erfolgen nicht durch sie. Eine echte Freiwilligkeit ist nicht gegeben, aber das Argument, die Patientensicherheit stünde über allem, wird effektiv mit folgendem Argument unterstützt: *saving lives, families, and careers* (in Carr et al. 2017). Ein Netzwerk, das unterschiedliche Ebenen einbezieht (Kollegen in der gleichen Praxisgemeinschaft, Kollegen und andere Mitarbeiter im Krankenhaus, Familienangehörige, staatliche Kontrollstellen), sorgt für wirkungsvolles Eingreifen. Auch Selbstanzeige ist möglich und wird in 26 % der Fälle genutzt. Gemeldet werden am häufigsten Suchtkrankheiten, psychiatrische Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, kognitive Störungen und sexuelle Übergriffe.

Mit dem Artikel »The sick physician« gab die American Medical Association im Jahr 1973 (AMA 1973) den entscheidenden Impuls für ein neues Fach – das der Ärztegesundheit. Anlass für den Artikel waren immer häufiger diagnostizierte Abhängigkeitserkrankungen bei den Ärzten, die sich selbst und ihren Patienten dadurch schaden. Zudem lag die Suizidquote bei Ärzten weit über dem Durchschnitt. Erst im Laufe der Zeit kamen neue Inhalte für das Fach Ärztegesundheit dazu. Seine Inhalte hängen also mit den jeweiligen aktuellen Entwicklungen zusammen. So führten in den letzten zwei Jahrzehnten die Veränderungen der finanziellen und organisatorischen Bedingungen dazu, dass Ärzte vermehrt in eine gesundheitliche oder berufliche Krise kamen, weshalb in den USA seither ein umfangreiches Angebot für betroffene Helfer besteht. Berufs- und Karriereberatung, Coaching, Burnoutberatung, Motivationstraining und präventive Maßnahmen, auch für die seelische Gesundheit, sind dort erheblich verbreiteter als hierzulande. Offenbar wurde dort schon längst verstanden: Seelische Gesundheit muss höchste Priorität im öffentlichen Gesundheitswesen und in öffentlichen Gesundheitsprogrammen erhalten (Whiteford et al. 2013).

Inzwischen hat sich die deutsche Ärzteschaft auch zu der Überzeugung durch-

gerungen, mehr auf die eigene Gesundheit und die der Kollegen zu achten und gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern und Arztpraxen zu fordern (Richter-Kuhlmann 2019a).

Damit folgt sie der 2017 überarbeiteten Genfer Deklaration, dem ärztlichen Gelöbnis, in welchem es heißt: »Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.« In welche Falle die Verfasser dieses Gelöbnisses damit gegangen sind, wird in Teil III des vorliegenden Buches erläutert.

1 Arbeitsbedingungen und -inhalte

Es ist vermutlich sinnvoll, wenn Sie sich gleich jetzt Ihre aktuelle Situation verdeutlichen. Entweder werden Sie dadurch erkennen, mit welchem gebotenen Gleichmut Sie das Buch lesen sollten – oder es wird Ihnen noch deutlicher, warum Sie gerade angefangen haben, es zu lesen.

Übung 1.1: Arbeitsbedingungen und mentale Gesundheit

Bitte zählen Sie nun, wie viele der folgende Fragen Sie mit »ja« beantworten können (nach Milner et al. 2017). Antworten Sie spontan und ehrlich.

Arbeitsanforderungen

1. Es ist schwierig, mir eine Auszeit zu nehmen, wenn ich möchte.
2. Meine Patienten haben unrealistische Erwartungen, wie ich ihnen helfen kann.
3. Die Mehrheit meiner Patienten hat komplexe gesundheitliche und soziale Probleme.
4. Ich habe nicht genug Zeit für ein persönliches Studium, für meine Fortbildung.

Arbeitskontrolle

5. Ich habe zu wenig Freiheit, über meine eigene Arbeitsweise zu entscheiden.
6. Ich habe zu wenig thematische Abwechslung in meiner Arbeit.
7. Der Umfang der mir übertragenen Verantwortung belastet mich.

Soziale Unterstützung bei der Arbeit

8. Ich habe eine schlechte Unterstützung im Sinn eines Netzwerks mit anderen Ärzten.

Belohnungen für die Arbeit

9. Für meine gute Arbeit bekomme ich keine ausreichende immaterielle Anerkennung.
10. Meine Bezahlung stellt mich nicht zufrieden.

Arbeitszeit

11. Ich arbeite in der Regel mehr als 40 Stunden pro Woche.

Unvorhersehbare Arbeitszeit

12. Die Stunden, während denen ich arbeiten muss, sind unvorhersehbar.

Balance

13. Die Balance zwischen meinen persönlichen und beruflichen Verpflichtungen ist unzureichend.

Familie

14. Ich bin in meiner Beschäftigung und/oder in der Zeit und in den Stunden, in denen ich arbeite, aufgrund mangelnder verfügbarer Kinderbetreuung eingeschränkt.

Aggression am Arbeitsplatz

15. Manche Mitarbeiter oder Kollegen am Arbeitsplatz empfinde ich als aggressiv.
16. Manchmal wirken Patienten aggressiv auf mich.
17. Es kommt vor, dass Angehörige oder Betreuer von Patienten mir gegenüber aggressiv auftreten.

Erläuterung: Mit dieser Übung werden schlechte psychosoziale Arbeitsbedingungen abgefragt. Diese haben einen wesentlichen Einfluss auf die mentale Gesundheit und das Wohlbefinden von Ärzten und Therapeuten.

Wie oft haben Sie mit »ja« geantwortet? Wirklich gut sind Ihre Arbeitsbedingungen, wenn Sie keine einzige Frage bejaht haben. Je mehr »ja«, desto schlechter sind Ihre Arbeitsbedingungen.

1.1 Arzt und Therapeut heute

1.1.1 Berufstypische Belastungen

Berufliche Inhalte

Die beruflichen Anforderungen für Ärzte und Therapeuten sind immens, wenn gleich es gelingen mag, vieles davon letztlich automatisch zu erledigen. Doch es gibt immer wieder klinische Herausforderungen, Spannungen innerhalb von Teams sowie Fragen der Loyalität dem Arbeitgeber, den Patienten, den Kollegen, den Mitarbeitern, der KV, der eigenen Familie und Freunden gegenüber. Auch Mobbing und Stalking sind Themen, mit denen Ärzte und Therapeuten konfrontiert werden. Berufstypische Inhalte wie Leiden, Krankheit oder Tod sind zusätzlich problematisch. Die Belastungen im Arztberuf werden in Kasten 1.1 beispielhaft zusammengefasst (Gold 2019, Richter-Kuhlmann 2019a).

In fast allen Studien weltweit wird die steigende Arbeitsbelastung der Ärzte bemängelt. Dabei werden die zunehmende Bürokratie, die ausufernden Dokumentationspflichten und die allgemeinen Managementaufgaben beklagt, ebenso die immer schwerer zu erfüllenden Erwartungen von Patienten. Nicht zuletzt hindert das Helfersyndrom viele Ärzte daran, sich auf moderate Arbeitszeiten zu beschränken (Svedahl et al. 2019).

Kasten 1.1: Typische Belastungen im Arztberuf

Strukturelles, Organisatorisches, Materielles

- Arbeitsverdichtung
- Fehlende Unterstützung durch Fakultät oder Arbeitgeber
- Kostendruck
- Lange Arbeitszeiten, Nichteinhaltung von Arbeitszeitregeln
- Mangelhafte Beteiligung von Ärzten an organisatorischen Entscheidungen
- Nachtdienste (und deren Auswirkungen wie Schlafstörungen)
- Nichteinhaltung von Arbeitsschutz
- Organisationschaos
- Personalmangel
- Rotation zwischen verschiedenen Arbeitsstellen
- Zeitdruck
- Zu geringe Fachstandards in der Einrichtung, in der man gerade arbeitet
- Zu hohe Arbeitsbelastung (also Arbeitsmenge je Zeiteinheit)

Inhalte des Berufs

- Ausufernde Dokumentationspflichten, dadurch das Gefühl, stets mit einer statistischen Mitte verglichen zu werden: Verlust der Anerkennung von Individualität
- Beschränkter Einfluss auf den Krankheitsverlauf
- Erleben von Zynismus anderer Ärzte
- Gefühl, als Verwaltungsangestellter tätig zu sein (teils weniger als 20 % der gesamten Arbeitszeit mit Patienten): Zunahme berufsfremder Tätigkeiten
- Notdienste
- Risiko für Kunstfehler
- Typische berufliche Herausforderungen (wie Umgang mit Leid und Tod)
- Verlust von Handlungsautonomie: als hoch empfundener Fremdeinfluss
- Zu hohe zeitliche Belastung durch Verwaltungstätigkeiten

Beziehungsthemen

- Belästigung von Patienten, Angehörigen, Ärzten und anderen (verbal, körperlich, sexuell)
- Fehlende Kooperation zwischen Pflege und Ärzten oder Therapeuten (und Studierenden)
- Probleme sozialer Art auf gleicher Hierarchieebene oder zu höheren Hierarchieebenen

Studienergebnisse

In einer Studie mit hoher Antwortrate (84,6 %) konnten Daten von 3695 Ärzten ausgewertet werden, die vor Jahrzehnten (1974 und 1979) ihre Approbation erhielten (Smith et al. 2017). Die Ärzte sollten die Frage beantworten, ob ihre Arbeit als Arzt irgendwelche Nebenwirkungen auf die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden hat oder hatte. 44 % bejahten dies, noch höher war die Quote bei niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen. Als Nebenwirkungen wurden von 45 % Krankheit angegeben und von 75 % wurden eine gestörte Work-Life-Balance, Stress oder Arbeitsbelastung genannt. Gewichts- oder Alkoholprobleme wurden von 9,2 % benannt, die Patienten nervten 9,1 %. Altersbedingte Belastungen wurden mit 2,8 % selten erwähnt.

Das Interessante an der Studie ist ihr gezielt in die Vergangenheit gerichteter Blick. Drei Viertel aller Ärzte meinten, dass ihr Beruf über einen langen Zeitraum zu negativen körperlichen oder seelischen Auswirkungen beigetragen hat.

Die Mehrzahl der Studien zum seelischen Wohlbefinden von Ärzten weist einen zu kurzen Beobachtungs- oder Nachbeobachtungszeit auf. Eine Ausnahme war eine Studie, die über neun Jahre prospektiv die Arbeitsbelastung und deren Effekte von (zu Anfang der Studie) 5000 Ärzten untersucht hat (Aalto et al. 2018). Das eindeutige Ergebnis: Zunehmende Arbeitsbelastung führt zu immer stärker empfundenem Distress, Schlafproblemen und eingeschränkter Arbeitsfähigkeit. Ein als gut bewertetes Arbeitsklima im Team und funktionierende gegenseitige kollegiale Unterstützung wirkten dem entgegen, dies jedoch nicht bei älteren Ärzten.

Traumata in helfenden Berufen

Auch Ärzte und Therapeuten, die nicht in der Notfallmedizin arbeiten, sind möglichen Traumatisierungen ausgesetzt (Kasten 1.2, nach Morganstein et al. 2017).

Kasten 1.2: Traumata in helfenden Berufen

- Angriff auf den Arzt oder die Einrichtung
- Behandlung schwerkranker Kinder
- Exposition mit chemischen, radiologischen oder infektiösen Agenzien
- Familienmitglieder betroffen (oder in Gefahr)
- Gewalt am Arbeitsplatz
- Komplikationen (auch unerwartete) während einer Behandlung
- Kunstfehler
- Plötzlicher oder unerwarteter Tod von Patienten
- Tod von Kindern
- Unglücke, menschengemacht und in der Natur, mit diesen Folgen:
 - Entscheidung, wer behandelt wird und wer nicht
 - Schwerstverletzte
 - Unzureichende Ressourcen zur Behandlung aller Kranken
 - Viele Patienten auf einmal

Die Verarbeitung von Traumata gleicht grundsätzlich der von Stress anderer Genese. Manche Ärzte reagieren mit gesundheitsschädlichem Verhalten wie Rauchen, Alkoholkonsum, auch mit Überaktivität; Überfürsorge tritt auf. Änderungen des Schlafverhaltens in jeder Weise sind möglich sowie leichte Reizbarkeit, Vermeidungsverhalten, soziale Isolierung oder abnehmendes Gespür für Gefahren. Weiterhin können seelische Erkrankungen entstehen, allen voran Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (Morganstein et al. 2017), Depression, Angsterkrankungen und persistierende Trauerreaktionen.

Traumata in der Notfallmedizin

Gerade in der Notfallmedizin (Kasten 1.3; nach Howard et al. 2018 und Bergner 2018b) gibt es oftmals Grenzerfahrungen. Am stärksten traumatisiert fühlen sich Ärzte durch Verletzungen, Erkrankungen und den Tod von Kindern. Für Therapeuten und Psychiater gilt dies beim Suizid eines Patienten, wobei innerhalb eines 15-Jahres-Zeitraums etwa die Hälfte aller mit einem solchen Ereignis konfrontiert wird (Ruskin et al. 2004), somit zwei- bis dreimal im Laufe eines Berufslebens.

Die Belastungen wirken auf drei unterschiedlichen Ebenen. Die erste Ebene ist der Krankheitsfall als solcher, sei es, dass der Arzt einen innerlichen Bezug spürt, die Last der Verantwortung wahrnimmt oder an den Tod, eben auch den eigenen, erinnert wird. Dann gibt es die Ebene der seelischen und psychosomatischen Fol-

gen. Hierzu zählt die Posttraumatische Belastungsstörung; auch klagen viele Notfallärzte über Gewichtsprobleme. Die dritte Ebene ist die der Beziehung – die Tätigkeit des Notfallmediziners geht an Freunden und der Familie kaum spurlos vorbei. Immer wieder wird über einen sozialen Rückzug von Notfallärzten berichtet.

Es gibt mehr als genug Belastungen in Helferberufen. Es ist auch deshalb dringend notwendig, die Helfer von allen Tätigkeiten zu entlasten, die kein Medizinstudium erfordern wie die meisten Dokumentationspflichten. Man kann sich auch fragen: Warum finanziert ein Staat zunächst für hohe Kosten ein Studium, um dann von den entsprechend »teuren« Ärzten untergeordnete Tätigkeiten zu verlangen?

Kasten 1.3: Belastende Inhalte in der Notfallmedizin

Opfer aufgrund von ...

- Brand
- Gewalttaten
- Suizidversuch

Unfallopfer sind ...

- ärztlich oder therapeutisch tätige Kollegen
- dem Arzt persönlich bekannt (Bekannte, Verwandte)
- Kinder oder Jugendliche

Einsätze, die sich auszeichnen durch ...

- ernsthafte Bedrohung der Einsatzkräfte
- eigene Verletzungen
- hohe Anforderungen an Konzentrations- und Handlungsfähigkeit
- starke Sinneseindrücke (Schreie, Gerüche, Anblicke)
- tatsächliche oder empfundene Hilflosigkeit des Arztes
- Verletzung oder Tod anderer

Inhalte wie ...

- Todesnachricht überbringen müssen
- Triage: entscheiden müssen, wer überlebt

Arbeitszeit

Manche Ärzte neigen dazu, sich ausschließlich als Ärzte wahrzunehmen. Das dürfte bei Therapeuten kaum anders sein und kann kritisch werden, wenn die Praxis- oder Klinik­tätigkeit altersbedingt zu Ende geht. Manche fühlen sich dann schuldig, weil sie ihre Patienten nicht mehr selbst betreuen können. Das gehört hinterfragt. So wie es in Top-Führungspositionen innerhalb von Stunden möglich ist, eine andere Person die Rolle übernehmen zu lassen, geht dies sehr wohl auch bei Ärzten; allerdings eingeschränkter bei Therapeuten. Gewiss, die persönliche Bindung und Beziehung ist ein wesentlicher Tragpfeiler einer Behandlung. Aber wer sagt, dass ein Nachfolger eine solche Bindung nicht auch

aufbauen kann? Wer einen Übergang seiner Tätigkeit auf einen fachlich und menschlich geeigneten Nachfolger organisiert hat, hat keinen Grund für Schuldgefühle. Das ändert gewiss nichts daran, dass manch einer vielleicht traurig ist, weil er seine Patienten nicht mehr begleiten kann.

Dabei spielen andere Beziehungen des Arztes und Therapeuten eine noch grundlegendere Rolle. Je früher darüber innerliche Klarheit herrscht, umso besser: Eine liebevolle Beziehung (im Sinne der Partnerschaft) ist für die meisten Menschen ein Quell von Freude, Zufriedenheit und Erfüllung, vermutlich mehr als es ein Beruf leisten kann (Vaillant 2012). Für diese Beziehung braucht es eine Ressource, die kein Mensch erschaffen kann. Man kann sie sich nur nehmen: Zeit.

Die emotionale Kraft, die der akademische Helferberuf fordert, konnte früher, als nur der Mann berufstätig war und die Ehefrau ihm zu Hause den Rücken freihielt, zu Hause vermutlich rasch geschöpft werden. Das Rollenmodell ist erfreulicherweise längst überholt, doch daraus mag sich das Problem ergeben haben, dass nun Ärztin und Arzt, Therapeutin und Therapeut im Privatbereich durch die Doppelbelastung weniger oder gar nicht mehr auftanken können.

Man muss zwischen der messbaren, zeitlichen Arbeitsbelastung und dem subjektiv empfundenen Arbeitsdruck unterscheiden (Kleiner & Wallace 2017). Wohl jeder Arzt und jeder Therapeut kennt die manchmal kaum auszuhaltende Diskrepanz zwischen der verfügbaren Zeit für einen Patienten und der eigentlich notwendigen. Dem Subjektiven kommt bei mentalen Erkrankungen eine Schlüsselrolle zu. Das Subjektive dominiert das Objektive. Wie stark man sich vom Zeitmangel unter Druck setzen lässt, wie sehr man versucht, mehr in eine Stunde zu packen, als man bewältigen kann, hat größere Bedeutung als konkrete Wochen- oder Tagesarbeitszeiten. Es gibt auch Hinweise darauf, wie beruflicher Zeitdruck verhindert, dass Ärzte sich in ihrer Freizeit zu Hause erholen können. Und auch schwelende private Konflikte können durch diesen Zeitdruck an die Oberfläche gelangen:

- Bei einer Untersuchung von Psychiatern und Psychotherapeuten, Anästhesisten und Intensivmedizinern sowie Zahnärzten waren in allen drei Gruppen Frauen bis zu doppelt so häufig ledig wie Männer. Sie hatten zudem seltener Kinder. Die männlichen Ärzte oder Therapeuten hingegen arbeiteten pro Woche in allen Fachrichtungen mehr als die weiblichen, die – vielleicht auch als eine Konsequenz daraus – seltener leitende Positionen besetzten. Dagegen waren sie häufiger emotional erschöpft und depressiv (Gießelmann 2019).
- Die Arbeitszeiten für Ärzte sind auch heute noch inakzeptabel hoch. In einer Studie wurden bei Chirurgen im Mittel 84,3 Wochenarbeitsstunden gemessen, im Schnitt bei Internisten und Neurologen 69,2 Stunden. Entsprechend fehlt es an Schlaf: Chirurgen schliefen im Mittel 5,9 Stunden, Internisten und Neurologen 6,9 Stunden pro Tag (Mendelsohn et al. 2019).
- Eine Studie mit niedriger Rücklaufquote von 37 % zeigte: 66 % der antwortenden Internisten waren zufrieden mit ihrer Arbeit und ebenso viele würden denselben Beruf wieder ergreifen – obwohl 71 % mehr als 50 Stunden pro Woche arbeiteten und 21 % mehr als 60 Stunden. Dementsprechend meinten

70%, sie hätten nicht genug Zeit für ihr Privat- und Familienleben (Cohen Aubart et al. 2020).

- Ärzte möchten anteilig mehr und qualitativ hochwertige Zeit mit ihren Patienten verbringen. Dies ist nur durch eine geringere Taktung (also weniger Patienten pro Zeiteinheit) und eine erheblich geringere Belastung mit nichtärztlichen Tätigkeiten wie Verwaltung möglich (Patel et al. 2018).
- Wenn Ärzte ihren Ruhestand planen, dann auch, weil sie sich bestimmten Anforderungen nicht gewachsen fühlen. In einer Studie mit 3222 Anästhesisten, die älter als 50 Jahre waren, gab die Mehrzahl an, die Rufbereitschaften seien der Hauptgrund für die Planung des eigenen Ruhestandes (Orkin et al. 2012).

1.1.2 Die Berufsentscheidung

Man mag zwei Lager in der Ärzteschaft ausmachen. Die einen, ich nenne sie Traditionalisten, bleiben dem Berufsbild des sich aufopfernden, seine Berufung lebenden Arztes treu. Die anderen, ich nenne sie Deprofessionalisierer, möchten die akademischen Helferberufe zu einem Job machen, der mit anderen Berufen vergleichbar ist. Nur: mit welchen? Ich kenne keinen Beruf, der so zentral für das Wohl des Menschen werden kann und der eine so langjährige Ausbildung und Erfahrung erfordert. Gewiss, es lässt sich trefflich darüber streiten, ob dieser Beruf denn gleich eine Berufung sein muss. Aber mehr als ein Job sind der Arzt- und der Therapeutenberuf allemal. Dies bedeutet allerdings keinesfalls, dass nicht strikt auf Wochenarbeitszeitvorgaben geachtet werden sollte, damit neben dem Beruf ein hoffentlich ebenso erfüllendes Privatleben möglich wird.

Der Begründer der Stressforschung, der Arzt H. Seyle, sagte einmal: »Arbeitsüberlastung und stete Verfügbarkeit werden für jemanden, der den ärztlichen Beruf liebt, tausendfach kompensiert durch die Befriedigung, welche die Erfüllung dieser Aufgaben ihm schenkt« (zit. in Kesebom 2008). Ich hoffe, dass auch Hardcore-Traditionalisten über diese Aussage nur den Kopf schütteln können, impliziert sie doch, dass sich Menschen freiwillig einer Überlastung und ständiger Verfügbarkeit aussetzen, was als Masochismus bewertet werden kann. Es kommt immer auf das richtige Maß an, und hier ist es eindeutig überschritten, hier handelt es sich um selbstmissachtende Grenzverletzungen.

Das alles mag bei der Berufswahl keine bewusste Bedeutung besitzen. Die Antwort auf die Frage, weshalb Sie den Beruf als Arzt oder Therapeut ergriffen haben, mag Ihnen leichtfallen. Ob diese Antwort einer kritischen Analyse standhält, ist zweifelhaft. Einige meiner ärztlichen Klienten hatten letztlich ein zu schlechtes Bild von sich selbst, weil sie dachten, ihre materielle Absicherung, ihr Interesse an den Berufsinhalten oder der gesellschaftliche Status hätten ihre Berufsentscheidung maßgeblich beeinflusst. Dabei ist gerade eine Berufswahl für helfende Berufe meist komplex und kann mit einer prägenden Situation in der Kindheit oder Jugend in Verbindung gebracht werden. Wer verstanden hat, warum er tatsächlich diesen und keinen anderen Beruf gewählt hat, kann einen anderen Zugang zu seinen Gefühlen, die im Kontext mit der Berufsausübung entstehen, finden.

Der Zusammenhang zwischen der Berufswahl Arzt oder Therapeut und der persönlichen oder familiären Vorgeschichte ist oft nicht leicht zu verstehen. Je intensiver sich ein Arzt oder Therapeut mit seiner eigenen Vorgeschichte befasst, umso klarer wird, worum es ihm tatsächlich dabei geht oder ging. In aller Regel erfolgt diese Wahl aufgrund von Erfahrungen als Kleinkind, Kind oder Jugendlicher. Es gibt überaus häufig familiär bedingte frühe Erfahrungen der späteren Ärzte. Nicht wenige haben sich jedoch die Frage, warum sie einen dermaßen fordernden Beruf überhaupt ergriffen haben, noch nie gestellt oder beantwortet. Es geht dabei nicht immer nur darum, helfen zu wollen (vom Grundsatz her sich selbst helfen zu wollen), auch Ängste, Schuldgefühle, Nachgeben aufgrund des Drucks der Eltern und andere Inhalte der eigenen Biografie spielen eine Rolle. Manche mussten früh Erfahrungen eigener Hilflosigkeit durchmachen, der gewählte Beruf stellt dann so etwas wie der Versuch einer späten Heilung dar. Bei solch einer persönlichen Konstellation jedoch vom Schicksal und den Krankheitsverläufen vorgeführt zu bekommen, dass Leid, Schmerz, Tod, das Unaufhaltsame und Unvollkommene einen Gutteil des Lebens ausmachen, stellt die Berufswahl auf eine harte Probe.

Wer sich ohnmächtig fühlt, strebt gerne nach Macht. Auch unter diesem Metaaspekt kann eine Berufswahl verstanden werden. Ohnmacht als Kind und Jugendlicher ist immer wieder ein Anlass für Menschen, machtvolle Berufe anzustreben, zu denen ohne Zweifel der ärztliche und der therapeutische gehören.

Hinter dem Wunsch zu helfen stecken meistens zwar keine materiellen Beweggründe, aber auch keine wirklich hehren, eher eigene Enttäuschungen in der Kindheit. Man will dann quasi anderen das geben, was man früher selbst vermisst hat, und glaubt, nun in der machtvollen Position zu sein. Der Helfer degradiert – unbewusst – den Hilfesuchenden in eine Ohnmachtssituation, die durch die Anstrengungen des Helfers überwunden werden. Die Patienten werden dann unbewusst instrumentalisiert. Letztlich helfen sie dem Helfer, kindliches Leid scheinbar zu lösen. Dies wird in Abschnitt 3.2.1 noch weiter ausgeführt.

1.1.3 Hidden Curriculum: Auswirkungen verborgener Regeln

Historisch gehen viele der ungeschriebenen Regeln der Medizin auf den Stoizismus zurück, haben also ihre Wurzeln vor mehr als 2000 Jahren in Griechenland (Papadimos 2004). In der Medizin gibt es ein zum Teil inhaltlich daran adaptiertes, umfangreiches *Hidden Curriculum* (McFarland et al. 2019), wie es in den USA genannt wird. Gerade weil es nie direkt ausgesprochen wird, frisst es sich durch seinen unterschweligen Charakter tief ins Unterbewusstsein eines jeden Arztes hinein. Unausgesprochen bleibt mitunter, dass man als Arzt möglichst wenig Rücksicht auf sich selbst nehmen sollte. Wer nun als vermeintliches Gegenbeispiel an einen wohlhabenden Arzt mit seinem Sportwagen denken mag: Das ist oft nichts, was dieser Mensch für sich selbst tut, sondern für die anderen, die ihn in diesem Wagen bewundern sollen. Selbstfürsorge ist vermutlich für die Mehrzahl der akademischen Helfer ein Fremdwort. Zu diesem verborgenen Curriculum zählt auch der Gedanke, übernatürliche Kräfte zu haben. Wie die

Corona-Krise mit den furchtbar vielen toten Ärzten und Pflegekräften zeigt, stimmt dies offenbar nicht wirklich.

Bereits während ihrer universitären Ausbildung lernen die angehenden Ärzte weit mehr als medizinische Fakten. Sie erleben täglich, wie berufstätige Ärzte sich geben, was sie sagen und tun, was sie vermeiden. Ärzte haben fast immer eine Antwort, selbst wenn es eigentlich keine gibt. Sie wissen, Zeit ist Geld, und Geld ist knapp. Sie erleben, wie auch heute noch Patienten Ärzte anhimmeln, die Verantwortung für sich selbst gerne abgeben, einerseits blind vertrauen, andererseits aber Zweit- oder Drittmeinungen einholen; wie sie durch das Internet bereits mit (Pseudo-)Wissen versorgt sind und dennoch den leibhaftigen Arzt aufsuchen müssen. In vielfältiger Weise werden Studierende mit dem *Hidden Curriculum* vertraut gemacht – ein Lehrplan der besonderen Art, der Art, wie man als Arzt oder Ärztin, als Therapeutin oder Therapeut aufzutreten hat. Neben den fachlichen Inhalten werden also Riten und Einstellungen weitergegeben, die längst auf dem Friedhof des Altbackenen bis Überkommenden hätten entsorgt werden müssen. Ob diese Rolle »der Arzt als Halbgott« oder »der Arzt als guter Mensch« oder »Arzt ist, wer dazu berufen ist« lautet, ist letztlich unerheblich. Zudem sind grenzüberschreitende Äußerungen oder Taten, mit welchen die zukünftigen Ärzte bedacht werden, nicht selten.

Es gibt die Fähigkeit, sich an etwas zu gewöhnen, aber für manches gilt eben auch, dass man sich niemals daran gewöhnen sollte.

Wenn wir mit einer negativen Bewertung (»Wie wollen Sie jemals Arzt werden?«, »Wer hat Ihnen denn eingeredet, diesen Beruf zu ergreifen?«, »Manche lernen es nie«) konfrontiert werden, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass wir widersprechen. Wenn aber das Negative nicht aufhört, beispielsweise weil Ausbilder wieder und wieder an uns herumnörgeln, leisten wir irgendwann keinen Widerstand mehr dagegen. Wir finden uns damit ab, wir ertragen es, wir dulden es. Das mag bei bestimmten Dingen sinnvoll sein, aber im Beruf ist es das nicht. Es ist einfach nicht richtig, wenn man lange genug im Elend versunken ist, diesen Zustand als gegeben anzunehmen. Wer das tut, folgt dem Prinzip der erlernten Hilflosigkeit. Gerade das ist es aber, was im *Hidden Curriculum* als Lerneffekt aufgebaut wird, um eine steile Hierarchie zu akzeptieren (Kasten 1.4).

Oft ist die Kommunikation innerhalb der Ärzteschaft aggressiv, dies aber wenig offensichtlich, eben versteckt. Es sind die kleinen »Randbemerkungen«, die bei häufiger Wiederholung wie der stete Tropfen wirken (Smedley et al. 2003): »Ah, der Herr Kollege hat mal wieder die Laborwerte nicht kontrolliert«, »Die Frau Kollegin hat vermutlich den Brief noch nicht diktiert?«

Arzt zu sein hat noch immer etwas mit dem Mythos zu tun, alles zu wissen, unantastbar zu sein und zugleich attraktiv zu wirken. Es sind also Illusionen, mit denen auch heute die im Heilwesen Tätigen agieren und denen sich ihre Patienten gerne hingeben. Wenn aber Vertrauen auf einer Form von Mythos basiert, ist es dann erwachsen? Es hat ein wenig von einem kleinen Kind, das seine Mutter und seinen Vater als allwissend und allmächtig sieht, vielleicht sehen muss, um sich sicher zu fühlen. Ärzte haben nicht die Aufgabe, mangelnden Selbstwert ihrer

Patienten auszugleichen. Therapeuten können daran arbeiten, aber mit den Themen des Patienten und nicht mit Mythen.

Das auch heute noch zentrale Ausbildungsfach der Vorklinik, also der ersten vier Semester im Medizinstudium, ist der Anatomiekurs. Als ich vor 40 Jahren den Sektionssaal der Universitätsklinik Erlangen erstmals betrat, erwarteten mich dutzende grüngraue, Formaldehyd ausdünstende Leichname – ein ungewohnter Anblick, die Aura des multiplen, konservierten Todes. Spielchen wie sich mit Gedärmen behängen oder Augapfelweitwurf hatten wir uns alle verkniffen; wir waren seriös und mit Achtung vor den Menschen tätig, die sich für unsere Lernaufgaben zu Lebzeiten zur Verfügung gestellt hatten.

Schon bald nach dem Beginn des Medizinstudiums stehen die Anatomiekurse auf dem Lehrplan. Die zukünftigen Ärzte werden so mit lebensbeendenden Erkrankungen und dem Tod konfrontiert, wenngleich durch die Art der Konservierung eine gewisse, quasi chemische Distanz zu diesen Themen erreicht werden mag. Außerdem stellen die bei den Kursen gemachten Erfahrungen auch eine Möglichkeit dar, eigene Schutzmechanismen aufzubauen, um das Erleben von Tod und Leid nur bis zu einer gewissen inneren Grenze zu erlauben. Wer es im Lauf der Zeit nicht schafft, entsprechende Bewältigungsstrategien zu etablieren, wird auf Dauer Probleme mit dem Arztberuf haben. Die Balance zwischen innerer Mauer einerseits und Empathie andererseits zu wahren, kann schwerfallen. Je stärker die Abwehr der negativen Eindrücke, desto geringer die Empathie (McFarland & Roth 2016).

Trotzdem sind diese Kurse ein markanter Bruch im Leben eines Menschen, der Arzt werden will. Denn das Sezieren von Leichen ist – auch wenn es fachgerecht ausgeführt wird – ein absoluter Tabubruch, der aber im Anatomiekurs gesellschaftlich-normativ legitimiert ist. Wesentliches, was die jungen Studierenden bis zu diesem Zeitpunkt zivilisatorisch gelernt hatten, müssen sie auf einmal verdrängen, ihre eigenen Hemmungen und Schüchternheit beherrschen, um dann ins nasskalte Fleisch eines Menschen zu schneiden. Dieser Kurs ist wie eine Blaupause für das zukünftige Leben als Arzt; die Einübung von gezielten Grenzüberschreitungen, wie sie bei jeder Blutabnahme, bei jeder Injektion und Operation notwendig sind. Der Anatomiekurs wirkt wie eine Initiation, in welcher es auch darum geht, sich selbst beherrschen zu lernen und die eigenen Bedürfnisse (wie alles abzubrechen) zu missachten. Beim Anblick der unbeweglichen Leichen sind viele der Studierenden innerlich bewegt. Sie lernen trotz von außen kommenden, belastenden Eindrücken, handlungsfähig zu bleiben – das Ganze in der Aura der Metaebene des Todes, den die Leichen auch repräsentieren. Der Tod ist da und nah, und dennoch arbeite ich weiter – eine der Botschaften dieses Kurses. Eine andere lautet: Etwas, das mir bislang unmöglich erschien, bin ich fähig zu tun; eine erste Andeutung des »erhabenen« Status als Arzt, ein erstes Aufflackern von Omnipotenzgehebe. Es ist aber auch ein erstes Verlangen der direkten Umgebung, nicht mitzuteilen, wie es in uns selbst tatsächlich aussieht. Eine Anleitung für die Unnahbarkeit und das Schauspiel des Arztes – ein Schauspiel, das durchaus auch von der Gesellschaft erwartet, ja abverlangt wird: Ärzte werden nicht krank, sie sind unverwundbar. Dieses Bild wird auch nicht aufgegeben, wenn wie