

Zeitschrift: Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: 1 (1996)

Heft: 3

Artikel: Der Umgang des Therapeuten mit den eigenen Kräften

Autor: Joss, Rudolf

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091715>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 27.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Nach einem Vortrag gehalten am Symposium Interdisziplinäre Medizin im Kloster Engelberg vom 7. bis 10. September 1995

Rudolf Joss*

Der Umgang des Therapeuten mit den eigenen Kräften

1. Einleitung

«Der Umgang des Therapeuten mit den eigenen Kräften» – ein Thema, das uns Ärzten wohl zunächst nicht sehr nahe liegt und in uns mehr Fragen aufwirft, als uns lieb ist. Der Titel enthält zwei zentrale Aussagen:

1. Die Arbeit als Arzt braucht und verbraucht Kräfte, und zwar Kräfte in allen Dimensionen des Lebens – physisch, psychisch, sozial, religiös und sexuell. Diese Kräfte müssen vorhanden sein bzw. immer wieder regeneriert werden.
2. Die Kräfte des Therapeuten sind beschränkt, und entsprechend muss der Therapeut seine eigenen Möglichkeiten und Grenzen kennen und diese auf seinem Weg einteilen, ähnlich dem Bergsteiger, der zahlreiche Aspekte beurteilen und abschätzen muss, um letztlich auf seiner Gratwanderung sicher ans Ziel zu gelangen.

**Life is a mountain
not a beach!**

Wenn der Arzt Kräfte verbraucht, dann ist auch klar, dass es Situationen geben wird, in denen die Kräfte für die Arbeit als Arzt nicht mehr ausreichen. Und hier taucht unweigerlich das Stichwort «Burnout-Syndrom» auf. Burnout ist nicht eine kürzliche Erfindung und kein für Therapeuten spezifisches Syndrom: «Die phantasievolle Schwungkraft, der muntere Idealismus seiner Jugend waren dahin. Im Spiele zu arbeiten und mit der Arbeit zu spielen, mit einem halb ernst, halb spasshaft gemeinten Ehrgeiz nach Zielen zu streben, denen man nur einen Gleichniswert zuerkennt – zu solchen heiterskeptischen Kompromissen und geistreichen Halbheiten gehört viel Frische, Humor und guter Mut; aber Thomas Buddenbrook fühlte sich unaussprechlich müde und verdrossen. Was für ihn zu erreichen gewesen war, hatte er erreicht, und er wusste

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit werden nach einigen allgemeinen Bemerkungen die Gründe für das häufige Auftreten des Burnout-Syndroms bei Angehörigen der Gesundheitsberufe und mögliche Bewältigungsstrategien diskutiert.

Résumé

Ce travail présente, après quelques remarques d'ordre général, les raisons d'un découragement chez les personnes travaillant dans le domaine de la santé. Diverses stratégies pour prévenir un tel état sont discutées.

Summary

This review summarises some of our current knowledge on the burnout syndrome and details factors contributing to the high rate of emotional meltdown in health professionals. Possible coping strategies are detailed and some personal thoughts are given how to prevent emotional exhaustion.

wohl, dass er den Höhepunkt seines Lebens, wenn überhaupt, wie er bei sich hinzufügte, bei einem so mittelmässigen und niedrigen Leben von einem Höhepunkte die Rede sein konnte, längst überschritten hatte... Der gänzliche Mangel eines aufrichtig feurigen Interesses, das ihn in Anspruch genommen hätte, die Verarmung und Verödung seines Inneren – eine Verödung, so stark, dass sie sich fast unablässig als ein unbestimmt lastender Gram fühlbar machte – verbunden mit einer unerbittlichen inneren Verpflichtung und zähen Entschlossenheit, um jeden Preis würdig zu repräsentieren, seine Hinfälligkeit mit allen Mitteln zu verstecken und die «Dehors» zu wahren, hatte dies aus seinem Dasein gemacht, hatte es künstlich, bewusst, gezwungen gemacht und bewirkt, dass jedes Wort, jede Bewegung, jede geringste Aktion unter Menschen zu einer anstrengenden und aufreibenden Schauspielerei geworden war» (1).

Anklänge an das Thema – überstarke Identifikation mit Zielen und ihre psychischen Folgen – finden sich aber schon viel früher. Meister Eckhart (1260–1327), der deutsche Mystiker, unterscheidet Menschen, die «bei den Dingen» sind, von solchen, «in denen die Dinge sind»; wer gleichsam innerlich von den Dingen besetzt ist, dem treten sie dauernd als Sorge vor Augen und behindern ihn; er ist sorgenvoll.

Das Burnout-Syndrom ist also nicht ein für Therapeuten spezifisches Syndrom, sondern ein bei vielen

Personengruppen beschriebenes Krankheitsbild (Manager, Sozialarbeiter, Hauseltern in Kinderdörfern, Drogen- und Studentenberater, Krankenschwestern, Ärzte, Zahnärzte, Pfarrer, Ergotherapeuten, Lehrer, Psychologen, Anwälte, Polizisten, Gefängnispersonal, Stewardessen, Arbeitslose etc.). In der Regel handelt es sich um Berufe, von denen nicht nur Hilfe im technischen Sinne erwartet wird, sondern auch emotionale Zuwendung.

In den nachfolgenden Ausführungen soll das *Burnout-Syndrom* als *Erschöpfungsdepression* verstanden werden, wobei die drei *Kardinal-Symptome*

- der *Erschöpfung* (Müdigkeit schon beim Gedanken an die Arbeit, chronische Müdigkeit, Schlafstörungen, körperliche Beschwerden etc.)
- der *Depersonalisation* (negative zynische Einstellung zu Patienten, Kollegen, Schuldgefühle, Rückzug von sozialen Kontakten in das eigene Schneckenhaus etc.) und
- der *Leistungseinbusse* (chronische Überforderung mit Insuffizienzgefühlen, tatsächlich reduzierte Leistungsfähigkeit etc.)

vorliegen. Typischerweise verläuft das Burnout-Syndrom in verschiedenen Phasen, wobei zahlreiche Modelle in der Literatur beschrieben werden (2):

1. *Anfangsphase* mit vermehrtem Engagement für Ziele, Hyperaktivität, Verleugnung eigener Bedürfnisse, Beschränkung sozialer Kontakte auf Klienten und schliesslich Erschöpfung mit chronischer Müdigkeit
2. *Phase mit reduziertem Engagement*
 - a) mit Verlust positiver Gefühle gegenüber dem Patienten, höherer Akzeptanz von Kontrollmitteln wie Tranquilizern etc.
 - b) für andere Mitmenschen allgemein (Schwierigkeit, anderen zuzuhören) und Zynismus
 - c) für die Arbeit mit Widerwillen und Überdross, Verlagerung des Schwergewichts auf die Freizeit und Aufblühen am Wochenende
 - d) und erhöhten Ansprüchen mit Verlust von Idealismus, dem Gefühl des Ausgebeutet-Werdens und Partnerproblemen
3. *Phase der emotionalen Reaktionen* mit Depression und Aggression (Schuldzuweisung an andere oder an «das System» etc.)
4. *Abbau-Phase* mit
 - a) Reduktion der kognitiven Leistungsfähigkeit mit Konzentrations- und Gedächtnisschwäche, Unfähigkeit zu klaren Anweisungen
 - b) Verlust der Motivation mit Dienst nach Vorschrift («innere Kündigung»)

- c) Verlust der Kreativität
- d) Entdifferenzierung mit Schwarzweissdenken und Widerstand gegen alle Veränderungen

5. *Phase der Verflachung*

- a) des emotionalen Lebens
- b) des sozialen Lebens mit Vereinsamung
- c) des geistigen Lebens mit Langeweile

6. *Phase der psychosomatischen Reaktionen*

7. *Phase der Verzweiflung* bis hin zum Alkoholismus, zur Drogensucht und zum Selbstmord

Natürlich fehlen einzelne Symptome und Phasen beim individuellen Burnout-Fall, wie dies ja auch bei anderen Syndromen in der Medizin der Fall ist; aber diese Aufstellung gibt einige Hinweise auf mögliche Symptome und Abläufe. Der Verlauf ist in den meisten Fällen schleichend und langwierig, wobei der Beginn kaum je exakt erfasst werden kann.

Obwohl das Burnout-Syndrom – wie bereits oben erwähnt – nicht spezifisch für die Berufe im Gesundheitswesen ist, so sind doch die «hilflosen Helfer» besonders gefährdet. Nachfolgend soll deshalb auf einige Gründe für die Häufung des Ausgebranntseins in den Gesundheitsberufen eingegangen werden.

2. Gründe für Stress

Grundsätzlich kommt es in der beruflichen Tätigkeit zum Verlust des Wohlbefindens, wenn die emotionale Bilanz nicht mehr stimmt, wenn unsere narzisstischen Bedürfnisse bei der Arbeit zu kurz kommen oder profaner ausgedrückt, wenn Aufwand/Einsatz und Ertrag/Befriedigung nicht mehr in einem sinnvollen Verhältnis stehen. Bevor auf die einzelnen Formen des Stress eingegangen werden soll, muss aber auf drei wichtige Aspekte hingewiesen werden:

- *Nützlicher Stress*: nicht jeder Stress ist schädlich. Stress kann durchaus eine neue Herausforderung darstellen, die zu einer Überprüfung der eigenen Wertvorstellungen, zur Änderung der eigenen Wahrnehmung und zum Erwerb neuer Kenntnisse und Fähigkeiten führt.
- *Zyklischer Stress*: üblicherweise wechseln Phasen mit Stress mit Phasen geringerer Belastung ab.
- *Persönlicher Stress*: Stress ist eine sehr persönliche Erfahrung. Um wirksam mit Stress umgehen zu können, muss sich der Betroffene mit sich selbst und der Umgebung auseinandersetzen.

Nachfolgend sollen nun einige wichtige Gruppen von Stress-Faktoren, welche zur Genese eines Burnout-Syndroms bei Ärzten und Therapeuten beitragen können, etwas näher erörtert werden.

2.1. Struktur des Arztes/Helfers

Für Helfertätigkeiten fühlen sich vor allem «Menschenfreunde» berufen. Besonders solche Mitmenschen wenden sich sozialen Berufen zu, die schon früh lernten, für andere da zu sein, und dabei jene Zuwendung, die sie anderen gaben und geben, selbst vermischen mussten. Miller bezeichnete dies als «das Drama des begabten Kindes» (3). Diese Kinder fühlten sich von den Eltern nicht bedingungslos akzeptiert und mussten sich Zuwendung mit besonderen Leistungen verdienen. Dadurch entstand bei ihnen das Gefühl, dass sie nur geliebt würden für das, was sie leisteten und nicht für das, was sie sind. Folge dieser Kindheits-erlebnisse sind dann eine Reihe von Persönlichkeitszügen, die Helfer oft im positiven wie im negativen Sinn auszeichnen, nämlich Hilfsbereitschaft bis zur Selbstüberforderung, oft verbunden mit der Schwierigkeit, Forderungen an andere zu stellen und Begehren anderer abzuweisen. Folgerichtig besteht dann auch die Neigung, Konflikten aus dem Weg zu gehen.

Einen zweiten wichtigen Aspekt des hilflosen Helfers hat Ingeborg Haas, eine an Brustkrebs erkrankte Dolmetscherin, die während ihrer Krankheit zu aquarellieren begann und so ihre Krankheit verarbeitete, intuitiv erfasst. Sie betitelte eines ihrer Aquarelle mit «Die Angst des Arztes» und wies so auf die Tatsache hin, dass die Pflegeberufe als Berufsgruppe die höchste Rate an verdrängten Todesängsten aufweisen (4). Vorallem diejenigen wenden sich ja der Medizin zu, welche eine überdurchschnittliche Furcht vor dem eigenen Tod haben, meist bedingt durch Erlebnisse während der Kindheit, sei es, dass man als Kind physischen Anforderungen nicht gerecht wurde oder längere Zeit krank war, sei es, dass man die Krankheit oder den Tod eines Familienangehörigen miterlebte. Die Zuwendung zu den Pflegeberufen erfolgt dann mit dem Ziel, die Gründe für das eigene physische Ungenügen kennen zu lernen und mit dem Tod umgehen zu lernen, ihn zu rationalisieren und nicht zuletzt auch eine entsprechende Distanz zu entwickeln (5). Hierbei wird unser Berufsbild vordergründig durch Heilen und Helfen geprägt.

Der unheilbar Kranke und der sterbende Mitmensch stellen dann für Ärzte und Pflegenden in zweierlei Hinsicht eine Bedrohung dar: zum einen werden alle unsere scheinbar gemeisterten Todesängste wieder reaktiviert, und zum anderen müssen wir uns selbst eingestehen, dass wir trotz grösstem Einsatz «versagen», also unser Berufsziel des Heilens nicht erreichen. Hierbei verkennen wir, dass das Begleiten eines sterbenden Mitmenschen eine wohl viel grössere und anspruchsvollere Tätigkeit darstellt als der kühne, heilende Schnitt mit dem Skalpell. Das Erfolgserlebnis des «guten Sterbens» zählt in der hochtechnisierten Medizin nicht. Und gerade hier schliesst sich dann der unheil-

volle Kreis: Befriedigung schöpfen wir ja aus den Erfolgserlebnissen, aus der Anerkennung, und wenn wir verkennen, dass wir im Scheitern gewinnen, dann kommt es unweigerlich zur Erschöpfung.

2.2. Diskrepanz zwischen Anforderungen und Ressourcen

In der Berner Zeitung vom 24. Juni 1995 war die folgende Mitteilung zu lesen: «58 Stunden beträgt die Maximalarbeitszeit für Assistenz- und Oberärzte an den staatlichen Spitälern und Kliniken. Doch die Realität sieht anders aus: durchschnittliche Arbeitszeiten von 60 bis 70 Stunden sind etwa am Berner Inselspital die Regel. Dies bestätigt eine jüngst durchgeführte Stempelkontrolle des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärzte (VSAO). Die chronische Überlastung hat Folgen: Assistenzärzte bestätigen, im Dauerstress zu viele Untersuchungen anzuordnen. Gleichzeitig steigt die Gefahr, Situationen falsch einzuschätzen ...»

In praktisch allen Untersuchungen zum Burnout wird der Faktor Zeit als wichtiger Stressfaktor angeführt. Lange Arbeitszeiten waren in Untersuchungen bei kanadischen Notfallärzten, bei Allgemeinpraktikern, bei HMO-Praktikern, bei Onkologie-Schwestern, bei allgemeinen Krankenschwestern und anderen Gesundheitsberufen einer der wichtigsten Faktoren, welcher mit dem Burnout-Syndrom korrelierte. Mit anderen Worten: je länger die Arbeitszeit, desto häufiger finden sich Zeichen der emotionalen Erschöpfung (6, 7, 8, 9, 10).

Schicht- und Nachtarbeit sind im Gesundheitswesen typisch. Vor allem bei häufig wechselnden Arbeitszeiten stellen sie eine gesundheitliche Belastung dar, welche zumindest teilweise durch vermehrte Freizeit wettgemacht werden kann (9, 11). Mit zunehmendem Alter werden Unregelmässigkeiten immer schlechter verkraftet.

Im Zusammenhang mit der zeitlichen Belastung steht schliesslich auch die Beobachtung, dass Ärztinnen bezüglich Burnout besonders anfällig sind, weil sie traditionellerweise die Doppelbelastung Beruf und Familie tragen müssen (6, 12). Entgegen der allgemeinen Bevölkerung sterben Ärztinnen im Mittel 10 Jahre früher und weisen eine viermal höhere Suizidrate auf als ihre altersgleichen Geschlechtsgenossinnen (13).

Einen wesentlichen Faktor stellt schliesslich auch die Arbeitsintensität bzw. die Arbeitslast dar. Je grösser die Arbeitsbelastung, desto wahrscheinlicher entsteht ein Burnout-Syndrom. So fanden z. Bsp. Beaver und Mitarbeiter bei Hebammen eine positive Korrelation zur Zahl monatlicher Geburten (14). Ähnliche Ergebnisse fanden Deckard und Mitarbeiter bei HMO-Ärzten mit einer Korrelation zwischen Patientenzahl und Burnout (6).

Tabelle 1

Ideal	Real
Der Patient kommt zuerst	Administration, Rapporte und Protokolle sind wichtiger
Zuhören ist wichtig	Keine Zeit
Psychosoziale Aspekte sind von grosser Bedeutung	Keine Zeit, Faszination der Technik
Respekt vor der Persönlichkeit des Patienten	Lange Wartezeiten, Eindringen in die Privatsphäre
Beachtung von Details ist die Basis einer guten Medizin	Meist nur unvollständige Untersuchung, Details werden oft übersehen
Dem Patienten stets realistische Hoffnung machen	Verzweifeln an den eigenen, begrenzten Möglichkeiten
Der Arzt strahlt Optimismus und Zuversicht aus	
Die Familie des Patienten ist wichtig	Beschränkte Zeit für Angehörige
Wir arbeiten als Team	Fehlende Kommunikation

2.3. Fachliche Probleme

Gegenüber den zeitlichen Problemen stellen fachliche Probleme trotz der oft grossen Belastung im Alltag kaum einen wesentlichen Faktor in der Genese des Burnout-Syndroms dar. Fachliche Probleme fordern und motivieren offenbar die Helfer immer wieder neu und tragen wesentlich zu den notwendigen Erfolgserlebnissen und zur Befriedigung im Beruf bei.

Allerdings steht unser ideales Berufsbild oft im Gegensatz zur Realität:

Nebst diesen mehr allgemeinen Problemen des Arztberufs gibt es auch fachspezifische Stressfaktoren. In einer Untersuchung bei amerikanischen Onkologen fühlte sich mehr als die Hälfte der Befragten ausgebrannt (15). Der wichtigste, mit dem Burnout korrelierte Faktor war die Tätigkeit mit palliativen oder rein supportiven Behandlungen bei nicht mehr heilbaren Krebskranken. Der Onkologe hat selten das Erfolgserlebnis, dass er in einem scheinbar unlösbaren Fall eine schwierige Diagnose stellt. Die Therapien sind oft mit erheblichen Nebenwirkungen belastet und in der Mehrzahl der Patienten besteht bereits bei Beginn der Behandlung eine klar palliative Zielsetzung. Die Krebskranken sind oft durch ihre Krankheit absorbiert und nicht mehr in der Lage, dem Onkologen ihre Dankbarkeit für die Behandlung und Begleitung zu signalisieren. Und in Palliativsituationen stellt sich ja dann immer wieder die Frage, ob und wenn ja in welcher Form eine Tumorthherapie fortgesetzt werden soll. Diese Ambivalenz führt folgerichtig immer wieder zu erhitzten Diskussionen mit den Pflegenden und anderen Ärzten, wobei der Onkologe sich dann heftigen Angriffen ausgesetzt sieht, weil er dem Gegenüber als Verkörperung der bösen Krebskrankheit schlechthin erscheint. Der Überbringer schlechter Nachrichten wurde ja bereits im Altertum mit dem Tod bestraft. Nebst diesen mehr äusserlichen Stressfaktoren müssen Onkologen aber auch erkennen, dass ein emotionales Ausbrennen unausweichlich ist, solange ihr primäres Berufsziel die Heilung von Krebskranken darstellt. Hier liegt wohl die besondere Bedeutung der französischen Lebensweis-

heit, dass Leben auch immer Abschiednehmen bedeutet («Vivre c'est toujours partir et mourir un peu»). In der bereits erwähnten Untersuchung von Whippen und Canellos bei amerikanischen Onkologen antworteten auf die Frage, welches die wichtigste Massnahme zum Vermeiden eines Burnout sei, zwei Drittel der Befragten (69%), dass mehr Ferien bzw. mehr zur persönlichen Verfügung stehende Zeit am wichtigsten sei. Die Hälfte der Befragten, namentlich die mehr als 10 Jahre im Beruf tätigen Onkologen, wünschten sich einen mehrmonatigen Weiterbildungsurlaub und 70% der Befragten wünschten sich mehr Zeit für klinische Forschungs- und Unterrichtstätigkeit.

Überraschend war in einer kanadischen Studie die Tatsache, dass Unterrichts- und Fortbildungsaufgaben offenbar zum Entstehen einer Erschöpfung beitragen und nicht, wie eigentlich zu erwarten gewesen wäre, eine Bereicherung des beruflichen Alltags darstellten (9). Diese Resultate stehen aber im Gegensatz zu anderen Untersuchungen, in denen Ausbildungsaufgaben zur beruflichen Befriedigung beitragen und das Ausgebranntsein vermieden (16). Auch Onkologen, welche an einer Universität tätig sind, weisen eine niedrigere Burnoutrate auf als ihre freipraktizierenden Kollegen (15).

2.4. Führungsprobleme

Gerade beim Versuch, Krankheit, Leiden und Tod zu beherrschen, werden wir in unserem Beruf immer wieder mit Macht, aber auch Ohnmacht konfrontiert. Dass dieser Sachverhalt auch die Führung und das Management von Spitälern und das Gesundheitswesen überhaupt beeinflusst, liegt auf der Hand. Macht wird sozialwissenschaftlich als Möglichkeit, den eigenen Willen dem Verhalten anderer aufzuzwingen definiert. Macht setzt sich aus Sanktionsgewalt (Kontrolle der Ressourcen, von denen andere abhängig sind) und Autorität (Wissen, Kompetenz, Ausstrahlung etc.) zusammen. Grundsätzlich wird die Macht umso grösser, je mehr sich eine Aktivität der Fremdkontrolle entzieht (ein wichtiges Element der Professionalisierung) und je

Tabelle 2

Guter Arzt	Guter Ehemann / Vater
kontrolliert Gefühle	kann Gefühle ausdrücken
arbeitet hart und lang	hat Zeit und ist verfügbar
fachlich kompetent (Weiterbildung)	verfügbar, hilfreich (Hausaufgaben, Handwerker, Sport, Hobbies etc.)
stets verfügbar, stets gut gelaunt	stets gut gelaunt

mehr sich die Tätigkeit an den allgemein akzeptierten Zielen einer Gruppe, z. Bsp. des Spitals orientiert. Obwohl Macht primär einen negativen Beigeschmack hat, kann Macht durchaus positiv sein. Machtausübung kann aber auch Ohnmacht erzeugen. Ohnmacht wird immer dann empfunden, wenn existentielle Bedürfnisse oder Ressourcen bedroht werden, oder wenn sich individuelle Erwartungen und Zielsetzungen auf Grund vorgegebener Rahmenbedingungen nicht verwirklichen lassen. Nur am Rande sei in diesem Zusammenhang daran erinnert, dass die Macht der Diagnostik in der heutigen modernen Medizin nicht selten die Ohnmacht der Therapie impliziert.

Machtausübung – in durchaus positivem Sinne – setzt klare Strukturen (Leistungsauftrag, Zuständigkeiten, Dienstwege, Kompetenzen) voraus. Gerade hier wurden aber in den letzten Jahren in den Spitälern Unterlassungen begangen, die sich heute in kräfteaubehenden Konflikten, Verzettelung von Ressourcen, ineffizientem Arbeiten und Qualitätsminderung bemerkbar machen.

2.5. Medien, Administration, Versicherungen und Anwälte

Heute vergeht kaum ein Tag, an dem nicht in einer Zeitung, am Radio oder am Fernsehen Meldungen über vermeintliche oder tatsächliche Verfehlungen von Ärzten genüsslich ausgeschlachtet werden. Hierbei werden die Ärzte generell als profitgierige Numismatiker und Ausbeuter hingestellt, die mehr auf ihr eigenes Wohl, denn auf das ihrer Patienten bedacht sind. Die immer belastenderen und zeitaufwendigeren administrativen Aufgaben, die mit dem Arztberuf verbunden sind, tragen ebenfalls nicht unbedingt zum Wohlbefinden der Helfer bei. Dass schliesslich auch Krankenkassen, Versicherungen und Anwälte immer öfter und immer dreister und mit grösster Selbstverständlichkeit den Helfern neue Aufgaben überbürden, die nichts mit deren Beruf zu tun haben und dem Arzt bzw. eben dann dem Patienten Zeit stehlen, sei nur am Rande erwähnt – der Papierkrieg ist enorm!

2.6. Eigene Bedürfnisse / Familie

Von der Gratwanderung zwischen den Anforderungen des Berufs einerseits und den eigenen Bedürfnis-

sen bzw. den Bedürfnissen der Familie andererseits könnten wahrscheinlich viele Ärzte/Ärztinnen und deren Ehefrauen bzw. Ehemänner und Kinder einiges erzählen. Dass gerade hier der bereits erwähnte Faktor Zeit eine ganz wichtige Rolle spielt, ist klar.

Gemäss Cherniss (17) sind Befragte, die in einer stabilen, harmonischen Beziehung leben, eher gegen Burnout gefeit als Alleinlebende oder solche mit häufigen Partnerkonflikten. Das unterstreicht natürlich die Wichtigkeit des häuslichen «Supports» und dürfte Balsam für zahlreiche, oft hart geprüfte Ehefrauen bzw. Ehemänner sein. Allerdings liesse sich dieser Zusammenhang auch dahingehend interpretieren, dass «schwierige, unglückliche» Menschen sowohl zu Burnout wie auch zu Problemen im Umgang mit nahestehenden Personen neigen.

Nicht zu verkennen ist aber die Tatsache, dass die Anforderungen an einen «guten Arzt» und einen «guten Ehemann und Vater» sich z.T. diametral gegenüber stehen (Tabelle 2)

Nicht von ungefähr wurde denn auch die Ehe mit einem Mediziner als «living alone with someone» bezeichnet.

3. Bewältigungsstrategien

Klar ist, dass der erste Schritt zur Bewältigung eines Burnout das Erkennen desselben ist. In diesem Zusammenhang ist sicher interessant, dass Ärzte noch sehr lange voll arbeitsfähig bleiben, allerdings um den Preis einer hohen Depersonalisierung. Im Gegensatz dazu weisen etwa Lehrer früh eine Leistungseinbusse auf. Erstaunlich ist, dass das Pflegepersonal von allen helfenden Berufsgruppen am geringsten erschöpft ist. Offenbar verlässt es lieber den Beruf, als sich allzu sehr vom Burnout beeinträchtigen zu lassen (18).

Grundsätzlich stehen zur Bewältigung des Burnout-Syndroms direkte Interventionen an der belastenden Situation und indirekte Interventionen des Betroffenen bei sich selbst zur Verfügung (19).

3.1. Direkte, aktive Interventionen

Wenn oben als einer der wichtigsten Faktoren in der Entstehung des Burnout-Syndroms der Faktor Zeit dargestellt wurde, dann ist klar, dass hier eine wichtige Möglichkeit zur Intervention gegeben ist. Der Betroffene

Tabelle 3

Distanzierung bei der Arbeit	Distanzierung von der Arbeit
Flexibilität und gegenseitige Unterstützung im Team	Reduktion der Arbeitszeit, Reduktion der mit Stress verbundenen Arbeitszeit
Kaffee- und Mittagspausen	Freizeit-Gestaltung
Kurze Entspannungsübungen während der Arbeit (Zurücklehnen, Strecken, Blick aus dem Fenster, Waschen des Gesichts usw.)	Regelmässige Ferien, Freizeit ist freie Zeit! Pflege eines voll absorbierenden Hobbys bzw. einer voll absorbierenden Tätigkeit

ne muss lernen, zu seiner Tätigkeit eine gewisse Distanz zu gewinnen und diese Grenzen auch immer wieder neu zu setzen. Hierbei können zwei Formen der Distanzierung unterschieden werden (20):

Wichtig ist auch, dass man lernt, gegebenüber neuen Aufgaben nein zu sagen und die sich oft selbst gesteckten Ziele zu hinterfragen.

Dass allerdings der Raum für Veränderungen der Belastung oft klein ist, weil der Arbeitsanfall nur begrenzt gesteuert werden kann, und die Gefahr besteht, dass Patienten unter den Einschränkungen zu leiden haben, sei nicht verschwiegen. Auch haben namentlich Ärzte oft nur begrenzte Möglichkeiten, an eine weniger belastende Stelle zu wechseln.

Wünschenswert und für die Vorgesetzten eine ständige Herausforderung ist es, die Arbeit durch Übernahme von Verantwortung, neuen Aufgaben (Forschung, Ausbildung etc.) sowie den Besuch von Fortbildungen interessanter und vielfältiger zu machen. Dies setzt allerdings auch von den Betroffenen einen besonderen Einsatz voraus, führt aber zu grösserer Befriedigung. Schliesslich ist es wichtig, bewusst den Teamgeist und die Gemeinschaft zu pflegen; auch Humor sollte trotz des vielen Leids im ärztlichen Berufsalltag nicht fehlen.

Konflikte sollen aktiv angegangen und Lösungen gesucht werden. Schliesslich ist es wichtig, dass Rückmeldungen über die Arbeit erfolgen. Dies setzt aber die Bereitschaft voraus, nicht nur Lob, sondern eben auch Kritik anzunehmen und zu geben. Hier ist sicher auch der Wert regelmässiger Qualifikationsgespräche zu suchen.

3.2. Direkte, passive Bewältigung

Wer sich nicht aktiv mit der Belastung auseinandersetzen kann, dem bleibt nur der Ausweg, diese Belastung zu ignorieren, ihr aus dem Weg zu gehen und sie zu verleugnen. Diese Bewältigungsstrategie führt dann zum Dienst nach Vorschrift, quasi zur «inneren Kündigung», einem Verlust an Begeisterungs- und Einfühlungsvermögen sowie zum nicht selten beobachteten kaltschnäuzigen und zynischen Verhalten, quasi der «dicken Haut». Klar ist, dass die Balance zwischen hilfreicher, unserer Arbeit förderlicher und ungesunder, letztlich unsere Arbeit beeinträchtigender Distanz schwierig und immer wieder neu zu finden ist.

3.3. Indirekte, aktive Massnahmen

Oft lässt sich die Belastung nicht verändern. Hier hilft es dann, sich darüber mit Kolleginnen und Kollegen, Angehörigen und Freunden auszusprechen. Diese Gespräche können unstrukturiert in Pausen und Freizeit oder gezielt in Supervisionsgruppen (Probleme der Zusammenarbeit und Teamführung), Balintgruppen (persönliche, emotionale Probleme) oder Selbsterfahrungsgruppen (Erleben des Einzelnen) erfolgen. Zwischen diesen Gruppen bestehen fliessende Übergänge.

Die fehlende Befriedigung am Arbeitsplatz kann teilweise durch eine befriedigende Tätigkeit in der Freizeit ausgeglichen werden. Hierbei spielen erfahrungsgemäss musische und sportliche Leistungen eine besondere Rolle, weil sie spannend entspannen und die sozialen Kontakte fördern.

Schliesslich ist eine weitverbreitete Massnahme, sich einem Burnout zu entziehen, dass man die Arbeitszeit verkürzt (Teilzeitstellen) oder den Beruf vorübergehend (Urlaub) oder ganz aufgibt (Aussteiger). Bereits Goethe hat offenbar ein drohendes Burnout-Syndrom in Weimar mit der «Flucht» nach Italien abgewandt.

3.4. Indirekte, passive Bewältigungsstrategie

Dies ist wohl die schlechteste aller hier angeführten Bewältigungsstrategien. Wer sowohl die Belastung als auch die eigenen Möglichkeiten zur Veränderung leugnet und nicht wahrnimmt, wird bzw. kann sich mit der Situation nicht bewusst auseinandersetzen. Die anhaltende Belastung führt dann zum eigentlichen Burnout mit psychosomatischen Störungen, psychischen Zusammenbrüchen bis hin zu Depression und Suizid oder der Flucht in die Sucht. Dass Medikamenten-Abusus, Alkohol und Drogen unter Ärzten und Angehörigen der Gesundheitsberufe weitverbreitet sind, kann nicht verschwiegen werden (21, 22). Verglichen mit den Ärzten sterben nur noch Schriftsteller häufiger an einer alkoholischen Leberzirrhose. Wie bereits erwähnt, ist die Suizidrate unter Ärzten deutlich höher als in der männlichen Normalbevölkerung. Die Suizidrate ist höher unter Ärztinnen verglichen mit ihren männlichen Kollegen. Und schliesslich ist die Suizidrate unter Ehefrauen von Ärzten höher als unter ihren altersgleichen Geschlechtsgenossinnen, die eine glücklichere Hand bei der Wahl ihres Partners hatten (23).

Zusammenfassend führt die indirekte, passive Bewältigungs-Strategie dazu, dass der Helfer sich von der Belastung überwältigen lässt anstatt dass er bzw. sie die Belastung bewältigt

4. Persönliche Gedanken – eigene Bewältigungsstrategien

Ohne Augenblicke intensiven Erlebens wird unser Alltag farblos, eintönig. Zu jedem Leben gehören berauschende Erfahrungen, Gipfelerlebnisse, ekstatische Momente, wie ja bereits die Bibel an verschiedenen Stellen zu berichten weiss – man denke beispielsweise an Pfingsten oder an das Hohelied Salomos, in dem fast ausschliesslich vom Liebesrausch die Rede ist (24). Denken Sie auch an ein beglückendes Kompliment, an das erste Rendez-vous mit ihrem Schatz, an bewegende Musik oder an ein sportliches oder kulturelles Gipfelerlebnis. Vom Boden abzuheben, aus der eigenen Haut zu fahren (Ekstase = «aus sich Herausreten») ist offensichtlich ein urmenschliches Bedürfnis.

Diesem Bedürfnis steht das Verlangen nach Beständigkeit und festen Bräuchen gegenüber. Wir brauchen festen Boden unter den Füßen. Gewohntes und Gewöhnliches als Wunsch nach Wohnlichkeit und Geborgenheit; folgerichtig benötigt der Einzelne immer mehr Wohnraum, das Wohnen wird immer luxuriöser und komfortabler. Dass aber Wohnlichkeit nicht nur von äusseren Gegebenheiten abhängt, das wird oft vergessen. Mindestens so wichtig sind eben auch die inneren Werte, dass man sich in der Familie oder Beziehung wohl und geborgen fühlt.

Der Wunsch nach Grenzüberschreitung manifestiert sich heute in unserer Gesellschaft in vielerlei Hinsicht ebenfalls sehr deutlich: sportliche Extremlleistungen wie Ultralangstrecken-Marathon, Trans-Swiss-Triathlon, Alpine-Marathon, Freistilklettern, Deltasegeln, Hängegleiten, Riverrafting, Bungeejumping, Inline-Skating etc. sind letztlich nichts anderes als Ausdruck dieser Sehnsucht nach Ekstase. Kletterfreaks benennen denn auch sinngemäss ihre Routen mit Namen wie «little big man», «Super Yvonne», «Hippischpäncht», «Adrenaline», «Ängeliwäg», «Himmelsleiter» usw. und weisen ganz unmittelbar auf ihre berauschenden Erlebnisse hin. Andere wiederum suchen ihr grenzüberschreitendes Erlebnis in ausgeflippten Technopartys, und nicht von ungefähr heisst die heutige Modedroge «Ecstasy».

Persönlich habe ich in meiner Freizeit ein ausgesprochenes Bedürfnis, mich zu bewegen. Vielleicht würden einige auch sagen, dass ich vor meinen eigenen Problemen davonrenne bzw. ein echter Endorphin-Junkie sei. Aber gerade beim Bewegen in der Natur finde ich die Ruhe, mich ganz auf mich selbst zu konzentrieren, die eigentlichen Elemente wahrzunehmen (Wind, Re-

gen, Sonne, Hitze, Kälte, Gerüche etc.), Probleme nochmals zu verarbeiten und leer und offen für neue Ideen zu werden. Und weil es in unserem Leben nur zwei Dimensionen zur Fortbewegung – die Horizontale und die Vertikale – gibt, so bin ich ein allerdings bescheidener Grenzgänger, wie dies Reinhold Messner in seinem Buch mit dem Titel «Berge versetzen. Das Credo eines Grenzgängers» so eindrücklich beschrieben hat (25).

Die Fahrt mit dem Velo oder der Lauf zur Arbeit mit dem Wechsel von der Betriebsamkeit und Hektik der Stadt Luzern durch den Gütschwald aufs Land mit Ruhe und Ausblick auf den Pilatus, der Lauf in der Mittagspause um den Rötsee und am Wochenende über den Sonnenberg sind für mich spannend entspannende Augenblicke. Und wenn ich merke, dass ich heute nicht recht mag, die Beine schwer sind, ich quasi scheitere, so bereite ich eben dann auch die Höhepunkte eines besonders beglückenden Laufes auf Flügeln vor. Und wohl nicht von ungefähr bin ich eben auch der zweiten Dimension des Raumes, der Vertikalen verfallen. Auch hier werden wir frei, konzentrieren uns ganz auf unser Tun im Fels oder Eis, werden frei vom Alltagsballast und feiern unsere berauschenden Erfolgs- bzw. Gipfelerlebnisse. Letztlich gilt es aber auch hier nicht den Berg, sondern den Menschen zu erforschen, und darin liegt wohl auch der Sinn des unter Bergsteigern oft zitierten Mottos «Der Weg ist das Ziel».

5. Ausblick, Schlussbemerkungen

Angehörige der Gesundheitsberufe sind in erheblichem Ausmass der Gefahr des Burnout-Syndroms ausgesetzt. In der vorliegenden Arbeit wurden einige Gründe für dieses Ausbrennen aufgezeigt, dieses emotionalen «Meltdowns», wie es die Angelsachsen vielleicht noch treffender als mit dem Wort «Burnout» formulieren. Es wurden verschiedene Strategien aufgezeigt, wie Helfer ihre Kräfte schonen und neue Kräfte tanken können. Naturgemäss muss aber jeder Mann bzw. jede Frau den eigenen Weg finden. Dass im Helferberuf immer wieder Phasen der inneren Leere auftreten, ist klar und sollte den Helfer auch nicht allzu sehr verunsichern. Vielmehr sollte man bedenken, dass die Krise unserer heutigen Gesellschaft eine Krise des Sattseins ist, und dass entsprechend diese unvermeidlichen Phasen der inneren Leere eben auch eine Chance darstellen – Phasen die uns gestatten, neue Wege zu suchen, neue Ziele und Visionen zu entwickeln, zu neuen Horizonten aufzubrechen.

Referenzen

1. Mann Thomas. *Die Buddenbrooks* (Zehnter Teil).
2. *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung.* Burisch M.. Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York 1994
3. Miller A.: *Das Drama des begabten Kindes.* Suhrkamp, Frankfurt 1979
4. Krakowski A.J.: *Stress and the practice of medicine. II Stressors, stresses, and strains.* *Psychother Psychosom* 1982; 38: 11 – 23
5. Higby D.J.: *The doctor and the cancer patient: sources of physician stress* In: *The cancer patient and supportive care.* Higby D.J. (ed.). Martinus Nijhoff Publishers 1985, pp 227 – 239
6. Deckard G., Meterko M., Field D.: *Physician Burnout: an examination of personal, professional and organizational relationships.* *Med Care* 1994; 32: 745-754
7. Duquette A., K erouac S., Sandhu B.K. et al.: *Factors related to nursing burnout: a review of empirical knowledge.* *Iss Mental Health Nursing* 1994; 15: 337 – 358
8. Lemkau J., Rafferty J., Gordon R.: *Burnout and career-choice regret among family practice physicians in early practice.* *Family Pract Res J* 1994; 14: 213 – 222
9. Lloyd S., Streiner D., Shannon S.: *Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians.* *The Journal of Emergency Medicine* 1994; 12: 559-565
10. Papadatou D., Anagnostopoulos F., Monos D.: *Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing.* *Br J Med Psychology* 1994; 67: 187 – 199
11. Hauser E.: *Die Arbeitssituation auf Intensivstationen und ihre Auswirkungen auf das Personal.* Inaug.-Diss. Med. Fakult t Basel 1987
12. Cartwright L.K.: *Occupational stress in women physicians.* In: *Stress in health professionals.* Payne R., Firth Cozens J. (ed.). Chichester-Wiley 1987
13. Heim E.: *Job stressors and coping in health professions.* *Psychother Psychosom* 1991; 55: 90 – 99
14. Beaver R.C., Sharp E.S., Cotsonis G.A.: *Burnout experienced by nurse midwives.* *Jornal of Nurse Midwifery* 1986; 31: 3 – 15
15. Whippen D.A., Canellos G.P.: *Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1'000 oncologists.* *J Clin Oncol* 1991; 9: 1916 – 1920
16. Keller K.L., Koenig J.J.: *Sources of stress and satisfaction in emergency practice.* *J Emerg Med* 1989; 7: 293-299
17. Cherniss C.: *Professional Burnout in Human Service Organizations.* Praeger, New York 1980
18. Sonneck G., Etzersdorfer: *Burnout und Suizidalit t beim Pflegepersonal.* *Krankenpflege Journal* 1993; 31: 404 – 412
19. Pines A.M., Aronson E., Kafry D.: *Ausgebrannt.* Klett-Cota, Stuttgart 1985
20. Mount B.M.: *Dealing with our losses.* *J Clin Oncol* 1986; 4: 1127 – 1134
21. Juntunen J., Asp S., Olkinuora M et al.: *Doctors' drinking habits and consumption of alcohol.* *Br Med J* 1988; 297: 951 – 954
22. Morse R.M., Martin M.A., Swenson W.M et al.: *Prognosis of physicians treated for alcoholism and drug dependence.* *JAMA* 1984; 251: 743 – 746
23. Sakinofsky I.: *Suicide in doctors and wives of doctors.* *Br Med J* 1980; 281: 386 – 387
24. Boller U.: *Die Geschichte der Christenheit beginnt mit einem Raucherlebnis.* *Luzerner Zeitung* 1995; 128: 3
25. Messner R.: *Berge versetzen. Das Credo eines Grenzg ngers.* BLV Verlagsgesellschaft, M nchen 1993