

ECKHARD FRICK SJ/ANDREAS SCHIESSL

Resilienz im ärztlichen Berufsalltag fördern

Zusammenfassung

»Resilienz« (von lat. *resilire* – zurückspringen) ist die Fähigkeit eines Materials, auf äußeren Druck widerstandsfähig und flexibel zu reagieren, ohne zu brechen oder sich bleibend zu deformieren. Auf den ärztlichen Beruf angewandt, meint Resilienz einen engagierten, flexiblen und zugleich abgegrenzten Umgang mit Belastungen. Fehlende Resilienz hingegen ist charakterisiert durch Rückzug, Erstarrung, Aufrechterhalten einer funktionierenden und sozial erwünschten Fassade bei wachsender innerer Unausgeglichenheit. Resilienz kann einerseits individuell eingeübt und gestärkt, andererseits systemisch-institutionell anerkannt und gefördert werden. Im beruflichen Alltag braucht die persönliche Resilienz ein kollegiales Klima, in dem Achtsamkeit und Anerkennung von Grenzen als stärkende Ressourcen gelten. Resilienzsteigernde Interventionen zielen sowohl auf das Einüben dementsprechender Fähigkeiten als auch auf eine nachhaltige Einstellungsveränderung ab. Ärzte sind es meist nicht gewohnt, sich eigene Bedürfnisse einzugestehen – in manchen Fällen zum Schaden des Patienten. Damit Ärzte ihre eigenen Bedürfnisse wahrnehmen können, bedarf es sowohl der eigenen und kollegialen Akzeptanz als auch der »Erlaubnis von oben« z. B. seitens der Öffentlichkeit, des Trägers, der Leitung usw.

Summary

»Resilience« (from lat. *resilire* – to jump back) is a material's capacity to »bounce back« after outer pressure, to react with resistance and flexibility without breaking or enduring deformation. Applied to the medical profession, resilience means an engaged, flexible coping with challenges that respects its own boundaries. Conversely, a lack of resilience is characterized by withdrawal, numbing, maintaining of a functioning and socially desired façade. Resilience may be individually trained and strengthened on the one hand and systemically and institutionally recognised and fostered, on the other. In daily professional practice, personal resilience needs a cooperative climate among colleagues where mindfulness and acknowledgement of boundaries are respected as strengthening resources. Interventions enhancing resilience aim at learning such capacities as well as at sustainable modification of attitudes. Doctors are rarely accustomed to acknowledge their own needs. This may be detrimental for their patients. Consequently, for acknowledging their needs, their colleagues' acceptance is required and »permission from top to down«, i. e., from public accountability, responsible organizations, and institutional leaders.

Schlüsselwörter

Verletzlichkeit; zweites Opfer; Resilienz; Ärzte; Heilungsarchetyp.

Keywords

Vulnerability; second victim; resilience; physicians; archetype of healing.

1. Einleitung: Zum Begriff »Resilienz«

Der Begriff »Resilienz« (von lat. *resilire* – zurückspringen) bezeichnet die Fähigkeit eines Materials, auf äußeren Druck widerstandsfähig und flexibel zu reagieren, ohne zu brechen oder sich bleibend zu deformieren. Was bedeutet dies für den ärztlichen Beruf, für die mit ihm verbundenen Belastungen und gesundheitlichen Risiken, aber auch für die Ressourcen des Arztes? Resilienz im medizinischen Bereich darf nicht auf Probleme und Bewältigungsstrategien der einzelnen Person eingeschränkt werden. Vielmehr benötigt in systemischer Perspektive das Individuum die Unterstützung durch Kollegenschaft, Arbeitsgruppe, Institution usw.¹ Das Gesamtsystem, in diesem Fall ein Spital oder eine andere Gesundheitsinstitution, muss seinerseits Interesse an resilienten Mitarbeitenden (Ärzten und anderen Gesundheitsberufen) haben. Resilienz ist einer der Schlüssel zu Behandlungsqualität, Kostenoptimierung und Mitarbeiter-Zufriedenheit.²

2. Das Beispiel Palliative Care

Im Palliativteam ist die ärztliche Kompetenz nur eine von mehreren professionellen Kompetenzen. Die wichtigste Basis-Kompetenz, das »Begleiten«, ist allen Teammitgliedern gemeinsam. Sie ist kein Privileg einer Berufsgruppe. Häufig ist es der Patient, der sich aus Pflege, Medizin und anderen Berufen die Person des Vertrauens sucht. Von noch größerer Bedeutung als die geteilten oder speziellen Kompetenzen ist das Teilen der Grenzen des professionellen Tuns: Grenzen des therapeutisch Machbaren, Grenzen der Kommunikation untereinander, letztlich die Begrenztheit des Lebens.

Beim Arzt und anderen Mitgliedern des Palliative Care-Teams sollten laut Cicely Saunders intellektuelle Sorgfalt und Verwundbarkeit des Herzens zusammen passen.³ Was ist damit gemeint? Offenbar denkt Saunders kompetente Sorgfalt nicht als Unberührbarkeit eines medizinischen Experten. Nicht verletzlich sein zu wollen und Verletzlichkeit lediglich am Patienten zu beobachten und zu behandeln, kann eine Abwehr gegen die eigene Todesangst, gegen die Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit sein.⁴ Cicely Saunders rät dagegen, die Abwehr der Todesangst zu bearbeiten, die eigene Verletzlichkeit nicht zu vermeiden, sondern zu fokussieren und aktiv als Ressource in der Begleitung terminal Kranker zu nutzen. Verletzlichkeit und Angst vor dem eigenen Scheitern entstehen jedoch nicht nur in der palliativen Situation, sondern auch bei Behandlungskomplikationen in der kurativen Medizin. Davon soll im nächsten Abschnitt die Rede sein.

3. Behandlungskomplikationen: Das Beispiel der Anästhesiologie

Im Kontext von Operationen, Narkosen und Intensivmedizin kann ein Patient, gegebenenfalls auch seine Familie, zum *Opfer* von Behandlungskomplikationen werden, der beteiligte Arzt also zum *Täter*. Inzwischen rechnet man aber auch mit der sekundären Viktimisierung des betroffenen Arztes. Diese kann nicht nur gravierende Folgen für die Gesundheit und Professionalität des Arztes als eines *zweiten Opfers*⁵ haben, sondern auch *dritte Opfer* in Mitleidenschaft ziehen, entweder andere Patienten oder Teammitglieder des zweiten Opfers, sein Krankenhaus oder seine Familie. Die viktimisierenden Behandlungssituationen werden umschrieben als »Zwischenfälle«, »Behandlungsfehler«, »gravierende Komplikationen«, »schicksalhafte Verläufe«. Trotz größter Sorgfalt kann sich jeder Arzt einmal damit konfrontiert sehen.⁶ Der Begriff »Schicksal« wird gebraucht, um die Unkontrollierbarkeit der Situation oder die Angst vor dem Kontrollverlust zu markieren.⁷ Wendet man das *Job-demand-control (JDC)-Modell* von Karasek an, so wirkt sich die Wahrnehmung mangelnder Kontrolle unmittelbar auf berichteten Distress aus.⁸

Als Gefahren der sekundären Viktimisierung des Arztes werden vorübergehende Beeinträchtigungen wie Fahr- und Operationsuntauglichkeit genannt, aber auch posttraumatische Pathologien und psychische Störungen wie Angst, Depression und Suizidalität.⁹ Inzwischen ist der Unterstützungsbedarf des viktimisierten Arztes erkannt worden. Interessanterweise wurde dieser Unterstützungsbedarf zunächst nicht von den Ärzten oder Pflegenden selbst thematisiert, sondern im Kontext der Patientensicherheit.¹⁰ Die Patientenforscher sehen also klarer als die Ärzte, dass ein Arzt auch auf seine eigene Gesundheit achten soll, um nicht selbst zum Patientenrisiko zu werden. Auch in anderen Studien erkennt man, dass die *Helfer* offensichtlich eine Erlaubnis dafür benötigen, sich um sich selbst kümmern zu dürfen.¹¹ Es mehren sich empirische Belege dafür, dass neben individuellen Persönlichkeitsfaktoren systemisch-organisationale Gesichtspunkte für die Akzeptanz einer Unterstützung der second victims ausschlaggebend sind. Es wird zunehmend deutlich, dass es mehrere Ebenen gibt, die zusammenwirken müssen, damit der Gedanke der achtsamen und gesunden Ärzteschaft gelingen kann: Die persönliche Auseinandersetzung und Förderung der Resilienz, die Ebene des direkten Umfelds, das diese Form der Achtsamkeit kollegial unterstützt und schließlich eine Institution, die sich der Folgen bewusst ist. Dies führt dazu, dass Vorsorgemaßnahmen auf den unterschiedlichen Ebenen aktiv angeboten und als Bestandteil der alltäglichen Arbeit wertgeschätzt werden.

In den »Empfehlungen zum Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen und belastenden Verläufen« will die Fachgesellschaft und der Berufsverband der Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI und BDA) der Ärzteschaft einen »*Psychozialen Notfallkoffer*« an die Hand geben, der in Ergänzung des »*Juristischen Notfallkoffers*« strukturierte emotionale Hilfestellungen für die Bewältigung solcher Situationen anbietet. Auch die Rolle der Vorgesetzten, der Kollegen und des gesamten Behandlungsteams ist grundsätzlich erkannt. In Anlehnung an Erfahrungen von Luftfahrt, Feuerwehr und Einsatzkräften wird auch für die Anästhesiologie das *Critical incident stress management* empfohlen.¹² Allerdings ist nicht klar, wie in Analogie zu Brandschutzübungen oder zur präventiven Hautpflege nach der Desinfektion ein vorbeugendes, nicht urteilendes, entwicklungsfreundliches Arbeitsklima implementiert werden kann, *bevor* Situationen ein-

treten, die möglicherweise zu zweiten Opfern führen. Ein systematisches Review¹³ über mehrere medizinische Fachgebiete nennt für die sekundäre Viktimisierung von Ärzten Prävalenzen zwischen 10 und 43 Prozent. Weibliche zweite Opfer berichten signifikant häufiger von Disstress als männliche; sie befürchten eher, das Vertrauen zu verlieren, beschuldigt und von ihren Kollegen schlecht angesehen zu werden. Andererseits sind Frauen auch eher bereit als Männer, aus Fehlern zu lernen und an spezialisierten Trainingsprogrammen teilzunehmen. In der folgenden Tabelle (Tab. 1) sind eher konstruktive und eher defensive (abwehrende) Bewältigungsstrategien gegenüber gestellt, die sich in der Literatur finden.

<i>Defensive Copingstrategien im Berufsalltag</i>	<i>Konstruktive Copingstrategien im Berufsalltag</i>
den Fehler für sich behalten	einen Kollegen fragen, was er in ähnlicher Situation getan hätte
Vermeiden ähnlicher Patienten	um Rat fragen, mehr auf Details achten
weniger Vertrauen zu Patient/Familie/Fähigkeiten anderer, besorgt sein	sorgsameres Lesen und Lernen, praktische Veränderungen, um künftige Fehler zu minimieren
Rückzug von Patient/Familie, Fantasien über Berufsaufgabe, Anforderung von mehr Zusatzuntersuchungen, Angst vor Fehlern	den Patienten besser zuhören, langsamer und sorgsamer arbeiten, mehr Aufmerksamkeit für Selbstsorge und Eigenrhythmus, Kollegen erlauben, aus Fehlern zu lernen

Tab. 1: Copingstrategien angesichts sekundärer Viktimisierung¹⁴

Unklarheit herrscht jedoch weitgehend darüber, wie die Bereitschaft gefördert werden kann, derartige Hilfen anzunehmen und im konkreten ärztlichen Arbeitsalltag ein unterstützungsbereites und hinsichtlich der sekundären Viktimisierung präventives Klima zu schaffen. Diese Fragestellung soll uns im Folgenden beschäftigen.

4. Das Münchner Pilotprojekt PSU-akut

»Neulich habe ich nachgerechnet«, sagt ein Anästhesieoberarzt auf einer Münchner Intensivstation, »tausend Tote in zwanzig Berufsjahren. Das bedeutet tausendmal Angehörige betreuen. Tausendmal Zweifel. Tausendmal Hilflosigkeit. Tausendmal Angst vor einem juristischen Nachspiel«. Psychische Belastungen, auf die kein Anästhesist vorbereitet ist: »Ich bin als Mörder beschimpft worden, mit Stühlen angegriffen worden. Da kann man gar nichts machen, da kann man sich noch nicht mal wehren, nur die Arme vors Gesicht halten.« Solche Erlebnisse fürchten viele Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Akutmedizin.

In dem seit 2013 gemeinnützigen Verein PSU-Akut e. V. (Psychosoziale Kompetenz und Unterstützung in der Akutmedizin) haben sich Kolleginnen und Kollegen zusammengetan, um ein vom Münchner Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband begonnenes Projekt »Den Helfern helfen« in den Kliniken zu etablieren. Das Projekt orientiert sich

am Vorbild der PSNV-Strukturen (Psychosoziale Notfallversorgung), die im Rettungsdienst und bei den Feuerwehren längst etabliert sind und von der Ludwig-Maximilians-Universität München¹⁵ und auch vom Bundesministerium für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe im Rahmen eines Konsensusprozesses¹⁶ wissenschaftlich begleitet wurden.

Der Gedanke des *Peers* ist hier der entscheidende Ansatz. Der Peer ist »Gleicher unter Gleichen«, »spricht die Sprache der Kollegen vor Ort«, ist bekannter Ansprechpartner – als niederschwelliges Angebot – und dient nicht zur Therapie, sondern zur frühzeitigen Erkennung von Risikoverläufen und als Schlüssel zum dahinter stehenden Netzwerk psychosozialer Unterstützung. Der Peer besitzt sowohl Kompetenzen als Fachkollege, ist aber auch geschult im Umgang mit Kolleginnen und Kollegen in akuten Belastungssituationen. Durch die Integration dieser Peer-Struktur kann der Arbeitgeber auch belegen, dass diese Form der Fürsorge für die Mitarbeiter Teil seiner Verantwortung als Unternehmer ist, auch mit dem Ziel der Patientensicherheit.

Die Möglichkeit, als Mitarbeiter selbst aktiv zu werden und den eigenen Arbeitsplatz mitzugestalten, aktiviert eigene Ressourcen und vermindert das »Meckern über das System«, über »die da oben«. Durch qualifizierte Schulungen, adaptiert an ihr Arbeitsumfeld, erwerben Ärzte selbst psychosoziale Kompetenzen, die sie für sich, ihr direktes Arbeitsumfeld und auch segensreich im Umgang mit den Patienten und Angehörigen einsetzen können. Hier besteht die Chance, nicht nur sekundär präventiv zu wirken, sondern nachhaltig auch das Klima für die noch wichtigere primär präventive Arbeit zu bereiten. So können sich Fähigkeiten in Krisenintervention, Gesprächsführung, gezielter Kommunikation, Psychosozialer Beratung, Konfliktmanagement und Stressbewältigung entwickeln. Wie es in den Abteilungen Gerätebeauftragte nach MPG und Hygienebeauftragte gibt, haben wir zukünftig auch Peers als kompetente Kollegen im Bereich der psychosozialen Unterstützung. Auch bei der Peerausbildung bedarf es Qualitätsmanagement-Kriterien, da nicht jedes Gespräch zur Stabilisierung beiträgt.

Es wird beschrieben, dass Betroffene sich neben der Unterstützung in Familie und Partnerschaft die Unterstützung von Kollegen wünschen.¹⁷ Dies ist auch deshalb zu unterstreichen, weil belastende berufliche Situationen schnell zu einer Überforderung der Familie werden können. Wenn aber eine Belastung im beruflichen Bereich aufgetreten ist, dann ist es auch Aufgabe des professionellen Systems, diese aufzufangen.

Nicht zu vergessen ist, dass der Arbeitgeber nach dem deutschen Arbeitsschutzgesetz in der Verpflichtung steht, auf Basis einer Beurteilung der Arbeitsbedingungen zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind.¹⁸ Bei dieser Gefährdungsbeurteilung sind auch psychische Belastungen der Arbeit zu berücksichtigen.¹⁹ Wichtig ist dabei zu akzeptieren, dass Prävention und Stärkung der Resilienz nur wirksam sind als dauerhaft angelegtes Maßnahmenprogramm. Nicht die einzelne Fortbildung, die einmalige Nachbesprechung oder Supervision hilft. Vielmehr bedarf es der kontinuierlichen, ereignisunabhängigen Beschäftigung mit dem Thema, der Verfügbarkeit von psychosozialer Unterstützung und eines Klimas von sozialer Anerkennung.

Es muss Indikationslisten und *Standard Operated Procedures* geben, in denen vorab und nicht in der akuten Situation geregelt wird, wann welche Maßnahmen ergriffen werden. Es kann nicht sein, dass ein Betroffener selbst dafür sorgen muss, dass es eine strukturierte Nachbesprechung oder eine Fallkonferenz gibt. Diese Maßnahmen müssen ebenso regelmäßiger Bestandteil des Alltags sein wie andere fachliche Maßnahmen auch,

weil die psychische Stärkung der Mitarbeitenden im Interesse der Verantwortlichen und des gesamten Unternehmens liegt. Es muss auch aus rechtlicher Sicht geklärt werden, welche Form der Nachbesprechung (Gruppe oder Einzelgespräch) sinnvoll ist. Einerseits müssen die Gespräche in vertraulichem Rahmen geführt werden. Andererseits muss bedacht werden, dass die Teilnehmenden an einer derartigen Gruppe sich im Falle einer gerichtlichen Aufarbeitung nicht auf ihre Schweigepflicht berufen können. Deshalb bedarf es der geschulten Führung solcher Gespräche.

Wichtig ist aber neben der institutionellen/systemischen Bereitstellung von Unterstützung und deren Etablierung (top down) auch die Akzeptanz von Kolleginnen und Kollegen, die das Hilfsangebot vor Ort tragen (bottom up). Dieses Ziel wird erst in einigen Jahren erreicht sein. Es beginnt für uns damit, diese Gedanken durch eigene Lehrveranstaltungen im Medizinstudium einzuführen und hiermit der nächsten Generation die Möglichkeit zu geben, besser mit dieser Thematik umzugehen. Die Erziehung zum »Einzelkämpfer« oder unverletzlichen Halbgott sollte obsolet sein. Je reflektierter ein Mensch belastende Situationen selbst bewältigen kann, umso besser wird er anderen Menschen in ähnlicher Situation eine wirkungsvolle Unterstützung sein. Auf diese Weise kann die eigene erlebte Schwäche zur Ressource werden.

Die gegenwärtige Situation ist unbefriedigend: Es besteht eine Diskrepanz zwischen dem wissenschaftlich belegten Unterstützungsbedarf für Ärzte in Belastungssituationen einerseits und der fehlenden Implementierung geeigneter Unterstützungsmaßnahmen andererseits. Für die Realisierung geeigneter Maßnahmenpakete in den Kliniken braucht es viel Geduld und Hartnäckigkeit, da viele Widerstände überwunden werden müssen (persönliche wie systemische). Wenn man ehrlich ist, bedurfte es zuletzt eines Gesetzes, den Mitbürgerinnen und Mitbürgern klar zu machen, dass mit Einbruch des Winters das Anlegen von Winterreifen am Auto eine sinnvolle präventive Maßnahme ist. Um im Bild zu bleiben: Für eine sichere Fahrt ist auch ausreichend Benzin, Öl und Bremsflüssigkeit notwendig. Trotz dieses Wissens fällt es uns schwer, uns immer rechtzeitig darum zu kümmern. Wieso sollte es bei uns selbst, bei den eigenen Unterstützungsbedürfnissen, anders sein? Es muss gelingen, den Boden zu bereiten, sich in Interventions-, Supervisions- oder Balintgruppen auf Augenhöhe kollegial auszutauschen, ohne dies als Schwäche wahrzunehmen.

Wir sehen hier wiederum die drei oben angesprochenen Ebenen: die persönliche, die kollegiale und die institutionelle. Um wirksam zu werden, müssen Unterstützungsangebote auf allen Ebenen umgesetzt werden. Die Bereitschaft des Einzelnen, sich mit sich und den eigenen Bedürfnissen und Grenzen auseinanderzusetzen wird idealerweise ergänzt durch die Teilnahme an Angeboten der Kollegenschaft oder der Institution. In der Kollegenschaft muss spürbar werden, dass man sich gegenseitig unterstützen, aber auch, welche Forderungen man an den Arbeitgeber stellen kann. Andererseits muss die Arbeitgeberseite die Resilienz der Mitarbeiter als hohes Gut sehen – sowohl in Bezug auf die Gesundheit der Mitarbeiter selbst, als auch im Hinblick auf die Patientensicherheit.

5. Diskussion: Der verwundete Heiler

Im Drama von Krankheit und Heilung sind die Rollen klar und ungleich verteilt – jedenfalls auf den ersten Blick: Kranke Menschen, Patienten sind die Schwachen, Verletzli-

chen, Bedürftigen. Ärzte und andere Gesundheitsberufe hingegen sind die Starken, Belastbaren, Kompetenten, Leistungsfähigen. Auch nach einem anstrengenden Nachtdienst wird von ihnen nicht nur durchschnittlicher Dienst nach Vorschrift, sondern Höchstleistung verlangt. Zwar wird zunehmend akzeptiert, dass geregelte Arbeitszeiten, Erholung, Streikrecht usw. für den angestellten Arzt genauso wie für andere Arbeitnehmer gelten. Indes: Vom Arzt erwarten wir mehr, als es den in der modernen Arbeitswelt üblichen Rechten und Pflichten entspricht. Dass uns die Bedienung im Restaurant oder der Verkäufer im Geschäft bei Dienstschluss hinauskomplimentiert, akzeptieren wir. Beim Arzt oder im Spital hingegen erwarten wir Hilfe auch über diese Grenzen hinaus – jedenfalls im Notfall. Wer Schmerzen hat oder eine Wunde oder Fieber, neigt dazu, die eigene Situation als Notfall zu erleben, auch wenn es sich »objektiv« um ein aufschiebbares Problem handelt.

Handlungen, die über die übliche Pflicht hinausgehen, heißen in die Ethik *supererogatorisch*, in Anlehnung an die lateinische Übersetzung des Gleichnisses vom barmherzigen Samariter: »Am nächsten Tag zog er zwei Silbergroschen heraus, gab sie dem Wirt und sprach: Pflege ihn; und wenn du mehr ausgibst [quodcumque supererogaveris], will ich dir's bezahlen, wenn ich wiederkomme« (Lk 10,35). Als supererogatorisch, über die Pflicht hinausgehend gilt meist die Hilfsbereitschaft des Samariters, der dem Wirt verspricht, sogar noch für dessen weitere Kosten aufzukommen, nachdem er dem Verletzten und unter die Räuber gefallenen Wanderer bereits erste Hilfe geleistet und ihn in der Herberge abgeliefert hatte. Supererogatorisch dürfen wir aber auch das Verhalten des Wirts nennen, dessen Herberge unversehens zum Hospital wird, und der das zusätzliche Geld vorstrecken muss. Sowohl das Handeln des Samariters, der als »Notarzt« eingreift als auch des Wirtes, der den Verletzten in seinem improvisierten »Hospital« aufnimmt, passen zur Rolle des Arztes, von dem »mehr« erwartet wird als die Erfüllung der pflichtmäßigen Routine. Er ist ganz der Helfende, soll im Notfall über die sozial normierten Grenzen hinausgehen, und vor allem: Er darf nicht wegen eigener Schwäche hinter den Erwartungen zurückbleiben, die sich auf ihn richten. Folgerichtig wird das Thema der Ärztesundheit oft unter präventiven Gesichtspunkten behandelt: Was muss der Arzt tun, um leistungsfähig, fit und gesund zu bleiben, damit er im supererogatorischen Notfall Reserven mobilisieren kann? Wie kann er die unvermeidlichen Belastungen des ärztlichen Berufes elastisch-resilient als Herausforderungen aufgreifen bzw. »wegstecken«?

Innerhalb des skizzierten Leitbildes vom kompetenten, leistungsfähigen, gleichsam unbegrenzt hilfsbereiten Heiler ist die Vorstellung eines *verwundeten Heilers* unerträglich. Resilienz bedeutet nicht unbeugsame und gegen äußere Einflüsse abgeschottete Festigkeit, weder in der Metallurgie noch in den helfenden Berufen. Resilienz heißt vielmehr: Sich betreffen lassen, ohne zu zerbrechen und ohne selbst Schaden zu nehmen.

Verwundbarkeit (Vulnerabilität) muss demnach unter zwei Gesichtspunkten gesehen werden: (1) als Bereitschaft, sich berühren zu lassen und (2) als Bereitschaft, nicht nur anderen zu helfen, sondern selbst Hilfe anzunehmen. Die mögliche Hilfsbedürftigkeit des Arztes kann zwar auch durch manifeste Erkrankungen entstehen. Im vorliegenden Beitrag geht es uns jedoch weniger um Pathologien, die therapeutische Interventionen erfordern, als um Belastungen, die einen Unterstützungsbedarf aufzeigen. Derartige Unterstützungen können lange Zeit unterbleiben oder aufgeschoben werden, ohne dass die Qualität des ärztlichen Handelns sichtbar abnimmt. Auf die Dauer beeinträchtigen die Belastungen jedoch Motivation, Kreativität und letztlich auch die Gesundheit des Arz-

tes. Beide Gesichtspunkte der Vulnerabilität, das Sich-Berühren- und das Sich-Helfen-Lassen, beruhen auf der Bereitschaft, von der (Allmachts-)Phantasie unbegrenzter Stärke und Bereitschaft Abschied zu nehmen.

Cicely Saunders zeigte nicht nur der Palliativmedizin, sondern der gesamten Heilkunde, dass die Vulnerabilität des Patienten im Dreiklang physischer, psychosozialer und spiritueller Bedürfnisse besteht. Auf alle drei muss sich die Aufmerksamkeit des Arztes richten. Aber auch die eigene, ärztliche Vulnerabilität umfasst die genannten drei Aspekte. Ähnlich wie Sport, Erholung, ausgewogene Ernährung und psychosoziale Unterstützung braucht der Arzt auch spirituelle Unterstützung, wie sie in dem Modellprojekt *DiakonieCare* realisiert ist.²⁰ Eine ganzheitliche Medizin, die diesen Namen verdient, wird sich an ihre in der antiken Heilkunde wurzelnde zweifache Tradition erinnern: (1) an Hippokrates, den Vater der evidenzbasierten Medizin, der sie lehrte, Krankheiten empirisch-rational zu beobachten und zu behandeln und (2) an Asklepios, den der verwundete Heiler Chiron lehrte, kranke Menschen zu begleiten und von ihnen zu lernen.²¹ Beide Traditionsstränge der Heilkunde, die empirische Medizin des Hippokrates und die Tempelmedizin der Asklepiospriester, haben sich getrennt weiterentwickelt und ihre jeweilige Existenzberechtigung unter Beweis gestellt. Es ist an der Zeit, die beiden Zweige der Heilkunde wieder zusammen zu führen, als krankheiten- und patientenorientierte Medizin.

In psychoanalytischer Hinsicht besteht der Heilungsarchetyp²² zwar auf der bewussten Ebene aus einem ungleichen Paar: aus dem schwachen, verletzlichen, hilfsbedürftigen Patienten einerseits und dem starken, kompetenten, robusten, unverletzlichen Arzt andererseits. Heilung (*to heal*) heißt jedoch mehr als *to cure* (Anwendung ärztlicher Kompetenz, um Krankheiten zu beseitigen): Heilung bedeutet, dass der »innere Heiler« des Patienten mobilisiert wird – eine unbewusste Ressource, die leicht übersehen wird. Sie zu mobilisieren, gelingt am besten, wenn der Arzt den Patienten sowohl durch Sorgfalt als auch durch eigene Verwundbarkeit²³ begleitet. Die unbewusste Seite des Arztes (neben seinem bewussten, kompetenten Heiler-Aspekt) besteht jedoch nicht nur in seiner Verwundbarkeit (popularisiert durch die Gefahr des »Burnout«). Vielmehr ist er auch der potenziell *Verwundende*, ja: *Tötende*. Mit dem chirurgischen Skalpell in der Hand verwundet er mit der bewussten Intention der Heilung. Viel schwieriger ist jedoch der Umgang mit der Gefahr, ohne bewusste Intentionalität zum Täter zu werden. Dieser oftmals tabuisierte Aspekt des ärztlichen Berufes ist indirekt über die Patientensicherheit aber auch wegen der Gefahr einer sekundären Viktimisierung des ärztlichen »Täters« bewusstseinsfähig geworden.

Dass Heilungs-Ressourcen sich nicht nur aus der professionellen Stärke des Arztes speisen, sondern auch aus seiner Schwäche und durch den »inneren Heiler« des Patienten, entlastet den Arzt und das gesamte Behandlungsteam.

ANMERKUNGEN

¹ J. ZWACK/J. SCHWEITZER, *If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians*, in: *Academic Medicine* 88 (2013) 382–389.

² R. M. EPSTEIN/M. S. KRASNER, *Physician resilience: What it means, why it matters, and how to promote it*, in: *Academic Medicine* 88 (2013) 301–303.

- ³ »The match of all the diligence of the mind together with the vulnerability of the heart«, C. SAUNDERS, *Sterben und Leben. Spiritualität in der Palliative Care*, Zürich 2003/2009, englisches Original: C. SAUNDERS, *Watch with me: Inspiration for a life in hospice care*, Sheffield 2003, hier: 41.
- ⁴ S. SOLOMON/K. LAWLOR, *Death anxiety: The challenge and the promise of whole person care*, in: T. A. HUTCHINSON (Hrsg.), *Whole person care*, New York 2011, 97–107.
- ⁵ Dieser Begriff geht auf Albert W. Wu zurück: D. SEYS/A. W. WU/E. VAN GERVEN/A. VLEUGELS/M. EUWEMA/M. PANELLA/S. D. SCOTT/J. CONWAY/W. SERMEUS/K. VANHAECHT, *Health care professionals as second victims after adverse events: A systematic review*, in: *Evaluation & the Health Professions* 36 (2013) 135–162.
- ⁶ H. WULF, *Patientensicherheit – Auftrag für die Zukunft – Empfehlungen zum Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen und belastenden Verläufen*, in: *Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie* 49 (2014) 460–464.
- ⁷ E. FRICK, *Psychosomatische Anthropologie. Ein Lern- und Arbeitsbuch für Unterricht und Studium*, Stuttgart²2015.
- ⁸ Etwa bei der Gruppe der Anästhesistinnen: J. BAUER/D. A. GRONEBERG, *Stress und Berufszufriedenheit im Fachgebiet der stationären Anästhesiologie. Ergebnisse einer webbasierten Befragung*, in: *Anaesthesist* 63 (2014) 32–40.
- ⁹ Allerdings muss gesagt werden, dass die beschriebenen Reaktionen des Personals auf belastende Verläufe auch ohne medizinische »Fehler« auftreten können: B. SCHIECHTL/M. S. HUNGER/D. L. SCHWAPPACH/C. E. SCHMIDT/S. A. PADOSCH, »Second victim«. »Critical incident stress management« in der klinischen Medizin, in: *Anaesthesist* 62 (2013) 734–741.
- ¹⁰ Beim Jahreskongress der Schweizer Stiftung für Patientensicherheit Ende 2011 in Basel <http://www.patientensicherheit.ch> (abgerufen am 30.12.2014). Auch die jüngste in der Stiftung entstandene Publikation (D. L. B. SCHWAPPACH, *Nach dem Behandlungsfehler*, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58 [2015] 80–86) widmet sich gleichermaßen den betroffenen Patienten (»first victims«) und den ärztlichen »second victims«.
- ¹¹ Z. B. S. ULLSTRÖM/M. ANDRENSACHS/J. HANSSON/J. ØVRETVEIT/M. BROMMELS, *Suffering in silence: A qualitative study of second victims of adverse events*, in: *BMJ Quality & Safety* 23 (2014) 325–331.
- ¹² SCHIECHTL ET AL. (Anm. 9).
- ¹³ SEYS ET AL. (Anm. 5).
- ¹⁴ Modifiziert nach ebd.
- ¹⁵ W. BUTOLOLO/M. KRUESMANN/R. KARL/M. SCHMELZER/A. MÜLLER-CYRAN, *Untersuchung bestehender Maßnahmen zur sekundären Prävention (Intervention/Nachsorge) und Entwicklung einer Methodik und eines zielgruppenorientierten Programms zur effektiven sekundären Prävention einsatzbedingter Belastungsreaktionen und -störungen*, Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums des Innern, Endbericht, Bonn 2006, <http://www.einsatzkraft.de> (abgerufen am 30.12.2014).
- ¹⁶ Vgl. http://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Kurzmeldungen/BBK/DE/2011/Pra-BS_Band7.html (abgerufen am 04.01.2015).
- ¹⁷ ULLSTRÖM ET AL. (Anm. 11).
- ¹⁸ § 5 ArbSchG.
- ¹⁹ § 5 ArbSchG, Ziffer 6.
- ²⁰ K. SCHROEDER-HARTWIG, *Mittendrin statt obendrauf – der Organisationsentwicklungsprozess. Existenzielle Kommunikation und Spiritualität (EKS) im Albertinen-Krankenhaus/Albertinen-Haus*, in: A. Giebel/H. Lubatsch/A. Meussling-Sentpali (Hrsg.), *DiakonieCare. Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der Pflege. Curriculum und Arbeitshilfe zur Organisationsentwicklung für Pflegeberufe, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen*, Neukirchen-Vluyn 2013, 101–115.
- ²¹ T. A. HUTCHINSON (Eds.), *Whole person care. A new paradigm for the 21st century*, New York 2011.
- ²² FRICK (Anm. 7).
- ²³ SAUNDERS (Anm. 3).