

**Andreas Schießl**

## Kollegiale psychosoziale Unterstützung in der Akutmedizin

Spiritual Care ist inzwischen fester Bestandteil der Palliativmedizin. Andere Bereiche der Medizin scheinen länger zu brauchen. Der Ärztliche Kreis- und Bezirksverband München versucht seit mehreren Jahren, den Belastungen des ärztlichen Berufs Rechnung zu tragen und Wege zur kollegialen Unterstützung zu finden. So wurde 2013 ein gemeinnütziger Verein gegründet mit dem Namen PSU-Akut e. V., Psychosoziale Kompetenz und Unterstützung in der Akutmedizin. ([www.psu-akut.de](http://www.psu-akut.de))

Bei Ärzten und Pflegekräften im Bereich der Akutmedizin (Intensivstationen, Notaufnahmen, Notärztliche Versorgung) handelt es sich um einen Personenkreis, der täglich mit den Grenzen menschlicher Existenz konfrontiert ist, für den Ausnahmesituationen zur alltäglichen Belastung werden. Diese Kollegen verbrauchen eigene Ressourcen in schwierigen Arbeitsbedingungen und unter hoher körperlicher und psychischer Anspannung (hohe Verantwortung, Schichtdienst, hohe Arbeitsverdichtung, nicht geklärte Konflikte). Nach Zahlen der Ärzteversorgung Westfalen Lippe sind 57% der Frühberentungen von Ärzten auf psychische Probleme zurückzuführen ([http://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/praxisfuehrung/?sid=672957](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/praxisfuehrung/?sid=672957)). Beklagt werden zunehmende Bürokratisierung und das Gefühl der Fremdbestimmung sowie des Allein-gelassen-Seins. Dies hat Konsequenzen für die Personen selbst wie auch für die Versorgung ihrer Patienten.

20–25 % der Klinikärzte sind von Burnout betroffen, 10–15 % werden in ihrem Leben substanzabhängig, die Suizidrate unter Anästhesisten ist am höchsten und bis zu sechsmal höher als in der Normalbevölkerung. Die Erkrankungsrate im Bereich der Intensivpflege ist hoch und die Zahl der Mitarbeiter mit „Innerer Kündigung“ schwer abzuschätzen. In Mitarbeiterbefragungen werden resignierende Unzufriedenheit und Überbelastung deutlich, wobei sich bisher durch die sehr unterschiedlich geäußerte Unterstützungsnotwendigkeit schwierig konkrete Veränderungen oder Handlungskonzepte ableiten lassen. Die bisherigen Angebote – überwiegend punktuelle Fortbildungsveranstaltungen – erreichen die Agierenden nicht in ausreichendem Maße (Bergner 2006).

All diese Fakten sind seit Jahren bekannt. Aber weder im Studium noch in der Ausbildung wird den Kollegen bewusst gemacht, dass sie zu einer gefährdeten Gruppe gehören, noch wird ihnen ausreichend Unterstützung und Hilfe zuteil,



um ihren wertvollen Beruf selbst gesund ausführen zu können. So wird für viele, die ihren Beruf anfangs als Berufung und Aufgabe für ihr Leben begonnen haben, dieser zur verschleißenden „Lebens-Aufgabe“ (Bergner 2006). Im Fokus stehen drei Problemfelder:

*Potentiell psychische Traumatisierung  
Suchtgefährdung  
Burnout*

Für all diese Problemfelder gibt es professionelle Ansatzpunkte in der Therapie. Präventive Maßnahmen fehlen. Der Arbeitsalltag der Akutmediziner sieht dies nicht vor. Besonders für junge Berufseinsteiger sind aber von großer Bedeutung: eine realistische Sicht auf ihr zukünftiges Berufsfeld, das Erlernen präventiver Fertigkeiten, die Achtsamkeit für eigene Ressourcen, eine Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie und der Sinnhaftigkeit ihres Tuns sowie eine positive kollegiale Unterstützung.

Hier kann auch die Spiritualität eine tragende Ressource sein.

Oft aber ist der Umgang damit schwierig, schambesetzt und unsicher.

Kann man auf der Intensivstation über eigene Religiosität/Spiritualität sprechen? Ist Spiritualität die „Religiosität light“ über die man in der säkularen Welt unbeschadet reden darf? Oder ist es auch nur Opium, Esoterik, Mystizismus, New Age?

Wird die Suche nach Spiritualität als Schwäche, Unsicherheit, Unprofessionalität bewertet und letztlich als unwissenschaftlich im Sinn der Medizin als Naturwissenschaft abgewertet durch mein Umfeld und durch mich selbst?

Was aber sind die Bedürfnisse der Kollegen? Was treibt sie um?

Ich darf den Inhalt von zwei kollegialen Gesprächen exemplarisch wiedergeben, die ich in unterschiedlichem Kontext führen durfte.

Eine Kollegin berichtet, dass sie seit einiger Zeit vermehrt von verstorbenen Patienten auf ihrer Station träume. Seit acht Jahren arbeitet sie auf einer Intensivstation, dieses Problem sei erst seit zwei Jahren aufgetaucht. Sie schlafe deutlich schlechter, komme nicht so gut zur Ruhe und fühle sich in ihrer Professionalität stark verunsichert. Nun überlege sie, das Fach zu wechseln und die Intensivmedizin zu verlassen. Im Gespräch erklärt sie, dass sich an ihrer Motivation, in diesem Bereich zu arbeiten, eigentlich nichts verändert habe, sie aber durch die Arbeitsverdichtung, den überbordenden Bürokratismus enttäuscht und genervt sei. Auf Nachfrage, was sich genau verändert habe und seit wann sie darunter verstärkt leide, erzählt sie, dass sich an den Abläufen auf der Station einiges verändert habe. Eine für sie entscheidende Veränderung kommt in diesem Gespräch zu Tage und löst im Erzählen starke emotionale Reaktionen aus. Seit einer Umstrukturierung der Arbeit besucht sie die verstorbenen Patienten nicht noch einmal selbst im Abschiedsraum. Früher war es für sie irgendwie wichtig, nach den zu erledigenden Aufgaben wie Epikrise, Totenschein und anderen noch einmal nach dem Verstorbenen zu schauen. Es war für sie kein schöner Moment, aber ein meist friedlicher. Ohne Beatmung, Monitorgeräusche und Kabel war es eine Begegnung mit dem verstorbenen

Menschen. Für sie war es immer auch ein Innehalten, eine Standortbestimmung und es war Platz für Fragen wie: Was beschäftigt mich an diesem Schicksal? Es war Platz für Reflexion und immer eine Anfrage an das eigene Leben. Bin ich noch bei dem, was ich will?

Mit Abstand betrachtet, war es ein wichtiges Ritual, das sie von ihrem Vorgänger übernommen hatte und gab ihrer Beziehung zu den Patienten Ausdruck. Sie hatte diese Form des Abschlusses über die Zeit verloren und letztlich schmerzlich vermisst, weil es eben nicht nur Ritual, sondern Ausdruck dessen war, was ihr wichtig ist.

In einer Teambesprechung thematisierte sie ihre Erfahrung. Mehrere Intensivschwestern bestätigten, dass auch sie darunter litten, die Verstorbenen nicht mehr selbst herzurichten und in die Pathologie zu bringen. Hier hatte man aus Effizienzgründen diese Aufgabe an weniger qualifizierte Mitarbeiter übertragen, um beim Personalmangel die Intensivschwestern an den Patienten arbeiten zu lassen. Nur hatte man dabei den Beteiligten die Möglichkeit genommen, diesen letzten Weg zu begleiten und sich zu verabschieden und damit diese Aufgabe zu beenden, bevor sie sich einer neuen Herausforderung zuwandten.

**Rituale weisen auf ein Bedürfnis des Menschen nach Wiederherstellung einer als gefährdet empfundenen existenziellen Welt- und Lebensordnung hin.**

Ein anästhesiologischer Kollege beschreibt sein Unbehagen in einem nächtlichen Dienst. Er wurde gebeten, eine Narkose für eine gynäkologische Ausschabung nach Spätabtreibung durchzuführen. Beim Aufklärungsgespräch lag in einer Nierenschale neben dem Krankenbett einer Frau das abgetriebene Kind, daneben eine Kerze. Die Stimmung war sehr gedrückt. Zwei Stunden zuvor hatte das Anästhesieteam ein Frühgeborenes mit 800 g mit all ihrer Kunst betreut, damit es eine schwere Entzündung des Darms überleben konnte. Nun lag hier ein Kind mit 900 g, das wohl wegen eines Down-Syndroms nicht leben sollte. Er verspürte Verständnis für diese Mutter, aber auch Unbehagen. Viele Gefühle und Fragen drängten sich auf. Die Aufgabe war aber, nun diese Frau in auch für sie schwerer Stunde zu betreuen und zu begleiten.

Er berichtet, dass er nach der Narkose eigentlich ein paar Stunden hätte schlafen können, aber es ihm nicht gelang. Nachts ging er durch die Gänge des Krankenhauses, unruhig und getrieben von einem Gefühlschaos in ihm. Er schildert, dass er an der offenen Tür der Klinikpelle vorbei kam und in einer Bank sitzend langsam Ruhe fand.

Er bezeichnet es als eine für ihn sehr entlastende spirituelle Erfahrung, als er mit dem Weihrauch in der Nase all das Erlebte in diesen Raum stellen konnte, es niemandem erklären oder sich und andere rechtfertigen musste. Er musste nicht der sein, der alles „heil“ macht, erklärt oder alle Entscheidungen trifft, er erlebte sich als ein Teil eines größeren Ganzen und konnte seine Verwirrung und Verunsicherung akzeptieren. Froh war er auch, über das Erlebte mit Kollegen reden zu können und seine schwangere Frau nicht als einzigen Gesprächspartner zu haben.

Für solche Gespräche reicht jedoch keineswegs der Slogan: „Reden, Reden, Reden“. Vielmehr brauchen derartige Gespräche ein geschultes Gegenüber, am besten einen Peer, einen in der eigenen Profession erfahrenen Kollegen mit einem geschulten Grundverständnis der hier notwendigen Kommunikation.

Manchmal erlebe ich eine Unsicherheit seitens der Seelsorger, den Ärzten ein seelsorgliches Gespräch anzubieten. Dahinter steht wohl häufig die Sorge, als Vertreter der Institution Kirche wahrgenommen zu werden und den säkularen

Standpunkten und Argumenten nicht gerecht zu werden. Im Gegensatz dazu erlebe ich jedoch die große Sehnsucht der Ärzte zum Austausch mit den Seelsorgern, wenn es gelingt, dieses Gespräch auf Augenhöhe zu führen und das Gefühl zu vermitteln, dass nicht alles in der Macht des Arztes sein muss und dass die Akzeptanz von Phänomenen jenseits der sichtbaren und erklärbaren Dinge notwendig ist.

Ich selbst kann mich an eine Frau mittleren Alters auf unserer Intensivstation erinnern. Sie hatte mit ihren Kindern mehrfach darüber gesprochen, dass sie keine Lebenskraft mehr habe und gehen möchte. Aus objektiven Gründen und allen erhobenen medizinischen Parametern gab es keinen Grund, zu sterben. Trotzdem verfiel sie innerhalb weniger Tage und war auch intensivmedizinisch nicht von ihrem Weg abzubringen. Es war eine besondere Situation für das erfahrene intensivmedizinische Team und die Angehörigen, dieses nicht fassbare Phänomen zu akzeptieren.

Wie aber spricht man darüber in einem medizinischen Umfeld, das vom Gedanken der *actio* und *reactio* sowie von klaren Erklärungsmodellen wie Agonisten, Antagonisten, Rezeptoren, deren Wirkung sowie deren Blockade ausgeht?

Kollegen beschreiben auch in der eigenen Betrachtung und der ihres Umfeldes einen „Machbarkeitswahn“ in unserer technisierten Akut- und Intensivmedizin. Diese Vorstellung wird aber regelmäßig frustriert in der Konfrontation mit schicksalhaften Verläufen und der Endlichkeit, was wiederum ein Gefühl des Scheiterns verursacht, das dann häufig verdrängt und nicht bewältigt wird.

In der Palliativmedizin versteht sich ein Arzt zunehmend als Begleiter, der den Patienten im Verlauf einer schweren Krankheit stützt. Bei den Akutmedizern sind diese Fähigkeiten grundsätzlich auch vorhanden, aber: Wann ist Begleitung wichtiger als Behandlung? Geht es doch darum, einen Patienten, der plötzlich und unerwartet in Lebensgefahr gekommen ist, zu retten, also mit einem kurativen Ziel zu behandeln. In der kurativen Medizin stehen andere Fähigkeiten als die Begleitung im Vordergrund, hier wird eine aggressive Intensivmedizin mit operativen oder interventionellen Prozeduren verlangt. Entscheidungen werden im Minutentakt gefordert. Wann aber ist der Zeitpunkt, beim verunfallten Kind vom aggressiven Therapeuten zum Begleiter eines Sterbenden und seiner Familie zu werden? Ist dieser Wechsel auch Ausdruck eigenen Versagens? Wie bewältigt man das Gefühl, den Angehörigen nicht mehr alles erklären zu können? Wie vollzieht sich der Wechsel vom Aktivismus zum gemeinsamen Schweigen?

Zu jeder Burnout-Prophylaxe gehört, dass der professionelle Helfer sich mit der Frage auseinandersetzt, ob er die Bereitschaft hat, sich diesem existentiellen Themenbereich zu widmen und ob er einen eigenen Sinn in genau dieser Arbeit sehen kann. Jeder muss sich die Fragen stellen: Worin liegt für mich der Sinn, mich gerade diesen existentiellen Grenzerfahrungen menschlichen Lebens zu widmen? Warum mache ich das? Welche Fähigkeiten muss ich erlernen oder ausbauen, um mir meine Professionalität zu erhalten, z. B. Empathie mit ausreichen-

der Abgrenzung. Wie viel Abstand brauche ich, ohne dass mein Verhalten von mir oder anderen als kalt empfunden wird?

Je reflektierter ein Mensch eigene belastende Situationen selbst bewältigen kann, umso besser wird er anderen Menschen in ihrer Situation eine wirkungsvolle Unterstützung sein.

Dies ist eine Aufforderung für jeden von uns, sich mit den eigenen Bedürfnissen, Ängsten und der Wut, die unser bisheriges Leben ausmachen, auseinanderzusetzen, um unsere Persönlichkeitsmerkmale zu verstehen und zu einem erwachsenen Umgang damit zu kommen. Dazu kommt, individuelle Ressourcen zu kennen und zu pflegen als Teil einer gestärkten Persönlichkeit.

Im Ansatz der Salutogenese ist Gesundheit nicht als Zustand, sondern als Prozess zu verstehen. Jeder bewegt sich auf einem Kontinuum und ist damit nicht entweder gesund oder krank, sondern immer im Prozess – sowohl gesund als auch krank. Entscheidend für die Entstehung von Gesundheit ist für Antonovsky das Kohärenzgefühl. Dies ist zum einen ein angeborener Sinn – eine neurobiologisch zentrale Empfindungsfähigkeit – für Kohärenz (Stimmigkeit, Zusammenhalt) und zum anderen ein Gefühl, das durch zwischenmenschliche Beziehung und Kommunikation entsteht. Kohärenz ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß eine Person ein durchdringendes, dynamisches Gefühl des Vertrauens darauf hat, dass die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind. Er beschreibt es als Vertrauen darauf, dass die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen zu begegnen, die diese Stimuli stellen und dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die die Anstrengung und das Engagement lohnen.

Somit ist der Einzelne nicht einfach der Getriebene und Fremdbestimmte, sondern hat Einfluss auf die Verarbeitung des Erlebten. Auch im Stressmodell nach Lazarus spielt die *Bewertung* des Individuums bezüglich des Erlebens eines Stressors und insbesondere bezüglich der Stressbewältigung die Hauptrolle. Stress ist damit eine Interaktion zwischen der individuellen Person und der Umwelt. Stress ist durch Einstellung und Erfahrung beeinflussbar.

Dies führt aber dazu, dass der Mensch sich nicht nur als biologisch-chemische Einheit wahrnimmt, sondern sich mit Fragen der Transzendenz auseinandersetzen muss, zu welchem Ergebnis er auch immer kommt. Hierzu kann Spiritualität eine entscheidende Rolle spielen und es lohnt sich, sich auf diesen Weg zu machen.

Wirkt Religiosität stützend in akuten Krisensituationen, so kann sie bei Pflichterfüllung, Ergebenheit, Akzeptanz von schwer zu erduldenen Arbeitsbedingungen auch hinderlich sein. Die – in der Geschichte der helfenden Personen – geforderte Selbstaufgabe wird zu oft missverständlich als christliche Tugend gefeiert. Eine Selbstbezogenheit und ein Kampf für Verbesserungen persönlicher Umstände werden hingegen als nicht legitim wahrgenommen. Dieses Ver-



halten wurde schon immer in den hierarchischen Strukturen der Medizin gefördert und nun von einem im Mangel verwalteten „Wirtschaftszweig-Gesundheitswesen“ perfektioniert, in der die Empathie zur Durchsetzung von wirtschaftlichen Interessen instrumentalisiert wird.

Die Zeit ist reif, sich auch aus der Perspektive der Klinikträger um die „Ressource Mensch“ präventiv zu kümmern. Dabei reicht es nicht aus, oberflächlich hinzuschauen und es bei Lippenbekenntnissen und Feigenblattaktionen zu belassen oder angesichts der Komplexität in Resignation zu verfallen. Es geht darum, in allen Berufsgruppen den mündigen Mitarbeiter als höchstes Gut anzuerkennen, ihn über die Möglichkeit der Mitgestaltung zu motivieren, unterstützende *Copingstrategien* zu stärken und eigene Ressourcen wieder aufzubauen. Gestärkte, gesunde Ärzte und Pflegekräfte sind letztlich das Aushängeschild einer Klinik, sind leistungsfähiger und durch ihre positive Arbeit Voraussetzung für zufriedene und gut versorgte Patienten. Die Neuentdeckung von Spiritual Care kann hier eine echte Chance darstellen, Patienten, Angehörige und Behandler zu stärken.

---

### Literatur

Bergner T (2006) Burnout bei Ärzten. Arztsein zwischen Lebensaufgabe und Lebens-Aufgabe. Stuttgart: Schattauer.

---

Andreas Schießl

Dr. med., Geschäftsführender Arzt PSU-Akut e.V.,  
Oberarzt Zentrum für Anästhesiologie  
und Intensivmedizin  
Schön Klinik München Harlaching  
info@psu-akut.de

---