

Arztsein in Deutschland

Ist das noch eine Lebensaufgabe oder grenzt es bereits an eine Lebens-Aufgabe?

Folgenden Zahlen sind beunruhigend: 78 Prozent aller deutschen Ärzte sind unzufrieden mit ihrem Beruf.

58 Prozent würden keine Vertragsärzte mehr werden.

37 Prozent würden sogar den Arztberuf als solchen nicht mehr ergreifen. Drei der fünf von Ärzten als vorrangige Ursachen für ihre Unzufriedenheit angegebenen Faktoren hängen mit dem öffentlichen Arztbild zusammen. Das negative Arztbild in Publikums- und Fachmedien und in der Gesellschaft allgemein betrifft Ärzte stark.

Das Hadern mit dem Arztberuf erkennen wir auch an anderen Zahlen: Der allgemeine Krankenstand im Gesundheitswesen war in 2004 mit 3,7 Prozent höher als in allen anderen Wirtschaftsbereichen.

Zudem ist die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Störungen im Gesundheitswesen so hoch wie sonst nirgendwo, beispielsweise 92 Prozent höher als im Handel. Damit ist eine Metaebene umrissen, in welcher der einzelne Arzt immer häufiger mit Burnout reagiert. Seriöse Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 20 Prozent der Klinikärzte und 25 Prozent der Niedergelassenen an Burnout leiden.

Burnout bei Ärzten: Arztsein und Lebens-Aufgabe

Symptome

Burnout ist durch eine Trias definiert: Zuerst die emotionale Erschöpfung. Sie ist das Leitsymptom für Burnout. Ohne emotionale Erschöpfung kann die Diagnose nicht gestellt werden. Innerlich empfundene oder tatsächlich ausgesprochene Sätze wie

- Eigentlich kann ich nicht mehr
- Ich fühle mich leer
- Es hat alles keinen Sinn oder
- Was tue ich hier eigentlich?

sind starke Hinweise auf emotionale Erschöpfung.

Die Depersonalisation ist neben dem gesellschaftlichen Rückzug vorrangig-

ein reduziertes Engagement für Patienten und Mitarbeiter einhergehend mit einer zynischen, sarkastischen Einstellung. Sie wirkt sich im Arztberuf besonders fatal aus, nämlich bei kranken Menschen, bei den betreuten Patienten. Die aus dieser Einstellung resultierenden ärztlichen Verhaltensweisen tragen maßgeblich zum schlechter werdenden öffentlichen Arztbild bei. Es ist ein Circulus vitiosus: Ärzte fühlen sich durch das öffentliche Meinungsbild degradiert, was ihr Burnout-Risiko steigert und ihr Verhalten im entsprechenden Fall in Richtung Sarkasmus und Zynismus bringt, was wiederum das öffentliche Meinungsbild verschlechtert.

Die Leistungsabnahme ist bei Ärzten das schwächste der drei Hauptkriterien. Zu sehr sind sie seit Studienbeginn darauf trainiert, mit eisernem Willen durchzuhalten. Wenn der Wille versagt und damit Burnout nicht mehr kaschiert, wird es offensichtlich.

Verlauf

Der Ablauf von Burnout ist dreiphasig. Ganz zu Beginn tritt bereits Unzufriedenheit auf – sie ist das alle Phasen bestimmende Leitgefühl. Die Ärzte fühlen sich darüber hinaus anfangs unentbehrlich, sie haben zu wenig Zeit, ihre Stimmung schwankt zwischen Gereiztheit, Misstrauen und Ungeduld. Ihr Verhalten ist hyperaktiv. Das unterscheidet die Anfangsphase markant von den folgenden.

Somit hat Burnout in der Anfangsphase einen großen Nutzen, nämlich für die Leistungsausbeute: Heerscharen von Assistenzärzten mit Burnout in der Anfangsphase erhalten den deutschen Gesundheitsbetrieb zu einem bedeutenden Maß aufrecht. Viele Millionen unbezahlter Überstunden in jedem Jahr sind ein Symptom hierfür.

Die Anfangsphase dauert wenige Wochen bis zu etwa zwei Jahrzehnten – das korreliert mit der Persönlichkeit des Arztes.

In dieser Zeit fühlt sich der Betroffene nicht wirklich schlecht: Wer will nicht gebraucht werden, angesehen

und erfolgreich sein? Noch ahnt er nicht, was geschieht, wenn er nicht gegensteuert, was in dieser Phase relativ leicht möglich wäre.

Irgendwann bricht das mühsam aufrecht erhaltene System zusammen und die zweite Phase beginnt. Bitterkeit kommt auf. Das Gefühl, vom System ausgenutzt zu werden, ist typisch für Ärzte. Hier ist die Assoziation erlaubt, in welcher Burnout-Phase sich die deutsche Ärzteschaft im Ganzen befinden mag, denn Burnout ist ein Phänomen, das über den Einzelnen weit hinausreicht.

Der ehemals hochgehaltene Idealismus sinkt. Der Betroffene zieht sich auf allen Ebenen zurück. Zugleich kommt Zukunftsangst in Form starken Widerstands gegen Veränderungen auf: Besser der noch ertragbar unangenehme Zustand bleibt als er würde noch schlechter werden. Gegenmaßnahmen sind ab dieser Phase erheblich aufwändiger, der Betroffene kann die Gesundung in der Regel jetzt nicht mehr alleine schaffen.

Wenn die Endphase erreicht wird, ist der Arzt verzweifelt, innerlich vollkommen leer. Allgemeines Desinteresse herrscht vor, starres Denken, Sucht und Suizidgefahr offenbaren sich.

In der Endphase von Burnout ist eine eindeutige Diagnosestellung schwer. Es bestehen weitgehende Überschneidungen zur Depression, zu Sucht- und zu Angsterkrankungen.

Auswirkungen

Die Frage, ob Sucht Burnout macht oder Burnout Sucht, ist müßig. Tatsache ist: Es gibt für Deutschland kaum verlässliche epidemiologische Daten. Während in anderen Ländern qualitativ hochwertige berufsgruppenspezifische Therapieangebote für betroffene Ärzte zur Verfügung stehen, die teils auch von den Landesorganisationen mitgetragen werden, fehlen diese in Deutschland fast vollständig. Die öffentliche Verleugnung des Suchtproblems von Ärzten ist offenkundig. Sie schadet allen. Zahlen aus anderen Ländern zeigen, dass bereits während des Medizinstudiums 48 Prozent der männlichen und 38 Prozent der weiblichen Studenten zuviel Alkohol konsumieren.

Nichts spricht dafür, dass der Alkoholkonsum oder -missbrauch nach dem Studium vermindert wird.

Für Suizid – scheint der ehrenhafter als Sucht? – liegen Zahlen aus Deutschland vor: Suizid ist die zweithäufigste Todesursache bei Medizinstudenten. Auch hier fängt das Problem also bereits vor dem eigentlichen Arztsein an. 6,5 Prozent aller deutschen Ärztinnen versuchen irgendwann in ihrem Leben, sich umzubringen. Die Suizidquote bei Ärzten ist 2 bis 3mal und die bei Ärztinnen 5 bis 6mal höher als bei der Allgemeinbevölkerung.

In der Regel erkennen Ärzte aufgrund unzureichender Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung ihr eigenes Burnout nicht. Ein Grund dafür ist die ärztliche Fixierung auf Erkrankungen bei ihren Patienten.

Wenn schon, sind es die körperlichen Symptome, aufgrund derer – mitunter jahrelang und länger – kollegialer Rat eingeholt wird oder die offiziell zur Berufsaufgabe führen. Die problematischen Gesichtspunkte der eigenen psychischen Dynamik werden weggeschoben: Nur nicht zugeben, den falschen Beruf ergriffen zu haben. Nur nicht zugeben, den richtigen Beruf falsch auszuüben.

Grundsätzlich gibt es zwei Betroffene: Den Arzt und den Patienten. Patienten sind das letzte Glied der Kette. Sie tragen das Risiko von Kunstfehlern; selbst solche mit Todesfolge unter Burnout sind beschrieben. Burnout steigert die persönliche Unsicherheit des Arztes. Sie führt zu teurer Diagnostik und zu teuren Verordnungen – die Allgemeinheit zahlt also mit.

Große Studien über die Auswirkungen von Burnout bei Ärzten fehlen. Es gibt jedoch eine große Studie, in die über 10.000 Krankenschwestern und über 230.000 Patienten integriert wurden. Dabei zeigte sich eine

- Steigerung des Risikos für emotionale Erschöpfung um 130 Prozent, wenn die einzelne Krankenschwester statt vier acht Patienten zu betreuen hat
- Steigerung der Burnout-Quote je zusätzlich zugewiesenem Patienten um 23 Prozent

- Steigerung des Risikos für den Patienten innerhalb von 30 Tagen nach einer Operation zu sterben um 31 Prozent, wenn die Krankenschwester statt vier acht Patienten zu betreuen hat

Ein wichtiger Auslöser für Burnout wird hier deutlich: Die Patientenzahl je gearbeiteter Zeit. Aber Heilung braucht Zeit, denn Zeit heilt Wunden. Diese Zeit hat der Arzt heute nicht, sie wird seinen Patienten und ihm nicht zugestanden. Das führt beim Arzt zu dessen seelischer Auslaugung mit der Folge, dass die eigene Tätigkeit zur Aufgabe des Lebens beiträgt.

Bei Klinikärzten tritt Burnout in zwei verschiedenen Zeiträumen gehäuft auf. Der eine liegt wenige Monate nach Beginn der ersten ärztlichen Tätigkeit. Dieses Burnout wird Praxisschock genannt. Ihn kann es nur deshalb geben, weil das Medizinstudium und der tatsächliche Arztberuf fast nichts miteinander zu tun haben. Die zweite zeitliche Häufung tritt nach drei bis fünf Jahren klinischer Tätigkeit auf.

Niedergelassene Ärzte trifft es oftmals erst nach etwa acht bis zehn Jahren Tätigkeit. Ihr Burnout ähnelt manchmal einer Midlife-crisis.

Ursachen

Woher kommt Burnout? Das hängt davon ab, welche Ausbildung und Weltsicht der Burnout-Forscher hat. Die einen nennen es eine Krankheit des Fehlengagements und damit der individuellen Persönlichkeit. Die anderen sehen Burnout als Folge des

emotional belastenden, zwischenmenschlichen Kontakts am Arbeitsplatz an. Noch andere definieren es als Resultat des gesellschaftlichen Wandels. Recht haben alle. Dieses große Ursachenspektrum erfordert auch breit angelegte Präventionsmaßnahmen, im individuellen (persönlichen) Bereich und im institutionellen Rahmen und es verlangt nach gesellschaftspolitischen Interventionen.

Letztlich ist es der stete Tropfen, der den Stein höhlt und Burnout entstehen lässt. Diese Tropfen können in sieben Gruppen von Mikrotraumen untergliedert werden:

1. Die Persönlichkeit des Arztes
2. Mangelnde persönliche oder emotionale Kompetenzen des Arztes
3. Die Grundkonstellation: Hohe Belastung bei geringem Eigeneinfluss
4. Die fehlende gesellschaftliche Anerkennung
5. Die Zerstörung der beruflichen Lebensqualität
6. Eine unzureichende Honorierung
7. Die ärztliche Ausbildung

Persönlichkeit

Es besteht Klarheit darüber, welche persönlichen Faktoren Burnout fördern. Ich werde heute nur auf die emotionale Instabilität oder Labilität (den „Neurotizismus“) und auf den Idealismus eingehen.

Ganz vorrangig ist es die emotionale Labilität, welche Burnout den Weg ebnet. Medizin studiert man nicht einfach so. Auch Argumente wie eine gute Abiturnote sind Anlass,

nicht Grund. Um sich für dieses Studium zu entscheiden und es erfolgreich abzuschließen, berühren einen die Inhalte des Studiums intensiv. Ein solches Interesse basiert oftmals auf negativ empfundenen Erfahrungen der eigenen Jugendzeit und Kindheit von ihrem Anbeginn. Es kann die eigene Verwundung sein, welche einen Menschen dorthin führt, anderen helfen zu wollen. Der Wunsch, Arzt zu werden, basiert also zumindest anteilsweise auf einer Art „Schwäche“, die auch zur emotionalen Instabilität beiträgt.

Es gibt eine Einstellung und ein daraus erwartetes Verhalten, das quasi zum guten Ton gehört, wenn man als Arzt tätig ist, den Idealismus.

Grundsätzlich basiert er darauf, dass Patienten meinen, Ärzte seien bessere Menschen oder sollten es zumindest sein. Das allein schafft in der Realität genügend Widersprüche.

Dadurch, dass Ärzte jedoch dergleichen Meinung über sich und ihre Kollegen sind, werden Erwartungen geschürt, die auf Dauer nicht haltbar sind.

Idealismus im Arztberuf prägt sich unter anderem so aus:

- Die eigenen Wünsche hintan stellen
- Die eigenen Bedürfnisse negieren oder unterdrücken
- Eigene Emotionen nicht zeigen und
- Das Leben in einem Obrigkeitsystem (Eltern, Klinik, Krankenversicherungen, Gesundheitspolitik usw.) akzeptieren

Es sind keine gesunden Einstellungen, welche der Idealismus fordert.

Auch Inhalte wie: „Jedes Mal, wenn ein Arzt einen Patienten sieht, sollte sich der Patient anschließend besser fühlen“ (von Bernard Lown) gehen in diese Richtung.

Krankheitsverhindernd wirkte jedoch: Jedes Mal, wenn ein Arzt einen Patienten sieht, sollten sich Arzt und Patient anschließend besser fühlen.

Sie kennen den Spruch vor dem Starten eines Flugzeugs: Im unwahrscheinlichen Falle eines Druckverlustes fallen Sauerstoffmasken aus der Decke. In diesem Fall ziehen Sie die Maske zuerst fest an Ihr Gesicht und helfen Sie dann den Anderen. Es

ist notwendig und menschlich korrekt, zunächst an sich zu denken, damit man wirkungsvoll anderen helfen kann.

Diese Erkenntnis berechtigt Burnout-Fachleute zu sagen: „Idealismus im Beruf kann als eine grundsätzliche Störung betrachtet werden“. Ein guter Arzt ist, wer zuerst an sich denkt und dadurch die körperliche, geistige und seelische Kraft aufbaut und behält, um anderen helfen zu können.

Wird das dauerhaft missachtet, droht Burnout.

Persönliche Inkompetenzen

Burnout hat viel mit den persönlichen Kompetenzen des Arztes zu tun, denn der Arzt tritt nicht nur als Fachmann, sondern als Mensch seinen Patienten gegenüber auf. Wie und wo werden die persönlichen Kompetenzen beigebracht, die er dazu braucht? Bei diesen Inhalten scheint man sich auf das zu verlassen, was „so nebenher aufgefangen“ oder „mitgebracht“ wird. Es wird auf eine zielgerichtete Form der Vermittlung persönlichen Kompetenzausbaus verzichtet. Es fehlen das Studium begleitende Inhalte wie Kommunikation, ärztliche Führung und emotionale Kompetenzen. Damit werden zentrale, für das Arztsein notwendige Inhalte vollkommen missachtet. Das spüren Patienten und zumindest die große Gruppe von Ärzten, welche eine für Burnout gefährdete Persönlichkeit hat.

Hohe Belastung und geringer Eigeneinfluss

Eine hohe Belastung ist die Wochenarbeitszeit. Wissenschaftliche Untersuchungen haben einen annähernd linearen Zusammenhang zwischen ihr und dem Burnout-Risiko bewiesen: Das Risiko verdoppelt sich bei ansonsten unveränderten Außenbedingungen bei 65 Wochenarbeitsstunden im Vergleich zu 40 Stunden. Dass die durchschnittliche Wochenarbeitszeit eines Vertragsarztes 68,5 Stunden beträgt, sei in diesem Zusammenhang in Erinnerung gerufen. Eine bestimmte Grundkonstellation macht dem Arzt besonders zu schaffen: „High demand, low influence“

oder: Je höher die berufliche Belastung steigt, umso mehr Eigeneinfluss muss fühlbar sein, um kein Burnout zu bekommen. Die Situation heute in Zeiten von überbordenden Kontrollmechanismen und externen Vorgaben ist genau anders. Der einzelne Arzt spürt seinen stetig geringer werdenden Eigeneinfluss bei immer stärker anwachsender Belastung – eine bedrohliche Kombination; sie entfernt den Arztberuf von einer Sinngebenden Lebensaufgabe.

Eine Lebensaufgabe erfüllt. Die Erfüllung steht mit der Höhe des Eigeneinflusses in direkter Verbindung. Deshalb ist von Bedeutung, wer im Gesundheitswesen was bestimmt.

Die Bestandsaufnahme sieht für die Ärzte düster aus:

Ökonomen haben sich der Krankenhäuser und des Gesundheitssystems bemächtigt. Sie sorgen für beschleunigte Zeittakte und damit für noch mehr Stress. Sie sind der Meinung, die Dyade Arzt-Patient standardisieren zu können. Damit werden sie übergriffig und sie fördern das massive Fremdbestimmungsgefühl der Ärzte.

Maßnahmen, die offiziell der Qualitätssicherung dienen (das DRG-System ist nur ein Beispiel) verursachen auch etwas ganz anderes: Sie sind Bevormundung und Kontrolle derjenigen, welche die Verantwortung tragen und das Wissen haben, verbürdet als patientenorientierte Maßnahmen mit der Wirkung massiver Fremdbestimmung über die Ärzte. Sie missachten die Individualität des Patienten, des Arztes und der Beziehung beider zueinander. Sie gehören zu den stärksten, Burnout-fördernden Maßnahmen überhaupt. In den USA gibt es entsprechende Konstruktionen schon länger: Innerhalb von nur vier Jahren nahmen daraufhin die ärztlichen Berufsunfähigkeitsmeldungen um 35 % zu.

Abnehmende gesellschaftliche Anerkennung

Im Arztberuf gibt es nicht unbedingt sichtbare Erfolge. Als Gegengewicht ist eine hohe öffentliche Anerkennung notwendig. Diese fehlt aber. Titel wie „Sinnlos unterm Messer“, „Vorsicht, Patienten-Falle“ oder „Das

„Ärztelassessbuch“ stehen pathognomonisch für unzählige entsprechende Arztstatusfresser-Attacken. In letztgenanntem Buch können Sie Seite für Seite nachlesen, wie sich Burnout bei Ärzten im beruflichen Alltag auswirkt; leider „vergisst“ der Autor, die grundlegende Diagnose zu erwähnen. Die Auswirkungen solcher Meinungsmache sind immer dieselben: Die Demontage des öffentlichen Arztbildes bewirkt das, was vorgegeben wird, verhindern zu wollen: Ein langsam, aber stetig schlechter werdendes Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten. Denn alle die Ärzte schwächenden Angriffe berühren mittelbar, aber intensiv die Belange und das Wohl der Patienten.

Mangelhafte berufliche Lebensqualität

Die berufliche Lebensqualität wird durch eine Vielzahl von Einflüssen stetig gemindert. Entscheidend trägt das direkte Umfeld des Arztes dazu bei. Burnout hat bei angestellten oder beamteten Ärzten auch mit deren Hierarchieposition zu tun: Je höher in der Hierarchie, desto seltener tritt Burnout auf. Burnout bei Chefärzten ist bisher praktisch nicht beschrieben. Das liegt an verschiedenen Faktoren, so an der mit der Hierarchiehöhe zunehmenden narzisstischen Befriedigung, an der zunehmenden Autonomie (dem zunehmenden Eigeneinfluss) und den abnehmenden Patientenkontakten.

Unzureichende Honorierung

Wohin versuchen sich die Ärzte zu retten? Dahin, wo das Geld lockt. IGeLn und anderen Tieren sei dank. Ein Preis für IGeL ist auf Dauer das abnehmende Ansehen, der abnehmende Status der Ärzteschaft. Der Preis ist also hoch, vielleicht zu hoch. Das Arztsein als Berufung und intime Handlung am Menschen verbinden zu lernen mit Patienten, die als Konsumenten auftreten, ist sehr schwer, vermutlich ist es sogar unmöglich. Die auf Dauer wirkungsvollere und erfüllende Alternative ist, sich zu dem zu bekennen, was das Arztsein und die Arztberufung ausmachen. Das kann in der Praxis nur funktionieren, wenn die Honorierung für

ärztlich notwendige Leistungen auf ein adäquat hohes Niveau angehoben wird.

Wer heute vom Patienten einen konkreten Geldbetrag für eine konkret definierte, nicht wirklich notwendige (und damit nicht unbedingt sinnvolle) ärztliche Leistung verlangt, wird folgerichtig zu einem Anbieter, wodurch die Gefahr wächst, Gesundheit mit einer Ware zu verwechseln.

Sogenannte Gesundheitsleistungen kamen ab dem Zeitpunkt in Mode, als die materielle und immaterielle Bezahlung für Ärzte in eine kritische Schieflage geriet. Dazu konnte es auch kommen, weil ein grundsätzlich falsches Paradigma existiert, das in etwa so lautet: „Soziale Dienstleistungen sind mit dem Dank des Nehmenden oder der Gesellschaft bereits ausreichend entlohnt und können deshalb finanziell entsprechend gering bezahlt werden.“ Diese Idee geht an der Realität vorbei.

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist asymmetrisch und sie ist persönlich, nicht solidarisch – übrigens im Gegensatz zu ihrer Finanzierung. Es handelt sich um eine Beziehung, die immer ein Ungleichgewicht schafft – zwischen dem Wissen und den Fähigkeiten des Arztes einerseits und dem Unwissen und Bedarf des Patienten andererseits. Das Ungleichgewicht im Geben und Nehmen verlangt nach Ausgleich. Dafür muss der Patient sorgen. Die Ausgleichshöhe muss sich danach richten, was vorher gegeben wurde: Absolut hochwertige Hilfsleistungen – oftmals lebensverbessernd oder lebensrettend – auf der Basis eines langen akademischen Studiums, einer langjährigen, fordernden Weiterbildung und hoher Investitionen.

Es fehlt offenbar ein korrektes Gespür der Gesellschaft dafür, was etwas wert ist. Denn es mangelt an einer ausreichenden materiellen und immateriellen Honorierung für den höchst verantwortungsvollen, gesellschaftlich lebensnotwendigen und persönlich belastenden Beruf. Damit sich das ändern kann, müssen Ärzte anfangen, die gesellschaftspolitische Kraft, die sie haben, auch zu nehmen und dann zu nutzen. Noch immer bevorzugen sie – nach einigen

Wochen des Streiks beispielsweise – eine zu wenig aktive Rolle. Es braucht eine inhaltlich und formal anders, machtbewusst auftretende Ärzteschaft, die sich von politischem Druck der Art von „Aber Sie üben doch einen sozialen Beruf aus“ nicht mehr irritieren und lähmen lässt.

Auch das würde eine andere Entwicklung stoppen: Das Berufsansehen der Ärzte in Deutschland nimmt seit 40 Jahren stetig ab. Gewiss, es ist noch immer an erster Stelle – aber wie lange noch?

Ärztliche Ausbildung

Inzwischen brechen 8 % aller Medizinstudenten das Studium ab und 30 % treten nach dem Studium keine patientenorientierte Stelle oder Weiterbildung an. Mehr als ein Drittel aller Medizinstudenten stehen also nie für die Patientenversorgung zur Verfügung. Hinzu kommen die Ärzte, die während der Facharztausbildung abspringen, ins Ausland gehen oder wegen Burnout und anderer Erkrankungen den Beruf aufgeben.

Burnout-Prävention für Ärzte sollte mit dem ersten Tag der Ausbildung anfangen. Das ist deshalb so notwendig, weil Humanmedizinstudenten eine nachgewiesenermaßen schlechtere physische und psychische Ausgangssituation haben als der Durchschnitt der Studierenden. Diese Tatsache verlangt nach besonders mitmenschlichen Konditionen im Studium und später. Sie verlangt auch ganz andere, die Persönlichkeit stützende und fördernde Inhalte vom Beginn des Studiums an.

Das Studium beginnt jedoch mit viel Totem, mit Leichen und Theorie. Es ist teilsystemisch und nicht ganzheitlich und sehr naturwissenschaftlich. Es braucht logisch-mathematische Intelligenz und verlängert insofern die übliche Schulausbildung. Wie soll es Menschen ausbilden, die nicht nur Körper behandeln können, sondern die dem kranken Menschen als einem Seelen- und Geisteswesen begegnen können, der einen Körper hat, aber nicht ein Körper ist?

In der heutigen Realität erfolgt die Arztausbildung nach Grundsätzen des 19. Jahrhunderts, angelehnt an die Preußische Militärakademie. Sozi-

ales Engagement, einfühlsames, patientenzentriertes Verhalten und Kreativität stehen nicht auf dem Lehrplan. Auf die Weitergabe einer übergreifenden geistigen Verbindung wird verzichtet; auf die Vermittlung der seelischen Gegebenheiten weitgehend. Dadurch können die Detailkenntnisse in ihrem Stellenwert nicht erkannt werden. Es führt zur Fragmentierung und Analyse statt zur Synthese. Folgerichtig doktort sich der Arzt weiter durch, bis ihm sein Tun als sinnlos erscheint.

Neben inhaltlich-fachlichen Überfrachtungen einerseits und fehlenden, die Persönlichkeit fördernden Inhalten andererseits besteht eine weit wirkende Fehleinschätzung beim Aufbau des Medizinstudiums: Es wird davon ausgegangen, der Mensch brauche die Theorie als Grundlage, um die Praxis zu verstehen. Wenn die Menschheit so vorgegangen wäre, würde heute keine Pyramide stehen und das Rad wäre noch immer nicht erfunden. Umgekehrt passt es: Von der praktischen Erfahrung, natürlich unter stetiger Betreuung wirklich Erfahrener auf das zugrundeliegende Große und Ganze schließen lernen. Dann würde die Theorie als nachrangige Notwendigkeit lebendiger wirken, sie könnte wirkungsvoller und kompakter vermittelt werden.

Prävention

Die zukünftigen Ärzte brauchen die Kenntnisse von nichtmedizinischen, aber mitmenschlichen und systemimmanenten Inhalten anstelle unendlichen Fachdetails. Das meint unter anderem ein Basiswissen in Betriebswirtschaft, Fortgeschrittenenfähigkeiten in Kommunikation und Zeitmanagement sowie in Konfliktmanagement. Fähigkeiten in ärztlicher Führung und Wissen um standes- und gesellschaftspolitische Fragen sind ebenso notwendig wie weitgehende Fähigkeiten der Selbstwahrnehmung. Die daraus gewonnene persönliche Kraft verhinderte den Praxisschock und Burnout in späteren Phasen der ärztlichen Tätigkeit. Sie ermöglichte ein menschlich und persönlich kraftvolles Auftreten im Arztberuf und der Ärzteschaft im Großen. Sicher ist

ausreichende fachliche Fortbildung des Arztes ein Recht des Patienten. Aber persönliche Entwicklung des Arztes ist ein ebenso großes Grundrecht des Patienten. Nach wie vor wird übersehen, dass wesentliche Wirkungen eines Arztes nicht nur mit seinem Fachwissen zu tun haben, sondern mit dem Charisma seiner Persönlichkeit. Damit Ärzte ihren Beruf als Lebensaufgabe empfinden, müssen wesentliche Veränderungen bereits im Studium ergriffen werden. Burnout-Prävention ist ebenso dringend notwendig für bereits berufstätige Ärzte. Es gibt wissenschaftliche Studien aus den USA, welche die finanziellen Auswirkungen effektiver Burnout-Prävention untersuchen: Kliniken erwirtschaften zwischen 1,80 Dollar und 6,15 Dollar je investiertem Dollar. Auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten gehören entsprechende Maßnahmen im großen Stil etabliert. In anderen Ländern gibt es sie längst. In Deutschland ist fehlen entsprechende Angebote bisher.

Arztsein als erfüllende Lebensaufgabe

Ein Arzt hilft. Helfen ist notwendig, damit es zur Heilung kommen kann. So wie Gesundheit an sich kann auch Heilen keine Ware sein, da beide in letzter Konsequenz ganz anderen Einflüssen unterliegen, als sie ein Mensch bieten kann.

Heilung bedeutet nicht immer die restitutio ad integrum. Heilung ist vor allen Dingen ein Fortschreiten des Menschen und seines Wesens, um Gesundheit und Entwicklung auf einer höheren Ebene zu erringen.

Ein Arzt, der seinen Beruf als Lebensaufgabe ausfüllt, regt damit Heilung an. Es ist sein Bestes, Heilung zu vermitteln; das ist seine Berufung.

Durch den Arzt geschieht Heilung, und hoffentlich auch ein wenig in ihm. Wenn ihm nicht gelingt, das zu nehmen, was die Berufung ihm schenkt, brennt er aus.

Tatsache ist, dass sich Ärzte und andere nicht unbedingt klarmachen, dass ihr Helfen machbar und bezahlbar ist, aber die dann hoffentlich geschehende Heilung nicht „gemacht“ werden kann. Was nicht „gemacht“ werden kann, also außerhalb der

eigenen Verantwortung liegt, kann auch nicht bezahlt und vom Patienten nicht verlangt werden. Heilung ist nicht machbar, Heilung geschieht. Helfen ist käuflich, es ist als irdische Handlung eine Dienstleistung wie andere Dienstleistungen auch. Für seine Tätigkeit hat ein Arzt jedes Recht, eine hohe Bezahlung zu erwarten, zu verlangen und zu bekommen. Davon sind die Ärzte aber weit entfernt.

Dennoch ist Geld nicht die Ebene, auf der er für das entlohnt wird, was das Wesentliche das Arzt-SEINS und der Heil-KUNST ist.

Rund und eins wird die Tätigkeit als Arzt erst dann, wenn er zugleich mit seinem Helfen seine Menschlichkeit, seine Spiritualität und andere Ebenen einsetzt.

Ärzte unterscheiden sich fundamental von anderen Berufen dadurch, dass mit ihrer Tätigkeit – menschheitsgeschichtlich begründet – andere, nichtmaterielle Ebenen berührt werden. Dafür wird dem Arzt seit jeher noch ein besonderer Dank zuteil: Ehre, Achtung, Respekt und vieles mehr, das sich letztlich summiert in der Tatsache, den Beruf mit dem höchsten Status auszuüben. Dieser Status beruht zu einem guten Teil gerade nicht auf den fachlichen Fähigkeiten des Arztes.

Solche symbolischen Gratifikationen werden vorrangig aus dem Unbewussten geschaffen. Mit der weiter voranschreitenden Verdrängung des Unbewussten aus unserem Alltagsleben vermindert sich die symbolische Anerkennung der Arbeit von Ärzten. Die langsame und stetige Abnahme des gesellschaftlichen Status des Arztes hängt mehr mit dem zunehmenden Abstand der Gesellschaft vom Glauben zusammen als mit Kunstfehlerprozessen oder Ärzthasserpublikationen. Die Dyade Arzt-Patient leidet immer stärker unter dem zunehmenden Materialismus der Gesellschaft. Die immaterielle Entlohnung des Arztes durch die Gesellschaft bricht weg. Jedoch ist das schlechte öffentliche Arztbild eine Hauptursache für die Unzufriedenheit der Ärzte und eine Basis für deren Burnout. IGeL und Ähnliches fördern mittelbar diese Entwicklung. Es wäre eine

große Tat der Ärzteschaft, sich dieser Ökonomisierung des Standes zu verweigern und zugleich die Macht, die sie hat, einzusetzen für adäquat hohe Honorare für ärztlich notwendige Leistungen.

Metaebene von Burnout

Burnout ist nicht nur eine Diagnose für den einzelnen Arzt, sondern auch Symptom für die Ärzteschaft.

- Es hat den Sinn, die Wertediskussion anders zu lenken: Menschliche Gesundheit – und Krankheit – sind nicht direkt ökonomisierbar.
- Die individuelle Behandlung eines Patienten vorzuschreiben, ist unethisch und sollte eingeschränkt werden.
- Eine Bezahlung, welche einen Drei-Minuten-Rhythmus erzwingt, muss dazu auffordern, ein vollkommen neues Honorierungssystem aufzubauen. Es könnte sich an adäquaten Stundensätzen orientieren statt sich mit einer unendlichen Aufschlüsselung in Einzelleistungen

um eine Gerechtigkeit zu bemühen, die nie erreicht werden kann. Das wäre zugleich ein Paukenschlag der weitgehenden Erlösung von Verwaltungsarbeit.

- Die Ärzteschaft hat sich der Herausforderung zu stellen, mittels wirkungsvoller, bundesweiter PR-Maßnahmen das öffentliche Arztbild zu verbessern
- Ärzte haben die verantwortungsvollste Position im Gesundheitswesen. Sie sind es, ohne die es definitiv nicht geht. Das verschafft ihnen große Macht, die sie erkennen müssen und nutzen sollten – zuerst für sich und damit für die Patienten. Sie müssen viel weiter gehen als bisher.

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Es darf nicht sein und es muss nicht sein, dass viel zu viele Ärzte in Deutschland unter Burnout leiden. Das Sein, die Tätigkeiten und Ihr Nutzen als Ärztin oder Arzt berechtigen Sie zur Zufriedenheit mit Ihrem Beruf.

Sie üben einen der wichtigsten Berufe aus, für den sich ein Mensch berufen fühlt. Er ist eine Lebensaufgabe und darf nicht zur Lebens-Aufgabe verkommen.

Er ist sinnvoll und wunderbar, eben auch eine Berufung.

Lassen Sie sich das nicht nehmen – kämpfen Sie dafür, mit all Ihrer Macht.

Der Wert der Arbeit am Menschen muss neu eingestuft werden, und zwar markant höher als bisher. Das sollte sich auch materiell auswirken, aber das ist nicht das wesentliche Ziel. Primär geht es nicht um eine materiellere Welt.

Liebe Zuhörerinnen und Zuhörer, es geht um eine menschlichere Welt.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Thomas M.H. Bergner
Hackerstraße 8 b, 82067 Ebenhausen
www.burnout-bei-aerzten.de
www.burnoutstiftung.de

Vortrag wurde anlässlich des 17. Sächsischen Ärztetages am 22. 6. 2007 in Dresden gehalten.