

Einführung

- 1.1 **Leistungsbalance in der Klinik – Eine Reiseroute mit verschiedenen Blickwinkeln – 2**
- 1.2 **Das Interview: »Ärzte vernachlässigen in ihrer speziellen beruflichen Situation oft sich selbst« – 3**

Als Leitender Arzt müssen Sie in einem stetig wachsenden Aufgabenbereich immer schneller und entschlossener handeln. In Ihrer Leitungsfunktion erwartet man von Ihnen weit über Ihre medizinische Expertise hinaus Methoden-, Sozial- und Managementkompetenzen und überfachliche Führungsqualifikationen wie Teamentwicklung und Konfliktmanagement (Hollmann 2010) – ein Aufgabenfeld, dessen Vielfalt oft innere Widersprüche birgt. Zugleich scheinen die Uhren schneller zu gehen, der gefühlte Zeitdruck zur Aufgabenbewältigung steigt. In der Literatur und in Studien findet das Thema Burnout bei Klinikärzten bereits große Beachtung. In diesem Buch finden Sie Hinweise auf aktuelle Erkenntnisse zur Burnout-Forschung in jedem Kapitel und in einer Übersicht im Anhang. Wegweisende Ansätze und Erkenntnisse aus Studien finden Sie in den Statements unserer Interviewpartner.

1.1 **Leistungsbalance in der Klinik – Eine Reiseroute mit verschiedenen Blickwinkeln**

Dieses Buch soll kein weiterer Beitrag zum allgemeinen Jammern über die Umstände werden. Unser Fokus liegt auf der Prävention – und unser Ziel ist es, Sie darin zu unterstützen, die Situationen realistisch einzuschätzen, Unterstützungen einzufordern, die oftmals nicht bekannt sind, und vor allem sich selbst wieder zum Gestalter der Geschehnisse zu machen. Wir möchten mit diesem Buch dazu beitragen, dass Sie als Arzt auch Arzt bleiben und nicht zum Patienten werden. Steuern Sie dem Burnout entgegen.

In ► Kap. 2 werden Sie zunächst einen Blickwinkel entdecken, der Ihnen womöglich in dieser Form bisher nicht in den Sinn gekommen ist: Als Leitender Arzt sind Sie ein wertvoller Leistungsträger für Ihre Klinik, ohne Ihre Expertise gäbe es die Organisationsform Klinik nicht. Was aber tut Ihre Klinik für Sie, damit Sie Ihre Leis-

tungskraft und Ihre Freude an Ihrem Beruf noch lange – auch zugunsten der Klinik – einbringen können? Die ökonomische Bedeutung gesunder Mitarbeiter für die Klinik als Unternehmen ist unbestritten. Rund 70% der Kosten eines Unternehmens sind Personalkosten. Dass Sie als Leitender Arzt mit Ihrer vollen Leistungsfähigkeit eine wertvolle Ressource für optimale Prozesse im Hause sind, steht außer Frage. Welche Maßnahmen der Verhältnisprävention hat die Klinikleitung in Ihrem Haus zugunsten Ihrer Gesundheit als ärztlicher Leistungsträger ergriffen? In diesem Kapitel stellen wir Ihnen Handlungsfelder vor, die in vielen Unternehmen anderer Branchen bereits fest etabliert sind. Mit diesem Wissen können Sie als Leitender Arzt Ihre Klinikleitung gezielt zum Handeln auffordern.

In ► Kap. 3 lenken Sie Ihren Blick auf Ihre individuelle Positionierung in der Klinik, auf Ihren Arbeitsstil und Ihr Umgehen mit Ihrer eigenen Gesundheit. Gehören Sie auch zu den Ärzten, die vom Empfinden getrieben sind, Leistung ad infinitum erbringen und stets präsent sein zu müssen?

Welchen Erwartungen stehen Sie in der Klinik gegenüber, seitens der Klinikleitung, Ihrer Kollegen und natürlich der Patienten? Und – vor allem – wie gehen Sie mit diesen Erwartungen um?

In ► Kap. 4 vertiefen Sie Ihre Introspektion. In welchem Maß folgen Sie festen Handlungsmustern? Haben Sie sich schon einmal der Frage gestellt, ob Sie in Ihrem beruflichen – und in Ihrem privaten – Leben und Erleben Alternativen zu Ihrer gegenwärtigen Gestaltung Ihrer Lebenssituation sehen? Wie gehen Sie mit belastenden Situationen um? Binden Sie unerfreuliche Ereignisse antizipativ in das eigene Planen und Handeln ein? Ihre Schaltkreise im Gehirn und die Neuroplastizität Ihres Hippocampus sind die besten Indikatoren für die Qualität Ihrer Lebensführung.

Darum begleiten wir Sie in diesem Kapitel dabei, Ihre Denk- und Handlungsmuster einer kritischen Würdigung zu unterziehen und auf

ihre Tauglichkeit zu überprüfen. In der ärztlichen Ausbildung und der Qualifizierung auf der Karriereleiter haben Sie im Regelfall nicht gelernt, sich mit wirksamer Selbstführung auseinanderzusetzen, den Blick auf die tieferen Schichten Ihrer Persönlichkeit zu richten und Ihre Grenze vor der Grenze zu erkennen.

In ► Kap. 5 finden Sie abschließend viele hilfreiche Checks zur Selbstüberprüfung und für erste konkrete Schritte Ihrerseits, um Ihre Freude an Ihrem Beruf wiederzuerlangen und Ihre Gestaltungskraft einzubringen. In den Interviews, die wir mit namhaften Wissenschaftlern und Forschern geführt haben, entdecken Sie weitere wertvolle Inspirationen.

Dieses Buch ist weniger eine Zustandsbeschreibung deutscher Kliniken und ihrer Leitenden Ärzte, sondern eher eine Reiseroute. Wir begleiten Sie auf der Reise durch diese Kapitel – von der präzisen Diagnose Ihres Arbeitsumfeldes und Ihrer individuellen Positionierung über die Auseinandersetzung mit medizinisch-wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen zum Phänomen Stress bis hin zu Strategien für eine wirksame Selbstführung. Wir haben dieses Buch bewusst so gestaltet, dass Sie sich Schwerpunkte herausuchen können, die Ihre individuelle Fragestellung besonders berühren. Vielleicht sind Sie vornehmlich an wissenschaftlichen Erkenntnissen zu neurokognitiven Prozessen interessiert? Vielleicht haben Sie als Leitender Arzt das Empfinden, generell die Dinge gut steuern zu können, wünschen sich aber Hinweise für eine Optimierung Ihrer persönlichen Rhythmen im Abgleich mit den Klinikerfordernissen? Vielleicht spüren Sie, dass sich grundlegend etwas ändern muss, sehen aber aktuell keine Handlungsspielräume? Wir wissen nicht, was Ihre Motivation ist, dieses Buch in die Hand zu nehmen; wir legen unser Augenmerk darauf, Ihnen konkrete Handlungsfelder aufzuzeigen für eine noch lange währende Freude an Ihrer Aufgabe als ärztliche Führungskraft. Selbstverständlich ist dieses Buch auch ein Kompendium für dieje-

nigen unter Ihnen, die Patienten mit der Problematik des Ausgebranntseins haben oder die dies bei Kollegen beobachten.

Was hat uns als Autoren bewegt, dieses Buch zu schreiben und was befähigt uns dazu? Als Chefarztin und als Berater und Coach für Leitende Ärzte sehen wir die die Kraftquelle für Ihre verantwortungsvolle Position in einer großen Achtsamkeit sich selbst gegenüber.

Als Ärztin setze ich mich vertiefend zu meiner Disziplin mit Hirnforschung und Bewusstseinsprozessen auseinander. Aktuell leite ich gemeinsam mit Professor Nadja Schott eine Studie zur Wirksamkeit von Sport und Meditation auf die Stressresilience von Führungskräften. Die Studie wird Ende 2012 abgeschlossen sein. Erste Zwischenergebnisse lassen bereits den Schluss zu, dass Sport und Meditation wirksam das Stressniveau senken. Nach der Publikation, voraussichtlich 2013, können Sie die Studie bei der Autorin erhalten.

Als Gründer und Leiter des Unternehmens medplus-kompetenz® setze ich in meinen Beratungen und Trainings den Fokus auf gelungene Führung und wirksame Selbstführung. Mit diesem Buch möchten wir Sie ermutigen, Ihre Potenziale zu entdecken und zu stärken, die Ihnen die Freude an Ihrem Beruf erhalten und Ihnen eine große Gelassenheit auch in herausfordernden Situationen ermöglichen.

1.2 Das Interview: »Ärzte vernachlässigen in ihrer speziellen beruflichen Situation oft sich selbst«

Dr. med. Joachim Galuska (Heiligenfeldkliniken) im Gespräch mit Jens Hollmann

♦ Herr Dr. Galuska, die Heiligenfeld-Kliniken sind ein wichtiger Anbieter therapeutischer Interventionen für Ärzte mit psychischen Erkrankungen. Wie sieht dieses therapeutische Programm aus?

→ Wir unterbreiten für eine Reihe von relevanten Berufsgruppen, etwa Führungskräfte und Lehrer, spezielle Angebote, auch für Ärzte. Ein Teil unserer Angebote richtet sich an alle gemeinsam, eine spezielle Psychotherapiegruppe ist ausschließlich für Ärzte konzipiert. Die berufliche Identität ist in dieser Gruppe ein sehr wichtiger Punkt, es geht darum, dass Ärzte sich hier um ihre Belange kümmern.

♦ Unterscheidet sich dieses Programm von den therapeutischen Interventionen für nichtärztliche Patienten und, wenn ja, worin?

→ Ich möchte es andersherum formulieren. Ärzte sind in einer besonderen Situation, ich sehe hier die Scham, sich einzugestehen, psychische Probleme zu haben, an den eigenen Ansprüchen gescheitert zu sein. Ärzte brauchen eine Würdigung ihrer speziellen beruflichen Situation, für andere da zu sein. In dieser Situation vernachlässigen sie oft sich selbst, sie neigen dazu, sich selbst zu übergehen, sie gehen über die eigenen Grenzen hinaus. Das kann zum Burnout führen.

» Wir haben gesellschaftlich gesehen das Problem der Verleugnung von psychischen Störungen.«

♦ Nehmen sie einen Unterschied in der Krankheitsbewältigung zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Patienten wahr?

→ Es ist mir wichtig, hier einmal ganz deutlich zu machen, dass Burnout keine Erkrankung ist, sondern ein Prozess, der zur Erkrankung führt. Die Erkrankung kann sich in Dekompensationsmustern darstellen wie Depression, Sucht, Angststörung oder psychosomatischen Beschwerden. Die Patienten haben den Kontakt zur eigenen Selbstregulation verloren, die Signale in sich selbst werden nicht mehr beachtet. Dass gesellschaftlich gesehen Burnout so im Vordergrund steht, ist ein Teil des Problems. Ich kann

mir eher eingestehen, dass ich Burnout habe, als dass ich psychisch krank bin. Burnout bedeutet, ich habe viel gearbeitet, ich bin sehr identifiziert mit meinem Beruf, ich habe mich für Menschen, für das Unternehmen, für die Gesellschaft aufgeopfert, deswegen bin ich jetzt ausgebrannt, ich habe das Recht ausgebrannt zu sein. Allein diese Betrachtungsweise ist eine Abwehr des Geschehens, sich selbst vernachlässigt zu haben, vielleicht die eigenen Seele noch nie gespürt und gewürdigt zu haben.

♦ Wie stellt sich das gesellschaftliche Problem Burnout in der Medizin dar?

→ Wir haben gesellschaftlich gesehen das Problem der Verleugnung von psychischen Störungen. Nur die Hälfte der psychischen Erkrankungen wird von Ärzten als solche diagnostiziert. Warum tun die Ärzte das? Warum übersehen sie die psychischen Störungen? Gerade wenn Ärzte selbst in der Problematik stecken, werden psychische Störungen schnell abgewehrt, die Ärzte sehen lieber die somatischen Erkrankungen als Leiden der Seele, eben auch der eigenen Seele. Wenn Ärzte ein Leiden der Seele diagnostizieren, dann müssten sie auch die eigene Gestörttheit diagnostizieren. Dann müssten Ärzte sich fragen, was ist mit mir los? An meinem Arbeitsplatz? In meiner Familie? Wie stehe ich im Leben? Sie könnten dann merken, dass sie nicht so stabil und gesund im Leben stehen, wie sie gedacht haben.

♦ In Ihrem Behandlungskonzept spielt Spiritualität eine wichtige Rolle. Wie gehen Ärzte damit um, die von ihrem Denken eher auf Validierbarkeit, Evaluierbarkeit und Golden Standards ausgerichtet sind?

→ Die spirituelle Dimension ist in unserem Behandlungskonzept eine Komponente. Alle Bestandteile im Behandlungskonzept greifen ineinander. Dass es beispielsweise spezielle Psycho-

therapiegruppen nur für Ärzte als Patienten gibt, ist ein Bestandteil des Konzepts. Die spirituellen Elemente, wie Achtsamkeitsübungen, Momente der Stille, des Innehaltens, wie Konzentrations-techniken, auch wie Andacht, Gebet und Meditation auf Transzendentes hin berühren die Patienten genauso wie die Bewegungstherapie, die im körperlichen Erleben Empfindungen hervorrufen kann, die so bisher nicht zugänglich waren. Der spirituelle Teil des Behandlungskonzepts ist in positivem Sinne eine Komponente, ohne aufdringlich zu sein. Das wird auch so wahrgenommen. Das Spirituelle ist in weitestem Sinne der individuelle Bezug zu dem, was mich überschreitet: Wer bin ich? Was ist der Sinn meines Seins? Wo ist mein Platz im Gefüge des Kosmos? Die spirituellen Elemente helfen, hier den Zugang zu finden.

» Heute verbraucht die Arbeit in der Klinik mehr Energie als die Ärzte zurückbekommen. «

♦ Ist es ein besonderes Therapeut-Patient-Verhältnis, wenn Ärzte Ärzte behandeln?

→ Ärzte im Patientenstatus prüfen sehr genau die Kompetenz der sie behandelnden Ärzte, deren Stärke, den ärztlichen Patienten auszuhalten. Die Frage »Ist der überhaupt berechtigt, mich zu behandeln?« stellen andere Patienten zwar auch und das ist auch richtig so. Ärzte aber sind als Patienten besonders kritisch und anspruchsvoll. Dieses sehr Anspruchsvolle ist aber auch Ausdruck der Störung, sich selbst zu übersehen, sich selbst vernachlässigt zu haben, die Frage nicht gestellt zu haben, warum lebe ich so? Es ist wichtig, die Biographie der ärztlichen Patienten zu würdigen, vor allem aber ist wichtig herauszufinden, warum haben die ärztlichen Patienten dieses Muster der Selbstvernachlässigung.

♦ Wie weit sind die Probleme bei Ärzten den schwierigen Bedingungen in Kliniken geschuldet? Wirtschaftliche Rahmenbedingungen, DRG, kurze Liegezeiten, wird das wahrgenommen?

→ Wir haben in Heiligenfeld vor allem Ärzte aus Kliniken, in leitender Funktion und Assistenzärzte. Wenn ich meine eigene Ärztebiographie betrachte, hat sich in der Gesamtsumme die Belastung nicht verändert, die Menge der Arbeit ist gleich geblieben, auch früher sind Klinikärzte spät nach Hause gekommen oder waren auch am Wochenende in der Klinik, obwohl sie nicht Bereitschaft hatten. Früher war der Arbeitsinhalt aber viel stärker auf Patienten bezogen als heute. Heute haben arztfremde Tätigkeiten sehr zugenommen, die Bürokratie spielt eine viel größere Rolle, die Identifikation mit der Arbeit sinkt, auch durch den ökonomischen Druck. Es kommt zu einer Entfremdung. Früher haben Ärzte Energie aus ihrer Arbeit mit Patienten gezogen, weil sie etwas zurückbekommen haben: Dankbarkeit. Ärzte spürten ihre Wirksamkeit, deswegen konnten sie auch lange weit über ihre Kräfte arbeiten. Heute verbraucht die Arbeit mehr Energie als die Ärzte zurückbekommen. Die Bedingungen behindern eher das Arzt-Patienten-Verhältnis. Es fließt zu viel Kraft in Dinge, die nichts mehr mit dem ärztlichen Kernauftrag zu tun haben. Das ist eine Systemfrage, eine Frage der vernünftigen Mischung der Dinge, die ein Arzt in der Klinik tut.

♦ Ihre Klinik ist im Bundeswettbewerb »Bester Arbeitgeber im Gesundheitswesen« mit dem Gütesiegel »great-place-to-work« ausgezeichnet worden. Was ist bei Ihnen anders als in anderen Kliniken?

→ Im Rahmen dieses Wettbewerbs erreicht man als Klinik nur einen guten Platz, wenn Unternehmenskultur und Arbeitsplatzqualität gut sind. Das ist ein grundsätzliches Problem im Gesundheitssystem. Die Unternehmenskultur in Kliniken ist im Vergleich mit guten Unternehmen in anderen Branchen gesellschaftlich weit hinterher. Pflegeeinrichtungen haben da schon eine bessere Arbeitsplatzqualität. Ob Personalentwicklungsprogramme oder Partizipation von

Mitarbeitern, das alles wird heute erst langsam in Kliniken angegangen.

» Sich in der Komplexität zu bewegen, das ist dem Arzt nicht in die Wiege gelegt. «

♦ Der Reifegrad der Unternehmenskultur in vielen Kliniken ist auf dem Niveau der 70er Jahre verglichen mit anderen Branchen. Was man beispielsweise in anderen Wirtschaftsbereichen schon in den 70er und 80er Jahren begonnen hat, setzt heute mit 20 bis 30 Jahren Verspätung erst in den Kliniken ein. Wir haben hier einen enormen zeitlichen Verzug der Themenfelder und der Entwicklungen.

→ Auf der einen Seite wirken gesellschaftliche Prozesse in Gestalt einer großen Informationsfülle, in Geschwindigkeit und Tempo der Entwicklungen auf die Kliniken genauso ein wie auf Unternehmen anderer Branchen, auf der anderen Seite herrschen in Kliniken noch vollkommen veraltete Strukturen. Die Instrumente, um den gesellschaftlichen Prozessen angemessen zu begegnen, gibt es bisher in Kliniken nur sehr ansatzweise, Weiterbildungen werden rein fachlich ausgerichtet, es herrscht eine Dysbalance. In der klassischen Organmedizin sind Teamprozessbildungen und Supervisionen noch weitgehend unbekannt, nur in psychosomatischen Kliniken haben solche Themen schon Einzug gehalten.

♦ Es ist deutlich geworden, dass viele strukturelle Komponenten zur Dekompensation von Ärzten beitragen, daher auch in diesem Zusammenhang die Frage: Wie sieht es mit der Rückfallquote der ärztlichen Patienten aus: Erfahren Sie vom weiteren Verlauf des Genesungsprozesses auch im postklinischen Stadium, wenn die Ärzte wieder in ihrer Klinik arbeiten?

→ Wir eruieren den Behandlungserfolg durch den Vergleich zwischen Beginn und Ende der Behandlung, nach ein und drei Jahren versen-

den wir Katamnesefragebögen. Wir unterstützen regionale Selbsthilfegruppen, richten mehrere Veranstaltungen im Jahr hier im Hause aus, an denen frühere Patienten teilnehmen können, wir versenden Newsletter. Die Patienten können immer mit uns in Kontakt bleiben, um den Transfer Klinik–Arbeitswelt zu meistern.

♦ Es stellt sich nun die Frage: Wie kann es gelingen, dass Ärzte ihre Grenze vor der Grenze rechtzeitig erkennen, dass sie gar nicht in den Prozess des Burnout kommen?

→ Das ist eine sehr komplexe Fragestellung und es erfordert ein Gespräch in unserer Gesellschaft, über unser Zusammenleben in dieser Gesellschaft. Was ist ein gesundes Leben in dieser Gesellschaft? Was ist eine gesunde Gesellschaft? Es gibt hier zwei große Aspekte, die dazu führen, dass Belastungen nicht mehr hinreichend kompensiert werden (Dekompensation): Dies sind zum einen eine mangelnde Selbstführungs- oder auch Selbststeuerungsfähigkeit und zum anderen der Verlust sozialer Bindungen. Es geht um die Schwierigkeit, Antworten zu finden auf Fragen wie diese: »Wie können wir uns angesichts einer wachsenden Komplexität selbst steuern und regulieren, wie kann es uns gelingen, stützende, tragende und ehrliche Bindungen aufzubauen?« Jeder Arzt sollte sich in seinen ersten Berufsjahren eine Supervision, ein Coaching suchen, um in diesen Beruf hineinzukommen, um gute Haltungen zu entwickeln. Sich in der Komplexität zu bewegen, das ist ihm nicht in die Wiege gelegt. Sonst läuft er Gefahr, auf Dauer in der Defensive zu sein. Ein Klassiker für Kompensation ist hier »Work-Life-Balance«, das ist aber nur eine Komponente der Selbstführung, hier gehören auch gute soziale Bindungen hinein, eine Familie, die auch ein Ohr hat, wenn es um Probleme geht. Besonders Ärzte kommen immer wieder in existenzielle Grenzsituationen, sie treffen auf Patienten in existenziell schwierigen Situationen, sie erleben das Sterben von Pa-

tienten, das geht ihnen nicht an der Seele vorbei, das macht etwas mit ihnen. Ärzte können dabei eine berufliche Traumatisierung entwickeln, das wird übersehen in der Medizin. Manche haben eine glückliche Kindheit und gefestigte Persönlichkeitsstrukturen, um damit umzugehen, das ist aber die Minderheit. Im Regelfall aber braucht es Methodiken, um diese Erfahrungen zu integrieren und mit der Komplexität umgehen zu können.

» Wer nach dem Burnout wieder zurückfindet ins Leben, ist nachdenklicher, besonnener, eigentlich ein besserer Arzt als zuvor. «

♦ Die medizinische Diskussion zum Thema Burnout bewegt sich aktuell im Rahmen der ICD10-Klassifizierung und leitliniengerechter Burnout-Behandlung, was ist wissenschaftlich erforderlich?

→ Leitlinien sind das Ergebnis eines Konsensbildungsprozesses, bisher ist keine allgemein akzeptable Leitlinie zum Burnout bekannt. Wenn wir Burnout als Prozess betrachten, dann muss die Frage lauten, welche Intervention ist richtig für welchen Punkt? Menschen erkennen Burnout oft erst dann, wenn sie bereits dekompenziert sind, wenn sie den Kontakt zu sich selbst verloren haben. Spannung und Reizbarkeit sind bereits Vorphasen aber noch nicht die Endphase der vollkommenen Erschöpfung. Hier gibt es aber noch keinen Konsens, wie solche Phasen definiert werden. Wir sehen hier in der Klinik die Menschen erst dann, wenn sie vollständig dekompenziert sind. Eines aber gilt in jedem Fall. In dieser Phase müssen Menschen aus dem Stressfeld raus, hier kann ein ambulantes Setting nicht mehr zur Stabilisierung beitragen. Hier braucht es ein stützendes, ein nachnährendes Umfeld, in dem die Patienten klären können, wie sie in diese Situation gelangt sind. Solange sie in der Mühle drin sind, kommt es zur Überabwehr, zur Verleugnung, sie sind zu weit von sich selbst

entfernt. Zu früheren Zeiten, vor der Dekompensation, sind andere Interventionen sinnvoll. Hier muss ein Phasenmodell entwickelt werden, ich weiß nicht, ob das der Fachwelt wissenschaftlich gelingen wird.

♦ Gibt es auch positive Aspekte am Burnout?

→ Ein Gedanke ist hier noch wichtig, es ist der Klassiker »Krise als Chance«. Wenn Ärzte in die Klinik kommen, weil sie ihre Seele nicht beachtet haben und in den Dekompensationsprozess geraten sind, haben sie hier in der Klinik die enorme Chance, ihr Leben wiederzufinden, es auf eine neue Plattform zu stellen. Sie können hier eine menschlichere Haltung zu ihrem Beruf finden, als sie sie vorher hatten. Viele Ärzte sind auch Macher, die sich selbst sehr viel abverlangen, die aber auch anderen gegenüber rücksichtslos sein können. Wer dann wieder zurückfindet ins Leben, ist nachdenklicher, besonnener, eigentlich ein besserer Arzt als zuvor.

Leistungsbalance für Leitende Ärzte
Selbstmanagement, Stress-Kontrolle, Resilienz im
Krankenhaus

Hollmann, J.; Geissler, A.

2013, XII, 103 S. 21 Abb., Hardcover

ISBN: 978-3-642-29333-7