

ZUM THEMA

Ressourcen und Belastungen in der Transplantationsmedizin

Interview mit dem Psychiater und Jesuiten Prof. Dr. Eckhard Frick
und dem Intensivmediziner Dr. Andreas Schießl

In den vergangenen Jahren rücken Belastungen im ärztlichen Arbeitsalltag immer wieder in den Fokus innerärztlicher und öffentlicher Diskussionen. Viele Ärztinnen und Ärzte klagen über eine schlechte Work-Life-Balance und über Belastungsfolgenstörungen bis hin zu Burnout. Im Jahr 2013 wurde in München der Verein PSU-Akut gegründet, der eine kollegiale, psychosoziale Unterstützung für Akutmediziner etablieren möchte, die bei ihrer Tätigkeit besonders starken Belastungen ausgesetzt sind (siehe MÄA 26/13 und 22/14). Im vergangenen Herbst veröffentlichte der Marburger Bund die Ergebnisse einer Studie zur Arbeitsbelastung bei bayerischen Klinikärzten (siehe MÄA 22/14). Und jüngst wurde am Klinikum der LMU eine Studie durchgeführt, die sich u. a. mit Belastungsfaktoren und möglichen Ressourcen in der Transplantationsmedizin befasst. Die Ergebnisse dieser Studie, die die Professur für Spiritual Care an der LMU und die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) gemeinsam durchgeführt haben, werden am 18. März um 18.00 Uhr im Seminarzentrum des ÄKBV München vorgestellt. Die MÄA sprachen mit dem Studienleiter Prof. Dr. Eckhard Frick und dem Gründer des Vereins PSU-Akut e.V., Dr. Andreas Schießl.

MÄA: Herr Professor Frick, in Ihrer Studie haben Sie spirituelle und psychosoziale Faktoren in der Transplantationsmedizin untersucht. Was war die genaue Ausgangsfrage?

Frick: Das Thema Organspende wird in der Öffentlichkeit sehr kontrovers diskutiert. Trotz einer klaren medizinischen Situation und obwohl wir eine klare Definition haben, wie der Tod eines Spenders festgestellt werden muss, geht die Spendebereitschaft zurück. Es gibt keinen gesellschaftlichen Konsens in diesem Bereich. Die Professur für Spiritual Care hat sich sehr für dieses Thema interessiert, weil wir der Überzeugung sind, dass sich viele Haltungen, Befürchtungen, Werte und Einstellungen, die nicht reflektiert werden, auf Transplantation auswirken. Das gilt sowohl für Spender und Angehörige, als auch für Pflege und Medizin.

MÄA: Inwiefern hat diese Fragestellung mit Belastungen und Ressourcen der Mitarbeiter zu tun?

Frick: Im Bereich der Transplantationsmedizin gibt es einzelne Personen, die in der Lage sein müssen, fachlich und menschlich einen Hirntoten zu pflegen. Also auch dann noch für ihn da zu sein, wenn der Tod festgestellt worden ist. Das ist eine ganz besondere Situation, die sich Menschen, die diesen Bereich nicht kennen, überhaupt nicht vorstellen können. Wir wollten wissen, was die Belastungsfaktoren sind, auf welche möglichen Ressourcen die Mitarbeiter bei der Bewältigung dieser Belastung zurückgreifen können



Prof. Dr. Eckhard Frick ist Jesuit, Psychiater, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Lehranalytiker des C.G. Jung-Instituts München. Er lehrt Spiritual Care im Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) und Anthropologie an der Hochschule für Philosophie der Jesuiten. Dr. Andreas Schießl ist Anästhesieoberarzt in München, langjähriger Notarzt, Intensivmediziner und Delegierter des ÄKBV. Seit 2013 ist er Geschäftsführender Arzt des gemeinnützigen Vereins PSU-Akut e.V., der aus dem Projekt „Den Helfern helfen“ entstanden ist und strategischer Coach (CIP-Academy).

und welche Rolle die spirituellen Haltungen dabei spielen.

Herr Schießl, als Intensivmediziner kennen Sie diesen Bereich. Was sind nach Ihren Erfahrungen die größten Belastungen?

Schießl: Wenn ein Verletzter ins Krankenhaus kommt, investiert man zunächst die ganze Energie in den Kampf um das Überleben des Patienten. Dann kommt es plötzlich zu der Situation, dass man akzeptieren muss, dass man das Leben nicht rettet. Während man beispielsweise in der Palliativmedizin mehr Zeit hat, sich auf

den Tod einzustellen, kommt dieser Wechsel für die Mitarbeiter auf Intensivstationen sehr plötzlich. Das geht innerhalb von Stunden oder Minuten. Wenn die Diagnose Hirntod gestellt wird, geht der Kampf um das Leben über in das Erhalten eines Organismus, um noch für einen anderen eine medizinische Verbesserung zu erzielen. Gleichzeitig muss man die Angehörigen begleiten. Wie macht man das? Wie geht man damit um? Für mich war interessant, zu erfahren, dass es dazu auch von der spirituellen Seite Studien gibt. Unser Verein sagt ja schon länger, dass es hier einen Unterstützungsbedarf gibt und dass es nötig ist, sich mit diesen Belastungen auseinanderzusetzen. Die Studie hat das nun bestätigt.

Frick: Das kann ich nur unterstreichen. Die Umstellung vom Kampf ums Leben zum Akzeptieren des Sterbens ist belastend. Wenn ein Organ erfolgreich übertragen worden ist, wird das als ein „Segen“ erlebt. Wie ein „Wunder“. Es werden solche religiösen Begriffe gebraucht. Und das kann kippen in eine Katastrophe. Wenn ein Mensch, der einigermaßen kompensiert die Station betreten hat, an den Komplikationen der Transplantation stirbt, ist das für die Mitarbeiter eine große Belastung. Für deren Bewältigung brauchen sie Ressourcen, irgendwelche Kraftquellen. Und die haben wir erfragt.

MÄA: Mit welchen Ergebnissen?

Frick: Wir haben zunächst untersucht, welche Haltungen zur Transplantation es aufgrund von unterschiedlichen spirituellen

bzw. religiösen Haltungen gibt. Außerdem hat uns interessiert: Gibt es einen Unterschied zwischen Männern und Frauen und gibt es Unterschiede zwischen der Pflege und der Medizin? Wir müssen die Ergebnisse im Moment noch sehr vorsichtig behandeln, weil wir erst eine Pilot-Stichprobe haben. Wir können aber schon sagen, dass diese drei Felder eine Auswirkung auf die Einschätzung der Situation haben. Das heißt: Bei der Frage nach Belastungen und Ressourcen müssen wir gendersensibel sein und außerdem den je eigenen Blick der Pflege und der Medizin gut unterscheiden. Die Pflege verbringt sehr viel mehr Zeit mit den Patienten. Da gibt es signifikante Unterschiede. Es ist jedoch noch zu früh zu entscheiden: Was ist der Gendereffekt und was ist der Berufseffekt? Sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern zurückzuführen auf Unterschiede in der Pflege und der Medizin oder umgekehrt? Dazu brauchen wir eine größere Stichprobe.

Schiebl: Das ist der Augenblick, der für uns interessant ist: Was brauchen die Mitarbeiter? Was brauchen die Pflegenden, was brauchen die Ärzte? Dafür gibt es kein Patentrezept, denn jeder hat seine eigenen Ressourcen. Ich selber habe beispielsweise die Unterstützung der Seelsorge im Krankenhaus immer als sehr positiv erlebt. Wenn man mit Religiosität etwas Positives verbindet, kann das eine Ressource sein. Jemand, der Negativerlebnisse damit hatte oder eine andere Grundeinstellung dazu hat, lehnt so ein Angebot aber möglicherweise ab. Dem wird das nicht helfen.

MÄA: Welche Schlüsse ziehen Sie aus den Ergebnissen der Studie?

Frick: Wir haben schon im Vorfeld gemerkt, dass es auf den Stationen des LMU-Klinikums, die an der Studie teilgenommen haben, eine große Bereitschaft gab, den doch recht umfangreichen Fragebogen auszufüllen. Die Rücklaufquote lag dann auch bei 64 Prozent. In den Gesprächen bei unserer Vorstellung in den Stationen haben wir wahrgenommen, wie stark die Sensibilisierung für Fragen ist, die in keinem Lehrbuch beschrieben sind. Zum Beispiel: Was sind die Abschiedsrituale der Angehörigen und der Pflegenden in dem Moment, in dem der Hirntod medizinisch und juristisch festgestellt wird? Es gibt kaum ein Forum, auf dem man diese Dinge diskutieren und besprechen kann.

Schiebl: Das ist auch meine Erfahrung. Ich habe Bilder und Sätze im Kopf, die man nicht veröffentlichen kann. Mit denen ich andere überfordern würde, die nicht in diesem Bereich arbeiten. Deshalb braucht man einen geschützten Raum, in dem man das unter Kollegen besprechen kann. Es reicht nicht, sich abends zum Bier hinzusetzen und eine Nachbesprechung zu machen. Solche Besprechungen gehören nicht an den Stammtisch, sondern zum professionellen Umgang mit diesen Situationen. In der Akutmedizin haben wir das noch nicht etabliert, während Palliativmedizin und Schmerzmedizin das schon machen. Wie schaffen wir es, beispielsweise Supervision als integralen Bestandteil einer Psychohygiene zu sehen?

MÄA: Woran scheitert das?

Frick: Die Mitarbeiter in den Kliniken wünschen sich eher selten Supervision. Der Begriff riecht ein bisschen nach „Psycho“ und dafür ist die Akzeptanz leider nicht überall gegeben. Was sich die Mitarbeiter wünschen, ist etwas Praxisnahes, eine Unterstützung durch jemanden, der ihre Sprache spricht, der ihnen vertraut ist, den sie kennen. Also eine Peer-Unterstützung, wie sie der Verein PSU-Akut konzipiert hat. Wir brauchen Formate, die sehr nah an der Praxis sind, die nicht eine große Supervisionsorganisation brauchen mit komplizierten Dienstplanveränderungen. D.h. kleine und kurze Formate, die sich in den stressigen Arbeitsalltag einfügen lassen. Dafür gibt es Modelle, z.B. gibt es im Bereich der evangelischen Kirche die spirituelle Intervention EKS (= Existenzielle Kommunikation Spiritualität), die Pflegenden bei verschiedenen evangelischen Trägern im Alltag angeboten wird. Wir müssen da erfinderisch werden.

Schiebl: Wir bereiten gerade eine Befragung zum Unterstützungsbedarf vor: Wie hoch ist er? Was nehmen die Kolleginnen und Kollegen an? Wo gehen sie hin? Wir müssen den Boden für die Erkenntnis bereiten, dass Psychohygiene jeden etwas angeht. Wer auf Dauer gesund in diesem System bleiben will, muss etwas dafür tun. Der Austausch in der Kollegenschaft ist ein Instrument, das zu erreichen. Die Gesundheit der Ärzte wird von den Ärzten selber noch zu wenig beachtet. Das Thema wird im Moment eher indirekt über die Patientensicherheit getriggert. Die Pati-

entenfürsprecher haben erkannt, dass die Gesundheit der Ärzte ein hohes Gut für die Gesundheit der Patienten ist.

MÄA: Wie wollen Sie Psychohygiene in der Transplantationsmedizin und Akutmedizin etablieren?

Frick: Wir wollen zunächst die Ergebnisse unserer Studie der Münchener Ärzteschaft vorstellen und den Berufen, die im Feld der Transplantationsmedizin tätig sind: Pflege, Sozialarbeit, Seelsorge, Psychotherapie usw. Dann wollen wir die Ergebnisse in einzelne Teams bringen, um zu schauen, welche Formate wir entwickeln können. Also eine psychosoziale und spirituelle Unterstützung von Mitarbeitern, die dann auch der Patientenversorgung zugute kommt. Das wird Zeit und Geld kosten, aber es wird auch Zeit und Geld sparen.

Schiebl: Mir ist ganz wichtig, zu vermitteln, dass es dabei nicht um Psychopathologien geht, sondern um Normalität. Die Belastungen sind unser Alltag. Das sind nicht nur einzelne Katastrophenvorfälle, die irgendjemand zufällig erlebt. Auf unseren Intensivstationen wird täglich gestorben, täglich werden mehrfach Angehörigengespräche geführt, die maximal herausfordernd sind. Jemand, der das erfahren hat, ist nicht gleich krank. Mit manchen Verletzungen und Narben kann man lange Zeit gut leben, aber man muss dafür sorgen, dass man nicht krank wird. Um diesen salutogenetischen Ansatz geht es mir.

Frick: Die wichtigen Konzepte sind Salutogenese oder Prävention am Arbeitsplatz oder Psychohygiene. Viele trauen sich nicht, belastet zu sein. Niemand will ein „Weichei“ sein und vielen fällt es schwer, Schwäche zu zeigen. Aber inzwischen wird deutlich – nicht nur in der Palliativmedizin –, dass die eigene Begrenztheit, die eigene Vulnerabilität auch eine Ressource ist. Wenn ich mir eingestehe, dass ich nicht allmächtig bin – was ja niemand bestreiten wird, aber wenn ich mir das emotional eingestehe –, dann bin ich auch wieder wirksamer.

Mit Prof. Dr. Eckhard Frick
und Dr. Andreas Schiebl
sprach Dr. phil. Caroline Mayer