

## „Let's talk about... us“

### Die Situation an deutschen Klinken mit Blick aus der Anästhesiologie und Intensiv- medizin vor der COVID-19- Pandemie

#### BDA-Befragung zur psychosozialen Unterstützung in der Akutmedizin im Herbst 2019

### Zusammenfassung

Die Arbeitsstrukturen in der Medizin werden zunehmend auch unter dem Aspekt der psychischen Belastungen betrachtet, woran häufig Fragen nach der Verpflichtung des Arbeitgebers zur Mitarbeiter-Fürsorge anschließen. Seit 2013 ist die Gefährdungsbeurteilung der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz in Deutschland gesetzlich vorgeschrieben. Im vorliegenden Artikel wird ein kurzer Überblick über (1) Belastungen von medizinischem Personal gegeben. Anschließend wird beschrieben, welche (2) Auswirkungen diese Belastungen auch auf Patienten und auf das System der Gesundheitsversorgung haben können. Abschließend werden (3) bislang verfügbare Unterstützungsmöglichkeiten skizziert und die erhobenen Daten zum **Belastungserleben von medizinischem Personal in Anästhesie und Intensivmedizin** sowie deren Bedürfnissen nach psychosozialer Unterstützung beschrieben.

Über einen Online-Fragebogen aus 40 Items wurden die Themenbereiche „**bislang erlebte belastende Ereignisse**“, „**Unterstützungsangebote** durch den aktuellen Arbeitgeber“ sowie die Erfassung der „**Bedürfnisse und Wünsche nach Unterstützung**“ der Stichprobe erfasst.

76,5 % der befragten Personen geben an, in den **letzten beiden Jahren** am Arbeitsplatz dramatische und emotional sehr belastende Ereignisse erfahren zu haben. Mit Blick auf die **gesamte be-**

## „Let's talk about... us“

### The situation at German hospitals from the perspective of anaesthesiology and intensive medicine prior to the COVID-19 pandemic

#### BDA survey on psychosocial support in acute medicine in the autumn of 2019

D. Hinzmann<sup>1,3</sup> · A. Schießl<sup>2,3</sup> · J. Kreitlow<sup>3,4</sup> · A. Igl<sup>3</sup> · M. Koll-Krüsmann<sup>3,5</sup> · S. Heining<sup>3,6</sup>

► **Zitierweise:** Hinzmann D, Schießl A, Kreitlow J, Igl A, Koll-Krüsmann M, Heining S: „Let's talk about... us“. Die Situation an deutschen Klinken mit Blick aus der Anästhesiologie und Intensivmedizin vor der COVID-19 Pandemie. BDA-Befragung zur psychosozialen Unterstützung in der Akutmedizin im Herbst 2019. *Anästh Intensivmed* 2021;62:92–100. DOI: 10.19224/ai2021.092

**rufliche Laufbahn** werden erlebte Extremsituationen in einer Häufigkeit von  $M = 21,67$  ( $SD = 80,89$ ) berichtet. Dabei scheinen Ereignisse mit Kindern unter den belastenden Ereignissen besonders häufig vorzukommen. Durchschnittlich (über alle Versorgungsstufen hinweg) geben 95,1 % der befragten Personen an, dass der jeweilige Arbeitgeber **nicht** gut auf mögliche Extremereignisse bzw. emotional außergewöhnliche Ereignisse und daraus resultierende Gefühlslagen vorbereitet. Als Unterstützungsangebote werden von der Stichprobe vor allem Angebote mit persönlichem Kontakt und einem geschützten Rahmen bevorzugt. Die höchsten Werte erzielen Angebote mit kollegialer Unterstützung nach belastenden Ereignissen.

Die Fürsorgepflicht für Mitarbeiter, zugunsten der Patientensicherheit, ist eine Aufgabe der Einrichtungen im Gesundheitswesen und der Klinikleitungen. Bislang ist das verfügbare Angebot in diesem Bereich unzureichend. Entsprechend sind die Arbeitgeber beziehungsweise die Bundesländer in der Pflicht, die Arbeitsfähigkeit von Pflegenden und Ärzten mit organisatorischen und individuellen Unterstützungssystemen aufrechtzuerhalten und zu stärken. Die Gesundheit und Resilienz des medizinischen Personals muss ein Thema von hoher Priorität in jedem Land sein.

### Summary

Working conditions in medicine are increasingly being viewed from the perspective of psychological stress, which

- 1 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München (Direktor: Prof. Dr. G. Schneider)
- 2 Zentrum für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Schön Klinik München Harlaching (Chefarzt: Dr. C. Metz)
- 3 Verein für Psychosoziale Kompetenz und Unterstützung in der Akutmedizin – PSU-Akut, München
- 4 Anästhesie Oberland, Praxis für Anästhesiologie, Wangau
- 5 Praxis für Psychologische Psychotherapie, München
- 6 Technische Universität München, Fakultät für Medizin, TUM Medical Education Center, München (Direktor: Prof. Dr. med. P. Berberat)

### Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

### Schlüsselwörter

Belastungen – Belastende Ereignisse – Trauma – Psychosoziale Unterstützung – Kollegiale Unterstützung/Peer Support – Personalfürsorge – Patientensicherheit

### Keywords

Stress – Stressful Events – Trauma – Psychosocial Support – Collegial/Peer Support – Staff Welfare – Patient Safety

is often followed by questions about the employer's obligation to provide employee welfare. Since 2013, the risk assessment of mental stress at workplaces has been a legal requirement in Germany. This article provides a brief overview of (1) exposures of medical personnel. Subsequently, (2) the effects these burdens can also have on patients and on the health care system are described. Finally, (3) available support options are outlined and the data collected on the **stress experience of anaesthesia and intensive care personnel** and their psychosocial support needs described.

An online questionnaire consisting of 40 items was used to collect data on "**experienced stressful events**" (e.g. **failed attempt of resuscitation**), "**support services offered by the current employer**", and to survey the "**support requirements and preferences**" of the sample.

76.5 % of the interviewed persons stated that they have experienced dramatic

and emotionally very stressful events at work in the **last two years**. With regard to the **overall professional experience**, extreme situations experienced were reported with a frequency of  $M = 21.67$  ( $SD = 80.89$ ). Among the stressful events, events involving children seem to be particularly frequent. On average (across all levels of care) 95.1 % of the interviewed persons stated that the respective employer is **not** well prepared for possible extreme events or emotionally extraordinary events and resulting emotional states. The sample preferred offers with personal contact and a protected framework (like confidential peer-to-peer talks with a well-trained colleague). Offers of collegial support after stressful events achieved the highest values.

The duty of care for employees, to the benefit of patient safety, is a task of the health care institutions and clinic management. So far, the available provisions in this area are insufficient. Accordingly,

the employers or the federal states are obliged to maintain and strengthen the working capacity of nurses and doctors by implementing organisational and individual support systems. The health and resilience of medical personnel must be an issue of high priority in every country.

## Einleitung

Die Situation an deutschen Kliniken ist im Jahr 2019 von vielfältigen Herausforderungen geprägt: Klinik-Expansionen, steigende OP-Zahlen, steigender Bedarf an Intensivbetten bei gleichzeitig nicht ausreichendem ärztlichen Personal und Pflegemangel. Immer häufiger melden sich die Kliniken über die Leitstelle als „nicht aufnahmefähig“. Das verbleibende Personal hat kaum mehr Zeit für die Patientenversorgung. Die Belastung ist zu viel: für das System, für das Personal und damit auch für die Patienten [1–3]. Das Deutsche Ärzteblatt widmet dem Thema „Wenn die Arbeit Ärzte

krank macht“ eine eigene Ausgabe im Mai 2019 (Deutsches Ärzteblatt, 28. Mai 2019).

Zu dieser Ausgangssituation kommt im Frühjahr 2020 die Corona-Pandemie hinzu. Das Thema „Belastung des Personals im Gesundheitswesen“ erhält innerhalb kurzer Zeit von verschiedenen fachlichen Interessengemeinschaften – wie beispielsweise dem BDA, der DGAI oder der DIVI – große Aufmerksamkeit. Die DIVI publiziert eine Handlungsempfehlung zum Schutz des Personals: „Schutz und Erhalt der psychischen Gesundheit von Mitarbeitern in Notaufnahmen und auf Intensivstationen während der COVID-19-Pandemie“ [4]. Ebenso wird das Thema sichtbar in wissenschaftlichen Einrichtungen, wie im Überblick von Bohlken J. et al. [5] deutlich wird, sowie in der Allgemeinbevölkerung [6,7]. Vereinzelt bilden sich (meist temporäre) Anlaufstellen oder Hotlines für medizinisches Personal, das Belastungen erfahren hat, die vermeintlich durch die Corona-Pandemie ausgelöst wurden. Neben der Sorge um eine eigene COVID-19-Infektion (und der Angst, das Virus in die Familie zu bringen) oder um fehlendes Schutzmaterial sind die belastenden Themen jedoch sehr ähnlich, zum überwiegenden Teil die gleichen wie bereits vor dem Corona-Ausbruch geschehen: zum Beispiel Belastungen durch schwerkranke Patienten mit schwerwiegendem Verlauf, Belastungen durch sterbende junge Patienten, Belastungen durch besonders tragische Unfälle und Geschehnisse.

Im Herbst 2019 startete der Berufsverband Deutscher Anästhesisten e. V. (BDA) in Kooperation mit PSU-Akut e. V. eine Befragung über Belastungen und (fehlende) Unterstützungsangebote in der Medizin. Die Ergebnisse werden im Folgenden vorgestellt und diskutiert.

**In dem vorliegenden Artikel wird aufgezeigt, dass psychosoziale Belastungen des medizinischen Personals bereits vor der Corona-Pandemie vorlagen und keine neue, Corona-bedingte Erscheinung darstellen.** Darüber hinaus werden Wünsche für Unterstützungsmöglichkeiten von vornehmlich medizini-

chem Personal in Anästhesie und Intensivmedizin dargestellt. Personen, die in dieser Fachrichtung tätig sind, erfahren Situationen, die trotz bester medizinischer Versorgung der Patienten für sie selbst schwer belastend sein können. Diese Situationen, zum Beispiel tragische Unfälle oder schwerwiegende Erkrankungen, sind dabei immanenter Bestandteil der anästhesiologischen und intensivmedizinischen Tätigkeit.

### Theoretischer Hintergrund

Die Arbeitsstrukturen in der Medizin werden zunehmend auch unter dem Aspekt der psychischen Belastungen betrachtet, woran häufig Fragen nach der Verpflichtung des Arbeitgebers zur Mitarbeiter-Fürsorge anschließen [8–11]. Seit 2013 ist die Gefährdungsbeurteilung der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz in Deutschland gesetzlich vorgeschrieben. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über (1) Belastungen von medizinischem Personal gegeben. Anschließend wird beschrieben, welche (2) Auswirkungen diese Belastungen auch auf Patienten und auf das System Gesundheitsversorgung haben können. Abschließend werden (3) bislang verfügbare Unterstützungsmöglichkeiten skizziert und die erhobenen Daten zum **Belastungserleben von medizinischem Personal in Anästhesie und Intensivmedizin** sowie deren Bedürfnisse nach psychosozialer Unterstützung beschrieben.

### Belastungen und Ärzte

Ärzte erleben in ihrem Beruf hohe Belastungen, die zu physischen, psychischen und emotionalen Schäden und dysfunktionalen Verhaltensänderungen führen können. Dies trifft insbesondere Ärzte der Anästhesiologie und Intensivmedizin durch die Arbeit mit schwerkranken beziehungsweise schwerverletzten Patienten jeden Alters [10]. Als besonders belastende Ereignisse gelten zum Beispiel schwerwiegende Ereignisse mit Kindern und Jugendlichen, tatsächliche und versuchte Suizide, Ereignisse mit bekannten Personen, Ereignisse mit Sterbenden sowie größere Schadenslagen [17,18]. Auch das Erleben von Fehlern

und Komplikationen kann emotionalen Distress mit potenziell langfristigen Folgen auslösen [12]. Yentis und Kollegen [19] konnten sichtbar machen, dass gerade Anästhesisten eine signifikante Anzahl von Suiziden unter Kollegen erfahren und beschreiben, welche Auswirkungen diese Erfahrungen über die gesamte Berufslaufbahn haben können. Die Selbstfürsorge derer, die sich beruflich um Menschen kümmern, kommt zu kurz [20]. Es ist nicht nur gesetzliche (ArbSchG), sondern auch inhaltlich nachhaltige Aufgabe der Arbeitgeber in der klinischen Gesundheitsversorgung, der Mitarbeiter-Fürsorge nachzukommen [21–23].

### Auswirkungen psychosozialer Belastungen von Ärzten

Das Erleben von Belastungsstörungen hat einen Einfluss auf die Qualität der Patientenversorgung und somit auf die Patienten-Sicherheit [10,12,16,18,24,25], wie zum Beispiel folgende Studien darlegen: Ärzte, die keine institutionelle Unterstützung im Umgang mit Belastungen erhalten, scheinen eine viermal höhere Wahrscheinlichkeit für deutliches Stressempfinden nach ernsthaften Fehlern zu erfahren [26]. Ärzten mit depressiven Symptomen scheinen signifikant mehr Medikationsfehler zu unterlaufen als Ärzten ohne depressive Symptome, was einen direkten Einfluss auf die Patientensicherheit hat [27]. In einer großen internationalen Umfrage unter 20.000 Ärzten berichtet unter den Teilnehmenden aus Deutschland fast jede zweite Person von körperlicher, emotionaler und mentaler Erschöpfung [20,28]. Über ärztliches Personal der Chirurgie wird von gesundheitlichen Problemen (inklusive Depressionen) bei über 50 % der über 50-Jährigen berichtet [20,29].

### Optimierungsbedarf in den Unterstützungsmöglichkeiten für Ärzte

Für eine sichere Patientenversorgung sowie gesundes und resilientes medizinisches Personal wird ein systemisches Umdenken angeraten, um einen multimodalen sowie interprofessionellen



Wandel zu ermöglichen [30]. Nur wenn die Ärzte-Gesundheit erhalten werden kann, kann auch Patienten-Sicherheit ermöglicht werden [31].

Viele belastete Ärzte suchen nicht von sich aus Unterstützung, weil sie davon ausgehen, ihre psychischen Probleme selbst in den Griff zu bekommen, sie in Bezug auf ihre Belastungen Scham empfinden, sie davon ausgehen, dass die Probleme (noch) nicht gravierend genug sind, um Unterstützung von Profis zu erhalten, oder sie keine Zeitfenster sehen, um neben dem Beruf noch Zeit für Therapiesitzungen aufzubringen [28]. Nach grundsätzlich existierenden Angeboten, zum Beispiel Präventionsseminaren zu Burnout, Stressreduktion oder auch Balintgruppen, scheint kaum der Wunsch zu bestehen [28]. Diese Aspekte zeigen, dass derzeit unterschiedliche Ursachen vorliegen, die belastetes medizinisches Personal daran hindert, Unterstützung aufzusuchen.

Erste Ansätze von Peer-Support-Systemen für medizinisches Personal stellen eine vielversprechende Methode dar, um die genannten Zugangsschwierigkeiten aufzufangen [32]. Über eine Zusatzausbildung wird medizinisches Personal qualifiziert, eine erste interne Anlaufstelle für psychosoziale Belastungen für die eigenen Kollegen zu sein. Durch ein Peer-Support-System in Kliniken kann den Hindernissen „Zeit für Therapiesitzungen“ oder auch „(noch) nicht gravierende Probleme“ begegnet werden. Kollegen im Team bieten kollegiale Unterstützung in belastenden Situationen an. Nach definierten Parametern findet gegebenenfalls eine Weiterleitung zu psychotherapeutischen Fachkräften statt. Peer-Support-Systeme und weitere passgenaue **Unterstützungsangebote stellen derzeit in Kliniken nicht die Regel, sondern die Ausnahme** dar [33].

### Forschungsfragen

Auf Basis der eben dargestellten verfügbaren Erkenntnislage wurden folgende Forschungsfragen (FF) gestellt:

FF 1: Wie viele belastende Ereignisse werden im Klinikalltag von der befragten Stichprobe wahrgenommen?

FF 2: Welche Kategorien belastender Erfahrungen werden von der Stichprobe genannt?

FF 3: Wie sieht aktuell die systemische Unterstützung durch „den Arbeitgeber Klinik“ aus?

FF 4: Welche psychosozialen Unterstützungsangebote wünscht sich medizinisches Personal in Anästhesie und Intensivmedizin?

## Methoden

### Datenerhebung

Die querschnittliche Datenerhebung fand im Zeitraum 16.09. bis 05.10.2019 über das Online-Erhebungstool LimeSurvey ([www.limesurvey.org](http://www.limesurvey.org)) statt. Die Umfrage wurde aufgesetzt und beworben über die Geschäftsstelle des **Berufsverbands deutscher Anästhesisten e. V.** (BDA; Nürnberg). Die Teilnahme wurde beworben durch (1) personalisierte E-Mails an Mitglieder des BDA sowie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI). Außerdem erschien ein Kurzartikel (inklusive Link und QR-Code) in der Printversion der Zeitschrift **A&I – Anästhesiologie & Intensivmedizin**. Ergänzend wurden der Link sowie der QR-Code auf der Homepage von PSU-akut e. V. – Verein für Psychosoziale Kompetenz und Unterstützung in der Akutmedizin veröffentlicht.

### Messinstrumente

Der Online-Fragebogen bestand aus 40 Items. Es wurden 39 geschlossene Fragen sowie ein offenes Antwortformat angeboten. Neben Items zu **Person** und **Arbeitsbereich** wurden Items zu **bislang erlebten belastenden Ereignissen** sowie zu **Unterstützungsangeboten** durch den aktuellen Arbeitgeber erhoben. Ein Schwerpunkt lag auf der Erfassung der **Bedürfnisse und Wünsche** der Stichprobe.

### Stichprobe

An der Erhebung nahmen  $N = 1.568$  Personen teil. Davon konnten Datensätze von  $N = 1.385$  Personen (49 % weiblich, 51 % männlich) zur Auswertung herangezogen werden. Das Alter

der Stichprobe lag zwischen 25 und 78 Jahren ( $M = 48,4$  Jahre ( $SD = 10,6$ )). 98,7 % der Befragten gaben als Beruf „Ärztin / Arzt“ an. Weiterhin wurden Pflege (0,5 %), andere Assistenzberufe (0,1 %) und Sonstiges (0,7 %) genannt. Die Stichprobe gab eine Berufserfahrung von durchschnittlich 20,6 Jahren ( $M$ ; ( $SD = 10,6$ ); Min. 1; Max. 50) an. Die Teilnehmenden der Befragung decken alle gängigen Versorgungsstufen ab: Maximalversorger: 29,2 %, Großversorger: 20,9 %, Mittelversorger: 22,2 %, Grundversorger: 19,6 %, Praxis: 10 %.

## Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Beantwortung der aufgeworfenen Forschungsfragen dargestellt.

### Ergebnisse zu FF 1: Wie viele belastende Ereignisse werden im Klinikalltag von der befragten Stichprobe wahrgenommen?

Um Antworten auf die aufgeworfene Forschungsfrage zu erhalten, werden folgende Ergebnisse betrachtet:

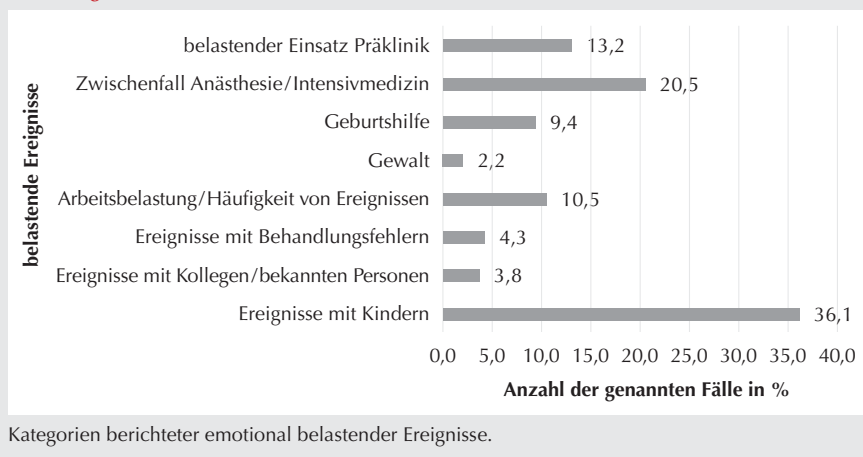
76,5 % der befragten Personen geben an, in den **letzten beiden Jahren** am Arbeitsplatz dramatische und emotional sehr belastende Ereignisse erfahren zu haben. Mit Blick auf die **gesamte berufliche Erfahrung** wurden in der Stichprobe durchschnittlich etwa 21 Ereignisse als extrem belastend erlebt, wobei der Median bei 10 Extremereignissen über die gesamte bisherige Berufslaufbahn liegt ( $M = 21,67$ ,  $SD = 80,89$ , Median = 10). Das bedeutet, dass die eine Hälfte der Individualdaten unter 10 Extremereignissen pro Jahr, die andere Hälfte über 10 Extremereignissen pro Jahr liegt. Die „Jahre der Berufserfahrung“ ( $M = 20,62$  ( $SD = 10,62$ )) korrelieren moderat positiv mit der „Häufigkeit der erlebten Extremsituationen“ ( $r = 0,03$ ,  $p < 0,001$ ).

### Ergebnisse zu FF 2: Welche Kategorien belastender Erfahrungen werden von der Stichprobe genannt?

Die Ergebnisse zeigen die in Abbildung 1 dargestellte Kategorisierung von im Freitext berichteten Erfahrungen ( $n = 371$ ).



Abbildung 1



### Ergebnisse zu FF 3: Welche vorhandene systemische Unterstützung durch „den Arbeitgeber Klinik“ benennt die Stichprobe, betrachtet nach Versorgungsstufen?

Im Folgenden werden Ergebnisse dargestellt, die eine Antwort darauf geben sollen, wie der „Arbeitgeber Klinik“ Ärzte und Pflegende in Bezug auf erlebte emotional belastende Ereignisse unterstützt.

Durchschnittlich (über alle Versorgungsstufen hinweg) geben 95,1 % der befragten Personen an, dass der jeweilige Arbeitgeber nicht gut auf mögliche Extremereignisse bzw. emotional außergewöhnliche Ereignisse und daraus resultierende Gefühlslagen vorbereitet. Durchschnittlich 88,6 % der Befragten geben an, dass der Arbeitgeber keine Unterstützung bei der raschen (innerhalb von 72 h) emotional-psychischen Aufarbeitung von Extremereignissen bzw. emotional außergewöhnlichen Ereignissen leistet.

Weiterhin wurde gefragt, ob/welche Unterstützungsansätze zum Zeitpunkt der Erhebung in den Kliniken existieren. Die Ergebnisse werden nach Versorgungsstufen getrennt betrachtet (Abb. 2): Die Ergebnisse zeigen, dass in der Mehrzahl der Kliniken kein Peer-System, keine interne Stelle für Unterstützung bei Belastungen, keine Vorbereitung auf belastende Ereignisse und keine

Unterstützung nach einem aufgetretenen belastenden Ereignis vorliegen bzw. bekannt sind.

### Ergebnisse zu FF 4: Welche psychosozialen Unterstützungsangebote wünscht sich medizinisches Personal in Anästhesie und Intensivmedizin?

In Abbildung 3 werden Ergebnisse dargestellt, die eine Antwort darauf geben, welche Unterstützungsangebote von der Stichprobe dezidiert gewünscht werden. Dazu wurde gefragt: „Folgende Angebote einer psychosozialen Unterstützung in Extremsituationen wären für mich wichtig“ (5er-Likert-Skala: 1 = stimme überhaupt nicht zu – 5 = stimme voll und ganz zu).

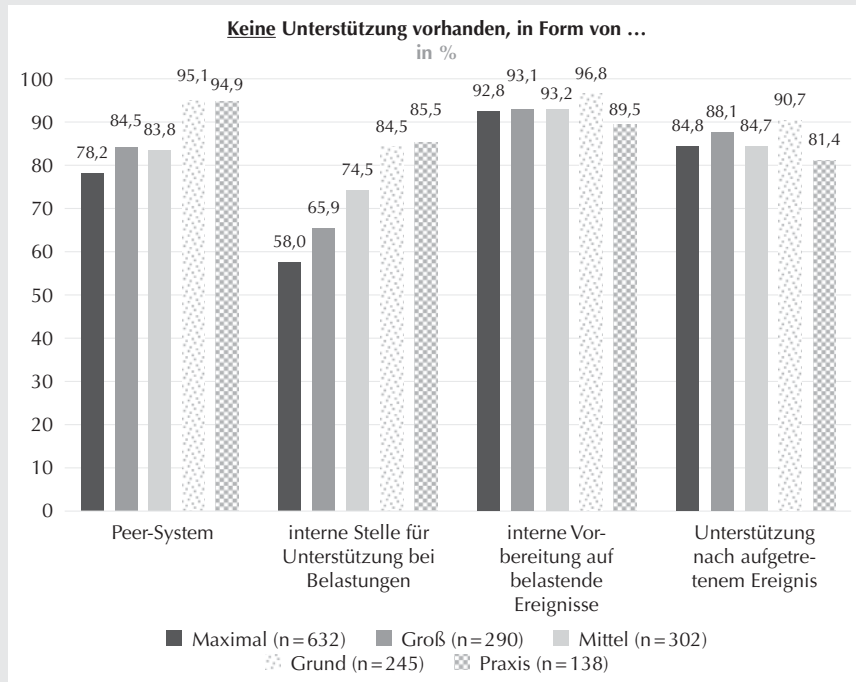
## Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass emotional belastende Ereignisse in Kliniken nachweislich vorkommen und keine Einzelfälle darstellen (FF 1). 76,5 % der befragten Personen gaben an, in den **letzten beiden Jahren** am Arbeitsplatz dramatische und emotional sehr belastende Ereignisse erlebt zu haben. Emotional belastende Ereignisse können sowohl akute Belastungsreaktionen als auch, bei entsprechenden Bedingungen, eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sowie andere Traumafolgestörungen (z. B. eine Suchterkrankung oder

eine somatoforme Erkrankung) nach sich ziehen, wodurch medizinisches Personal zu sogenannten „second victims“ werden kann [33]. Vor dem Hintergrund, dass zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 81,4 % und 90,7 % der Befragten (FF 3: Variation nach Versorgungsstufe) angaben, dass der **Arbeitgeber nicht bei der Aufarbeitung emotional außergewöhnlicher Ereignisse unterstützt**, erscheint es bedenklich, dass **76,5 % der Befragten von emotional sehr belastenden Erlebnissen innerhalb der letzten beiden Jahre berichten**.

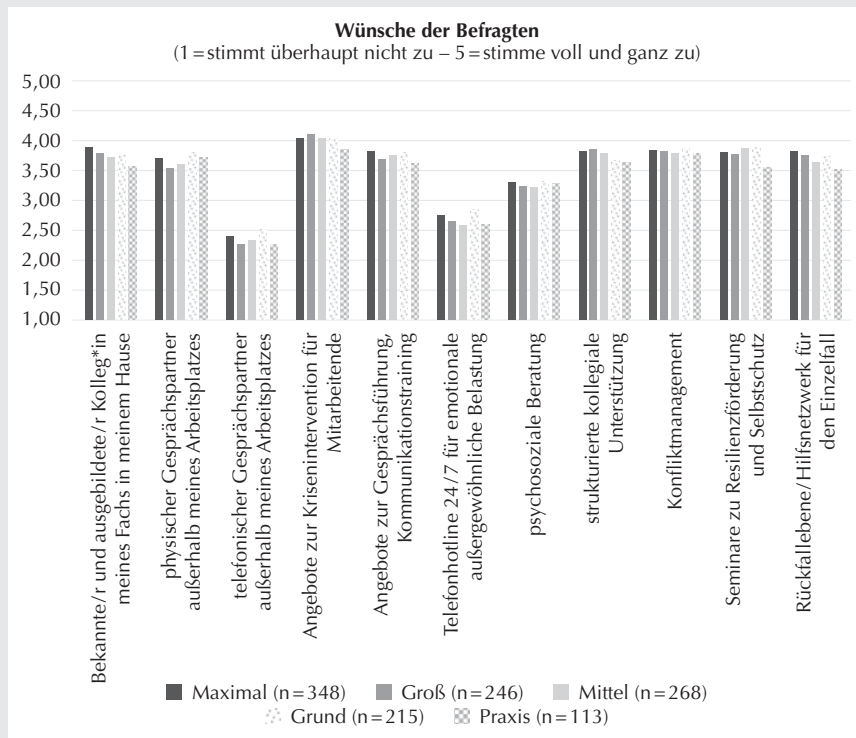
Werden die in den Freitextfragen genannten emotional belastenden Ereignisse inhaltlich betrachtet, wird deutlich, dass **vor allem Ereignisse mit Kindern (36,1 %) als emotional belastend empfunden** werden (FF 2). Dieses Ergebnis bestätigt bereits bestehende Studienergebnisse [17,18]. Der zweite Peak in der Kategorie „Zwischenfall Anästhesie/Intensivmedizin“ (20,5 %) kann Stichproben-bedingt gesehen werden, ebenso wie geburtshilfliche und präklinische Zwischenfälle, die ebenfalls zum Arbeitsschwerpunkt der Befragten zählen. Das Thema Gewalt scheint in der Stichprobe auf die Frage nach belastenden Ereignissen weniger im Fokus zu stehen. Ein möglicher Erklärungsansatz: Die Stichprobe wurde offen nach **belastenden Ereignissen** gefragt. Antworten auf diese Frage zeigen nur geringen Bezug zum Thema Gewalt. Dass in anderen Studien Erfahrungen mit Gewalt häufiger genannt werden könnte daran liegen, dass in diesen Studien explizit das Thema „Gewalt“ in den Fokus gestellt wird und damit entsprechend höhere Werte entstehen können. Über das Thema Gewalt zu sprechen ist gesellschaftsfähiger geworden und wird somit auch benennbar, aber ist nur ein Teil der belastenden Erlebnisse in der Population. Dass Gewalt generell ein Thema im klinischen Gesundheitswesen ist, auch wenn es in unserer Befragung nicht explizit genannt wird, haben zahlreiche andere Arbeiten bereits deutlich gemacht [34] und sorgt auch dort für Interventionsbedarf [35]. Ein weiterer Grund, warum Gewalt in unserer Befragung weniger im Fokus steht, kann

Abbildung 2



Aktuelle Unterstützung bei emotional belastenden Ereignissen durch „Arbeitgeber Klinik“, betrachtet nach Versorgungsstufen.

Abbildung 3



Gewünschte Unterstützung nach Versorgungsstufen.

durch die Stichprobe bedingt sein, die, abgesehen von Notfallversorgungen in der Notaufnahme oder im Schockraum, selten in für Gewalt relevanten Schnittstellenbereichen der Kliniken tätig ist.

**Grundsätzlich wünschen sich die Befragten Unterstützungsmöglichkeiten (FF 4).** Damit decken sich die vorliegenden Ergebnisse mit weiteren Studien sowie offiziellen Forderungen [8–10, 31,36,37]. Sowohl ein telefonischer Ansprechpartner außerhalb des eigenen Arbeitsplatzes als auch eine 24/7-Telefonhotline werden von der **Stichprobe im Vergleich zu Unterstützungen mit persönlichem Kontakt**, unabhängig von der Versorgungsstufe oder Praxis, weniger präferiert. Die Daten der vorliegenden Studie wurden vor der Corona-Pandemie erhoben. Zwischenzeitlich zeigen Erfahrungen, dass telefonische Unterstützungsangebote durchaus angenommen und sowohl von Führungskräften als auch von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen geschätzt werden. Generell werden **Angebote mit persönlichem Kontakt und einem geschützten Rahmen bevorzugt**. Die höchsten Werte erzielen Angebote der kollegialen Unterstützung. Innerhalb eines Peer-Support-Systems scheint ein One-to-one-Mentoring nach dezidierten belastenden Ereignissen gegenüber einer Gruppenintervention präferiert zu werden, was bestehende Studienergebnisse stützt [8]. Dabei spielen vor allem Discretion und Vertrauen eine große Rolle sowie die Möglichkeit, in geschützter Atmosphäre über Bedenken, Schwierigkeiten und Gefühle zu sprechen [8].

### Gesamtfazit

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass medizinisches Personal in Anästhesie und Intensivmedizin durch den beruflichen Kontext herausfordernde und belastende Erfahrungen erlebt und dabei von Seiten der Arbeitgeber bislang kaum Unterstützung erfährt. Diese Ergebnisse stützen verfügbare Studien, die zeigen, dass die **bisherige Unterstützung für Ärzte und Pflegende nicht als adäquate und ausreichende Hilfestellung wahrgenommen wird** [12,26].

Meta-Analysen zeigen eine direkte Verbindung zwischen Burnout bei Ärzten und der möglichen Gefahr für die Patientensicherheit [38]. Damit wird die mentale Gesundheit des medizinischen Personals zu einer Frage von gesellschaftlicher Relevanz und Sicherheit. Studienergebnisse aus Meta-Analysen weisen darauf hin, dass Belastungen des medizinischen Personals vor allem auf organisationaler und systemischer Ebene zu betrachten sind [21–23]. Eine Kombination von individuellen Ausbildungs-/Weiterbildungskonzepten sowie eine organisationale strukturierte Einbindung von psychosozialer Unterstützung scheint dabei eine bedeutsame Rolle für die Reduktion von Belastungs- und Überlastungserleben zu spielen [21,39].

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass sich medizinisches Personal in Anästhesie und Intensivmedizin vor allem Unterstützungsmöglichkeiten wünscht, die einen direkten persönlichen Kontakt zu einem Peer, also einem Kollegen, beinhalten. Peer-Support scheint demnach ein geeigneter Ansatz zur Unterstützung von Pflegenden und Ärzten zu sein [9, 10,32]. Der kollegiale Peer-Support-Ansatz stellt durch den informellen Kontakt zu einem Peer eine Möglichkeit dar, wie Ärzte und Pflegenden Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen können, ohne eine Stigmatisierung zu erfahren [24]. Diese Aufarbeitung von schwerwiegenden Ereignissen scheint eine Entlastung zu ermöglichen [10]. Arbeitgeber können ein Peer-Support-System [40,41] zur Stärkung der Mitarbeiter-Resilienz als langfristige professionelle Verpflichtung verstehen und das Peer-Support-System entsprechend organisatorisch verankern [9,10,24].

Medizinisches Personal in Anästhesie und Notfallmedizin ist angehalten, sich aktiv in Selbstfürsorge zu üben [42]. Doch dafür werden entsprechende organisationale Strukturen benötigt. Die Fürsorgepflicht für Ärzte, zugunsten der Sicherheit für Mitarbeitende sowie Patienten, ist eine Aufgabe der Einrichtungen im Gesundheitswesen und der Klinikleitung [12]. Bislang ist das verfügbare Angebot in diesem Bereich

unzureichend [19]. Entsprechend sind die Arbeitgeber in der Pflicht, die Arbeitsfähigkeit von Ärzten und Mitarbeitern im Gesundheitswesen mit organisatorischen und individuellen Unterstützungssystemen aufrechtzuerhalten und zu stärken [12,42,43]. Die Gesundheit und Resilienz des medizinischen Personals muss ein Thema von hoher Priorität in jedem Land sein [44]. Die körperliche und seelische Gesundheit von medizinischem Personal darf nicht durch die Arbeitsbedingungen und fehlende Personalfürsorge gefährdet werden [36].

### Literatur

1. Deutschlandfunk Kultur – Länderreport: Arbeitsbelastung in bayerischen Kliniken: Ärzte am Ende ihrer Kräfte. Deutschlandfunk Kultur 2019. [https://www.deutschlandfunkkultur.de/arbeitsbelastung-in-bayerischen-kliniken-aerzte-am-ende.1001.de.html?dram:article\\_id=455528](https://www.deutschlandfunkkultur.de/arbeitsbelastung-in-bayerischen-kliniken-aerzte-am-ende.1001.de.html?dram:article_id=455528) (Zugriffsdatum: 07.08.2019)
2. Osterloh F: Gesundheitsmanagement im Krankenhaus: Die seelische Gesundheit stärken. Deutsches Ärzteblatt 2019;116:13
3. MB-Monitor 2017 – Ärztliche Arbeitsbedingungen: Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung; 2017. <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2018-09/gesamtauswertung-mb-monitor-2017-presse-pk-website.pdf> (Zugriffsdatum: 24.07.2019)
4. Deffner T, Hierundar A, Arndt D, Hinzmann D: Klinische psychosoziale Notfallversorgung im Rahmen von COVID19 –Handlungsempfehlungen. Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin 2020. <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/viewdocument/3443/schutz-und-erhalt-der-psychischen-gesundheit-von-mitarbeitern-in-notaufnahmen-und-auf-intensivstationen-waehrend-der-covid-19-pandemie> (Zugriffsdatum: 01.02.2021)
5. Bohlken J, Schömig F, Lemke MR, Pumberger M, Riedel-Heller SG: COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals. Psychiatrische Praxis 2020;47:190–197
6. Süddeutsche Zeitung: Hilferuf von Ärzten aus dem Kreis Heinsberg. <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/gesundheits-duesseldorf-hilferuf-von-aerzten-aus-dem-kreis-heinsberg-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-200303-99-174468> (Zugriffsdatum: 04.03.2020)
7. Süddeutsche Zeitung: Was die Corona-Krise für deutsche Krankenhäuser bedeutet. <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/krankheiten-was-die-corona-krise-fuer-deutsche-krankenhaeuser-bedeutet-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-200315-99-332996> (Zugriffsdatum: 20.03.2020)
8. Bruce SM, Conaglen HM, Conaglen JV: Burnout in physicians: a case for peer-support. Internal medicine journal 2005;35:272–278
9. Hinzmann D, Schießl A: ResilienzpERSpektive in der Akutmedizin. In: Kluge S, Heringlake M, Janssens U, Böttiger B (Hrsg.): DIVI Jahrbuch 2019/2020: Fortbildung und Wissenschaft in der interdisziplinären Intensivmedizin und Notfallmedizin. 1. Aufl. DIVI Jahrbuch. Vol 9. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2019:35–42
10. Michalsen A, Hillert A, Schießl A, Hinzmann D: Burnout in der Intensivmedizin. Deutsche medizinische Wochenschrift 2018;143:21–26
11. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al: Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. JAMA 2006;296:1071–1078
12. Schwappach D, Boluarte T: The emotional impact of medical error involvement on physicians. Swiss medical weekly 2008;139(1–2):9–15
13. Wulf H: Berufliche Belastungen in der Anästhesiologie – Umgang mit tödlichen Verläufen. Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie: AINS 2010;45:656–660
14. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al: Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. Mayo Clinic proceedings 2015;90:1600–1613
15. Dyrbye LN, Varkey P, Boone SL, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD: Physician satisfaction and burnout at different career stages. Mayo Clinic proceedings 2013;88:1358–1367
16. Carrieri D, Pearson M, Mattick K, Papoutsis C, Briscoe S, Wong G, et al: Interventions to minimise doctors' mental ill-health and its impacts on the workforce and patient care: The Care



- under Pressure realist review. Health Serv Deliv Res 2020;8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555646/> (Zugriffsdatum: 17.05.2019)
17. Lasogga F, Karutz H: Hilfen für Helfer: Belastungen, Folgen, Unterstützung. 2. Aufl. Edewecht: S+K Verlagsgesellschaft Stumpf + Kossendey mbH 2012
  18. Shapiro J, Galowitz P: Peer Support for Clinicians: A Programmatic Approach. Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges 2016;91:1200–1204
  19. Yentis SM, Shinde S, Plunkett E, Mortimore A: Suicide amongst anaesthetists – an Association of Anaesthetists survey. Anaesthesia 2019;74:1365–1373. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31267513/>
  20. Richter-Kuhlmann E: Arztgesundheit: Selbstfürsorge kommt zu kurz. Deutsches Ärzteblatt | Spezial | 122. DÄT | Mai 2019
  21. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al: Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA internal medicine 2017;177:195–205
  22. Meyer R: Therapie des Burn-out: Organisatorische Veränderungen wirksamer als Psychotherapie. Deutsches Ärzteblatt | Spezial | 122. DÄT | Mai 2019
  23. Simone S de, Vargas M, Servillo G: Organizational strategies to reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. Aging clinical and experimental research 2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31598914/> DOI: 10.1007/s40520-019-01368-3 (Zugriffsdatum: 22.10.2019)
  24. van Pelt F: Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. Quality & safety in health care 2008;17:249–252
  25. Schwappach DLB: Nach dem Behandlungsfehler: Umgang mit Patienten, Angehörigen und dem involvierten Personal. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2015;58:80–86
  26. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, et al: The Emotional Impact of Medical Errors on Practicing Physicians in the United States and Canada. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2007;33:467–476
  27. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al: Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. BMJ (Clinical research ed.) 2008;336:488–491
  28. Gottschling C: Report: Burnout und Depression bei Ärzten in Deutschland; 2019. <https://deutsch.medscape.com/diashow/49000679> (Zugriffsdatum: 04.04.2019)
  29. van Dijk CN: Are we surgeons finding it all too much? Dealing with the pressures of our profession. J ISAKOS 2018;3:125–127
  30. Moffatt-Bruce SD, Nguyen MC, Steinberg B, Holliday S, Klatt M: Interventions to Reduce Burnout and Improve Resilience: Impact on a Health System's Outcomes. Clinical obstetrics and gynecology 2019;62:432–443
  31. Maibach-Nagel E, Schmedt M: Arztgesundheit: So darf es nicht weitergehen. Deutsches Ärzteblatt | Spezial | 122. DÄT | Mai 2019
  32. Hinzmann D, Schießl A, Koll-Krüsmann M, Schneider G, Kreitlow J: Peer-Support in der Akutmedizin. Anästhesie 2019;95–101
  33. Strametz R, Raspe M, Ettl B, Huf W, Pitz A: Handlungsempfehlung: Stärkung der Resilienz von Behandelnden und Umgang mit Second Victims im Rahmen der COVID-19-Pandemie zur Sicherung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens. Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie 2020;1–5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7464049/>
  34. Mahr D, Nerlich M: Gewalt und Aggression: Was sieht der Unfallchirurg – was wissen wir über die Opferperspektive? Blick in die Wissenschaft 2018;24:21–22
  35. Hüfner A, Dudeck M, Zellner J, Mahr D: Gewalt und Aggression im Krankenhaus – Was, wenn das Personal Hilfe braucht? Der Unfallchirurg 2020;123:424–434
  36. Bundesärztekammer: 121. Deutscher Ärztetag: Beschlussprotokoll. Berlin 2018
  37. Meyer R: Lebenserwartung: Ärzte leben länger, begehen aber häufiger Selbstmord. Deutsches Ärzteblatt | Spezial | 122. DÄT | Mai 2019
  38. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al: Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA internal medicine 2018;178:1317–1330
  39. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD: Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. The Lancet 2016;388:2272–2281
  40. Frick E, Schießl A: Resilienz im ärztlichen Berufsalltag fördern. Zeitschrift für medizinische Ethik 2015:47–55
  41. Zwack J (Hrsg.): Wie Ärzte gesund bleiben - Resilienz statt Burnout. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme 2015
  42. Kuhn CM, Flanagan EM: Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide. Canadian journal of anaesthesia 2017;64:158–168
  43. Ventriglio A, Watson C, Bhugra D: Suicide among doctors: A narrative review. Indian journal of psychiatry 2020;62:114–120
  44. Lancet T: Suicide among health-care workers: time to act. Editorial. The Lancet 2017;389:2.

### Korrespondenz- adresse



**Dr. med.  
Dominik Hinzmann**

Klinik für Anästhesiologie und  
Intensivmedizin  
Klinikum rechts der Isar  
Ismaninger Straße 22  
81675 München, Deutschland

Tel.: 089 4140-8341

E-Mail: [d.hinzmann@tum.de](mailto:d.hinzmann@tum.de)

ORCID-ID: 0000-0001-5943-352X