

### ANÄSTHESIST MIT SCHWERPUNKT INTENSIV- UND NOTFALLMEDIZIN, 62 JAHRE:

Ich bin seit 34 Jahren Arzt und habe etwa 15 Suizide von Kollegen erlebt, überwiegend von Männern. Das klingt nach einer hohen Zahl, aber nur mit zwei Personen habe ich zusammengearbeitet. Ansonsten waren das Leute, die ich nur oberflächlich kannte und von denen ich dann hörte, dass sie sich umgebracht haben. In einem Fall ist das am Arbeitsplatz selbst passiert.

Dass Ärzte ein höheres Suizidrisiko als die Allgemeinbevölkerung haben, kann ich mir gut vorstellen. Der Job ist körperlich und geistig beanspruchend und nicht mit 40 Stunden in der Woche abgetan. Als Arzt zu arbeiten ist eine Belastung, die weit über das hinausgeht, was einem andere Berufe abverlangen. Das ist auch dadurch bedingt, dass wir nicht einfach sagen können, wir stellen das Arbeiten jetzt mal ein, denn dann würde ein Patient darunter leiden. Dass das nicht selten für Ärzte viel oder sogar zu viel ist, zeigt sich auch darin, dass die Abhängigkeit von Alkoholika, von weichen und harten Drogen, von Benzodiazepinen um ein Vielfaches höher ist als in der normalen Bevölkerung. Ich denke, bei Suiziden von Ärzten liegt häufig eine Ansammlung von Problemen vor: Überforderung, unglückliche Familienverhältnisse, manchmal auch Karriereprobleme. Hinzu kommt die Verfügbarkeit von Medikamenten.

Über die Suizide, die ich in meinem beruflichen Umfeld erlebt habe, wurde unter den Kollegen gesprochen. In einem Fall vor mehr als 20 Jahren hatte sich ein leitender Oberarzt suizidiert. Die Abteilung wurde zusammengerufen. Darüber hinaus waren wir uns selbst überlassen. Ich hatte ihn zwar gekannt, aber keinerlei emotionale Beziehung zu ihm, von daher war das für mich nicht sonderlich belastend. Einige Kolleginnen aber hatten ihn auch persönlich geschätzt und waren traurig. Das haben sie untereinander ausgemacht. Sie haben sich getroffen, sie haben geredet, natürlich sind sie zur Beerdigung gegangen. Ich denke, wir sollten unsere gesellschaftlichen Normen, sich zur Beerdigung freizunehmen, sich dem Anlass entsprechend zu kleiden und von jemandem Abschied zu nehmen, nicht unterschätzen.

Trotzdem gibt es in den Kliniken eine standardisierte Vorgehensweise, wenn Angestellte mit Trauer zu kämpfen haben. Als angestellter Arzt wendet man sich an den Chef der Abteilung oder an den Ärztlichen Direktor und kommuniziert: „Ich habe Probleme und benötige Hilfe.“ Ich glaube nicht, dass man allein gelassen wird, wenn man mit einem solchen Anliegen anklopft. Wir alle haben eine unterschiedliche emotionale Ausstattung. Wir gehen aufgrund unserer Biographie unterschiedlich mit Trauer um. Natürlich gestehe ich jedem zu, sich Hilfe zu suchen, wenn ein Suizidfall im Bekanntenkreis, auf der Arbeit, in der Klinik passiert ist. Es ist nur eben nicht meine Art, damit umzugehen.

Dass in einem Krankenhaus der Umgang mit dem Tod trotzdem ein anderer ist als in anderen Berufen, ist in meinen Augen nur logisch. Die Bevölkerung ist des Todes doch komplett entwöhnt, wir Ärzte nicht. Unser Umgang bedeutet nicht, dass wir nicht sensibel sind, dass wir nicht weinen, wenn Freunde von uns sterben.

Protokoll: Eva Schläpfer

### ASSISTENZARZT IN DER ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE, 32 JAHRE:

In einer Klinik, in der ich früher tätig war, hat ein Anästhesist während eines Nachtdiensts möglicherweise Suizid begangen, ganz beweisen kann man es nicht, es gab keinen Abschiedsbrief. Er war ein Bekannter von mir. Ich hatte in derselben Nacht Dienst auf einer anderen Station, wir hatten keinen Kontakt in der Nacht, die Klinik ist weitläufig. Morgens habe ich dann die Nachrichten bekommen: „Saukrass, hast du schon gehört?“ Es gab für mich keine Anzeichen, er war ein extrovertierter Mensch, immer freundlich und fröhlich. Ich habe mich dann erkundigt, was es für Möglichkeiten gibt, sich zu verabschieden. In der Klinik muss es doch etwas geben, dachte ich, ein Kondolenzbuch zum Beispiel, einen Gottesdienst, eine Schweigeminute. Aber es gab in den Folgetagen nur eine kurze Veranstaltung für die direkten Kollegen. Damit war die Sache gegessen.

Das Problem ist, im Krankenhaus wird nie innegehalten, niemand sagt: „Nehmt euch die Zeit, die ihr braucht, redet mit jemandem darüber.“ Ich hätte mir gewünscht, dass es eine Aufarbeitung gibt und zumindest niedrigschwellige Hilfsangebote kommuniziert werden. Dass eine Rundmail über das Geschehene aufklärt und temporär eine Nummer oder E-Mail-Adresse eingerichtet wird, bei der man sich melden kann. Mir geht es darum, dass man die Tür aufmacht. Ob man durchgeht, kann ja jeder selbst entscheiden. Aber das ist das Mindeste. Für die Beerdigung hätten sich die meisten freinehmen müssen, möglich gemacht wurde das nur seinen direkten Kollegen. Sein Chefarzt ist nicht aufgetaucht, das fand ich nicht professionell.

Ich kenne Ärzte in anderen Häusern, die meinen, bei ihnen wäre der Fall anders gelaufen. Bei uns fehlte mir ein Raum für den Schmerz, besonders für Kollegen, die vielleicht selbst dunkle Gedanken haben. Es geht immer nur darum, Vollgas zu geben. Da wird nicht gefragt, wie man sich fühlt. Traurig oder emotional zu sein wird einem als Schwäche ausgelegt. Wenn man mal gut durchkommt, zwischendurch was essen gehen oder pünktlich Feierabend machen kann, gilt man als faul oder unkollegial. Das liegt an der älteren Generation, besonders unter Unfallchirurgen und Orthopäden. Man feiert sich dafür, dass man in einer Nacht 30, 40 Patienten „wegballert“ oder sieben OPs gemacht hat. „Ich bin total platt heute“, so was sagt man einfach nicht.

Man erlebt in diesem Job ja ohnehin Sachen, die eine Form von Aufarbeitung brauchen: Man sieht tote Gleichaltrige, Menschen, denen die Straßenbahn den Arm abgefahren hat oder die von Rasern erfasst wurden. Da haben sich Bilder eingebrannt, die nicht alle Kollegen durch ein gutes Umfeld abfedern können. Die brauchen Leute zum Reden. Schon im Studium müsste man dafür sensibilisiert werden, dass es in Ordnung ist zu sagen: Ich kann nicht mehr, ich brauche Hilfe. Dann müssten solche Angebote auch in der Klinik etabliert werden. Aber besonders unter Älteren fehlt dazu der Wille. Ich hatte Monate vor dem Fall damals meinen Chef gefragt, ob er wisse, wie viel in seiner Abteilung geweint werde. Er hat geantwortet, das glaube er nicht. Sein Motto ist: Wer hier nicht arbeiten will, soll gehen.

Protokoll: Kim Mauris

## „Ärzten fällt es schwer, um Hilfe zu bitten“

### Frau Lewitzka, Sie arbeiten in der Suizidforschung. Warum nehmen sich Ärzte das Leben?

Der wichtigste Grund ist, dass Medizinern genauso häufig psychisch krank werden können wie jeder andere. Eine amerikanische Studie hat zum Beispiel bei einem Drittel der untersuchten Ärzte Depressionen gezeigt. Die psychische Erkrankung ist ein sehr starker Risikofaktor für Suizid.

### Und darüber hinaus?

In Studien wird zumindest diskutiert, dass Mediziner ein anderes Verhältnis zum Thema Suizid haben. Unterschiedlich gibt es hier auch unter den verschiedenen Fachrichtungen, für manche gehört der Tod ja eher zum Berufsalltag dazu. Zudem gibt es Unterschiede, dass Mediziner einen Suizid eher als rationale Entscheidung einordnen. Das trifft zwar nicht zu, zeigt aber, welche Überlegungen in den Köpfen noch drinstecken. In einigen Arbeiten werden die Themen Rollenbelastung und Rollenkonflikte aufgeführt, aber auch Unzufriedenheit mit der Karriere. Und es gibt den Punkt Persönlichkeitsmerkmale: Wir haben unter Medizinern eher leistungsorientierte, pflichtbewusste, eher selbstkritische und ein bisschen zwanghaft strukturierte Menschen – Merkmale, die auch

zu Konflikten führen können. Und dann scheint es noch einen sehr ärztespezifischen Grund zu geben.

### Der wäre?

Medizinern fällt es offensichtlich wirklich schwer, um Hilfe zu bitten, wenn sie eine psychische Belastung erfahren. Wenn es um Suizidalität geht, ist das noch stärker der Fall. In einer unserer eigenen Studien, einer anonymen Onlinebefragung von Ärzten in verschiedenen Psych-Berufen, also Psychiater und Psychotherapeuten, und Ärzten anderer Fachrichtungen, kannte jeder einen Kollegen, der durch Suizid gestorben ist. Als häufigste Faktoren dafür, nicht um Hilfe zu bitten, nannten die Befragten Schamgefühle, den eigenen Leistungsanspruch und Angst vor berufrechtlichen Konsequenzen. Offensichtlich gibt es die Annahme, wenn ich mit einer Depression und Suizidgedanken zu einem anderen Arzt gehe, wird mir gleich meine Approbation entzogen. Das ist natürlich totaler Quatsch.

### Aber gerade Ärzte kennen sich doch mit Schweigepflicht et cetera aus ...

Wir diskutieren auch, wie es mit dem Vertrauen in die eigene Zukunft steht. Einem Psychiater zuzutrauen, dass er ein guter Arzt ist, scheint schwieriger zu sein, als einem Chirurgen zu trauen, der

eine bestimmte Operation schon ganz oft gemacht hat. Das ist in den Psych-Fächern weniger gut greifbar. Zudem geht es bei der Psyche ja eher um private Sachen. Gerade in ländlichen Regionen kann es vorkommen, dass es im Umkreis von 100 Kilometern gerade mal einen Psychiater gibt. Und der kennt Hinz und Kunz. Da denken sich Ärzte dann möglicherweise schon mal: Dem kann ich doch nix erzählen.

### Wie viele Ärzte nehmen sich jährlich das Leben?

Dazu wissen wir nichts Genaues. Für eine valide Statistik müssten wir ein Verzeichnis aller Mediziner haben und dann für jeden herausfinden, wie er gestorben ist. Da wir das bislang aber nicht machen, liegen uns nur Schätzungen vor.

### Und was sagen die Schätzungen?

Die älteren Studien, die etwa 20 Jahre alt sind, gehen von einer Quote aus, die ungefähr drei- bis vierfach höher liegt als in der Normalbevölkerung; bei Ärztinnen sogar fünf bis sechs Mal höher. In neueren Studien haben wir dann aber eine ziemlich weite Streuung. Das kommt immer drauf an, welche Kohorten untersucht werden. Eine der aktuelleren Arbeiten bestätigte das erhöhte Suizidrisiko für Ärztinnen; jedoch wiesen die männlichen Kollegen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung keine erhöhte Suizidrate auf. Aus der Forschung wissen wir auch, dass 1,6 Prozent der Ärzte mindestens einmal einen Suizidversuch unternommen haben.

### Warum nehmen sich Ärztinnen häufiger das Leben als ihre männlichen



# Plötzlich fehlt ein Kollege

Ärzte nehmen sich häufiger das Leben als der Durchschnitt der Bevölkerung. Woran liegt das? Drei Protokolle und ein Interview.

Foto: Kim Hong Lee/Barbanberg F.A.S.

### Kollegen? In der Allgemeinbevölkerung sind zwei Drittel der Suizidenten Männer.

In der Allgemeinbevölkerung verüben Frauen aber mehr Suizidversuche als Männer. Aus der geringeren Sterbequote kann man also unter anderem schließen, dass es Frauen seltener gelingt, ihr Ziel in die Tat umzusetzen. Medizinerinnen hingegen haben die Methode und das Wissen, sodass eine suizidale Handlung auch wahrscheinlicher zum Tod führt. In Umfragestudien wird von Ärztinnen aber tatsächlich häufig die Doppelbelastung angesprochen. Es sind eben immer noch die Frauen, die häufiger die Arbeit mit Kindern und im Haushalt machen oder Angehörige pflegen. Natürlich kann man, wie häufig in der Suizidforschung, nie kausal sagen, dass das die einzigen Gründe sind.

### Welche Rolle spielt die Verfügbarkeit von entsprechenden Medikamenten?

Natürlich auch eine. Speziell bei den Anästhesisten macht sich der Zugang zu Betäubungsmitteln bemerkbar. Anästhesisten sind also besonders gefährdet? Nach alten Daten waren es die Anästhesisten, gefolgt von den Psychiatern. Eine Arbeit von 2019 führt Allgemeinärzte vor Internisten und Psychiatern auf. Anästhesisten haben nicht nur den Zugang zu den Mitteln, sondern wissen ja nun wirklich, wie sie ein Mittel dosieren müssen. Zudem sind Anästhesisten häufig auch im Rettungsdienst als Notarzt unterwegs und erleben außerhalb der Klinik oder der Praxis Katastrophen und furchtbare Dinge. Das ist noch mal eine

andere Hausnummer, und ich glaube, dass das was macht mit den Leuten.

### Sie erwähnten noch nicht die Rahmenbedingungen, unter denen Ärzte arbeiten.

Klar, die werden in Befragungen auch als Belastung genannt. Alle Mediziner stöhnen über Bürokratie und über Einschränkungen. Der Arztberuf ist kein freier Beruf mehr. Heute ist sehr viel vorgeschrieben: welche Medikamente ich verordnen darf oder nicht, wie viele Stunden Therapie ich machen darf. In Kliniken herrschen oft noch starre Hierarchien, als niedergelassener Arzt bin ich ein Einzelkämpfer; beides ist nicht einfach zu bewältigen. Hinzu kommt, dass wir wegen der Arbeitsverdichtung



Ute Lewitzka ist Expertin für Suizidprävention und -forschung und arbeitet als Psychiaterin am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden.

Foto privat

kaum noch Zeit für die Patienten haben, und das macht vielen zu schaffen. Plus die teilweise unfassbare Zeitbelastung, speziell in den operativen Fächern. Da gibt es noch viel Optimierungsbedarf.

### Was ist mit dem Druck, dass Fehler viel dramatischere Auswirkungen haben können als in anderen Berufen?

### ASSISTENZÄRZTIN IN DER INNEREN MEDIZIN, 39 JAHRE:

Es beschäftigt mich sehr, dass psychische Gesundheit bei Medizinerinnen sowohl untereinander als auch von der Gesellschaft kaum thematisiert wird. Um unsere Patienten kümmern wir uns immer, untereinander tauschen wir uns über psychische Probleme nur selten offen aus. Dabei belegt jede Statistik, dass nicht nur die Suizidrate hoch ist unter Medizinern, sondern auch die Zahl der Abhängigkeitserkrankungen und des Erschöpfungssyndroms.

Einer der Gründe, warum nicht offen darüber gesprochen wird, ist in meinen Augen neben den absurden Arbeitsbedingungen, dass die Medizin – gerade in Kliniken – noch immer sehr hierarchisch organisiert ist. Wenn man in einer Klinik erfolgreich arbeiten will, gibt es viele Abhängigkeiten. Regelmäßige professionelle Supervision für Kollegen in besonders belastenden Bereichen oder nach akuten Situationen gibt es nicht, stattdessen sehr viel Druck, durch harte Arbeitsbedingungen „irgendwie durchzumüssen“. An die eigene Belastungsgrenze zu stoßen und dann darüber hinauszugehen, das kennt wohl fast jeder Mediziner, der in der Akutversorgung arbeitet. Manche stecken es weg, bei anderen entwickeln sich funktionale Depressionen, die im schlimmsten Fall im Suizid enden.

In jeder Branche, in jedem großen Unternehmen gibt es Fortbildungen, Workshops oder Angebote an die Mitarbeiter, die Titel tragen wie: „So baue ich Stress ab“ oder „Wie reduziere ich psychische Belastungen?“. So etwas gibt es in Kliniken kaum. Und das, obwohl Ärzte im Dienst Tage, Nächte und ganze Wochenenden in der Klinik verbringen.

Ich habe den Eindruck, dass Ärzte manchmal nicht als Menschen wahrgenommen werden. Es wird erwartet, dass sie immer ein offenes Ohr für jedes Anliegen haben und dabei dauerhaft empathisch sind. Aber keiner fragt den Mediziner: „Wie geht es Ihnen eigentlich dabei?“ Natürlich ist das nicht die Aufgabe der Patienten. Aber ich nenne mal Beispiele, bei denen die Gefühle und die Position des Arztes kaum eine Rolle spielen. Im Internet findet man teilweise sehr persönliche bis beleidigende Bewertungen über Ärzte. Wenn man dagegen vorgehen will als Arzt, hat man es rechtlich aber schwer – auch aufgrund der Schweigepflicht. Oder andere Beispiele: Wenn in Medien und Politik über assistierten Suizid oder Abtreibung diskutiert wird, dann werden diese Themen von allen Seiten beleuchtet. Ethisch, rechtlich, aus Sicht der Patienten – aber die Frage, wie es einem Mediziner damit geht, die habe ich in den ganzen Diskussionen nicht gehört. Und wenn sie aufgegriffen wird, dann immer mit dem Tenor: Das ist doch nun mal deren Job.

Neben alledem haben Ungeduld, aggressives Verhalten, Beschimpfungen und auch Gewalt gegenüber Medizinerinnen, vor allem in Notaufnahmen, stark zugenommen. Eigentlich sind diese Arbeitsbedingungen hinreichend bekannt, es ändert sich aber fast nichts. Ich wünsche mir neben deren Verbesserung auch einfach ab und zu mehr Verständnis der Patienten für etwas längere Wartezeiten und vielleicht häufiger mal ein aufrichtiges Danke. Am Ende des Tages sind wir auch nur Menschen und eben keine Halbgötter in Weiß.

Protokoll: Lucia Schmidt

Das weiß man ja eigentlich ab dem Moment, in dem man sich für das Studium entscheidet. Zudem gibt es auch andere Berufsgruppen mit einer ähnlich fordernden Tätigkeit, aber geringerer Suizidquote. Ein interessanter Befund bei Ärzten ist jedoch das Erleben zwischen dem Ideal, das Medizinstudenten haben, wenn sie das Studienfach wählen, und dem Ankommen in der realen Welt. Eine Arbeit hat das Kompetenzerleben von Ärztinnen und Ärzten untersucht, und interessanterweise haben nach dem Abschluss des Medizinstudiums Frauen und Männer ein relativ gleiches Erleben dazu, was sie können und was sie sich zutrauen. Sobald sie dann aber in die Klinik kommen, die Realität erleben, sinkt das bei Frauen vehement ab, während es bei Männern sukzessive ansteigt. Erst nach mehreren Jahren beginnt sich das bei Frauen wieder zu normalisieren.

### Haben Kliniken standardisierte Prozesse, wenn sich ein Kollege das Leben nimmt?

Das ist mir nicht bekannt. Wir haben ja noch nicht mal standardisierte Prozesse, wenn sich ein Patient das Leben nimmt, und das passiert häufiger. Da gibt es noch viel Luft nach oben. Ich glaube, das hängt sehr von dem jeweiligen Leiter einer Einrichtung ab. In vielen großen Kliniken gibt es Krisenteams für Mitarbeitende.

Die Fragen stellte Eva Schläpfer.

Wenn Sie sich in einer akuten Krise befinden, wenden Sie sich an die nächste psychiatrische Klinik oder wählen Sie den Notruf unter 112. Holen Sie sich in jedem Fall Hilfe!