



© Klaus Rose

Wie soll es zu Ende gehen? Darüber müssen Sie mit Ihren Patienten sprechen.

Allerdings erfolgten die meisten Gespräche erst wenige Wochen vor dem Tod, nicht aber während stabiler Krankheitsphasen, d. h. vermutlich also nachdem viele Therapieent-

scheidungen schon getroffen und bevor die grundsätzlichen Wünsche für das Lebensende diskutiert wurden. Patienten wählen in solchen Gesprächen eher eine palliative als

Die Last von der Seele reden: Wie sich Sterbebegleiter vor dem Burnout retten

Die Behandlung und Pflege todkranker Menschen ist für viele für Ärzte und Pflegenden eine schwere körperliche und psychische Belastung. Nicht umsonst sind in diesem Dienst Tätige hochgradig burnoutgefährdet. Helfen kann ein strukturiertes, in den Arbeitsalltag integriertes Modell der Kommunikation mit Patienten, Angehörigen, Kollegen und Psychologen.

Der intensive Umgang mit oft unheilbar kranken Patienten, die schweren Entscheidungen, die am Lebensende getroffen werden müssen und schließlich der emotional schwer zu verkraftende Umgang mit dem Tod eines vertraut gewordenen Menschen stellen beim ärztlichen und pflegenden Personal erhebliche Risikofaktoren für ein Burnout-Syndrom dar. Einer französischen Studie zufolge lässt sich dieses Risiko deutlich senken, wenn man einen strukturierten Rahmen für entlastende Gespräche schafft.

Jean-Pierre Quenot und Kollegen von der Universitätsklinik Dijon entwickelten zu diesem Zweck eine spezielle Kommunikationsstrategie und prüften den Nutzen: 62 auf einer Intensivstation tätige Ärzte und Schwestern erhielten die Möglichkeit, sich zu festgelegten Zeitpunkten in Ruhe mit dem Patienten und/oder seinen Ange-

hörigen zusammensetzen, sie erhielten Fortbildungen zu ethischen Fragen am Lebensende, konnten heikle Therapieentscheidungen besprechen und bei Bedarf einen Psychologen konsultieren. Angeboten wurden auch „Debriefing“-Sitzungen, in denen man sich emotional belastende Erlebnisse von der Seele reden konnte.

Vor und nach Implementierung der neuen Strategie ermittelten die Forscher die Burnout-Fälle in der Belegschaft. Tatsächlich hatte deren Häufigkeit zu Studienende um 50 % abgenommen: Mithilfe eines anerkannten Tests, dem Maslach-Burnout-Inventar (MBI), war vor der Intervention bei 28 % der Teilnehmer ein schweres Burnoutsyndrom festgestellt worden, zwei Jahre später, nachdem die neue Strategie Fuß gefasst hatte, nur noch bei 14 %. Im MBI werden insgesamt 22 Fragen zu den drei Kernkomponenten

eine aggressive Therapie und wünschen vorzugsweise zu Hause oder in einem Hospiz, nicht aber in einer Klinik zu sterben.

Vorzugsweise sollten nicht die Onkologen das Gespräch mit den Patienten über die Wünsche am Lebensende suchen, sondern die Ärzte, die eine enge und lange Beziehung zu ihren Patienten haben – und gerade deshalb diese Aufgabe oftmals zu vermeiden suchen.

Vor allem sollten diese Gespräche schon nach der Diagnose eines inkurablen Malignoms erfolgen, und nicht erst durch akute, schwere Komplikationen angestoßen werden.



Prof. Dr. med. Heinrich Holzgreve
Internist, Kardiologische Praxis, München

„emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisierung“ und „Erreichen persönlicher Ziele“ gestellt. In allen drei Bereichen war der „Vorher-Nachher-Effekt“ signifikant.

Ähnlich positive Resultate fanden sich auch im Hinblick auf depressive Symptome, gemessen mit der Depressionsskala des „Centre for Epidemiologic Studies“ (CES-D): An einer Depression litten demnach vor der Intervention 17 % der Ärzte und Pfleger, hinterher dagegen nur 6 %.

Fazit: Jean-Pierre Quenot und sein Team führten den Erfolg ihrer Strategie vor allem auf drei Faktoren zurück: Reduktion von Stressoren durch verbesserte Organisation arbeitstechnischer und auch persönlicher Belange, Schaffung eines Klimas des wechselseitigen Vertrauens und Erlernen von „Coping-Strategien“. Und schließlich konnte durch die besondere Wertschätzung der Arbeit des Einzelnen ein entscheidender Risikofaktor für das Burnoutsyndrom entschärft werden.

Elke Oberhofer

Quenot JP et al. Suffering among carers working in critical care can be reduced by an intensive communication strategy on end-of-life practices. *Intensive Care Med.* 2012; 38(1):55–61.