

Burnout

Möglichkeiten und Grenzen einer Frühintervention

PD Dr. med. Michael Hölzer

Vortrag am 27. April 2012 im Rahmen der
62. Lindauer Psychotherapiewochen 2012 (www.Lptw.de)

Die Anfänge des Projektes, besser der Kooperation, über die ich in den nächsten 45 Minuten sprechen möchte, gehen zurück – das mag 10 Jahre her sein - auf eine Initiative des Werksärztlichen Dienstes einer größeren Firma im Mittleren Neckarraum. Sie finden deswegen hier auf der ersten Folie zwei weitere Namen, den einer ausgesprochen engagierten Werksärztin zuständig für den Bereich Psychische Gesundheit der Mitarbeiter dieser Firma, sowie den eines – wie ich finde – durchaus kritischen Psychologen, der nie etwas unterschreiben würde, was nicht Hand und Fuß hat, eine Haltung, die jeweils, im Moment, nicht immer ganz bequem ist, auf lange Sicht aber unverzichtbar.

Sie brauchen engagierte und vor allem frustrationstolerante Partner, wenn es um mehr geht als um irgendeine publikumswirksame Eintagsfliege, wenn es Ihnen um langfristig angelegte Kooperationen und Lösungen geht, denn auf die Dauer - das ist zumindest meine Erfahrung - hängt jede Form der Vernetzung im Gesundheitswesen, mehr von der intrinsischen Motivation und dem daraus resultierenden Engagement der Beteiligten ab, selbstverständlich auch von der Beziehung, die sie miteinander pflegen, als von dem Geld, das dafür bezahlt wird.

Vor etwa 10 Jahren also – und damit lange vor der großen Welle des Burnout - waren diese Werksärztin und andere Mitstreiter in der Betriebsmedizin, zur Überzeugung gelangt, dass

alle Flyer, die zum Thema Stress und Stressbewältigung gedruckt worden waren, alle Verlautbarungen zum Thema psychische bzw. psychosoziale Belastungen, alle Programme zur Optimierung von Bewegung und Entspannung und last not least – auch innerbetriebliches Coaching bzw. Führungskräftebildungen eine Lücke gelassen hatten, eine Lücke die Herr Siegrist in seinem Vortrag am Dienstag benannt hat, auf die auch Herr Lohmer eingegangen ist, denn – und das gilt natürlich auch für Führungskräfte - gehört heißt nicht unbedingt verstanden und verstanden heißt noch lange nicht verinnerlicht.

Zudem habe ich den Eindruck dass Schulungen für Führungskräfte in Sachen Stress und Mitarbeiterführung, so hilfreich sind wie Ernährungsberatung bei Patienten mit Essstörungen. Keiner weiß über Kalorien und Nahrungszusammensetzung besser Bescheid als Magersüchtige oder Menschen mit einer Adipositas, allein das Wissen hat weniger Konsequenzen als wünschenswert wäre. Ich persönlich glaube, dass das daran liegt, dass solche Schulungen vor allem auf der Vermittlung von Wissen basieren, und dass dabei vor allem Über-Ich Botschaften rüberkommen: Du sollst, Du musst, sei doch einfach, mach doch mal und Über-Ich Botschaften haben noch keinem genützt auf dieser Welt, macht nur schlechtes Gewissen.

Wie gesagt, die Werksärzte und Sozialberater der besagten Firma hatten damals schon das Gefühl, dass jenseits der absolut respektablen offiziellen Maßnahmen in Sachen Stressprävention, gewissermaßen im Schatten der Hochglanzprospekte eine ganze Reihe von Mitarbeitern erhebliche psychische Probleme entwickelt hatten, und dass flächendeckende Maßnahmen zur Stressbewältigung für den einzelnen Menschen zunächst erst einmal gar nichts bedeuten. In vielen Einzelfällen konnte eben nicht sicher geklärt werden, ob es sich primär um ein Phänomen der Überlastung, um einen Arbeitsplatzkonflikt, um persönliche Eigenarten des Mitarbeiter selbst oder um eine krankheitswertige Störung bzw. um welche Art der Wechselwirkung zwischen den verschiedenen Faktoren es sich handelt. Und Unklarheit diesbezüglich bedingt Unsicherheit, Unsicherheit macht vorsichtig, und in dieser Mischung aus Unsicherheit und Vorsicht – so stellt sich mir der Sachverhalt in einer Vielzahl der Firmen dar, so würde ich auch mein eignes Verhalten als Führungskraft bewerten - werden häufig Pseudolösungen gefunden, die verordnete Arbeitsunfähigkeit via Krankschreibung ist häufig eine solche Pseudolösung, denn vielfach ist doch überhaupt nicht klar, wer an was oder woran krankt. Als Sackgassen des Nichthandelns kann man solche Pseudolösungen beschreiben, alle Beteiligten spielen dann auf Zeit. Um in solchen Fällen zu besseren Lösungen zu gelangen, gewissermaßen Licht ins Dunkel zu bringen – gerade auch in der Einschätzung der Krankheitswertigkeit - schien den Werksärzten, präziser den Werksärztinnen, denn die Männer waren deutlich zurückhaltender, eine zusätzliche psychosomatische Perspektive hilfreich. Vor diesem Hintergrund erging 2001-2002 eine Einladung an die Sonnenberg Klinik in Stuttgart, ob wir nicht zu einigen psychosomatischen Themen etwas Substantielles referieren könnten.

Meine damaligen Themen (Angst und Schmerz aus psychosomatischer Sicht) wurden freundlich und mit Interesse, durchaus aber auch mit spürbarer Skepsis aufgenommen. Betriebsmediziner und Werksärzte (und hier die Männer mehr als die Frauen) waren damals m.E. doch sehr fokussiert auf objektivierbare medizinische Sachverhalte, professionelle Allrounder, die nicht nur souverän mit Schadstoffen und Emissionswerten umgehen, sondern auch allgemeinmedizinisch-internistisch fit sind, Notfalleinsätze fahren, EKGs schreiben und interpretieren usw. Einige der von mir referierten psychosomatischen Thesen gerade zum Schmerz waren sicherlich gewöhnungsbedürftig, jedenfalls entstand eine durchaus lebendige Diskussion und aus dieser Diskussion heraus....

Folie 2: Sprechstunde/Intervention

Ich will nicht näher eingehen auf die Zwischenschritte, von denen es einige gab.

Dann im Verlauf der Jahre eine ganz Reihe von Projekten und Vorhaben, von denen ich zwei etwas näher erläutern möchte, zwei Prototypen wenn man so will, die sich durchaus bewährt haben und die wir deswegen heute auch mit verschiedensten Betrieben bzw. Kostenträgern vereinbaren können.

Zum einen ist da die „Psychosomatische Sprechstunde“, die inzwischen in einer Reihe von Betrieben stattfindet, (nebenbei: auch ausschließlich von diesen Betrieben finanziert). Die zweite Maßnahme, haben wir die „Psychosomatische Intervention“ genannt, eine Form der Beratung oder Ultrakurztherapie, sie dauert je nach Vertragslage bis zu 6 oder bis zu 8 Stunden und stellt schon eine Reaktion auf die zeitliche Begrenzung der Sprechstunde dar. Die Psychosomatische Intervention findet regelmäßig außerhalb der Betriebe z.B. in einer Ambulanz oder einem MVZ statt. Die Kosten hierfür werden entweder ebenfalls von den Betrieben oder aber von diesbezüglich innovativen Krankenkassen übernommen.

Stören Sie sich bitte nicht an dem Namen „Intervention“, er klingt ein bisschen umständlich, aber „Beratung“ sollte es explizit nicht heißen, um nicht mit den innerbetrieblichen Strukturen und Personen, einer innerbetrieblichen Psychologischen Beratung z.B. in Konkurrenz zu treten, wir wollten Konkurrenz und Besserwisserei wenn irgend möglich vermeiden, und es ging in der Hauptsache immer um die Einschätzung von Krankheitswert bzw. der Abklärung von Behandlungsoptionen.

Beide, die „Psychosomatische Sprechstunde“ und die „Psychosomatische Intervention“ haben zum Ziel möglichst rasch, möglichst niedrigschwellig mit Arbeitnehmern die irgendwie „psychisch belastet erscheinen oder auffällig geworden sind“ (das ist die Zielgruppe dieser Maßnahmen und das ist das Kriterium der Einsteuerung oder Überweisung) eine Gelegenheit zur Aussprache mit einer psychosomatisch -psychotherapeutisch versierten Person zu ermöglichen. Die eher bescheidenen Zahlen, die sie auf der Folie notiert sehen (derzeit ca. 700 Patienten in beiden Projekten über die verschiedenen Firmen zusammen) verweisen schon hier auf die quantitativen Grenzen des Projektes, denn im Hinblick auf Prävalenz und Inzidenz, kommt natürlich auch hier nur ein Bruchteil der Betroffenen zum Zuge. Alle Studien, die wir kennen (Frau Reddemann hat das ausführlich referiert), belegen krankheitswertige psychische Symptome bei etwa bei einem Drittel der Bevölkerung. Wenn also ein Betrieb z.B. 10000 Mitarbeiter hat, müssten über 3000 Personen signifikante Probleme haben, der Großteil der Mitarbeiter wird also immer noch nicht erreicht.

Folie 3: Nachlaufsituationen

Es hat also etwas von dem Tropfen auf dem heißen Stein, aber solange sich Patienten in Bezug auf Behandlungen in einer chronischen Nachlaufsituation befinden, von den Krankenhäusern auf Wartelisten verfrachtet werden, Rehaanträge abgelehnt werden – häufig mit der Begründung, dass der Betreffende im Vorfeld ja noch nicht mal krankgeschrieben worden war, so also ob nicht gerade das das Problem wäre im Kontext von burnout, und solange Patienten an den Anrufbeantwortern scheitern, bzw. wenn sie durchdringen nur in etwa 50 Prozent der Fälle probatorische Sitzungen erhalten (das Robert-Koch Institut hat in seiner Versorgungsstudie auch nachgewiesen, dass von diesen dann nur 61% in Therapie kommen), solange also der Weg zur Therapie mit Kränkungs-erlebnissen und Niederlagen gepflastert ist (ich rede nicht von Angehörigen der Milieus, die in Deutschland alles aber auch alles im Überfluss bekommen, gerade auch medizinisch-therapeutische Leistungen) solange besteht für uns als Leistungserbringer die Aufforderung die Versorgungssituation zu verbessern, wo und wie wir nur können, um endlich aus der Holschuld unserer Patienten eine Bringschuld des Systems zu machen. Aus der Holschuld unserer Patienten eine Bringschuld des Systems zu machen, das war und ist unsere eigentliche Motivation für dieses Projekt.

Folie 4 Abschnitte der Sprechstunde

Die Psychosomatische Sprechstunde zerfällt in zwei Unterabschnitte: Einmal gibt es das Gespräch mit einem zugewiesenen Mitarbeiter eines Betriebes und zweitens nach Entbindung von der Schweigepflicht eine Nachbesprechung entweder mit dem einzelnen Zuweiser oder - dann anonymisiert - in einer Gruppe von Werksärzten bzw. Sozialberatern im Rahmen einer Fallvorstellung.

Die Sprechstunde funktioniert so, dass ein psychosomatisch erfahrener Arzt in einen Betrieb fährt, um dort in einer bereitstehenden Räumlichkeit im Stundentakt mit drei bis vier zuvor einbestellten Arbeitnehmern zu sprechen. Die Anmeldung dieser Arbeitnehmer oder Patienten erfolgt im Vorfeld schriftlich – auch hier natürlich mit Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht – so dass der Arzt also bereits im Vorfeld weiß auf wie viele und grob gesagt auch, auf wen er treffen wird – denn auf dieser Anmeldung ist in der Regel neben Beruf, Alter und Geschlecht auch eine kurze Fragestellung vermerkt – die sich für die zuweisende Werksärztin oder den Sozialberater aus einem oder aus mehreren Vorkontakten mit dem Patienten ergeben hatte. Kriterium der Zuweisung, ist jedoch nur, dass der Mitarbeiter vom Zuweiser als „irgendwie psychisch belastet oder auffällig“ eingeschätzt worden ist, mit den oben beschriebenen Unsicherheiten bezüglich der Verursachung seiner Beschwerden. Das völlig unscharfe Kriterium „irgendwie psychisch belastet oder auffällig“ hat sich für die Beteiligten durchaus bewährt, setzt es doch zunächst nur die Wahrnehmung einer unspezifische Belastung oder Auffälligkeit voraus, ohne dass im Vorfeld irgendwelche weitreichenden Begründungen oder spezifischere Annahmen notwendig werden. Der überwiesene Mitarbeiter, der Patient, wird natürlich im Vorfeld vom Zuweiser über die „Psychosomatische Sprechstunde“, d.h. über den Sinn und Zweck des Gespräches im Sinne einer Zweitsicht aufgeklärt, die Teilnahme ist selbstverständlich völlig freiwillig. Mein Eindruck ist, dass mittlerweile auch der eine oder auch andere Mitarbeiter von sich aus kommt, einfach weil er davon gehört hat

Ziel der Psychosomatischen Sprechstunde war und ist es, mit diesem niedrighwelligen Angebot am Arbeitsplatz Betroffene deutlich früher zu erreichen als im bisherigen Versorgungssystem. Wir haben jetzt erst – nach 10 Jahren - angefangen diese Sprechstunde systematisch – im Rahmen eines Forschungsprojektes zusammen KollegInnen an der Universität Ulm - zu evaluieren, denn der Sinn der Veranstaltung war zunächst so evident für alle Beteiligten, dass wir keinen bürokratischen Zusatzaufwand treiben wollten. Nach Ansicht der zuweisenden Werksärzte und Sozialberater war nämlich schon diese eine Sprechstunde für ca. 30 % der vorgestellten Mitarbeiter ausreichend, um eine erste Orientierung bzw. Standortbestimmung zu ermöglichen. Die Mitarbeiter wurden in der Sprechstunde vor allem dahingehend beraten, ob es sich bei ihren Beschwerden um eine krankheitswertige Störung handeln könne bzw. was sie selbst möglicherweise tun könnten, um einer weiteren Verschlechterung entgegenzuwirken. Andererseits hatte sich auch gezeigt, dass für etwa 70 % der vorgestellten Mitarbeiter aller Voraussicht nach ein weitergehendes Gesprächs- und Versorgungsangebot sinnvoll sein würde, weil Krankheit vorlag oder die Entwicklung einer Erkrankung als hochwahrscheinlich eingeschätzt werden musste oder weil Versuche dieser Mitarbeiter in den bestehenden Versorgungsstrukturen Behandlungsmöglichkeiten für sich herzustellen im Vorfeld gescheitert waren.

Es folgt ein Fallbeispiel, an dem ich weniger die Möglichkeiten als vielmehr die Grenzen dieser „Psychosomatischen Sprechstunde“ verdeutlichen will:

Folie 5 Yilmaz G

Vor einiger Zeit wurde mir in einem größeren Betrieb, einem der Autozulieferindustrie, in einer solchen Psychosomatischen Sprechstunde, Yilmaz G. vorgestellt, und mit ihm - einem 32 Jahre alten gelernten Mechatroniker sitzt ein großer südländisch und vorgealtert wirkender Mann in blauer Arbeitskleidung vor mir, völlig in sich zusammengesunken, die Augenlider hängen tief herunter, er wirkt schon rein optisch fertig und leitet die Schilderungen seiner

Müdigkeit ein, mit der Bemerkung, dass er sich seit zwei Jahren - so der junge Mann wörtlich und in perfektem Deutsch - „ausgebrannt“ fühle. Als Mechatroniker sei er zwar in dieser Firma hervorragend ausgebildet worden, jetzt aber am Band eingesetzt, hochkompetent in technischen Sachverhalten und weit unter seinem Leistungsvermögen beschäftigt fixiere er Bleche im 60-Sekundentakt. In der Firma ginge das Gerücht, dass diese Taktung um 5 Sekunden verkürzt werden solle, also auf 55 Sekunden, nur alle 2 Stunden eine Pause und das 8 Stunden am Tag bzw. in der Nacht, je nach Schicht. Seiner Meinung nach seien seine Müdigkeit, seine Erschöpfung, seine vielfältigen Schmerzen in den Händen, im Rücken auf diese Arbeitssituation zurückzuführen. Während er deutlich verlangsamt spricht habe ich den Eindruck, er könne tatsächlich jeden Augenblick einschlafen. Nein, krankgeschrieben war er noch nicht deswegen, wehrt er ab, das komme für ihn nicht in Frage, sei er doch der einzige Verdienere für die verbliebene 5-köpfige Familie, denn die Mutter sei vor 20 Jahren gestorben. Mit seinem hochverschuldeten Vater müsse er heute noch zum Gerichtsvollzieher, gleich nach der Arbeit – wie er das schaffen soll ist mir schleierhaft so wie er dasitzt - wegen des Offenbarungseides, der Vater könne seine Schulden von mehreren tausend Euro nicht begleichen. Auch sein mitteloser, jüngerer Bruder beschäftige ihn, ständig Ärger mit der Polizei. Nach einer Pause wird er noch leiser als ohnehin schon; Er hoffe, dass sich wenigstens seine ältere Schwester, die krebskrank in einer Uniklinik liege bald erhole, jeden 2. oder 3.Tag fahre er mehr als 200 Kilometer in diese Klinik, um ihr beizustehen. Von der jüngeren Schwester, wolle er das alles abhalten, damit sie wenigstens ihre Schule schaffe. Auf meine Frage, ob es denn irgendeinen Lichtblick gäbe in seinem Leben, irgendetwas, was ihm Freude mache, irgendeinen Ausgleich schaut er mich fast verständnislos an, so als ob er gar nicht begreifen könne, was ich damit meine. Für eine Freundin habe er jedenfalls keine Zeit, dazu wäre er viel zu sehr eingespannt.

So oder so ähnlich verlief das Gespräch, verlaufen diese Sprechstunden, und schon nach 20-30 Minuten hat man wie in jedem anderen Interview auch eine Fülle von Material natürlich auch nonverbale Eindrücke, und die Frage ist dann, wenn man nur 60 Minuten hat, an welche Inhalte man anknüpfen kann oder soll und vor allem mit welchem Ziel? An die Arbeitsbedingungen von Yilmaz G., die nicht nur körperlich sehr einseitig belasten, sondern zweifellos als solche hochgradig frustrierend sind bei seiner Ausbildung (boreout war ja auch als Unterform des Burnout im Rahmen dieser Tagung benannt worden) An die Angst um seine kranke Schwester, wo doch bereits seine Mutter an Krebs gestorben ist . An seine Rolle in der Familie, die sich für mich anfühlt wie eine Art grandioser Mutterersatz, aber was ist eigentlich normal in türkischen Familien? Welche Rolle wird in so einer Situation dem ältesten Sohn wohl kulturspezifisch zgedacht und lässt sich das im Entferntesten auch nur mit meinen Vorstellungen vergleichen? Oder soll ich seine Art ansprechen, sich mit allem abzufinden, und allenfalls latent zu klagen? In der Vielfalt dieser Möglichkeiten sind nur intuitive, Bauchentscheidungen möglich, diese können plausibel sein oder eben auch nicht. Aber wenn Sie nur eine Stunde haben und hilfreich sein wollen, dann müssen Sie sich entscheiden.

Der Begriff Sprechstunde ist in diesem Zusammenhang durchaus wörtlich zu nehmen, ich persönlich schaffe das nicht unter einer Stunde, mit einem Menschen in Kontakt zu kommen und mir ein einigermaßen umfassendes Bild besser noch Gefühl von seiner Situation zu verschaffen, nicht zuletzt spielen auf Seiten der zugewiesenen Arbeitnehmer wie in jeder Erstgesprächssituation alle möglichen Ängste und Widerstände eine Rolle, die zu unterlaufen keinen Sinn machen würde, soll doch hinterher in ihm oder ihr nicht das Gefühl entstehen ausgehorcht worden zu sein. Andererseits habe ich auch nur diese eine Stunde und in der muss alles passieren, ich kann nicht umbuchen auf später (dies galt zumindest bis zur Einführung der Psychosomatischen Intervention vor etwa 2 Jahren)

Bei Yilmaz G. entscheide ich mich zunächst für die Arbeitsplatzsituation, sicher auch verunsichert durch die Vielzahl der schweren Belastungen und Verwicklungen in der Familie sowie durch erahnbare kulturelle Unterschiede zwischen uns beiden: In deutschen Betrieben kenne ich mich vielleicht doch besser aus, als in Strukturen türkischer Familien. Allein: die Hiobs-

botschaften gehen weiter, nein die Stimmung sei nicht gut am Arbeitsplatz, nicht Ausländerfeindlichkeit im engeren Sinne wäre das Problem, denn die gäbe es seiner Meinung nach in Deutschland nicht wirklich, es gäbe eher Türkenfeindlichkeit. Sein Problem aber sei, dass er als Kurde nicht mal von den Türken anerkannt würde, im Gegenteil eigentlich fühle er sich besonders von seinen türkischen Kollegen geschnitten und ausgegrenzt. Nein Unterstützung habe er da keine usw.

Folie 6 Burnout

Bemerkenswert an Yilmaz G. und bemerkenswert für diese Sprechstunden ist die immer häufiger von den Patienten benutzte Selbstetiketierung des „Ausgebrannt-Seins“ oder eben auch des „burnout“. Nun hat Yilmaz G. kein Buch gelesen und keine Tagung besucht, er weiß auch nicht dass zu seiner emotionalen Erschöpfung und seinen Leistungseinschränkungen auch eine zynisch eingefärbte Depersonalisation gehört, die klingt im Gespräch allenfalls an. Der Begriff des „Ausgebrannt-Seins“ wird im Gegenteil von Yilmaz G. völlig unschuldig gebraucht, und auch ich denke - ehrlich gesagt - keinen einzigen Moment daran, ob diese Selbstverortung theoretisch korrekt ist, mir reicht völlig aus, das ihm der Begriff in seiner Unschärfe offenbar geholfen hat zu einer - für ihn akzeptablen - Selbstkonstruktion zu gelangen, dass er mit dieser Konstruktion den Weg zu seinem Werksarzt gefunden hat und dadurch Hilfestellung überhaupt erst möglich wird. Die wird er bitter nötig haben, denke ich mir, denn die Schilderungen seiner krebskranken Schwester lassen erahnen, dass diese möglicherweise nicht mehr lange leben wird und wer oder was trägt ihn dann da durch?

Nicht der Inhalt des Begriffes burnout ist mir wichtig, sondern dessen selbst- und beziehungsregulierende Funktionen. Ich bin überzeugt, dass wir gerade im Bereich des Psychischen auch unscharfe Begriffe brauchen, und wir diese Begriffe nicht schärfer stellen sollten als die Phänomene selbst sind, auf die sie sich beziehen. (Deswegen bin Frau Reddemann auch sehr dankbar für Ihren Vorschlag mit der Metapher... das trifft es m.E. am besten. Burnout als Bild, in dem Patienten sich wiederfinden.)

Folie 7 „Der Beitrag des Therapeuten“ (steht in Anführungszeichen, ist ein Zitat aus dem Lehrbuch von Thomä und Kächele und bezieht sich darauf nicht zu fragen was die Pathologie des Patienten ist, die er mit in die Stunde bringt, sondern der Beitrag des Therapeuten, damit er aus diese Stunde gestärkt hervorgeht).

Für die Behandler ergibt sich in einstündigen Kontakten dieser Art eine recht komplexe Aufgabenstellung mit einer Vielzahl sich teilweise ergänzender, z. T. auch miteinander konkurrierender Ziele. Sie beinhaltet aus meiner Sicht in erster Linie folgende vier Teilaspekte:

- 1 Das Herstellen einer Hilfreichen Beziehung hat zunächst absoluten Vorrang vor der Abklärung spezifischer Symptome oder diagnostischer Unsicherheiten. Nur eine Hilfreiche Beziehung und eine darauf abzielende beziehungsorientierte Haltung des Therapeuten gewährleistet, dass sich aufgrund diffuser „Auffälligkeitssignale“ eingesteuerte Teilnehmer im notwendigen Maße öffnen, über sich und die ihnen bewussten Beschwerden und Konflikthintergründe sprechen, schlussendlich Voraussetzung eines etwas tieferen empathischen Verstehens.
- 2 Als nächstes kommt der Versuch das Verstandene und das noch nicht Verstanden zu Veranschaulichen, Veranschaulichen heißt in der Sprache und den Bildern der Patienten bleiben, deren Abwehr und Bewältigung dabei nicht infrage zu stellen, sondern zunächst die Leistungen dieser Abwehr zu würdigen, Yilmaz G. mitzuteilen, „Sie wären für mich der ideale Mitarbeiter oder der ideale Bruder, Sie kommen trotz großer Schmerzen in die Firma, erledigen Ihre Arbeit ohne zu murren, und sorgen dann auch noch aufopfernd für die Familie... Erst in einem zweiten Schritt, können dann die maladaptive Aspekte dieser Abwehr benannt werden: „...da bleibt wenig Zeit für Sie, ich bin auch unsicher, wie das

Seite -6-

in kurdischen Familien ist, was der älteste Sohn dem Vater schuldet und was den jüngeren Geschwistern.“ Kulturelle Unterschiede sind eigentlich immer bedeutsamer als auf den ersten Blick erkenntlich, Grenzen der Einfühlung und des Verstehens können aber meiner Meinung nach durch echtes Interesse gemildert werden.

- 3 Mit den Mitteln einer motivierenden Gesprächsführung sollen dann Patienten in der zur Verfügung stehenden knappen Zeit ermutigt werden, nicht nur möglichst offen über ihre innere und äußere Situation zu sprechen. Schon das erleben viele Patienten als durchaus hilfreich. Sie sollen gleichzeitig ein Gefühl für ihr eigenes Veränderungspotential entwickeln, also ein Gefühl dafür, wohin die Reise gehen könnte, welche Schritte zur Zielerreichung notwendig werden und was dem entgegen steht. Dies geht häufig mit der schmerzhaften Erkenntnis einher, dass der Mensch nicht alles unter einen Hut bringen kann, dass Veränderungen einen Preis kosten und dass man um Schuldgefühle manchmal nicht herum kommt. Angst vor dem Neuen und Schuld gegen das Alte sind die wesentlichen emotional bindenden Kräfte hinter dem Aushalten und Durchkämpfen belastender Lebenssituationen.
- 4 Um eine Problemlösung „vor Ort“ zu unterstützen ist häufig Schnittstellenarbeit nötig, auch natürlich um den fachlichen Austausch mit den Betriebsärzten zu intensivieren. Deswegen sieht das Konzept der Psychosomatischen Sprechstunde, einen zweiten Abschnitt vor. Dieser besteht in einem Nachgespräch (bzw. aus einer Gesprächsrunde – wenn es sich um eine größeren Gruppe von Werksärzten handelt) in dem oder der der jeweilige Zuweiser des Patienten, diesen aus seiner Sicht vorstellt, anonymisiert und dann meistens aus einer Längsschnittperspektive, sollte er den Patienten zuvor schon mehrere Male gesehen haben. Wer immer die Sprechstunde als Psychosomatiker durchführt, ergänzt dann diese werksärztliche Sicht durch seine Erfahrungen mit dem Patienten, um dann in einer gemeinsamen Reflexion in der Gruppe zu versuchen zu verstehen, was mit dem Patienten bzw. dem System los ist, in dem er sich bewegt, ob seine Beschwerden nun einen Krankheitswert haben und welche Behandlungsschritte es zu ergreifen gilt. Bei Yilmaz G. drängt sich mir die Überlegung auf erst einmal im beruflichen Bereich Entlastung zu schaffen, d.h. in seinem Fall Verbündete zu suchen, die ihn z.B. durch eine Umsetzung zumindest zeitweise unterstützen, aber auch an seiner Verbindungsbereitschaft, vielleicht auch an seinen Größenphantasien zu arbeiten, warum er denn alles in seinem Leben alleine bewerkstelligen muss? Im Nachgespräch mit dem zuweisenden Arzt wurde relativ schnell deutlich, dass nicht nur Ausgrenzung durch vermeintlich feindlich gesinnte Kollegen zu seiner tatsächlichen Isolation beigetragen hat, sondern dass auch eine gewisse Kränkbarkeit auf seiner Seite, und ein Hang zum verdeckten Vorwurf einen Beitrag leisten. Denn in der Realität schien es durchaus auch besorgte Mitarbeiter und Vorgesetzte zu geben, vor allem der zuständige Meister hatte dem Werksarzt gegenüber seine Sorgen artikuliert und letztlich auch Yilmaz G. motiviert diesen aufzusuchen.

Folie 8 Fallbesprechung

Diese Fallbesprechungen sind also der Ort des gemeinsamen Lernens, eine Art problemorientierten Lernens, das an eigenen durchaus emotionalen Erfahrungen der betreffenden Kolleginnen und Kollegen des werksärztlichen Dienstes ansetzt und sich nicht nur auf die Vermittlung theoretisch-kognitiven Wissens beschränkt. Nicht nur psychosomatische Theorien, vor allem auch die Arzt-Patient Beziehung und die subjektive Bewegung darin (präziser die Fähigkeiten der Ärzte sich darin zu bewegen und ihre Haltung) rückt in den Mittelpunkt dieser Besprechungen, und damit das Subjekt in den Fokus der Betriebsmedizin. In einigen Betrieben - finden solche Besprechungen seit nunmehr einigen Jahren statt, sie waren anfangs für einige - an objektivierbaren Sachverhalten orientierte - Werksärzte vielleicht etwas befremdlich, heute gehören sie fraglos zur Grundausstattung der Psychosomatischen Sprechstunde.

Mehr noch allerdings lernen Sie als Therapeut. In Sachen Arbeitswelt würde ich mich als naiv einstufen vor Beginn dieses Projektes, nicht nur weil man mal in einem Presswerk oder einer Gießerei gestanden haben muss, um mit einem sinnlichen Eindruck vom Begriff der Schwerindustrie zu bekommen, Meine Vorstellungen über die Arbeitswelt und den Raubtierkapitalismus habe ich jedenfalls wiederholt korrigieren müssen.

Die Fallbesprechung ist damit auch der Ort des – allerdings unspektakulären - Einwirkens auf das System. Ohne eine solche Besprechung würde die Psychosomatische Sprechstunde zu einseitig auf den Patienten fokussieren und den vielfältigen Wechselwirkungen seiner persönlichen Voraussetzungen mit den betrieblichen Strukturen, nicht gerecht werden. Die Erfahrung zeigt auch, dass das Nachdenken über einen Patienten im gemeinsamen Gespräch den einzelnen Werksarzt oder auch den Sozialberater durchaus stärken kann in einer für den Arbeitgeber dann manchmal eher unbequemen oder geradezu sperrigen Sichtweise. Denn das, was aus gesundheitlichen Gründen nicht geht, wird in vielen - gerade größeren - Betrieben heute eben nicht mehr einfach übergangen. Natürlich besteht absolute Schweigepflicht, nichts wird besprochen ohne ausdrückliche Einwilligung des Patienten. Und keine Frage, dass der Firewall zwischen Betriebsmedizin und Personalabteilung unüberwindbar bleiben muss. Aber Daten sollten andererseits nicht um ihrer selbst willen geschützt werden, in den Daten gilt es ja vor allem die Personen zu schützen und eine Werksärztin oder ein Werksarzt ist natürlich gehalten das durch die Fallbesprechung gewachsene Wissen für eine adäquate Lösung der anstehenden Probleme angemessen zu verwenden und ggf. eben auch auf problematische Wechselwirkungen zwischen Individuum und Organisation hinzuweisen. Und in der Regel, in meiner – wie ich finde sehr ermutigenden - Erfahrung eigentlich fast immer - reagiert der Betrieb positiv, denn Führungskräfte sind auch Menschen. Ich bin sicher, dass ohne diese Sprechstunde und ohne diese Fallbesprechungen bestimmte Entscheidungen in der Vergangenheit nicht gefällt oder anders gelaufen wären.

Folie 9 Psychosomatische Intervention

Die Psychosomatische Intervention, ich hatte gesagt je nach Vertrag und Kostenträger gibt es die Möglichkeit zu 6 Stunden bzw. 8 Stunden Gespräch dies aber außerhalb des jeweiligen Betriebes, ergänzt seit etwa 2 Jahren die Sprechstunde, und nur ein Teil der Patienten wechselt von dieser über dieses erweiterte Gesprächsangebot. Yilmaz G. gehört dazu, er hatte vor kurzem sein 5. Gespräch bei mir, seine Schwester ist inzwischen leider verstorben, seine Umsetzung an einen adäquateren Arbeitsplatz steht allerdings in Aussicht. In dieses Projekt können zusätzlich auch Mitarbeiter der beteiligten Krankenkassen einsteuern oder überweisen. Natürlich kommen auch hier erst einmal die Problemfälle, die anderweitig kein Angebot der Klärung und Beratung für sich herstellen wollten oder konnten. Frühintervention ist das in vielen Fällen natürlich nicht mehr, und das ist sicher eine andere Grenze des Projektes.

Im Hinblick auf die inhaltliche Arbeit sieht das Konzept der „Psychosomatischen Intervention“ erst einmal eine Fortschreibung oder Erweiterung der Psychosomatischen Sprechstunde vor mit ganz ähnlichen Zielsetzungen. Sie bietet die Möglichkeit neben der Klärung diagnostischer und differentialindikatorischer Fragestellungen, Ursachen und Lösungsmöglichkeiten im Hinblick auf die aktuelle Problemsituation etwas gründlicher zu bearbeiten. Themen wie die Identifikation von (zumeist zwischenmenschlichen) Stressoren, Möglichkeiten zur Stärkung der individuellen Stresstoleranz und des Gefühls der Selbstwirksamkeit, der daraus resultierenden Stabilisierung des Selbstgefühls sowie die Ermutigung bestehende Konfliktfelder anzugehen um dadurch vielleicht auch mehr Rollensicherheit zu erreichen, stehen dabei im Vordergrund. (für den Burnout-Kontext hat insbesondere Bergner diesbezüglich eine recht plausible Liste erreichbarer Ziele beschrieben, an der man sich gut orientieren kann). Aber auch wenn sich dieses Gesprächsangebot zunächst nur an Arbeitnehmer richtet, ist damit auch hier keine einseitige Verengung auf nur berufliche oder arbeitsplatzbedingte Belastungen verbunden. Gerade auch Bergner gewissermaßen als Burnout-Spezialist weist in diesem Zusam-

menhang völlig zu Recht darauf hin, dass der Begriff des burnout einlädt, um darauf persönliche oder private Themen und Konflikte zu projizieren (2008).

Durchaus zwiespältig, ob wir unsere Patienten mit Fragebögen behelligen sollten, haben wir, um die Wirksamkeit der Psychotherapeutischen Intervention abzuschätzen, mit den Kostenträgern vereinbart, eine Evaluation der durchgeführten Behandlungsmaßnahme zu erstellen. Ich werde Sie hier nicht mit Zahlen langweilen aber es zeichnet sich ab, dass wir mit der Intervention einen recht hohen Anteil von Männern erreichen, zu 95 Prozent Vollzeit angestellt, ca. 60% davon einfache Arbeiter und Facharbeiter, viele davon schichtend, und etwa ein Drittel mit Migrationshintergrund. Dass damit eine im Hinblick auf Geschlecht, Bildung, Herkunft und Arbeitsverhältnisse eher untypische (unbehandelt sicher chronifizierende) Psychotherapie-Klientel erreicht wird, stellt aus unserer Sicht einen ersten eigenen Erfolg dieser Psychosomatischen Kurzzeitintervention dar.

Im Mittel wird mit etwa 5-6 Terminen im Rahmen dieser Maßnahme behandelt, wobei sich die dadurch abgesteckten Zeiträume auf durchaus bis zu 10 Monaten erstrecken können. Die Auswertung einer ersten kleineren Stichprobe von 44 Patienten zeigt, dass diese ein hohes Maß an Zufriedenheit mit der Maßnahme erkennen lassen.

Folie 10 Zufriedenheit

Immerhin knapp 66% waren mit dem Ausmaß an Hilfe, das sie erhalten hatten sehr zufrieden, 86 % fühlten sich am „völlig am richtigen Platz“, die Qualität der Behandlung empfanden immerhin 69 % als „ausgezeichnet“, „Eindeutig“ erneut diese Intervention anstreben würden 83 % “ und 89% der Befragten würden die Maßnahme auch „eindeutig“ weiterempfehlen, diese Zahlen dürfen sicherlich als Hinweise für eine breite Akzeptanz der Psychosomatischen Intervention bei den Patienten gewertet werden.

Folie 11

Auf der Symptomebene – gemessen wurde hier das Psychische Leiden unserer Patienten zu Beginn und am Ende der Maßnahme mit dem Heath 49 - findet sich neben einem relativ hohen Ausgangsniveau eine deutliche Besserung. Cord Benecke hatte in diesem Zusammenhang am Montag eine Klinikmitarbeiterin zitiert mit den Worten, die Leute kommen mit Burnout und haben dann „voll die harten Sachen“, genau das beginnen wir mit unseren Daten zu belegen.

Diese Besserung der Patienten auf der Symptomebene wird aus der Therapeutenperspektive tendenziell noch höher eingeschätzt als von den Patienten selbst. Kein problematischer Befund, denn wir wissen aus der Sozialpsychologie, dass ein gewisses Maß der Selbstüberschätzung bei der Aufgabenerfüllung durchaus hilft.

Immerhin zeichnet sich ab, dass etwa 40% dieser Stichprobe zunächst keiner weiteren Therapiemaßnahmen bedurfte und dies nach durchschnittlich nur 5-6 Stunden trotz eines anfangs teilweise erheblichen subjektiven Leidensdruckes und trotz signifikanter Symptombelastung. Der therapeutische Wert solcher Gespräche wird natürlich verstärkt dadurch, dass in der großen Mehrzahl der anderen Fälle notwendige, weitergehende Behandlungsoptionen besprochen und auch vermittelt werden konnten.

Ich fasse zusammen

Die im Rahmen der „Psychosomatischen Sprechstunde“ wie „der „Psychosomatischen Intervention“ bisher gesammelten Erfahrungen legen nahe, dass auch bei Einsatz sehr reduzierter Mittel eine ganze Reihe von positiven Veränderungen und Weichenstellungen möglich sind.

Allem voran werden lange Wartezeiten verhindert und potentielle Patienten erhalten niedrigschwellig die Möglichkeit zu ersten klärenden Gesprächen. Zufriedenheit entsteht auf Seiten der Patienten wie auch der zuweisenden Kollegen offenbar vorwiegend durch den Umstand, dass beide Sprechstunde wie Intervention relativ rasch eine vorläufige Klärung ermöglichen und dadurch ein gewisser Zuwachs an Sicherheit bei den Beteiligten entsteht z.B. unter einer krankheitswertigen Störung zu leiden oder eben auch nicht bzw. bezüglich der Frage welche Schritte denn ggf. eingeleitet werden sollten.

Kritische Stimmen mögen anmerken, dass angesichts der epidemiologischen Daten diese Maßnahmen nicht mehr sind als der oben zitierte Tropfen auf dem heißen Stein, dass sie keinen wesentlichen Unterschied machen vor dem Hintergrund der Globalisierung und der rasenden Märkte. Kritisch könnte man auch anmerken, dass solche Maßnahmen den Betrieben doch nur helfen, ihre Probleme zu externalisieren, die strukturelle Individualisierung, die unsere Gesellschaft derzeit kennzeichnet nur noch zu unterstützen.

Durchaus bedenkenswerte Einwände...und diese Maßnahmen werden sicherlich keinen Unterschied machen für strategische Ausrichtung eines Unternehmens oder bezüglich der Folgen, die diese für die Beschäftigungssituation oder die Arbeitsplatzverhältnisse hat. Aber ich finde, wir sollten nicht gekränkt sein, wenn unsere psychotherapeutischen Beiträge nicht gleich die Welt verändern. Für mich macht es einen großen Unterschied, in diesen Projekten mitzuarbeiten, ich habe eine Menge interessanter Menschen kennengelernt und vieles über betriebliche Strukturen. Ich bin auch zuversichtlich, dass es für die Kolleginnen und Kollegen vom Werksärztlichen Dienst einen spürbaren Unterschied gemacht hat, sich gelegentlich auch über die gefühlsmäßigen Grundlagen ihrer Arbeit zu verständigen, die Einführung des Subjekts in die Betriebsmedizin dürfte für den einen oder anderen durchaus persönlich bereichernd gewesen sein. Und nicht umsonst hat sich eine größere Gruppe dieser Ärztinnen und Ärzte entschlossen an einem Curriculum zur „Psychosomatischen Grundversorgung in der Arbeitsmedizin“ teilzunehmen. Ich bin fast sicher, dass es für Yilmaz G. einen Unterschied macht, ob solche Gespräche stattfinden oder nicht angesichts sehr belastender Lebensumstände aber auch angesichts seiner eigenen durchaus nicht unproblematischen Verarbeitung.


Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Kontakt:

PD Dr. med. Michael Hölzer
Sonnenberg Klinik Stuttgart
Christian-Belser-Str. 78
70597 Stuttgart


Burnout
Möglichkeiten und Grenzen einer
Frühintervention

M. Hölzer
Lindau, den 27.04.12



„Psychosomatische Sprechstunde“
(1 h, N = ca. 400)

„Psychosomatische Intervention“
(6 oder 8 h, N = 300)




Engpässe in der Versorgung

Psychosomatische Krankenhäuser:
Wartelisten, Wartezeiten

Psychosomatische Rehabilitation:
Abgelehnte Anträge


Niedergelassene TherapeutInnen:
Anrufbeantworter



„Psychosomatische Sprechstunde“


1. Abschnitt: Gespräch (60 min)
2. Abschnitt: Fallbesprechung

Kriterium:
„Psychisch Belastet oder Auffällig“



Yilmaz G., 32, Mechatroniker, ledig, „
„Mein Burnout habe ich seit vielleicht 2
Jahren, und es wird immer schlimmer.
Jetzt bin ich einfach nur müde...“


Th: „Ich berate Sie, was ich an Ihrer
Stelle tun würde, und - wenn Sie
einverstanden sind - berate ich auch
Ihren Werkarzt, was ich aus
psychosomatischer Sicht dazu sagen
kann...“



Burnout

„Sprache, Denken, Wirklichkeit“

Selbstkonstruktion
Beziehungsregulation



„Der Beitrag der Therapeuten“:

- Herstellen einer „Hilfreichen Beziehung“
- Verstehen und Veranschaulichen
- Motivierende Beratung
- Schnittstellenarbeit im System

(Haltung: adaptiv, aktiv, fokussierend, ressourcenorientiert, fehlerfreundlich)

Fallbesprechung

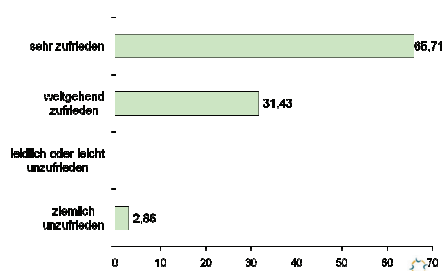
- Knowledge
- Skills
- Attitude

„Psychosomatische Intervention“

Spielräume, Selbstwirksamkeit, Stabilisierung

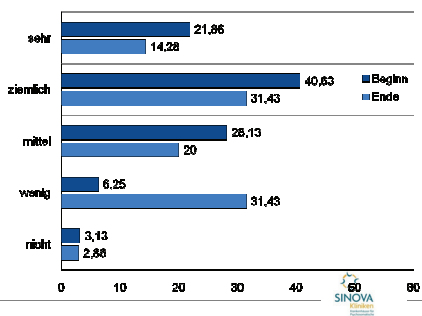
Zufriedenheit mit Ausmaß an Hilfe - Häufigkeit in %

Frage: Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß an Hilfe, welche Sie erhalten haben?



Prä-Post-Vergleich: Psychisches Leiden (Health-49)-Häufigkeit in %

Frage: Wie sehr litten Sie in den letzten zwei Wochen unter...?



Prä-Post-Vergleich: Beeinträchtigung des Patienten aus Therapeutesicht (BSS, Häufigkeit in %)

