

Irdische Sorgen: Burnout

Hauptreferat C am 13. Juni 2002 anlässlich des KHM-Kongresses in Luzern (Prof. Wolf Langewitz, Dr. Silva Keberle)

Himmel auf Erden ist das Motto der Tagung. Viele haben den Himmel auf Erden wahrscheinlich während des Medizinstudiums und ihrer ersten Zeit im Spital gespürt – vielleicht auch noch bei ihrer Praxiseröffnung. Mit den Jahren sind dann vielleicht langsam Zweifel gekommen: Stimmen Aufwand und Ertrag noch, kann den Patienten gegenüber noch umgesetzt werden, was man ihnen geben will?

«Le ciel sur la terre», tel était le thème du séminaire. Nombreux sont ceux qui ont déjà ressenti «le ciel sur la terre» lors de leurs études de médecine, de leurs premiers temps à l'hôpital ou lors de l'inauguration de leur cabinet. Mais avec les années, un doute s'est peut-être parfois glissé tout doucement: l'effort fourni et le résultat obtenu sont-ils encore équilibrés, arrive-t-on encore à faire pour les patients tout ce qu'on voudrait?

*Zusammenfassung
von Susanna Walser*

Sorge tragen zu sich selbst

Sorge tragen zu sich selbst ist genau so wichtig wie Sorge tragen zu den PatientInnen. Viele Grundversorger sind geplagt von der Politik und den Krankenkassen. Sie beginnen an der eigenen Effizienz zu zweifeln, beginnen zu merken, dass sie das Management einer Praxis nie gelernt haben. Burnout ist plötzlich nicht mehr nur ein Begriff für andere, sondern könnte auch für sie selbst zutreffen. Jeder, der ein Burnout hat, erkennt es sofort, die Definition ist aber nicht einfach.

Wo könnten Gründe für ein Burnout liegen?

Bei einer Blitzumfrage bei Schweizer Internisten mit E-Mail während der Vorbereitung der KHM-Tagung wurden 1350 Fragebogen verschickt. 267 kamen zurück, was recht viel ist. Der Fragebogen bezog sich auf Aspekte der Standespolitik und auf klinische Erfahrungen. Die Auswertung der Frage nach der Art der Tätigkeit ergab 66% Grundversorger und 34% Spezialisten.

Als Kernproblematik entpuppte sich weniger die lange Arbeitszeit, sondern vielmehr die Beschäftigung mit der Administration. Viele fanden zwar, sie arbeiteten zu viel, doch sahen sie die Arbeitszeit nicht als Hauptproblem an. Ähnlich die Frage nach Aufwand und Ertrag: Nicht der Aufwand wurde als zu gross empfunden, sondern der Ertrag als zu gering.

Die Politik und die Kassen schienen auch ein zentrales Problem darzustellen. Bemerkenswert ist, dass PatientInnen mit zu vielen Fragen, die sie aus dem Internet mitbringen, nicht als zentrales Problem angesehen wurden, ebenso wenig Probleme, die sich aus kulturellen Unterschieden zwischen Behandelnden und Patienten ergeben. Auch kein sehr grosses Problem scheinen PatientInnen darzustellen, bei denen man nicht mehr weiss, wie man ihnen helfen soll. Einige ÄrztInnen äusserten wenig Verständnis für die Umfrage, die meisten schienen eher froh über die Möglichkeit, sich zu ihrer Situation zu äussern. Eine Ärztin spricht die Doppelbelastung als Berufsfrau und Mutter an, ein ganz wichtiges Grundproblem, dem heutzutage noch zu wenig Rechnung getragen wird.

Das Geld spielt insofern eine Rolle, dass bei einer 60–80-Stundenwoche von ÄrztInnen verglichen mit Managern in der Privatwirtschaft mit ähnlicher Arbeitszeitbelastung weit geringere Einkommen erzielt werden. Ein weiteres wichtiges Problem stellten die vielen psychosomatischen PatientInnen dar, für die zu wenig Zeit und für deren Behandlung keine wirklich fundierte Ausbildung vorhanden seien.

Erkennen eines Burnout

Das frühzeitige Erkennen der Entstehung eines Burnout ist sehr wichtig. Das Wort wurde zum ersten Mal in den Siebzigerjahren in Kalifornien bei MitarbeiterInnen im Drogenbereich einer Klinik beschrieben. Sie hatten eines Tages festgestellt, dass sie schlicht nicht mehr mögen. Drogenabhängige PatientInnen sind bekanntlich ganz besonders schwierig und fordernd. Ein Burnout entsteht nur, wenn die Betroffenen «selbst gebrannt» haben, wenn sie sich also sehr stark engagiert haben, «hohe steile Pässe gespielt haben», als Vergleich mit dem Fussball. Diejenigen, die den Ball immer flach gehalten haben, bekommen kein Burnout.

«Sich ausgebrannt fühlen» ist ein Ausdruck, der allen klar ist. Ein Burnout zu erkennen, ist selbst oft nicht möglich, denn die Betroffenen sind betriebsblind. Für ÄrztInnen gehört ein gewisses inneres «Hitzegefühl» offenbar zum alltäglichen Wohlbefinden; es hat mehr mit der richtigen Betriebstemperatur zu tun als mit Überhitzung. Angehörige sind aber schlauer als die Betroffenen selbst. Sie erkennen ein Burnout schneller.

Wie kann das Erkennen des eigenen Burnout gefördert werden? Eine beginnende Erschöpfung kann beispielsweise am Fluchen und Ungeduldigkeit bei Kleinigkeiten erkannt werden. Merkt vielleicht der Kater zu Hause etwas? Springt er vom Sofa, weil das Garagentor zu laut und heftig geschlossen wurde? Ein Zeichen für vielleicht «ein bisschen zu viel zu tun»? Oder bemerkt die Ehefrau, dass ihr Mann nach der Arbeit nur noch auf seinen Lieblingssessel sinkt, um die Zeitung zu lesen und seine Ruhe zu haben? Vielleicht wird auch die Musik der eigenen Kinder plötzlich als zu laut empfunden? Die Betroffenen bemerken das nicht speziell, die Umgebung jedoch oft schon. Könnten das nicht doch Zeichen sein für vielleicht «too much»?

Die Literatur sagt, ein Burnout sei vorhanden, wenn das Gefühl entsteht, dass nichts mehr bewegt werden kann und dass zu nichts mehr Lust vorhanden ist, das Gefühl, dass ineffizient gearbeitet wird, dass man von der Arbeit überrollt wird. Alles wird zu viel für die Betroffenen, sie gehen nicht mehr aus, erledigen keine Gartenarbeit mehr, die sie früher so geliebt haben, ihr Schlaf ist nicht mehr erquickend, Reizbarkeit und Konzentrationsstörungen nehmen zu. Ärzte zeigen bis 3mal so häufig Abhängigkeitserkrankungen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen. Weitere Zeichen sind, dass vielleicht die beruhigende Wirkung des Hopfens gebraucht wird, Rückenschmerzen, verspannte Nackenmuskulatur, Depression, Ängstlichkeit und Schwarzsehen. Bei Männern mehr als bei Frauen tritt ein Abflachen der Gefühle dazu. Sie sind nicht mehr in der Lage, «wow» zu sagen beispielsweise bei einer guten Note der Kinder, sie sind gefühlsmässig weniger ansprechbar geworden.

Welchen Belastungsfaktoren sind die Ärzte ausgesetzt?

Einige Faktoren wie Kassenpolitik, FMH, TARMED und die Gesundheitskosten sind für den einzelnen nicht beeinflussbar. Andere Faktoren können aber sehr wohl mehr oder weniger beeinflusst werden. Wie steht es mit der Erreichbarkeit der ÄrztInnen? Haben sie alle ihr Natel oder ihren Piepser immer bei sich? Ist ihr Telefonbeantworter immer eingeschaltet? Müssen sie immer erreichbar sein? Sicherlich ist die Erreichbarkeit nur beschränkt beeinflussbar, da eine gewisse Präsenz von den Ärztesellschaften vorgeschrieben wird, aber muss es *immer* läuten können? An welchen Belastungsfaktoren kann etwas geändert werden? Oft sind im Bereich Kommunikation mit den PatientInnen, Zusammenarbeit mit den PraxisassistentInnen und im Umgang mit der eigenen Familie Veränderungsmöglichkeiten vorhanden.

Definitionen des Burnout

Ein Burnout ist wesentlich durch drei Faktoren definiert:

- Erschöpfung (man ist am Ende, gefühlsmässig und leistungsmässig)
- Depersonalisierung (man ist nicht mehr wirklich bei dem, was man tut, ist gleichgültiger geworden)
- fehlende Selbstwirksamkeit oder anders ausgedrückt ein Gefühl von Ineffizienz (man kann machen, was man will, und bewirkt nichts).

Es gibt einen Fragebogen mit 22 Items zwecks Erkennen eines eigenen Burnout, welcher vor allem bei helfenden Berufen in der Onkologie eingesetzt wurde. Eine Erschöpfung wird bei 53% der Ärzte, bei 37% der Pflegenden und bei 31% der Beschäftigten in der Administration angegeben, die globale Zufriedenheit mit der Arbeit schneidet schlecht ab mit nur 58%. Der psychische Zustand ist bei 25% der Ärzte beeinträchtigt, 32% der Chirurgen geben an, sich erschöpft zu fühlen, aber nur wenige geben mangelnde Selbstwirksamkeit an. Offenbar und zum Glück bleibt der Glaube an die Selbstwirksamkeit bei Chirurgen am wenigsten beeinträchtigt.

Typische Belastungsfaktoren bei den Grundversorgern

Für alle Ärzte gilt, dass das Gefühl, überrollt zu werden und die eigenen Bedürfnisse, die der Familie und die Arbeit nicht unter einen Hut bringen zu können, sehr stark mit einem Burnout korreliert; der Aufwand passt nicht mehr zum «Ertrag» (reward).

Bei den Grundversorgern kommen noch andere Faktoren hinzu: Sie erhalten bekanntlich wenig Unterstützung von den Universitäten, das Forschungsinteresse an Entscheidungsalgorithmen, die in der Grundversorgung so wichtig sind, ist gering. An den Universitätskliniken werden vorwiegend Spezialisten ausgebildet, die sehr selten «unsortierte» PatientInnen sehen – sie alle kommen bereits mit zahlreichen Unterlagen in die Uniklinik. Daher ist das Patientengut dort ganz anders als in der Grundversorgung, wo viel breiter gesucht werden muss. Die Innere Medizin hat immer mehr Spezialgebiete entwickelt, und die Distanz zwischen der allgemeinen inneren Medizin und deren Spezialgebieten ist immer grösser geworden durch eine exponentiell zunehmende Spezialisierung. Das Erreichen von Fachkompetenz und Fertigkeiten auf einem schmalen Segment ist einfacher. GrundversorgerInnen müssen jedoch oft mit dem Gefühl leben, womöglich etwas ganz Wichtiges verpasst zu haben. Dieses Gefühl ist schwer auszuhalten, weshalb viele doch lieber in den Kliniken bleiben oder sich spezialisieren.

Die universitäre Forschung bietet auch dann wenig Hilfe an, wenn es darum geht, die Diagnosen und Therapievorschläge von verschiedenen Spezialisten auf einen Nenner zu bringen – eine alltägliche Aufgabe der Grundversorger, mit der sie häufig alleine gelassen werden.

Zudem sind GrundversorgerInnen in ein Netz eingewoben, in dem andere Kollegen, die PraxisassistentInnen, PatientInnen, Ehepartner und Kinder eine wichtige Rolle spielen. Je mehr Menschen an einem Netz beteiligt sind und je enger das Netz geknüpft ist, desto wesentlicher ist die Frage, ob alle dasselbe wollen. Bestehen womöglich Konflikte zwischen den Parteien, sind Reibungsverluste vorhanden? Wie entstehen Konflikte in einem Beziehungsnetz? Zum Beispiel, wenn ein Patient sich verschlechtert, ein Rezidiv des vorbekannten Tumors auftritt und

eine nochmalige Chemotherapie indiziert erscheint. Der Arzt beteuert dann womöglich ohne lange zu überlegen, dass der Patient nicht ins Spital müsse, sondern dass er ihn auch so betreuen werde. Zu viel versprochen? Was, wenn das gerade schon anderen Patienten versprochen wurde? Wurde zu viel Verbindlichkeit in der Betreuung zugesagt?

Grundsätzlich sind psychische Faktoren bekannt, die das Risiko, ein Burnout zu bekommen, erhöhen. Eine gewisse Zwanghaftigkeit, ein Ordnungszwang und Problem damit, sich durchzusetzen, gehören dazu. Für solche Menschen ist ganz wichtig, dass alles immer genau so ist, wie sie es sich vorstellen, jeder Gegenstand muss genau an seinem Platz sein, etc. Bei einer wöchentlichen Arbeitsbelastung bis 80 Stunden und fordernden PatientInnen führen hohes Engagement und übergenaues Arbeiten fast zwangsläufig zur Erschöpfung.

Was schützt davor, ein Burnout zu bekommen?

Wer überlebt am besten? Ist das der «tough guy», der sich nicht unterkriegen lässt und von keinem Zweifel geplagt seine Bahn zieht? Der, der glaubt, dass alles seine Richtigkeit hat? Möglicherweise tritt auch dieser eines Tages über seine Grenzen, aber dann ist sein Zusammenbruch um so gründlicher.

Am wichtigsten ist eine gewisse Flexibilität in den Arbeitsabläufen, eine professionelle Kontrolle der eigenen Betroffenheit, so dass das eigene Engagement in bestimmten Grenzen gehalten wird und nicht alle Bereiche der Persönlichkeit infiziert.

Balint-Gruppen oder eine Supervision der eigenen Praxistätigkeit können da helfen. In diesen Gruppen kann man hinterfragen, warum ein bestimmter Patient einen so bewegt hat, warum sein Schicksal einem so nah gegangen ist oder warum man jemanden so abweisend behandelt hat.

Im Vordergrund dieser Arbeit steht, dass die professionelle Distanz fein reguliert wird. Dazu gehört auch die Reflexion der Bilanz aus privatem und Arbeitsengagement. Vielleicht ist es nur ein frommer Wunsch, *während* der Arbeit eine gesunde Distanz zu beachten, dies gilt aber nicht nach der Arbeit! Irgendwann muss Schluss sein – als Ergebnis einer bewussten Grenzziehung!

Man muss das eigene Grenzproblem selber lokalisieren. Beim Kollegen B. wird das Problem deutlich, wenn er sich fragt, wann das Tennis letztes Mal abgesagt wurde wegen eines Patienten. Frau Kollegin W. sollte sich fragen, wann die Familie zuletzt beim Nachtessen hat warten müssen? Was wäre passiert, wenn man sich in diesen Situationen anders verhalten hätte?

An konkreten Beispielen kann man sich fragen, was wirklich passiert wäre, wenn ... Die Alternative lautet: Man sollte immer *zu Ende denken*, bis zum bitteren Ende, was denn eigentlich zu guter Letzt geschehen wäre. Drohen immer die Pleite, der Tod eines Patienten?

Dass viele der eigenen Argumentationsketten über das «was wäre, wenn» nicht zwin-

gend sind, kann man am besten feststellen, wenn man über das eigene Verhalten und Denken vor und nach einem Urlaub nachdenkt: Die Meisten sind nach dem Urlaub weit gelassener und oft auch besser abgegrenzt als in den letzten Wochen vor dem Urlaub!

Vielleicht hilft es ja, sich im Alltag täglich zu einer bestimmten Zeit ein Time-out von einer bis fünf Minuten zu nehmen, um vorübergehend den Stollen zu verlassen und um den Alltag aus einer minimal grösseren Distanz zu analysieren.

Wie wichtig solche Unterbrüche sind, zeigen die Studienergebnisse, die den teilszeitlich arbeitenden Kolleginnen und Kollegen eine deutlich bessere Lebensqualität und eine viel geringere Burnout-Quote bescheinigen.