

Ärzte sind stark Burnout-gefährdet. Was lässt sich dagegen tun?

Ute Eppinger | 12. April 2013

Wiesbaden – Ärzte sind eine Berufsgruppe, die stark Burnout-gefährdet ist. So haben die durch Burnout verursachten Fehlzeiten unter Ärzten innerhalb der letzten 15 Jahre um das 2,6-fache zugenommen. Bei den Hausärzten leidet jeder vierte unter depressiven Beschwerden. Innerhalb des zurückliegenden Jahres hat jeder vierte Hausarzt mindestens 1 Mal eine psychoaktive Substanz bzw. ein Psychopharmakon konsumiert.

Diese Zahlen nannte Prof. Dr. Ulrich Egle, Ärztlicher Direktor der Psychosomatischen Fachklinik Kinzigtal in Gengenbach, bei der Plenarsitzung „Der chronisch Kranke und sein Arzt“ beim 119. DGIM-Kongress in Wiesbaden [1].

Die zugrunde liegenden Ursachen sind vielfältig: Wir werden immer älter; die Zahl chronisch kranker Menschen steigt. 20% der Bundesbürger sind chronisch krank – und insbesondere der Umgang mit chronisch kranken Menschen stellt für den betreuenden Arzt eine große Herausforderung dar.

Das Arbeitspensum in Praxen und Kliniken nimmt zu, Erholung und Privates treten da schnell in den Hintergrund. „Wer von Zeitdruck und Stress fast erdrückt wird, der sucht erst mal nach äußeren Ursachen“, erläutert Egle. Es lohne sich aber, einen Blick auf die eigenen Konfliktbewältigungsstrategien zu werfen. Denn: Im Beruf gesund zu bleiben, könne man lernen.

Der Umgang mit chronisch kranken Patienten erfordert viel soziale Motivation, Engagement und Empathie. Auch eine hohe Frustrationstoleranz ist gefragt, denn positive Rückmeldungen wie bei akut Kranken sind selten. Wer dann eine zu altruistische Einstellung habe, neige zum Negieren eigener Grenzen und Bedürfnisse. Der Weg in die chronische Erschöpfung ist vorgezeichnet.

Burnout ist Folge einer Stressverarbeitungsstörung

Grundsätzlich unterscheidet Egle Umweltbedingungen und interne Faktoren. Stress-Vulnerabilität hat etwas mit der eigenen Erziehung zu tun: „Menschen die in ihrer Kindheit sichere Bindungen erfahren haben, sind deutlich resilienter gegenüber Stress und Burnout als Personen, die als Kind unsichere Bindungen erfahren haben“, erklärte der Experte und wies auf Folgen wie Einschränkung und Größe des Präfrontalen Kortex, mangelnde Selbstregulation, höhere Stresshormonspiegel und erhöhte Entzündungsparameter

hin. Das in der Kindheit geprägte Bindungsverhalten besteht bei den meisten Erwachsenen fort und beeinflusst die eigene Stressanfälligkeit. Rund ein Drittel der Bevölkerung leide unter den Folgen ungünstiger Bindungskonstellationen, so Egle.

Als Folge können unreife Konfliktbewältigungsstrategien auftreten. Wer unreife Bewältigungsstrategien anwende, fühle sich getrieben, setze sich unter Leistungsdruck und ziehe bei Überforderung keine Grenzen, sondern kompensiere dies mit noch mehr Arbeit. Auch Aggressionen gegen sich selbst und andere sowie Hypochondrie zählen zu den unreifen Strategien, ebenso, wenn man Böswilligkeit unterstellt.

„Wechselwirkungen zwischen Arzt und Patient sind vorprogrammiert, wenn bestimmte Muster unsicherer Bindungen aufeinander prallen“. Das verursacht nicht nur noch mehr Stress, es erschwert den Umgang mit chronisch kranken Patienten auch erheblich.

Zu diesen inneren Faktoren kommen äußere wie Arbeitsbedingungen, Fragen der Organisation, die wirtschaftliche Situation, gestiegene Erwartungen der Patienten, Zeitdruck. Vor allem letzteres empfinden viele Ärzte als große Belastung wie eine Burnout-Studie der Brendanschmittmann-Stiftung des NAV-Virchow-Bundes zeigt [2].

In der Studie waren Ärzte nach ihren Arbeitsumständen und den Folgen für das Privatleben befragt worden. Danach wiesen etwa 80% der Vertragsärzte Teilaspekte eines Burnouts auf. Mehr als 3 Viertel vermerkten eine gestiegene Erwartungshaltung der Patienten in den letzten Jahren.

Unreife Bewältigungsstrategien in reife verändern

Doch wer weiß, wie und wie stark er auf Belastungen reagiert, hat schon einen wichtigen Schritt Richtung Veränderung getan, meint Egle. Nichtwissen hingegen erhöhe das Burnout-Risiko deutlich. Psychotherapie helfe, unreife Konfliktbewältigungsstrategien in reife Strategien umzuwandeln: Dazu zählen Humor, Antizipation, Strukturiertheit und die Fähigkeit, eine nicht veränderbare Realität zu akzeptieren und das Beste aus ihr zu machen.

Äußere Faktoren, rät Egle, ließen sich mit Hilfe von Coaching möglicherweise verbessern. Nicht zuletzt sollte man im Sinne der Prävention auf sich achten, Austausch

mit Kollegen und eigene Hobbies pflegen, Sublimierung durch Musizieren, Schreiben oder Malen, Sport und achtsamkeitsbasierte Übungen. Und nicht zu vergessen: „Wir brauchen flexiblere Arbeitszeitmodelle“ forderte Egle.

Wie tickt der chronische Patient?

Was hat nun der chronische Patient damit zu tun? Viel, meint Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle, Rheumatologin und Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga. Denn die Erwartungen des chronisch kranken Patienten haben sich verändert, gewollt sei Partizipation. Die aber fordere die kommunikativen und sozialen Kompetenzen des Arztes noch mehr.

In Deutschland wünschen sich über die Hälfte der Patienten eine so genannte „Partizipierende Entscheidungsfindung“ (PEF), 22% wollen alleine entscheiden, 20% möchten dem Arzt die Entscheidung überlassen. „In der Rheumatologie liegt die Zahl der Patienten, die gemeinsam entscheiden wollen bei 83%“, erklärte Gromnica-Ihle und fügte hinzu: „Teilnehmende Patienten sind zufriedener Patienten mit mehr Adhärenz.“

Im Patientenrechtegesetz vom 26. Februar 2013 ist die Form der Mitbestimmung verankert. Darüber hinaus führe PEF zur Kostensenkung durch höhere Behandlungszufriedenheit, erhöhte Gesundheitskompetenz und verringerte Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen.

„Bei chronisch kranken Patienten liegt der Schwerpunkt des ärztlichen Handelns auf der Betreuung, nicht auf der Behandlung“, unterstrich Gromnica-Ihle. Das heißt: Reaktionen ausloten, Abwehrmechanismen erkennen, Selbstverantwortung stärken, Bewältigungsstrategien anregen und unterstützen.

Die partizipierende Entscheidungsfindung birgt auch Sprengstoff

Bei der partizipierenden Entscheidungsfindung wird gemeinsam abgewogen und gemeinsam entschieden. Doch PEF, so erwünscht es sein mag, birgt auch eine Menge Sprengstoff.

Besitzt z.B. die Präferenz des Arztes eine hohe Evidenz, wolle er dies durchsetzen, hat der Patient aber eine andere Idee dazu, gebe es einen heftigen Konflikt. Längst nicht immer verfügen Patienten über die notwendige Gesundheitskompetenz, vielmehr sind sie oft nicht fähig, medizinisches Wissen zu verstehen, informieren sich wahllos und nicht evidenzbasiert.

Vielleicht befürchte der Arzt einen Autoritätsverlust durch PEF, der Patient wiederum fürchtet durch Nachfragen

seinen Arzt zu nerven, manchmal fehlten auch schlicht die kommunikativen Voraussetzungen. Hinzu kommt das Problem Zeitmangel. „Da muss eine Honorierung der sprechenden Medizin erfolgen“, forderte Gromnica-Ihle. Gerade im Umgang mit chronischen Patienten und speziell mit denen, die sich eine aktive Mitverantwortung wünschen, ist ein gutes Arzt-Patient-Verhältnis unabdingbar. Und das wiederum profitiert davon, wenn man als Arzt gut für sich selbst sorgt.

Referenzen:

1. 119. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, 6. – 9. April 2013, Wiesbaden. Plenarsitzung „Der chronisch Kranken und sein Arzt“ - 6. April 2013. <http://www.dgim.de/internistenkongress/kongressderdgim/tabid/91/default.aspx>
2. „Burnout-Studie“ des NAV-Virchow-Bundes 2011 http://www.nav-virchow-bund.de/uploads/files/jb_2011_09_bss.pdf?PHPSESSID=558f0e8df33cfd8ce4cae5859664a9c