

Einschätzung der Leistungsfähigkeit bei psychosomatischen Erkrankungen

Vortrag auf der Jahrestagung des MDK Thüringen am 02.12.2003 in Weimar

Beate Görzel, Michael Schütz

Einleitung

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,
die zunehmende sozialmedizinische Relevanz psychischer und psychosomatischer Störungen wurde in verschiedenen Untersuchungen nachgewiesen und begegnet allen sozialmedizinisch tätigen Gutachtern bei ihrer täglichen Arbeit. Wurden im Jahre 1989 weniger als 10 000 BfA-Versicherte wegen psychischer Erkrankungen vorzeitig berentet, waren es im Jahre 2000 bereits 22 000 Versicherte, was innerhalb von 11 Jahren einer Zunahme von über 100% entspricht. Gleichzeitig war ein Rückgang bei somatischen Erkrankungen, z.B. der koronaren Herzkrankheit, zu beobachten. Im Jahr 2000 stellen psychische und psychosomatische Erkrankungen mit 31% die häufigste Berentungsursache bei BfA-Versicherten dar (Irle, H., Amberger, S., Nischan, P. 2001). Auch in der VDR-Statistik über Rentenneuzugänge im Jahr 2001 standen psychische Erkrankungen als Berentungsursache bei Frauen mit 35% an erster Stelle, bei Männern nach den Erkrankungen von Skelett, Muskeln und Bindegewebe mit 22% an zweiter Stelle. Andere Autoren (Gündel et al.) gehen sogar von einem Anteil von 50% aus, da sich gerade hinter den Erkrankungen von Skelett, Muskeln und Bindegewebe nicht selten somatoforme Störungen verstecken können.

In unserer Klinik spiegelt sich der allgemeine Trend wider und der Anteil von sozialmedizinischen Problempatienten hat sich auf einem hohen Niveau stabilisiert.

Im vergangenen Jahr hatten bereits 17% der Patienten vor der Aufnahme einen Rentenantrag gestellt, 22% hatten die Absicht, dies zu tun, was insgesamt einem Anteil von 39% der Patienten entspricht.

45% der Patienten kamen arbeitsunfähig zur Rehabilitation, wobei die Dauer der Krankenschreibung im Durchschnitt 8 Monate betrug. Bei Anreise waren 38%, der dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden Patienten, arbeitslos, die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit lag bei 2,7 Jahren. Insgesamt gewinnt die differenzierte sozialmedizinische Leistungsbeurteilung neben der psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung einen immer größeren Stellenwert in unserer Klinik.

Die Auswertung der Abschlußdiagnosen ergab, dass in der Burg-Klinik im Jahre 2002 an erster Stelle depressive Erkrankungen und Anpassungsstörungen standen mit insgesamt 44%, gefolgt von somatoformen Störungen mit 11% und Angststörungen mit 10%, d.h. fast zwei Drittel (65%) der Patienten waren auf die drei Hauptdiagnosen verteilt. Wie die Abbildung zeigt, spielten die übrigen Diagnosen bzgl. Ihrer Häufigkeit eine eher untergeordnete Rolle.

Bei einer früheren Untersuchung in unserer Klinik (Schütz 2001) konnten somatoforme Störungen und rezidivierende depressive Störungen als sozialmedizinische Risikoerkrankungen identifiziert werden.

Standen die Patienten mit rezidivierender depressiver Störung und somatoformen Störungen in ihrer Häufigkeit an 5. bzw. 6. Stelle der Patienten ohne Rentenabsicht, nahmen sie bei den Rentenantragstellern die ersten beiden Plätze ein. Bestätigt wurde das geringere sozialmedizinische Rehabilitationspotential von Patienten mit rezidivierenden depressiven Störungen auch im Rahmen einer Therapieevaluation unseres Depressions-Behandlungskonzeptes (Görzel, B., Grützmaker, A., Schütz, M., 2002).

Obwohl auch diese Patienten sowohl subjektiv (BDI) als auch objektiv (Hamilton-Depressions-Score) von dem Aufenthalt profitierten, war ihr sozialmedizinisches outcome schlechter als bei den Patienten mit depressiven Episoden und Anpassungsstörungen. Bei den in unserer Klinik häufig erstellten nervenärztlich-psychosomatischen Gutachten für diverse Sozialgerichte und die Landessozialgerichte Hessen und Thüringen dominieren diagnostisch mit 80,8% somatoforme Schmerzstörungen (Schütz, 1997). Zunehmend sehen wir auch Patienten mit sehr komplexen psychosomatischen Krankheitsbildern, bei denen z.B. neben einer somatoformen Schmerzstörung, ein Spannungskopfschmerz, eine deutliche depressive Symptomatik und eine regressive Rentenentwicklung vorliegen.

Da bereits im vorangegangenen Vortrag auf die Begutachtung von depressiven Patienten eingegangen wurde, möchte ich mich nun mit der Leistungsbeurteilung der zweiten sozialmedizinischen Risikogruppe, den somatoformen Störungen, befassen.

Unter den somatoformen Störungen scheinen die somatoformen Schmerzstörungen in sozialmedizinischer Hinsicht eine Sonderstellung einzunehmen, da bei diesen Patienten in unserer Klinik fast doppelt so häufig ein Rentenanliegen besteht. Patienten mit anderen somatoformen Störungen unterscheiden sich sozialmedizinisch nicht signifikant von Patienten mit anderen Krankheitsbildern. Das Erstellen eines differenzierten Leistungsbildes stellt gerade bei diesen Patienten eine sehr anspruchsvolle Aufgabe dar und erfordert viel sozialmedizinische Kompetenz von Seiten des Gutachters. Im Gegensatz zu primär somatisch Erkrankten liegen bei dieser Personengruppe in der Regel nur wenig sicher objektivierbare Befunde vor. Bei Gutachtern ist diese Fragestellung häufig unbeliebt und löst nicht selten negative Gegenübertragungsgefühle aus. Erschwert wird die Begutachtung oft durch Mißtrauen und geringe Kooperationsbereitschaft auf Seiten der Patienten.

Bei den somatoformen Störungen handelt es sich um bio-psycho-soziale Erkrankungen, deren verschiedene Facetten nicht nur in der Therapie, sondern auch im Rahmen der Begutachtung berücksichtigt werden sollten. Neben somatischen und psychischen Einschränkungen müssen auch sozial-kommunikative Defizite, die Chronifizierung der Symptomatik sowie eine eventuelle regressive Rentenentwicklung beurteilt werden. Eine entscheidende Rolle bei der Beurteilung des Leistungsvermögens spielen nicht die Diagnosen, sondern das Ausmaß der individuellen Fähigkeits- und Funktionsstörungen. Ausschließlich somatisch orientierte Gutachter neigen häufiger dazu, die Symptomatik somatoformer Störungen als nicht leistungsmindernd einzuschätzen. Nicht selten werden dann in Gutachten Aggravation und Verdeutlichungstendenzen vermutet.

Bei den somatoformen Störungen handelt es sich um chronische neurotische Fehlentwicklungen, die früher häufig als funktionelle Störungen bezeichnet wurden. Entsprechend dem ICD 10 ist bei somatoformen Störungen typisch: „die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, daß die Symptome nicht körperlich

begründbar sind.“ Besteht ein organpathologischer Kern, so erklärt er nicht das Ausmaß der Symptomatik. Im Falle einer somatoformen Schmerzstörung stellt ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz die Hauptbeschwerde dar. Bei allen diesen Patienten ist gemeinsam, daß sie in der Regel eine lange Patientenkarriere hinter sich haben mit vielfältigen diagnostischen Untersuchungen und therapeutischen Eingriffen. Die Symptomatik tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder sozialen Problemen auf, die schwerwiegend genug sein sollten, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten.

Bei ihrer Odyssee von Hausarzt zu Orthopäden, Neurologen, Internisten, Rheumatologen, Gynäkologen und Radiologen fühlen sich viele Patienten mit somatoformen Störungen als Simulanten oder eingebildet Kranke behandelt und begutachtet, da häufig nur die somatisch objektivierbaren Befunde berücksichtigt werden. Ihr Vertrauen in das Medizinsystem sinkt. Erst am Ende der Behandlungs- und Begutachtungskette stehen dann in der Regel Psychiater und Psychotherapeuten oder die Psychosomatische Klinik. Manchmal wird auch erst im Rahmen eines Widerspruchs- oder Sozialgerichtsverfahrens eine psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung und/oder Behandlung veranlaßt.

In unserer Klinik werden die Patienten von einem multiprofessionellen Team betreut und begutachtet. Zu diesem gehören der Bezugstherapeut, der zuständige Oberarzt, Physio- und Bewegungstherapeuten, Gestaltungs- und Sozialtherapeuten sowie das Pflegepersonal. Dies ermöglicht eine Wahrnehmung und Einschätzung des Patienten in unterschiedlichem Kontext.

Um Fehler bei der Behandlung und Begutachtung zu vermeiden, ist es zunächst nötig, eine korrekte Diagnose zu stellen, d.h. die somatoforme Störung zu erkennen im Sinne einer positiven Diagnose - meist handelt es sich um eine Ausschlußdiagnose - und abzugrenzen gegen andere Erkrankungen im Sinne einer Differentialdiagnose. Auch muß die mögliche Co-Morbidität mit anderen psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Angsterkrankungen beachtet werden.

Bei den Patienten, die zu uns in die Klinik kommen, ist in der Regel bereits im Vorfeld eine umfangreiche diagnostische Abklärung erfolgt.

Deshalb steht zu Beginn die kritische Durchsicht und Bewertung der **Vorbefunde** im Vordergrund. Da zur Einschätzung psychosomatischer Krankheitsbilder nicht nur das aktuelle Querschnittsbild, sondern auch der Verlauf im Längsschnitt wesentlich ist, werden gegebenenfalls weitere Vorbefunde angefordert, oder es erfolgt eine Kontaktaufnahme mit Vorbehandlern.

Bei jedem Patienten erfolgt eine ausführliche **anamnestische Exploration**.

Dabei sollte immer auch nach der **Gestaltung des Tagesablaufs**, nach den familiären und sozialen Aktivitäten gefragt werden. Wichtige Fragen sind auch, ob der Patient Hilfe bei bestimmten alltäglichen Verrichtungen oder Hausarbeiten benötigt, er seinen Hobbys nachgehen und Urlaubsreisen unternehmen kann. Auch nach den sozialen Kompetenzen sollte gefragt werden. Gerade bei Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen kommt es häufig durch ein ausgeprägtes Schonverhalten zu Beeinträchtigungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und dem Freizeitverhalten mit erheblichem sozialem Rückzug. Die Fähigkeit zur Teilhabe am Arbeitsleben kann dadurch erheblich beeinträchtigt sein. Auch sollte abgeklärt werden, welche Therapiemaßnahmen bislang mit welchem Erfolg und welcher Motivati-

on von Seiten des Patienten ausprobiert wurden. Hierbei können auch die **Fragen zur aktiven Krankheitsbewältigung** nach Suchenwirth (1997) hilfreich sein.

Diese beschäftigen sich damit, ob eine regelmäßige Therapie durchgeführt und verordnete Medikamente eingenommen wurden, der Patient ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt oder Heilmaßnahmen (auch Außenseitermethoden) auf eigene Kosten genutzt hat. Beachtet wird hierbei auch, ob der Patient Konsequenzen im beruflichen und privaten Bereich im Sinne einer Krankheitsbewältigung gezogen hat.

Ein besonderer Wert wird auch auf die Erhebung der **biographischen Anamnese** gelegt, wo sich nicht selten biographische Risikofaktoren für die spätere Entwicklung einer psychosomatischen Erkrankung finden lassen. Untersuchungen von Craig (1989) haben gezeigt, dass bei 50-80% der chronischen Schmerzpatienten lebensgeschichtliche Aspekte ursächlich im Vordergrund stehen. Egle und Egle (1993) konnten hier die Bedeutung von problematischen Beziehungen zu einem Elternteil, Streit zwischen den Eltern, Alkoholismus eines Elternteils, Mißhandlung, Mißbrauch und Vernachlässigung nachweisen. Auch spielen ihren Untersuchungen zufolge das Auftreten von Konversionssymptomen bereits im Kindesalter, aktuell unbefriedigende Partnerbeziehungen, Konflikte am Arbeitsplatz und ein bedeutungsloses Sexualleben eine Rolle. Bei der Behandlung und Begutachtung von Schmerzpatienten fand ich die Bedeutung dieser Entstehungsfaktoren immer wieder bestätigt. Häufig finden sich in zeitlichem Zusammenhang zum Beginn der Krankschreibung, berufliche oder familiäre Konfliktsituationen, durch die es bei schon vorbestehender Symptomatik zu deren Dekompensation kam. Um den Patienten besser einschätzen zu können, sollten wir auch sein Krankheitsmodell, seine subjektive Krankheitstheorie, kennen und verstehen.

Nach einer sorgfältigen Anamnese folgt die gründliche **Erhebung des psychopathologischen-psychosomatischen Befundes**. Psychopathologisch fällt bei den Patienten mit somatoformen Störungen oft eine signifikante Einengung des Denkens auf die körperliche Beschwerdesymptomatik auf. Deutlich werden häufig Sorgen um die körperliche Integrität und ein erheblicher Leidensdruck. Auch depressive Symptome, eine eingeschränkte emotionale Schwingungsfähigkeit, Anhedonie, Antriebsminderung und Konzentrationsstörungen sowie Ängste kommen häufig vor. Biographisch verstehbare Konflikte werden nicht selten im Sinne eines juristisch-sozialen Konfliktes externalisiert. Ist es bereits zu einer regressiven Rentenentwicklung gekommen, scheinen psychodynamisch bei Männern eine narzißtische Problematik (Sich-Behaupten, Sich-Durchsetzen, Kränkung) und bei Frauen eine Partnerproblematik häufig zu sein, wie Foerster (1984) in einer Untersuchung bei entsprechenden Probanden herausfand. Auch der Wunsch nach Wiedergutmachung oder Versorgung spielt häufig, z.T. unbewusst, eine Rolle.

Zur somatischen Diagnostik in unserer Klinik gehören eine sorgfältige **körperliche Untersuchung**, eine Bestimmung der wesentlichen **Laborparameter** sowie eine **Elektrokardiographie** und ggf. eine Elektroencephalographie. Falls erforderlich, stehen weitere neurologische und internistische Untersuchungsmethoden zur Verfügung.

Zeichnet sich eine sozialmedizinische Fragestellung ab, werden die Patienten bereits zu Beginn des Aufenthaltes einem Sozialtherapeuten vorgestellt, der eine ausführliche sozialmedizinische Anamnese erhebt, die Patienten über eventuelle Möglichkeiten einer beruflichen Rehabilitation berät, im Falle einer Belastungserprobung das Monitoring übernimmt und zusammen mit dem übrigen Team die sozialmedizinische Einschätzung erarbeitet.

Bei sozialmedizinischen Problempatienten erfolgt in unserer Klinik häufig eine intensive **test-psychologische Diagnostik**.

Im Rahmen einer ausführlichen Hirnleistungsdiagnostik können Beeinträchtigungen von Konzentrations-, Reaktions- und Merkfähigkeit, sowie Umstellungs- und Anpassungsvermögen festgestellt werden. Mit Hilfe der Persönlichkeitsdiagnostik können Persönlichkeitsakzentuierungen und die Neigung zur Somatisierung erfaßt werden.

Häufig eingesetzt wird auch die **Symptom-Check-Liste nach Derogatis**, die Hinweise auf die Ausprägung von Somatisierungsneigung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, phobische Ängste, paranoides Denken und Psychotizismus gibt.

Eine depressive Symptomatik bildet sich in der Regel gut ab in dem Selbstbeurteilungsfragebogen nach Beck (**Beck-Depressions-Inventar**), der einfach und schnell zu handhaben ist. Abgefragt werden u.a. depressive Symptome wie Schuld- und Versagensgefühle, Anhedonie und Interessenlosigkeit sowie Störungen von Appetit und Schlaf, auch Gewichtsverluste und Suizidalität.

Aufwendiger ist der **Hamilton-Depressions-Score**, eine Fremdbeurteilungsskala, bei der das Ausmaß typischer depressiver Symptome durch den Behandler/Gutachter beurteilt wird.

Bei Schmerzpatienten setzen wir den **Fragebogen nach Gerbershagen** (1986 und Schmidt 1990) ein, mit dem Ausmaß der Chronifizierung von Schmerzstörungen eingeschätzt werden kann. Berücksichtigt werden dabei räumliche und zeitliche Aspekte der Schmerzsymptomatik, das Medikamenteneinnahmeverhalten und die Patientenkarriere.

Dem Stadium I entspricht ein akuter, subakuter und remittierender Schmerz mit wenig komplizierenden Faktoren.

Beim II. Stadium zeigt sich eine beginnende Chronifizierung.

Im Stadium III ist schließlich von einer chronifizierten und fixierten Schmerzstörung mit geringem oder aufgehobenem Rehabilitationspotential auszugehen.

Aufwendiger in der Durchführung ist der **Beeinträchtigungs-Schwere-Score nach Schepank**, mit dem körperliche, psychische und sozial-kommunikative Einschränkungen erfaßt werden. Beurteilt werden kann hiermit das Ausmaß der Beeinträchtigungen, welches eine psychische Störung verursacht und in welchem Bereich die Defizite bevorzugt liegen. Korrekt ausgeführt, ist der Beeinträchtigungs-Schwere-Score spezifisch und sensibel mit einer hohen Interrater-Reliabilität. Für die Beurteilung der **regressiven Rentenentwicklung** gibt es keinen Fragebogen, sie wird nach dem klinischen Bild und den sozialmedizinischen Daten eingeschätzt. Sie läßt sich nach Plassmann (1997) in drei Phasen einteilen: „In der Desorientierungsphase (Phase I) machen die Patienten Erfahrungen, die sie an ihrer Konkurrenz- und Leistungsfähigkeit zweifeln lassen. Das bis dahin persönlich gültige Ziel einer Ausrichtung auf Beruf, Arbeit und Arbeitseinkommen wird dadurch in Frage gestellt. Ein Teil der Patienten und zwar gerade diejenigen mit einer Tendenz zur Somatisierung wird in dieser Phase erstmals Gedanken entwickeln, ob nicht Berentung die Lösung wäre. In der Ambivalenzphase (Phase II) sind die Patienten zunehmend intensiv mit der Frage beschäftigt, ob nicht Berentung die einzige Lösung wäre. Behandlungsmißerfolge fangen an, willkommen zu werden. In der Schlußphase (Phase III) ist die Rentenentwicklung fortgeschritten bzw. abgeschlossen, die Patienten sind von ihrer Invalidität überzeugt.“

Durch eine **Einschätzung der Leistungsfähigkeit in einem multiprofessionellen Team** können Beobachtungen und Erfahrungen ausgetauscht werden, die die Mitarbeiter mit dem

Patienten in den verschiedenen Behandlungsarrangements gewinnen konnten. Diese können mit den Schilderungen des Patienten und seinem subjektiven Empfinden der Leistungsfähigkeit verglichen werden.

Ist eine Einschätzung der Leistungsfähigkeit im üblichen klinischen Rahmen schwierig, kann auf die Möglichkeit einer **Belastungserprobung** zurückgegriffen werden. Hierfür stehen ein klinikinternes Übungsbüro sowie externe Trainingsarbeitsplätze in einer nahe gelegenen Bildungsgesellschaft zur Verfügung. Qualifizierte Belastungserprobungen können dort in den Bereichen Elektro, Hydraulik, CNC-Bearbeitung, Metallbearbeitung, Schweißen und Gastgewerbe durchgeführt werden. Ebenso sind dort Belastungserprobungen im Gartenbau und in einer Holzwerkstatt möglich. Die Patienten werden in die verschiedenen Arbeitsbereiche integriert und von Lehrausbildern betreut. Im Anschluß kann dann ein differenziertes Leistungsprofil erstellt werden. Im Jahre 2002 wurde bei insgesamt 105 Patienten unserer Klinik eine Berufsbelastungserprobung durchgeführt, was einem Anteil von 4,8% der Patienten entspricht. Bei 47% der Patienten erfolgte die Belastungserprobung intern, bei 48% extern und bei 5% wurden eine interne und externe Belastungserprobung kombiniert. Den Hauptanteil bildeten Patienten mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit 36%, gefolgt von Patienten mit affektiven Störungen mit 30%.

Auch zum Entlassungszeitpunkt unterscheiden sich Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen in sozialmedizinischer Hinsicht von den übrigen Patienten.

Signifikant häufiger wird eine eingeschränkte bzw. aufgehobene Leistungsfähigkeit festgestellt. Dies bestätigt erneut die Bedeutung dieser Patienten als sozialmedizinische Risikogruppe.

Es dürfte deutlich geworden sein, dass die Leistungsbeurteilung von psychosomatischen Patienten und insbesondere sozialmedizinischen Problempatienten, wie den Patienten mit somatoformen Störungen, keine einfache Aufgabe darstellt. Psychosomatische Erkrankungen bilden sich weder auf einem Röntgenbild ab, noch sind sie mit auffälligen Laborwerten zu erfassen. Nicht eine umfangreiche somatische Diagnostik steht im Vordergrund, da diese meist bereits im Vorfeld erfolgte, sondern Zeit für das Gespräch mit dem Patienten, um im Sinne der integrierten Medizin, die Geschichte einer Krankheit mit der Geschichte eines kranken Menschen verknüpfen und das aktuelle Ausmaß der Einschränkungen beurteilen zu können.

Meine Ausführungen möchte ich abschließend noch am Beispiel einer **Kasuistik** verdeutlichen. Ausgewählt habe ich dafür eine Patientin, die sich in unserer stationären Behandlung befand und im Team kontroverse Diskussionen auslöste:

Frau M., bei Aufnahme 57 Jahre alt, klagte im Aufnahmegespräch hauptsächlich über eine heftige Schwindelsymptomatik mit Übelkeit und einen beidseitigen Tinnitus. Zusätzlich wurden häufige Spannungskopfschmerzen, Rückenschmerzen, wechselnde Gelenksbeschwerden und Brustschmerzen geschildert. Sie fühle sich sehr depressiv und habe Zukunftssorgen, weil ihre Leistungsfähigkeit erheblich nachgelassen habe. Die Sichtung der Vorbefunde ergab, dass im Vorfeld bereits eine intensive Diagnostik erfolgt war. Alleine innerhalb des letzten Jahres waren ein Schädel-CT, vier Kernspintomographien des Schädels, eine MR-Angiographie des Schädels und eine Kernspintomographie der HWS durchgeführt worden. Zusätzlich waren die Nasennebenhöhlen und die HWS geröntgt worden. Eine Dopplersono-

graphie, Duplexsonographie, EEG und AEP waren auch wiederholt erfolgt, ebenso HNO-ärztliche Untersuchungen. Stationär wurde ergänzend eine Liquordiagnostik durchgeführt. Letztendlich wurden jedoch keine wesentlichen pathologischen Befunde festgestellt. Ein zwischenzeitlicher Verdacht auf einen cerebralen Insult konnte nicht bestätigt werden, verunsicherte die Patientin jedoch sehr.

Psychosomatische Beschwerden waren bereits früher aufgetreten: 1977 ein Ulcus ventriculi, eine Rückenschmerzsymptomatik und wechselnde Gelenkbeschwerden seit Anfang der 90er Jahre, die zu mehrfachen stationären Behandlungen und der Diagnose einer Fibromyalgie (DD: somatoforme Schmerzstörung) führten. Zu Autounfällen war es 1985 und 1989 gekommen, bei denen sie sich eine Wirbelsäulenfraktur bzw. einen Mesenterialeinriß zuzog. Letzterer führte zu einer einjährigen Arbeitsunfähigkeit. Ein beidseitiger Tinnitus kam etwa 1996/97 hinzu, es traten wiederholt Hörstürze auf. Eine Probe-Exzision der rechten Mamma mit benignem Ergebnis erfolgte 1999 und führte zu ausgeprägten Ängsten bei der Patientin, da die Erinnerungen an eine Mamma-Carzinom-Erkrankung der Mutter wachgerufen wurden. Frau M. beginnt daraufhin eine ambulante Psychotherapie.

Bezüglich der aktuellen Schwindelsymptomatik war zunächst eine vestibuläre Störung diagnostiziert, vom HNO-Arzt jedoch wieder ausgeschlossen und schließlich der Verdacht einer psychosomatischen Genese geäußert worden. Kurz vor Aufnahme hatte sich die Pat. in einer Universitätsklinik vorgestellt, wo der Verdacht auf menièreforme Symptomatik gestellt und bei telefonischer Rücksprache von Seiten der dortigen Kollegin jedoch wieder relativiert wurde. Vom psychischen Befund her fiel eine deutliche depressive Symptomatik mit Niedergeschlagenheit, Zukunftsängsten, Einschlafstörung und ausgeprägtem Erschöpfungsgefühl auf, die sich auch mit 34 Punkten im Beck'schen Depressionsinventar abbildete. Frau M. war bemüht, ihre Fassade aufrecht zu erhalten, wirkte jedoch sehr schnell brüchig und weinte viel. Die allgemein-körperliche und neurologische Untersuchung ergab keine signifikanten Auffälligkeiten, ebenso die durchgeführten weiteren Untersuchungen (Labordiagnostik, EKG, EEG). Im Rahmen der testpsychologischen Hirnleistungsdiagnostik (MWT, LPS d2, WLT, Stroop, ZBT (A) und (B) sowie d2) erschienen die geistige Leistungsfähigkeit und die Belastbarkeit der Patientin in einzelnen Teilbereichen deutlich beeinträchtigt, insbesondere im Bereich der kognitiven Geschwindigkeit, der kognitiven Umstellfähigkeit sowie der Konzentrationsfähigkeit unter Belastungsbedingungen. Frau M. nahm diese Probleme subjektiv wahr, benannte sie auch, erfaßte den Umfang der Leistungsschwächen jedoch offensichtlich nicht. Die Patientin reagierte kurz vor Ende der Testreihe mit einer kurzen Schwindelattacke, wobei vom klinischen Eindruck her keine Aggravationsneigung erkennbar war. Sie wirkte durch die Testung sichtlich gefordert und angestrengt. Bei der Persönlichkeitsdiagnostik fallen in der Symptom-Check-Liste nach Derogatis insbesondere erhöhte Skalen für Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Depression und phobische Ängste auf. Im Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI) finden sich Hinweise für eine hilfsbereite, aufopfernde und altruistische Persönlichkeit, ebenso für zwanghaft-perfektionistische Persönlichkeitsanteile. Zum Ausdruck kommt auch, daß sich Frau M. benachteiligt und von anderen ausgenutzt fühlt. Im Fragebogen nach Gerbershagen bildete sich ein Chronifizierungsgrad 3 ab, also eine fixierte und chronifizierte Schmerzstörung, im Tinnitusfragebogen nach Göbel und Hiller das Stadium IV, welches einem chronischen dekompensiertem Tinnitus entspricht.

Wenden wir uns der Lebensgeschichte dieser Patientin zu, dann wird deutlich, daß sie als Kind im Alter von 12 Jahren bereits viel im elterlichen Betrieb, einem Busunternehmen, helfen

mußte. Sie wuchs zunächst sehr behütet als Einzelkind auf und entwickelte eine enge Beziehung zur Mutter. Als sie 15 Jahre alt war, wurde eine Schwester geboren, die nun im Vordergrund stand. „Von da stand ich in der Ecke.“ Sie versorgte die kleine Schwester, da die Mutter berufstätig war und erkrankte, als die Schwester 1 Jahr alt war. Unaufgeklärt wurde sie mit 18 Jahren schwanger und heiratete mit 19 Jahren den Vater des Kindes, einen Zeitsoldaten. Im gleichen Jahr verstarb die Mutter an einem Mamma-Karzinom mit Hirnmetastasen. Nun versorgte sie neben ihrer eigenen Tochter die kleine Schwester, den Ehemann, ihren Vater und zwei Haushalte. Eine zweite Ehefrau des Vaters, die ihr Entlastung bringt und mit der sie sich gut versteht, verstirbt bereits nach drei Jahren an einem Pancreas-Karzinom. Im Alter von 60 Jahren heiratet der Vater zum dritten Mal und wird nochmals Vater. Die dritte Ehefrau sei erheblich jünger gewesen als der Vater und habe diesen „abgezockt“. „Als der Vater später sein Geschäft verkaufte, sei für sie nichts mehr übrig gewesen. In ihrer Ehe sei sie sehr oft und sehr heftig geschlagen worden, was ihre Kinder mit angesehen hätten. Mehrmals habe sie mit Verletzungen ins Krankenhaus gemußt. Ihr Mann habe auch die Kinder geschlagen. Einmal habe der Ehemann sie so sehr an den Haaren gezogen und mit dem Kopf an die Wand geschlagen, daß sie sich einen Kieferbruch zugezogen habe. Ihr Mann habe in der Firma des Vaters gearbeitet, sich mit diesem jedoch nicht verstanden, so daß sie immer vermittelnd zwischen beiden gestanden habe.“ Als ihr Mann arbeitslos wurde, zog sie los und suchte ihm einen neuen Job. Der Ehemann drohte, daß er sie im Falle einer Trennung umbringen werde. Dennoch gelang es ihr nach 14jähriger Ehe sich zu trennen. Fortan war sie alleinerziehend mit drei relativ kleinen Kindern (11J., 8J., 6J.). Der Ex-Mann zahlte keinen Unterhalt, obwohl er viel verdiente, gab sein Geld für teure Geschenke für die neue Freundin aus. Neben ihrer vollschichtigen Berufstätigkeit im elterlichen Betrieb hatte sie Nebenjobs, um ausreichend Geld für die Kinder zu verdienen. Frau M. berichtet, daß sie zeitweise an ihrem eigenen Essen gespart habe, um den Kindern eine gute Ausbildung zu ermöglichen. In einer folgenden 17-jährigen Partnerschaft mit einem 9 Jahre jüngeren Mann hält sie diesem, einem Bankfilialleiter, den Rücken frei und baut zusammen mit ihm ein Haus. Kurz bevor sie einziehen können, betrügt der Partner sie, worauf sie sich trennt. Später lernt sie einen neuen, ebenfalls jüngeren, Partner kennen, mit dem sie zusammenzieht. Dieser Partner zieht nach fünf Jahren, für die Patientin ganz plötzlich, im November 2002 aus. Zwei Wochen später tritt die Schwindelsymptomatik auf. Beruflich war Frau M. zu diesem Zeitpunkt in einer großen Optikfirma beschäftigt, die ihren Mitarbeiterstamm innerhalb weniger Jahre von 3000 auf 1000 Mitarbeiter reduzierte. Der Druck und die Arbeitsaufgaben für die übrigen Mitarbeiter vergrößerten sich. Obwohl Frau M. eine langjährige geschätzte Mitarbeiterin war, signalisierte man ihr während ihrer Krankschreibung, daß man sie kündigen werde, falls sie nicht voll leistungsfähig sei. Es treten akute existenzielle Sorgen auf.

Fr. M. wuchs zunächst als Einzelkind sehr behütet auf und machte später nach der Geburt der Schwester die Erfahrung, daß sie sich Aufmerksamkeit und Anerkennung erarbeiten muß. Ihrer Meinung nach sei dies nicht schlimm gewesen, denn Arbeit schadet nicht. Das sei noch heute ihr Lebensmotto. Sie entwickelt wenig Selbstfürsorge, dafür jedoch einen altruistischen Lebensstil, übernimmt die Mutterrolle für die kleine Schwester, pflegt die krebserkrankte Mutter, kümmert sich um die eigenen Kinder und ihre Partner. Dementsprechend hat die Patientin ihr Leben arbeitsmäßig bis hin zur Erschöpfung gestaltet. Eigene Wünsche und Bedürfnisse werden immer in den Hintergrund gestellt. Es entwickelt sich eine erhebliche Abhängigkeit von äußeren, Anerkennung spendenden Objekten, von denen sie jedoch regelmäßig enttäuscht wird. Sie wird immer um den „Lohn“ für ihre Anstrengungen geprellt. Es stellt

sich im Nachhinein heraus, daß der Vater sie während ihrer Tätigkeit in seiner Firma nicht sozial versichert hatte. Als sie dies einforderte, reagierte der Vater beleidigt und sprach zwei Jahre nicht mehr mit ihr, unterstützte sie weder während ihrer schwierigen Ehe, noch nach ihrer Scheidung. Bei dem Verkauf des Busunternehmens, in dem sie bereits in der Kindheit arbeiten mußte, blieb für sie nichts übrig. Auch ihre beiden Lebenspartner, die sie umsorgt und denen sie den Rücken frei hält, betrügen bzw. verlassen sie. Die Kinder werfen ihr vor, daß sie doch statt so viel zu arbeiten auch Sozialhilfe hätte beantragen können. Dann hätte sie mehr Zeit für sie gehabt. Frau M. kann ihre Wünsche und Forderungen nicht formulieren, sondern läßt ihren Körper sprechen, reagiert nach der Scheidung mit einem Magengeschwür, nach den Trennungen von ihren Lebenspartnern mit akuter Gallenkolik bzw. der heftigen Schwindelsymptomatik. Bei chronischer familiärer und beruflicher Überforderung entwickelte sie bereits seit Anfang der 90er Jahre eine Schmerzstörung, die sie mit Analgetika und Physiotherapien im Griff zu halten versucht, da sie funktionieren möchte. Es kommt zu einem Analgetikaabusus. Hinzukommen ein beidseitiger Tinnitus und ein chronischer Spannungskopfschmerz. Trotz all dieser Symptome erfüllt sie weiterhin sorgfältig die beruflichen Pflichten. „Wegen dem Tinnitus habe ich nicht einen Tag gefehlt.“ Erst die Sorge um ihren Arbeitsplatz (in ihrem Betrieb wurde die Mitarbeiterzahl von knapp 3000 auf 1000 reduziert) sowie die plötzliche Trennung führen im vergangenen Jahr zur Dekompensation einer langjährigen psychosomatischen Entwicklung mit Auftreten der akuten Schwindelsymptomatik. Es erfolgt eine Krankschreibung, woraufhin Frau M. von Seiten des Arbeitgebers zu einem Auflösungsvertrag gedrängt wird. „Die Schwindelsymptomatik hat mir alles geraubt.“ Das Selbstwertgefühl kann nicht mehr über berufliche Leistung oder die Sorge für Andere stabilisiert werden. Es kommt zum „Zusammenbruch“ und einem sozialen Rückzug.

Frau M. wurde von Seiten des Teams sehr unterschiedlich wahrgenommen. Mit der Bezugstherapeutin kommt sie zunächst gut ins Gespräch, sucht bei ihr „eine gute Mutter“. Bei dem Versuch, mit ihr über die psychogenen Anteile ihrer Schwindelsymptomatik zu sprechen, reagiert sie beleidigt, fühlt sich zu tiefst in ihrer Ehre gekränkt, als Simulant abgestempelt. Bei der Sozialtherapeutin erhält sie gleich zu Beginn des Aufenthaltes einen Beratungstermin, wirkt dort eher dominant und fordernd. Ich kenne sie als zuständige Oberärztin von den OA-Visiten her und nehme sie als gepflegte, modische und vielleicht ein bißchen zu jugendlich gekleidete Patientin wahr, die unterschwellig aggressiv wirkt. So sieht eigentlich keine Rentnerin aus, denke ich bei mir, denn bei Frau M., die seit einem Jahr krankgeschrieben und mittlerweile arbeitslos ist, geht es auch darum, die sozialmedizinische Situation zu klären. Ganz anders nehme ich sie dann im Einzelgespräch wahr, in dem die gute Fassade der Patientin schnell zu bröckeln beginnt, sie sehr viel weint und sehr verletzlich wirkt. Hier wird die psychosomatische Entwicklung der Patientin deutlich, ihr lebenslanger Kampf um Anerkennung durch Leistung, die Suche nach Zuwendung, die vielen Enttäuschungen und Demütigungen, die chronische Überforderung, die schließlich zu einem Erschöpfungszustand geführt hat. Auch in der Tinnitusbewältigungsgruppe wird Frau M., die konstruktiv mitarbeitet, von der Gruppenleiterin als erschöpft und depressiv wahrgenommen. Im Rahmen der psychoedukativen Depressionsgruppe wird die depressive Symptomatik deutlich, insbesondere die eingeschränkte emotionale Schwingungsfähigkeit. Frau M. spaltet das Team in die guten und bösen Mutter, was sicherlich ihrer inneren Ambivalenz entspricht. Letztendlich wird insgesamt deutlich, daß es sich um eine erschöpfte, depressive Patientin handelt, die aktuell als arbeitsunfähig einzuschätzen ist, was sich auch mit der Einschätzung durch den Hausarzt und den behandelnden Psychotherapeuten deckt. Frau M. selbst kann ihre Depressivität und Erschöpfung nicht zulassen. Erst die körperlichen Symptome, vor allem der Schwindel, gelten

von ihr selbst als Rechtfertigung einer Krankschreibung. Das Rehabilitationspotential erscheint gering, obwohl die Patientin selbst davon ausgeht, nochmals in den Arbeitsprozeß einzusteigen.

Ich danke für ihre Aufmerksamkeit!

Literaturangaben:

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., (Hrsg.), Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Verlag Hans Huber Bern, 2000

Egle, H., Egle U.T.. Die biographische Anamnese als diagnostische Grundlage im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Schmerzverständnisses. In Egle U.T., Hoffmann S.O. (Hrsg.) Der Schmerzkranken. Schattauer Verlag Stuttgart, 1993

Förster, K., Neurotische Rentenbewerber, Enke-Verlag, Stuttgart, 1984

Franke, G., Die Symptom-Checkliste von Derogatis - deutsche Version. Beltz-Test GmbH 1995

Irle, H., Unklare körperliche Syndrome sozialmedizinisch betrachtet, Die ANGESTELLTEN VERSICHERUNG, Zeitschrift der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte 2002, 7: 258-262

Irle, H., Amberger, S., Nischan, P., Entwicklungen in der psychotherapeutisch/psychosomatischen Rehabilitation, Die ANGESTELLTEN VERSICHERUNG, Zeitschrift der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte 2001; 7: 244-250.

Görzel, B., Grützmaker, A., Schütz, M., Therapieevaluation und sozialmedizinische Entwicklung in der Rehabilitation depressiver Störungen. 2002

Gündel, H., Stadtland, C., Huber, D., Sozialmedizinische Begutachtung und psychosomatische-psychotherapeutische Behandlungsempfehlung bei Patienten mit somatoformen Beschwerden und Rentenwunsch, Psychother Psych Med 2003; 53: 250-257, Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Olbrich, D., Plassmann, R. (Hrsg.), Psychosomatische Rehabilitation und Sozialmedizin, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt/M., 1997

Schütz. M., Verlauf von Rentenentwicklungen in der Psychosomatik, Gesundheitswesen 2002; 64: 639-644, Georg Thieme Verlag Stuttgart

von Weizäcker, W., Über Rechtsneurosen, Nervenarzt 1999, 2: 569-581