

## **Bericht der Arbeitsgruppe Psychosomatik in der Allgemeinmedizin 2013**

Wie ist es den Mitgliedern der Arbeitsgruppe Psychosomatik in der Allgemeinmedizin im letzten Jahr gelungen, Beziehungsorientierung in der Allgemeinmedizin in der Aus- und Weiterbildung und der Versorgung weiter zu verankern? Beziehungsorientierung bedeutet, den Einfluss eines intersubjektiven Feldes zwischen Arzt und Patient auf Entscheidungsfindung und Handeln zu berücksichtigen und durch Selbstbeobachtung erfassen zu wollen. Eine interessante Publikation aus Italien unterstützt diese Zielsetzung: 20961 Patienten mit Diabetes mellitus Typ I und II, betreut durch 242 Hausärzte, werden für die Dauer eines Jahres beobachtet im Hinblick auf das Auftreten akuter metabolischer Komplikationen und Hospitalisation. Die empathischen Fähigkeiten der behandelnden Ärzte werden gemessen (Jefferson Empathie Skala im Anhang angefügt). Empathie im Zusammenhang der Patientenversorgung wird als Fähigkeit definiert, die Perspektive des Patienten zu verstehen, dieses Verstehen zu kommunizieren im Lichte der Intention der Hilfe. Ich halte dies für eine sehr gute Definition, die mit den empirisch belegten Wirkfaktoren der Arzt-Patient-Interaktion Verstehen und Fürsorge gut vereinbar ist. Die Ergebnisse der Studie belegen, dass die Empathie der Ärzte signifikant verbunden ist mit weniger Komplikationen und Hospitalisation. Mehr Empathie - weniger Komplikationen. Sehr erfreulich ist, dass die Orientierung auf die Arzt-Patient-Beziehung in den Zukunftspositionen der Degam (Positionen 9 und 10) würdigen Eingang gefunden hat.

1. Wie hängen Beziehungsorientierung und evidenzbasierte Medizin zusammen?  
Aspekte der Mitarbeit an der Erstellung von Leitlinien in der Degam.

Eine selbstbeobachtende Haltung schafft Zeit, Distanz und Orientierung in Komplexität. Eine erste, nahe liegende Verbindung zwischen Beziehungsorientierung und evidenzbasierter Medizin ist die, dass einem logisch schlussfolgerndes Denken und den Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin für die Entscheidungsfindung Zeit und Raum geschaffen werden. Raum und Zeit schaffen die an sich selbst gerichteten Fragen, welche Gefühle, Körperempfindungen, Assoziationen und Bilder gerade jetzt im Kontakt mit diesem Patienten vorherrschen. Diese Fragen verhindern, sich von einer mit einem Gefühl gesteuerten Verwicklung mit dem jeweiligen Patienten unbewusst bestimmen zu lassen. Über die Wirkung negativer Assoziationen auf ärztliches Verhalten liegen empirische Studien vor. So unrecht hat Dr. House in der amerikanischen Arztserie nicht, wenn er behauptet, dass der Patient bei der Diagnosefindung stört. Kahnemann z.B. hat durch Verweis auf vielfältige Untersuchungen (Daniel Kahnemann: Schnelles Denken-langes Denken) belegt, dass unser Denken in starkem Maße vom augenblicklichen Kontext beeinflusst wird. Ähnlich wie bei Richtern deren Entscheidungen abhängig waren. Zeitabstand vor und nach dem Essen, ist ein Hinweis auf die Alltagsweisheit, dass Erschöpfung und Hunger dazu führen, eher Standardoptionen zu wählen.

Nach Kahnemann ist Entscheidungsfindung abhängig von der Leichtigkeit, mit der Informationen aus dem Gedächtnis abrufbar sind. Diese Leichtigkeit ist wiederum abhängig davon, wie schnell diese Information zur Verfügung stehen. Diese Verfügbarkeit ist abhängig von:

1. jüngeren Ereignissen und gegenwärtigen Kontexten. Dies schließt die Bedeutung von aktuellen modischen Erkenntnissen auf ärztliche Entscheidungsfindung ein, sowie aktuelle Befindlichkeit von Ärzten sowie die Beeinflussung durch das Gegenüber, den Patienten und dysfunktionalen Beziehungsmustern.

2. unseren Stimmungen. Diese sind unter dem Aspekt der konkordanten Gegenübertragung nicht nur aber auch abhängig vom Patienten.

3. von unserer Suche nach einem kohärenten Muster, in dem die aktivierten Vorstellungen unseres assoziativen Gedächtnisses mit dem jetzigen übereinstimmen. Fehlende Ursachen und Absichten werden von uns erfunden.

4. Daneben sind nach Kahnemann weitere wichtige Effekte Basisratenfehler ( Fehler in unserem statistischen Verstehen) und die Selbstüberschätzung.

Die Leichtigkeit, mit der Informationen aus dem Gedächtnis abrufbar sind, bestimmt uns und unsere Urteile. Damit sind sicherlich nicht alle Mechanismen erfasst, die Entscheidungen beeinflussen. Aber es wird die Position entkräftet, dass unsere Entscheidungen ausschließlich rational seien im Sinne eines der Empirie und dem logisch schlussfolgernden Denken verhafteten Vorgehens. Ein Ausweg, um mit diesen Erkenntnissen umzugehen, ist es, einfache Regelwerke und Algorithmen zu schaffen. Ein weiterer ist es, der **Selbstbeobachtung** und damit der reflektierenden Distanz zu den eigenen Stimmungen Raum zu geben.

Ein weiterer Aspekt ist für die Beziehung zur evidenzbasierten Medizin wesentlich: der **Erkenntniszuwachs aus Fall basiertem Erfahrungswissen** sollte Eingang in die Leitlinien finden. Unser Wissen- verstanden als Wissen, wie Regeln anzuwenden sind- beruht auf mehreren Quellen. Eine davon ist das Fall basierte Erfahrungswissen, das immer mit dem Handeln verbunden ist. Selbstverständlich fließt in dieses Wissen epistemisches (empirisch belegtes, unveränderliches) Wissen ein. Diese Unterscheidung in den Wissensquellen des empirisch belegten, unveränderlichen Wissens und des aus der Praxis kommenden Wissens entspricht auch anderen gegensätzlich definierten Begriffspaaren. Dazu zählen die Begriffspaare wie Kognition und Intuition, Theorie und Praxis, hermeneutisch und analytisch, rationales und emotionales Denken, bewusstes und unbewusstes Wissen. In der neueren Zeit kommt eine aus den Neuro-Wissenschaften stammende reduktionistische Version dazu, die diese unterschiedlichen Begriffspaare lokalisiert fasst in einer Konfrontation von Stirnhirn gegenüber dem limbischen System. Dies wurde zuletzt demonstriert in einem Artikel des Deutschen Ärzteblattes : Hirnentwicklung in der Adoleszenz. (DÄ 2013, Jg. 110 Heft 25, S.425-431)

Das Fall basierte Erfahrungswissen ist immer mit den Personen Arzt und Patient verbunden. Folglich fließen in den Fall immer interpersonelle Aspekte( Beziehungsmuster) und Haltungen (Ethik) ein. Wenn auch nicht alles mit dem Fall Verbundenem der empirischen Kontrolle unterzogen werden kann, so ist es doch erstrebenswert, Evidenzbasierung für einen großen Teil des Erfahrungswissens zu erreichen. Dazu ist eine Voraussetzung, überhaupt Standards hausärztlicher, verbaler Interventionen zu definieren, damit eine empirische Überprüfung möglich wird. Aus diesen Überlegungen heraus haben Mitglieder der Arbeitsgruppe sich in der Erstellung von Leitlinien engagiert.

Mitglieder der Arbeitsgruppe haben versucht, **eine S1-Leitlinie zur hausärztliche Basisbehandlung depressiver Patienten** als Vorschlag an den Degam-Vorstand zu erstellen. Diese Leitlinie versucht, hausärztlichen Interventionen für chronisch Kranke mit Depressionen und mit nicht-spezifischen Körperbeschwerden darzustellen, was einem Wunsch der Teilnehmer unseres Workshops in Rostock

entsprach. In einem Workshop auf dem Jahreskongress der Degam in München können nun diese Empfehlungen diskutiert werden. Sollten diese Empfehlungen als S1-Leitlinie akzeptiert werden, wäre eine Überprüfung in der Praxis und Rückmeldung in der Zukunft erstrebenswert. ( Chronisch körperlich Kranke mit depressivem Beziehungsmuster - Handlungsempfehlungen für die hausärztliche Therapie ; Freitag, den 13.09.2013 von 17:00 bis 18:30 )

Aus demselben Motiv haben Mitglieder der AG daran gearbeitet, die **NVL-Leitlinie Nicht spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden** weiter in der hausärztlichen Praxis zu etablieren. Es wurde ein Mehr-Schritte Programm auf der Basis der NVL-Leitlinie entwickelt, das auch auf der Degam-homepage veröffentlicht wurde, in Kursen der psychosomatischen Grundversorgung Eingang gefunden hat und auf dem Jahreskongress der DEGAM in einem Workshop intensiviert diskutiert werden kann. (Umgang mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden Freitag, den 13.09.2013 von 10:00 bis 11:30)

Eine Zukunftsaufgabe ist die Mitarbeit an **der Leitlinie zur Gesprächsführung**. Ich möchte alle Mitglieder der AG auffordern, das Instrumentarium der S1- Leitlinien zu nutzen, um Aspekte der Beziehungsorientierung in der Medizin Einfluss gewinnen zu lassen.

Auf der Homepage der Degam ist eine **Liste von Publikationen** und Büchern veröffentlicht, die den Aspekt der **Beziehungsorientierung** in der Medizin **evidenzbasiert** unterstützen.

## 2. Beziehungsorientierung in der Ausbildung

Auf dem Jahreskongress 2012 haben wir in über die Kompetenzen diskutiert, die Ärzte in der Weiterbildung zum Allgemeinmediziner benötigen. Wir haben auf dieser Konferenz herausgearbeitet, dass es um grundsätzliche Qualitäten der Gesprächsführung geht, die zusätzlich vermittelt werden müssen, doch insbesondere um **eine Haltung, die in allen ärztlichen Kompetenzen sich entfalten muss** . Nun , da zum Teil Modellstudiengänge abgeschlossen und ausgewertet werden und Ergebnisse in reformierte Studiengänge einfließen können, ist der Wunsch entstanden, den vielen Kolleginnen und Kollegen, die in der universitären Ausbildung engagiert sind, in der Arbeitsgruppe ein **Austauschforum** für ihre vielfältigen Aktivitäten zu geben, die **universitäre Ausbildung** im Sinne der Beziehungsorientierung zu beeinflussen. Deshalb wird auf der Preconference dieses Thema diskutiert und ein Forum des Austausches eröffnet werden. (Arbeitsgruppe Psychosomatik in der Allgemeinmedizin - Netzwerk für Beziehungsorientierung Komplexität und die Arzt-Patient-Beziehung Donnerstag, den 12.09.2013 von 8:30 bis 11:30 )

## 3. Beziehungsorientierung in der Weiterbildung/Psychosomatische Grundversorgung

Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt Allgemeinmedizin ist die psychosomatische Grundversorgung. Unser Ziel ist es, **den Einfluss der Allgemeinmedizin auf die psychosomatische Grundversorgung** in der Weiterbildung zum Facharzt mehr zu beeinflussen und dies nicht nur der Fachrichtung der psychosomatischen Medizin zu überlassen. Im Kammerbereich der Ärztekammer Westfalen Lippe wird ein Curriculum der psychosomatischen Grundversorgung angewandt, das wesentlich vom Erfahrungswissen der Allgemeinmedizin bestimmt ist und ein Rüstzeug anbietet, sich auf unterschiedliche Denk -, Fühl- und Verhaltensmuster von Patienten einzustellen (depressiver, ängstlicher, narzisstischer, zwanghafter und histrionischer Modus) und die Selbstbeobachtung dabei in den Mittelpunkt stellt. Damit die **curriculäre Weiterbildung der psychosomatischen**

**Grundversorgung** nicht ohne Beteiligung der Allgemeinmedizin stattfindet, bieten Mitglieder der Arbeitsgruppe **zusammen mit dem Institut für hausärztliche Fortbildung** ein Curriculum, das dem in Westfalen Lippe entspricht, auch in anderen Bundesländern an. Dieses Projekt wird auf der Preconference dargestellt.

#### 4. Beziehungsorientierung in der Versorgung/ fachbezogene Psychotherapie.

Mitglieder der Arbeitsgruppe haben versucht, dass allgemeinmedizinische Grundhaltungen und die Anforderungen der Versorgung Einfluss auf die inhaltliche Gestaltung der Weiterbildungsordnung Fachbezogene Psychotherapie gewinnen. Dies ist uns teilweise gelungen. Eine neue Weiterbildungsordnung liegt vor. Wir begrüßen, „ dass in die Weiterbildungsordnung übernommen worden sind:

1. dass systemische und salutogenetische Inhalte vermittelt werden sollen,
2. dass der Behandlung in Gruppen Bedeutung zugemessen wird,
3. dass die Bedeutung des Teams der Praxis in der Behandlung erwähnt wird,
4. dass... eine Absage an ein dualistisches Denken Psyche/Soma erteilt wird.“ (aus der

Stellungnahme der Degam zur neuen Weiterbildungsordnung).

Module, die in der psychosomatischen Grundversorgung vermittelt werden, werden in der neuen Weiterbildungsordnung angerechnet. Der zeitliche Umfang zur bisherigen Weiterbildung wurde jedoch trotz unserer Intervention erhöht. Im Genauen wird auf der Preconference der Arbeitsgruppe in München berichtet. Für die Zukunft sollte darauf geachtet werden, dass die **Beteiligung von Allgemeinmedizinern an dieser Weiterbildung institutionell gesichert wird**, damit auf diesem Weg allgemein medizinische Inhalte Eingang finden. Unsere Zielsetzungen haben Herrmann und Veit in einem Artikel in der Zeit F A dargestellt. Die Arbeitsgruppe hat eine Beteiligung an der StäKo (ständige Kommissionen der Bundesärztekammer zur Weiterbildung) eingefordert. Dies wurde seitens des Vorstandes der Degam unterstützt. Eine Antwort liegt bisher nicht vor.

#### 5. Beziehungsorientierung in der Versorgung/ Der neue EBM

Der neue EBM für Hausärzte wollte hausärztliche Gesprächsleistungen finanziell unterstützen. Bisher ist im neuen EBM ersichtlich, dass AllgemeinmedizinerInnen, die die Zusatzqualifikation Psychotherapie erworben haben, sich entscheiden müssen, ob sie Patienten psychotherapeutisch behandeln oder sie als chronisch krank versorgen wollen. Denn bestimmte Ziffern der allgemeinmedizinischen Grundversorgung können dann nicht angesetzt werden, wenn die psychotherapeutischen Ziffern der Richtlinienpsychotherapie (35 150 und 35 200) für diesen Patienten angesetzt werden. Dies entspricht nicht den Anforderungen der Versorgung. Leider wissen wir nicht, wie viele Allgemeinmediziner über die Zusatzqualifikation Psychotherapie verfügen. (Die Antworten auf unsere Fragenbogenaktion erlauben auch keine Generalisierung.) Es bleibt auch im Bericht der kassenärztlichen Bundesvereinigung zur psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland im Dunklen, in welchem Umfang AllgemeinmedizinerInnen zur psychotherapeutischen Versorgung beitragen. Eine Untersuchung in BaWü legt nahe, dass **Hausärzte erheblich zur psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland beitragen**. Der neue EBM kann dazu führen, dass die Leistungen seitens der Haus Ärztinnen

1. kostenlos erbracht werden,
2. oder unterbleiben zum Leidwesen der Patienten
3. oder die Wartelisten der Psychotherapeuten noch weiter überlastet werden.

Dies als Anregung für die Versorgungsforschung. Es lässt sich immer weniger durch Leistungslegenden abbilden, was Haus Ärztinnen tatsächlich leisten.

## 6. Hamletgruppe

Auch die **Hamletgruppe**, die sich ursprünglich zum Ziel gesetzt hat, Instrumentarien zu entwickeln, um hausärztliche Komplexität zu erfassen und qualitative Forschungsinstrumentarien auf der Basis einer beziehungsorientierten, personalen Medizin zu entwickeln, hat weitergearbeitet. Sowohl auf der Preconference als auch in einem eigenen Vortrag werden die Ergebnisse der Arbeit der Gruppe dargestellt werden.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe haben bislang zu verschiedenen Themen in informellen Gruppen zusammengearbeitet und die Instrumentarien der Degam für die Zielsetzung der Arbeitsgruppe genutzt. Es sollte für die Zukunft diskutiert werden, **ob ein Mehr an Struktur in der Arbeit sinnvoll ist und mehr Transparenz nötig ist**. Ich möchte Sie daher herzlichst einladen zur Preconference unserer Arbeitsgruppe am Donnerstag, den 13.9. von 8.30 bis um 11.30, in der in der Abfolge dieses Berichts die angesprochenen Themen behandelt werden. Am ... wird ein Treffen der AG stattfinden, das der Organisation der weiteren Arbeit dient.

Iris Veit

info@irisveit.de