

Allgemeinmedizinischer Nachwuchs freut sich auf Kongress in Bozen

Bereits der letztjährige Kongress in Hamburg war – vor allem aufgrund der insgesamt 112 studentischen Teilnehmer – ein sehr „junger“ Kongress. Auch in Bozen kann sich der hausärztliche Nachwuchs auf spezielle Veranstaltungen und Workshops freuen. Warum die Vorfreude gerade bei den jungen Teilnehmerinnen und Teilnehmern besonders groß ist, schildern im Folgenden die Junge Allgemeinmedizin Deutschland (JADE) sowie ein Mitglied der neuen Kohorte der DEGAM-Nachwuchsakademie:

„Ich freue mich schon auf meinen ersten DEGAM-Kongress in Bozen: Wann hat man schon als Studentin die Möglichkeit einen Kongress zu besuchen? Genau deswegen bin ich auch etwas aufgeregt, aber die Freude auf diese neue Erfahrung überwiegt stark. Ich freue mich besonders darauf, die ande-

ren Teilnehmer der Nachwuchsakademie wiederzusehen und viele interessante Vorträge zu hören. Wir haben schon auf unserem ersten Klausurwochenende viel diskutiert und werden dies sicherlich auch intensiv auf dem Kongress weiterführen. Außerdem freue ich mich auf viele nette Gespräche und Kontakte, auch über die Nachwuchsakademie hinaus.“

Anika Beck – Medizinstudentin an der Universität Düsseldorf, Mitglied der DEGAM-Nachwuchsakademie

„Wir freuen uns sehr auf den Kongress, weil wir neue und bekannte JADE-Gesichter treffen werden, eine gemeinsame Vorkonferenz der jungen Allgemeinmediziner aller drei Länder mitgestalten und auf die gelungene Arbeit des letzten Jahres zurückblicken können. Wir erwarten



Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin

fachliche wie persönliche Inspirationen – für eine wachsende JADE und uns persönlich – und freuen uns auf den Austausch mit allen Kongressteilnehmern.“

Dr. med. Hannah Haumann – JADE-Sprecherin für Internationale Zusammenarbeit – für die Junge Allgemeinmedizin Deutschland (JADE)

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Psychosomatische Grundversorgung in der Allgemeinmedizin – Ziele, Kompetenzen, Methoden

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) nimmt im Folgenden zur psychosomatischen Grundversorgung in der Allgemeinmedizin Stellung:

Das Positionspapier zum Thema „Psychosomatische Grundversorgung in der Allgemeinmedizin – Ziele, Kompetenzen, Methoden“ ist in einem gemeinsamen Abstimmungsprozess von Hausärztinnen und Hausärzten* entstanden, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind. Es beschreibt eine Kernkompetenz hausärztlicher Arbeit und bettet psychosomatische und psychosoziale Grundversorgung in das besondere Feld hausärztlicher Primärversorgung ein. Dieses Feld ist in den Zukunftspositionen der DEGAM (DEGAM-Zukunftspositionen: Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen, www.degam.de/positionspapire) beschrieben und

beinhaltet folgende Aspekte: die langfristige, Anlass übergreifende, einen niedrigschwelligen Zugang ermöglichende, wohnortnahe Betreuung, die Orientierung auf das System der Familie, Nachbarschaft und Gemeinde, die Funktion der Integration und Koordination der Versorgung, der Gesundheitsbildung, der Verhütung von Fehlversorgung und der Abwendung gefährlicher Verläufe.

Das Positionspapier soll zu einer Definition psychosomatischer Grundversorgung beitragen und ermöglichen, Interventionen in der Primärversorgung zu entwickeln, zu operationalisieren und überprüfbar zu machen.

Zudem kann es als Leitfaden für die modulare Vermittlung dieser Kernkompetenz in der medizinischen Aus- und Weiterbildung dienen (wird bislang in einem eigenständigen Curriculum der Bundesärztekammer in der Facharzt-

weiterbildung vermittelt). Die hier beschriebenen Positionen ergänzen das Curriculum um Qualitätsstandards für die Vermittlung an Hausärzte und begründen, warum dieser Weiterbildungsbaustein nur mit Beteiligung von Hausärzten vermittelt werden kann. Darüber hinaus soll es dazu beitragen, die Wertschätzung der umfassenden, hausärztlichen Arbeit zu erhöhen und damit auch ihre Honorierung zu verbessern.

1 Psychosomatische Grundversorgung in der Allgemeinanzpraxis bietet Patienten einen sicheren Raum zum Innehalten in Situationen der Belastung oder Verunsicherung durch Krankheiten und besondere Lebensereignisse. Sie ist damit mehr als eine psychosomatische oder psychiatrische Krankheitslehre, die Hausärzte zu einer verbesserten Diag-

*Nachfolgend wird aus Gründen der Vereinfachung nur die männliche Form gebraucht. Gemeint sind selbstverständlich beide Geschlechter.

nostik psychischer Erkrankungen befähigen soll. Sie beschreibt eine all-gemeinmedizinische Haltung, die nicht additiv, sondern konstitutiv für die hausärztliche Arbeit sein soll. Sie ist Teil hausärztlicher Identität.

2

Sie basiert auf der vertrauensvollen Beziehung zwischen Arzt und Patient für Diagnose und Therapie aller Beschwerden von Patienten in einer auf Dauer angelegten Beziehung und ist dabei orientiert auf das System der Familie, der Nachbarschaft, der Gemeinde und der Kultur.

3

Sie sieht die Beschwerden von Patienten im Kontext ihrer Biografie und aktuellen Beziehungen in Familie und im weiteren, sozialen und kulturellen Umfeld und unterstützt Patientinnen und Patienten bei einer ganzheitlichen Wahrnehmung ihrer Beschwerden, ihrer selbst und ihrer Beziehungen [1].

4

Sie stärkt dabei ihre salutogenen Fähigkeiten (Selbstwirksamkeit) [2]. Der niedrigschwellige Zugang zur Hausarztpraxis ermöglicht, Angehörige aller sozialen Schichten sozialkompensatorisch und kompetenzstärkend zu behandeln [3].

5

Die Wirkfaktoren in der psychosomatischen Grundversorgung sind:

- a. die Beziehung zwischen Arzt und Patient als heilsame Beziehung und Möglichkeit einer korrigierenden Beziehungserfahrung [4–8],
- b. die Information der Patienten durch Ärzte als Experten,
- c. die gemeinsame Problemaushandlung und Formulierung von individuellen Gesundheitszielen [9] und die Einbeziehung der Patienten in die Entscheidungen über Diagnostik und Therapie [10–12],
- d. die Erhöhung der Selbstwirksamkeit der Patienten,
- e. die Erfahrung von Anteilnahme und Annehmen des Leids, Ermutigung und Fürsorge [13].

6

Sie benötigt daher die ärztliche Kompetenz zur Beziehungsgestaltung und der Reflexion dysfunktionaler Muster der

Arzt-Patient-Beziehung [14–18], damit gemeinsam eine neue Situation geschaffen werden kann. Diese Kompetenz leitet sich daraus ab, dass Patienten in der Beziehung zu Ärzten wiederholen, wie sie üblicherweise Beziehungen mit anderen gestalten, und ermöglicht Ärzten, den eigenen Weg der Beziehungsgestaltung zu überdenken. Beziehungsgestaltung nutzt Übertragung und Gegenübertragung, die in anderen Kontexten Resonanz, Enactment oder gemeinsame Situation genannt werden. So können dysfunktionale Muster vermieden [14] oder aufgelöst und neue, salutogene Muster entfaltet werden.

7

Für diese Kompetenz der Beziehungsgestaltung sind Selbstbeobachtung und Selbstreflexion Voraussetzung. Selbstbeobachtung und Selbstreflexion beginnen damit, die Situation mit Patienten auf sich wirken lassen zu können. Der Hausarzt soll daher einen achtsamen Umgang mit sich selbst pflegen.

8

Diese Kompetenz fördert daher die Selbstfürsorge des Arztes. Ergänzende Kompetenzen sind Selbstmanagement und zeitliche Strukturierung der eigenen Arbeitsweise.

9

Beziehungsgestaltung berücksichtigt, dass in der Beziehung zwischen Arzt und Patient Machtungleichgewichte bestehen. Es wird eine dialogisch kooperative Beziehung von Menschen mit unterschiedlichen Kompetenzen (Fach- bzw. Eigenkompetenz) angestrebt. Damit werden ethische Grundsätze ärztlichen Handelns um eine weitere Dimension ergänzt.

10

Psychosomatische Grundversorgung nutzt die Techniken der Gesprächsführung vieler Methoden für die Gestaltung der verschiedenen Gesprächskontexte wie Anamnese, Bilanzierung, Aufklärung und Vermittlung schlechter Nachrichten, Motivierung, Umgang mit akuten Traumata und Lebenskrisen [19] und Fehlermanagement. Förderung einer salutogenen Kommunikation ist die

Basis. Psychosomatische Grundversorgung berücksichtigt, dass jedes Gespräch Prozess orientiert ist und einen bestimmten Verlauf in der Zeit hat.

11

Die Methoden der Behandlung, die immer im Kontext der Arzt-Patient-Interaktion gesehen werden sollen, sind:

- a. das hausärztliche Gespräch, in dem es um Verstehen, Klären, Deuten, Erinnern und Aktivierung von Ressourcen geht [20],
- b. psychosoziale Interventionen wie z.B. Rehabilitationsangebote, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, psychosoziale Hilfsangebote wie Selbsthilfegruppen,
- c. Psychoedukation,
- d. körperliche Untersuchung, Hausbesuche und ggf. chirurgische Interventionen,
- e. Entspannungsverfahren,
- f. und ggf. Interventionstechniken der kognitiven Verhaltenstherapie, der systemischen Therapie und der Traumatherapie und ggf. Gruppenangebote,
- g. und die Medikation.

12

Psychosomatische Grundversorgung bedarf bestimmter Rahmenbedingungen wie:

- a. des Ausschlusses von Gesprächsunterbrechungen und Klärung der Barrieren des Kontaktes (z.B. des Sprachverständnisses),
- b. Regeln im Umgang mit der Zeit und ihrer Transparenz,
- c. einer personalen Zuordnung zwischen Arzt und Patient,
- d. der Berücksichtigung, wann das Gespräch mit dem einzelnen Patienten, und wann das Gespräch mit mehreren stattfinden sollte,
- e. der Berücksichtigung von interkulturellen Konzepten [21] und
- f. einer psychohygienischen Praxis von Ärzten und ihrem Team.

13

Psychosomatische Grundversorgung berücksichtigt, dass Behandlung immer innerhalb eines Teams stattfindet und bindet dazu die Mitarbeiterinnen der Praxis ein. Sie würdigt und erweitert daher die Bedeutung der medizinischen Fachangestellten.

14

Sie ist Netzwerk orientiert und sucht die Zusammenarbeit mit Spezialisten im ambulanten und stationären Bereich und allen in der Patientenversorgung involvierten Berufsgruppen. In Kooperation mit der Fachpsychotherapie kann sie den Bedarf an spezialisierter Versorgung mindern. Wenn eine Behandlung durch die Fachpsychotherapie erfolgt, bleiben Hausärzte weiter einbezogen, um die bio-psycho-soziale Perspektive zu bewahren [22].

Lehrbücher zur Psychosomatischen Grundversorgung

- Veit I. Praxis der psychosomatischen Grundversorgung Die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Stuttgart: Kohlhammerverlag, 2010
- Fritzsche K. Psychosomatische Grundversorgung. Berlin: Springer, 2003
- www.amwf.org. Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. Registrierungsnummer: 051-001, Entwicklungsstufe: S3

Korrespondenzadresse

Dr. med Iris Veit
Ärztin für Allgemeinmedizin/
Psychotherapie
Sprecherin der Arbeitsgruppe
Psychosomatik der DEGAM
info@irisveit.de

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Goethe-Universität, Haus 15, 4. OG
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Tel.: 069 65007245
geschaeftsstelle@degam.de

Literatur

1. Bahrs O. Fallverstehen in der hausärztlichen Langzeitversorgung; Familiendynamik 2011; 36: 102–111
2. Petzold TD. Salutogene Kommunikation zur Anregung der Selbstheilungsfähigkeit bei langwieriger Erkrankung. In: Petzold TD, Bahrs O (Hrsg.). Chronisch krank und doch gesund. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 2013; 263–278
3. Starfield B, Leiyu S, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Quarterly 2005; 83: 457–502
4. Roter D, Hall J, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. Med Care 1997; 36: 1138–1161
5. Del Canale S, Louis DZ, Maio V, et al. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study on primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. Acad Med 2012; 87: 1243–1249
6. Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ 1995; 152: 1423–1433
7. Thorne SE, Harris SR, Mahoney K, Con A, McGuinness L. The context of health care communication in chronic illness. Patient Educ Couns 2004; 54: 299–306
8. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. Arch Intern Med 1994; 154: 1365–1370
9. Bahrs O. Der Bilanzierungsdialog – Eine Chance zur Förderung von Ressourcenorientierung in der Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten. GGW 2011; 11: 7–15
10. Schneider A, Körner T, Mehring M, Wensing M, Elwyn G, Szecseny J. Impact of age, health locus of control and psychological co-morbidity on patients' preferences for shared decision making in general practice. Patient Educ Couns 2006; 61: 292–298
11. Loh A, Simon D, Kriston L, Härter M. Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen – Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. Dtsch Arztebl 2007; 104: A-1483–1488
12. Loh A, Leonhart R, Wills CE, Simon D, Härter M. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. Patient Educ Couns 2007; 65: 69–78
13. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. J Am Board Fam Pract 2002; 15: 25–38
14. Veit I. Ärger in der Arzt-Patient-Beziehung. Z Allg Med 2014; 90: 182–186
15. Epstein RM, Hadee T, Carroll J, Meldrum SC, Lardner J, Shields CG. "Could this be something serious?" Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients' expressions of worry. J Gen Intern Med 2007; 22: 1731–1739
16. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. BMJ 2004; 328–444
17. Hausteiner-Wiehle C, Grosber M, Bubl E, et al. Frustrating patients: physician and patient perspectives among distressed high users of medical services. J Gen Intern Med 1991; 6: 241–246
18. Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GM. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? J Psychosom Res 2005; 59: 255–260
19. Reddemann O, Leve V, Eichenberg C, Herrmann M. Zur Bedeutung von Traumafolgestörungen in der hausärztlichen Praxis. Z Allg Med 2014; 90: 123–128
20. Huibers C. Psychosocial interventions by general practitioners. Cochrane Database Syst Rev 2003; (2): CD003494
21. Gerlach H, Abholz HH, Koc G, Yilmaz M. „Ich möchte als Migrant auch nicht anders behandelt werden“ – Fokusgruppen zu Erfahrungen von Patienten mit Migrationshintergrund aus der Türkei. Z Allg Med; 2012, 88: 77–86
22. Herrmann M, Veit I. Fachgebundene Psychotherapie. Z Allg Med 2013; 89: 33–37