

## „Where the streets of the world meet the avenues of the mind“

Dies steht auf einer kleinen Schiefertafel geschrieben, die ich auf dem Weg ins Untergeschoß einer Buchhandlung in San Francisco gefunden habe, einer Buchhandlung, die seit jeher Treffpunkt von Literaten und Literatursuchenden ist, denen der Geruch und die Atmosphäre, die alte Buchhandlungen so an sich haben, bedeutsam ist.

Eine kleine Schiefertafel, 15 x 30 cm, mitten in einer Weltstadt, die doch nachhaltig Aufmerksamkeit auf sich zieht – eine Ortsangabe, eine Kreuzung, ein Ort der Begegnung, ein Vermessungspunkt, eine neurobiologische Erklärung, eine Außen- und Innenwahrnehmung, ein Zusammentreffen von Umfeld und Person.

Und das, was auf der Schiefertafel zu lesen ist, beschreibt im übertragenen Sinne auch die Situation in der Psychosomatik, in der wir F-Diagnosen, Therapien und Abrechnungsziffern im umgangssprachlichen Gebrauch nicht so leicht in Sprache bringen können.

Die einander bedingende Berücksichtigung von Körper und Psyche, das Zusammentreffen von evidenzbasiertem Wissen sowie einmaliger Erfahrung und damit der Moment der Begegnung in der Arzt-Patienten-Beziehung sind so vielgestaltig und gleichzeitig so einzigartig.

Die Österreichische Gesellschaft für Psychosomatik in der Allgemeinmedizin (ÖGPAM) hat sich u.a. zum Ziel gesetzt, das was in unterschiedlichem Gebrauch als Psychosomatik bezeichnet wird, aus der Integriertheit im allgemeinmedizinischen Praxisalltag herausgenommen zu benennen, zu vermitteln, aus unterschiedlichen Perspektiven zu erforschen, erfahrbar, lernbar zu machen und zu diskutieren. Jährlicher Treffpunkt des fachlichen, kollegialen Austausches ist die ÖGPAM-Tagung in Salzburg, im heurigen Jahr zu dem Thema „Hausärzte und Psychosomatik“.

Wenn ca. 25% der Fragestellungen in der hausärztlichen Praxis den psychosomatischen Bereich betreffen, so trauen uns Patienten diese Expertise zu und erwarten sich eine Behandlung im Rahmen eines verschränkten bio-psycho-sozialen Gesamtkonzeptes. Wenn wir herausfinden wollen „Was ist da jeweils der Fall?“, werden unterschiedliche Antworten in die Suche einfließen, je nach Arbeitsfeld, persönlichen Schwerpunkten in Aus- und Fortbildung und Selbstreflexion.

Als eine der tragenden berufsbegleitenden Fortbildungen für diejenigen, die neue Ein- und Aussichten zu diesem Thema erwerben wollen, haben sich die PSY-Diplome etabliert und bewährt.

Während das PSY-I-Diplom die Arzt-Patienten-Kommunikation mit ihrer professionellen Gestaltung des ärztlichen Gespräches und im Erleben in der Balint-Gruppe zum zentralen Thema hat, ist im PSY-II-

Diplom das einander bedingende Zusammenwirken somatischer und psychosozialer Wirkfaktoren bei komplexen Krankheitsbildern in der individuellen Lebenswelt des Patienten zentraler Fokus.

Kenntnisse, Erfahrungen und Basisfertigkeiten, die die individuelle Bedeutungsgebung und Lösungsmöglichkeiten der Patienten nützen sowie auf Interventionsmöglichkeiten des somatischen, psychischen und ökosozialen Bereiches gleichwertig berücksichtigend zurückgreifen, lassen das Wort „Psychosomatik“ in einer ärztlichen Grundhaltung erlebbar werden.

Die derzeitige Diskussion um eine „Spezialisierung in fachspezifischer psychosomatischer Medizin“ soll es nun ermöglichen, in einem zusätzlichen Kompetenzerwerbpfad an die Ausbildung anschließend in „Spezialisierungsstätten“ fachspezifische PSY-Kenntnisse über einen Zeitraum von 18 Monaten zu erwerben.

Dadurch soll das Angebot an psychosomatischer Versorgung, auch in der Allgemeinmedizin, für die Patienten erweitert werden.

Entscheidend für das Gelingen dieser Neuregelung wird es sein, die beiden Wege der Qualifikation „Spezialisierung in fachspezifischer psychosomatischer Medizin“ und „ÖÄK-Diplom psychosomatische Medizin“ nicht als Konkurrenz, sondern als gleichwertig zu konzipieren.

Dann könnte es tatsächlich gelingen, der Psychosomatik zu einer größeren gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Relevanz zu verhelfen sowie eine breitere adäquate Versorgung von Patienten zu erreichen, was unabdingbar im Weiteren auch endlich honoriert werden müsste. Beide Wege könnten dann je nach persönlichem Interesse mit dem PSY-III-Diplom fortgesetzt werden.

Noch braucht es ausformulierende und gestaltende Diskussion.

Und doch: Es herrscht Bewegung im Kreuzungsbereich der verschiedenen Wege.

Hier kann deutlich werden: woher wir kommen, wohin wir wollen und wie wir dahin kommen können.



**Dr. med.  
Barbara Hasiba**

# World Family Doctor Day 20

**Am 19. Mai findet der World Family Doctor Day – man könnte auch sagen der WELTHAUSÄRZTETAG – statt. Auf der ganzen Welt finden Aktivitäten statt. Näheres unter <http://www.globalfamilydoctor.com/>**

2010 proklamierte die WONCA, das ist die Weltorganisation der Family Doctors, dieses Datum zum World Family Doctor Day. Die ÖGAM als WONCA-Mitglied nimmt dies zum Anlass, auf die besondere, ja zentrale Rolle der Hausärzte im Gesundheitssystem hinzuweisen. In einer Presseaussendung betont ÖGAM-Präsident Dr. Dachs die Unersetzlichkeit des Hausarztwesens: Hausarzt für jede Familie! Nachweislich leben Menschen in einem Gesundheitssystem mit starker Primärversorgung länger und sind länger gesund.

Das Thema des World Family Doctor Day ist heuer „Depression“, da die WHO für den

Weltgesundheitsstag am 7. April 2017 das Motto „Depression – let’s talk“ ausgab.

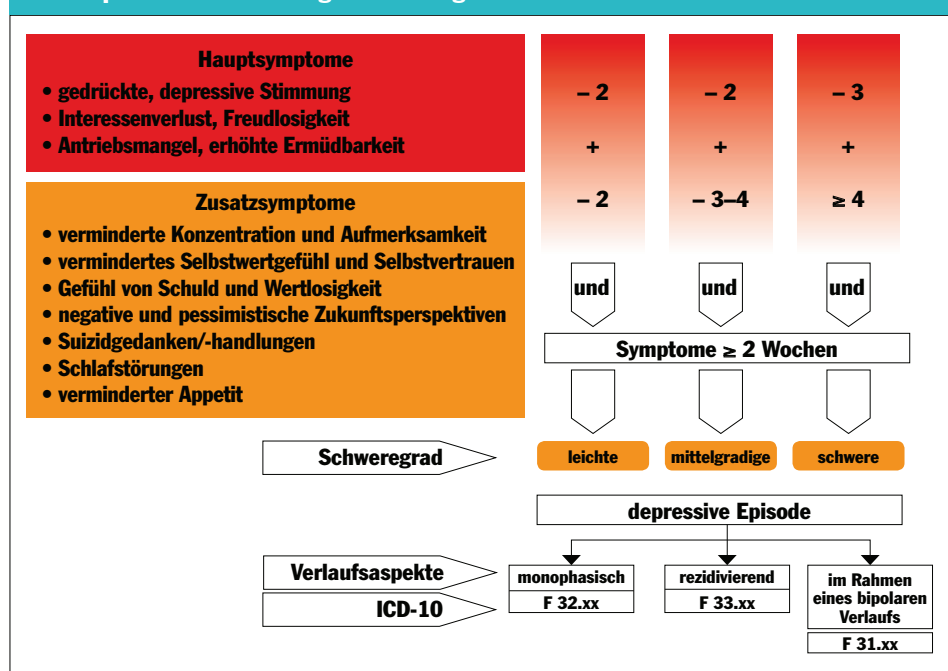
Auf der genannten WONCA-Website nimmt Professor Christopher Dowrick aus Liverpool, Vorsitzender der WONCA Working Party for Mental Health zum Thema Depression in der Hausarztmedizin Stellung. Es findet sich auch ein Link zu dem hervorragenden Artikel „Depression – an evidence-based first consultation“ mit guten praktikablen Hinweisen für den Umgang mit Depression in unserem klinischen Alltag. Er enthält 14 Schlüsselsätze. Diesen Artikel möchte ich hier durchstreifen:

1. Depression ist häufig. Die Prävalenz beträgt ca. 14% in Hausarztpraxen.
2. Die meisten depressiven Patienten präsentieren vorrangig somatische Symptome. Einfache Fragen nach Schlafqualität, Energie, Appetit, Bewegung und Konzentration sind als Einstieg leichter zu stellen, bevor man nach Stimmung, Unlust, Schuld-

gefühlen oder Suizidalität fragt. Die Frage nach Stress ist oft hilfreich.

3. Die psychische Gesundheit ansprechen; besonders wenn die Symptome nicht zu einer „normalen“ Diagnose passen, kann man direkt fragen: „Wie war die Stimmung in letzter Zeit?“ – oder indirekt nach Schlaf, Energie, Konzentration, Verlust von Lebensfreude fragen. Generelles Screening nach Depression wird kontrovers beurteilt. Bei Unsicherheit sind Fragebögen hilfreich (z.B. PHQ-9, im Internet leicht zu finden). Manche depressive Patienten sind ganz auf ihre somatischen Beschwerden fixiert, ihnen sind Fragen nach psychischen Beschwerden unangenehm. Bei solchen Patienten kann man zu einem späteren Zeitpunkt nachfragen.
4. Bei der Erstkonsultation ist es oft schwierig, Distress von Depression zu unterscheiden. Die Diagnose Depression entsteht prozesshaft und ist oft erst nach mehreren Gesprächen zu stellen.
5. In Arztkreisen gilt eine fehlerhafte somatische Diagnose als wesentlich problematischer als eine nicht erkannte psychische Störung. Hausärzte denken oft mehr problemorientiert als diagnoseorientiert.
6. Angst und Depression sind oft koexistent. Die kommunikativen Fähigkeiten bilden ein zentrales Element der Diagnostik, dazu gehört aktives Zuhören und das Wissen um den sozialen und kulturellen Hintergrund.
7. Zwei einfache Fragen sind zielführend: „Haben Sie sich im letzten Monat immer oder meistens depressiv oder hoffnungslos gefühlt?“, „Haben Sie im letzten Monat Ihr Interesse oder die Freude an allen oder den meisten Aktivitäten verloren?“. Negative Antworten schließen eine Depression mit hoher Wahrscheinlichkeit aus.
8. Wenn eine der beiden Fragen positiv beantwortet wird, kann eine Depression vorliegen. Ein Fragebogen wie der PHQ-

**Abb.: Operationalisierte Diagnosestellung nach ICD-10**





- 9 ist zur Vertiefung hilfreich. Wenn eine Depression vorliegt, ist es obligat, beim Patienten direkt über Suizidgedanken und Suizidabsichten nachzufragen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, mögliche frühere manische Phasen zu eruieren. 10% der Patienten, denen im hausärztlichen Setting Antidepressiva verschrieben wurden, haben eine unentdeckte bipolare Störung. Empfohlen wird auch, Alkohol- und Drogenkonsum zu evaluieren.
9. Bei 60% der Patienten in der Primärversorgung löst sich die Depression innerhalb eines Jahres, auch wenn die depressiven Symptome beim Erstbesuch nicht erkannt werden. Schon innerhalb einer Woche bessern sich viele Symptome schon allein durch das Arzt-Patienten-Gespräch, im Sinne Balints ist die „Droge Arzt“ wirksam.
  10. Empathisches Zuhören und nichtmedikamentöse Strategien werden als First-Line-Therapie empfohlen: Diese inkludieren Akzeptanz, Schlafhygiene, Selbsthilfe, Problemlösung, Verhaltensänderungen, Sport, Psychoedukation und Gesprächstherapie.
  11. Sollen Antidepressiva beim Erstgespräch verschrieben werden? Es besteht Evidenz, dass Patienten mit schwerer Depression von einer antidepressiven Therapie wesentlich mehr profitieren als Patienten mit einer leichten oder mittleren Depression. Da die meisten Patienten in der Primärversorgung keine schwere Depression aufweisen, kann man von einer schnellen Verschreibung von Antidepressiva Abstand nehmen.
  12. Bei milder oder moderater Depression ist die Wahrscheinlichkeit einer Placebowirkung achtmal höher als die echte medikamentöse Wirkung. Daher sind besonders bei kritikloser Anwendung von Antidepressiva mögliche Nebenwirkungen zu beachten.

**Tab.: Das 4-Schritte-Modell nach Iris Veit – eine gute Strategie**

1. Erstkontakt: Annehmen der Beschwerdeklage und Herstellen einer empathischen Beziehung
2. Zweitkontakt: Symptomverständnis, Symptomkontrolle und Behandlungsplanung
3. Drittkontakt: Wiedereinbestellung nach 2–6 Wochen – Veränderungen, Klärungen, Aktivierung
4. Verlaufsbeurteilung: Folge-Wiedereinbestellung nach weiteren 2–6 Wochen – Bilanzierung, ggf. Anpassung des Behandlungsplans
Die aktive Gestaltung einer empathischen Arzt-Patient-Beziehung ist oft die wichtigste und die einzig nötige Therapie.

13. Telefonische Konsultationen zwischen- durch sind nachweislich effektiv. Diese können auch von nichtärztlichen Fachkräften durchgeführt werden.
  14. Nach der Erstkonsultation wird ein Kontrolltermin nach einer Woche empfohlen.
- Ergänzend zu diesen Empfehlungen sei an die Operationalisierte Diagnosestellung nach ICD-10 erinnert (Abb.). Jede gelungene Arzt-Patienten-Interaktion hat einen psychotherapeutischen Effekt. Es versteht sich von selbst, dass die Einbeziehung der Familie unverzichtbar ist. Ärztliches Handeln ist immer in ein Beziehungsfeld eingewoben. Dies nicht zu berücksichtigen führt zu Verstrickungen in dysfunktionale Beziehungsmuster und vernachlässigt die wesentliche Fähigkeit, Unbewusstes und Vorbewusstes zu erkennen. Eine gute Beziehung ist die Basis für Wissensvermittlung und Motivation und unterstützt die Wirkung jedes Medikaments und die Wirkung jeder ärztlichen Handlung, wie wir aus der Placeboforschung wissen. Wirksame Ele-

- mente einer guten Beziehung sind:
- Empathie: Benennen und Klären von Gefühlen wie Ärger, Jammer, Enttäuschung, Schmerz, Verletzung
  - Wertschätzung: beispielsweise über den Mut sprechen, wenn der Patient offen spricht
  - Ressourcen: „Was tut Ihnen gut? Wie sind Sie, wenn es Ihnen gutgeht? Was brauchen Sie?“
  - Kongruenz: Selbstwahrnehmung des Arztes (meine Ungeduld, Aggression hat mit der Lebenssituation des Patienten zu tun), Mitteilung von inneren Bildern

Wir Hausärzte sind immer erste Ansprechpartner im Gesundheitssystem. Depressiven Patienten begegnen wir täglich, wir sind gefordert, gut und richtig zu handeln. Wir haben die Kompetenz dazu. Der WORLD FAMILY DOCTOR DAY soll uns daran erinnern.

*Dr. Bernhard Panhofer,  
2. Vizepräsident der ÖGPAM Lektor der  
Medizinischen Fakultät der JKU Linz*

**Die Arbeit in der ÖGAM ist in den letzten Jahren vielfältig und umfangreich geworden.**

**Ihre Mitarbeit ist willkommen!**

**Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at**



# 22<sup>nd</sup> WONCA Europe Conference

June 28 – July 1, 2017  
Prague, Czech Republic

Prague Meetings  
Research  
Practical skills  
Collegiality  
Friendship  
Enjoyment  
Pride  
Learning  
Diversity  
Future

[www.woncaeurope2017.eu](http://www.woncaeurope2017.eu)



The Truly

European Conference



**ÖGAM**  
Österreichische Gesellschaft  
für Allgemein- und Familienmedizin –  
Mitglied der WONCA

**Das Redaktionsteam:**

**Leitung:** Dr. Maria Wendler  
Dr. Cornelia Croy, Dr. Christoph Dachs, Dr. Barbara Degn,  
Dr. Reinhold Glehr, Dr. Susanne Rabady

**ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!**

Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen  
umfangreiche Information? Dann sind Sie bei uns richtig!  
Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter  
[www.oegam.at](http://www.oegam.at)

**Korrespondenzadresse:**

ÖGAM-Sekretariat  
c/o Wiener Medizinische Akademie  
Herr Christian Linzbauer  
Alser Straße 4, 1090 Wien  
Tel.: 01/405 13 83-17  
Fax: 01/407 82 74  
[office@oegam.at](mailto:office@oegam.at)  
[office@oegam.at](mailto:office@oegam.at) • [www.oegam.at](http://www.oegam.at)

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten  
der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein-  
und Familienmedizin.