

## Warum ÖGPAM? Wer ist ÖGPAM?

Jeder Allgemeinmediziner denkt, fühlt und handelt – oft unbewusst – „psychosomatisch“, je nachdem, wie, wo, und wann er das gelernt hat. Wir unterscheiden uns vom Spezialisten durch den niederschweligen Zugang, ohne Vorselektion, und vor allem durch den personenbezogenen Ansatz im Gegensatz zum krankheitsorientierten Ansatz. Anders ausgedrückt: Wir können über jeden Patienten eine Geschichte erzählen. Genau das ist der uns eigene psychosomatische Schatz. Zugegeben etwas überheblich, könnte man sagen, Allgemeinmedizin ist angewandte Psychosomatik.

In der österreichischen Ärztelandschaft gibt es bereits Gesellschaften für Psychosomatik in der Inneren Medizin, in der Gynäkologie und Geburtshilfe, in der Augenheilkunde, in der Zahnmedizin, in der Neurologie. Darüber hinaus ist die Österreichische Gesellschaft für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin (ÖGPPM) wohl die wichtigste Gesellschaft der psychosomatisch tätigen ÄrztlInnen. Eine Gesellschaft für Psychosomatik in der Allgemeinmedizin fehlt also.

Wir von der ÖGAM haben uns Gedanken gemacht, wie wir Psychosomatik besser in der Allgemeinmedizin verankern können, und haben in einer Vorstandssitzung beschlossen, eine eigene Österreichische Gesellschaft für Psychosomatik in der Allgemeingemeinmedizin (ÖGPAM) zu gründen – als Zweigverein der ÖGAM. Wir wollen damit allen Allgemeinmedizinern, die psychosomatisch interessiert sind, eine Brücke zur „Psy-Welt“ bieten.

### Zweck der Gesellschaft:

- Förderung der Psychosomatik in der Allgemeinmedizin in Wissenschaft und Praxis
- Förderung der Kooperation und Koordination zwischen den Mitgliedern
- Unterstützung der ÖGAM im Bereich Psychosomatik

### Ziele der Gesellschaft:

- die systematische Erarbeitung der wissenschaftlichen Grundlagen des psychosomatischen Bereiches allgemeinmedizinischer Tätigkeit
- die Förderung der Ausbildung und Weiterbildung, das Sammeln und Austauschen von Lehrstoff
- die Erforschung der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis im Bereich Psychosomatik,
- die Qualitätssicherung
- die Veranstaltung bzw. Mitveranstellung allgemeinmedizinisch-wissenschaftlicher Kongresse und Tagungen.

Wir setzen uns ausdrücklich für den Zusatzfacharzt für Psychosomatik ein, der natürlich auch allen Allgemeinmedizinern zugänglich sein muss. Zu den bestehenden stationären Einrichtungen könnte sich eine wohnortnahe ambulante psychosomatische Versorgung etablieren. Ein fächerübergreifendes Zusatzfach Psychosomatik stellt eine Win-win-Situation darstellt: für die Patienten, für die Politik (Kosten), für die Gesundheit der Bevölkerung, für alle Ärzte. Ich stelle mir Psychosomatik als Regenbogen vor, der die Medizin umfasst, damit sprechende, beziehende Medizin einen Namen hat.



**Dr. Bernhard Panhofer**  
Arzt für Allgemeinmedizin  
Ungenach

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

**Ihre Mitarbeit ist willkommen!**

Unsere Kontaktadresse: [office@oegam.at](mailto:office@oegam.at)

# Fallbeispiel Psychosom in der Allgemeinmedizin

## Nach Irrwegen in meiner Praxis und anderen Fachdisziplinen doch zum Kern

In Studium und Ausbildung hören und lernen wir immer wieder vom Einfluss psychischer Faktoren und ihrer somatischen Manifestationen – wichtig sind offenbar weiterhin wache Sinne, wie folgender Fall zeigt:

Eine knapp sechzigjährige Dame sucht meine Praxis wegen Druckbeschwerden retrosternal auf, mit leicht gequältem Gesicht. Adipositas, ein bisschen erhöhte Lipidwerte, eine suffizient behandelte Hypertonie, also eigentlich eine ganz normale Patientin mit nicht unüblichem kardiovaskulärem Risiko. Die Frage nach der Belastungsabhängigkeit kann nicht restlos geklärt werden, aber – wir sind ja modern und gendern – es gibt ja auch herzkranken Patienten mit untypischen Beschwerden. Nach klinischer Untersuchung und EKG ohne wesentliche Auffälligkeiten schließen wir noch eine Facharztuntersuchung beim Internisten an. Ergebnis ist eine formal positive Ergometrie. Schließlich scheint aber auch er nicht restlos überzeugt und entschließt sich zunächst zu konservativer Therapie, um bei Persistenz der Beschwerden invasive Diagnostik zu veranlassen.

Pikanterweise spielt sich all das kurz vor Weihnachten ab. Eine für die Patientin und für mich eher wenig zufrieden stellende Situation, über die Jahreswende in Ungewiss-



© beermedia - Fotolia.com

heit zu leben. Oder vielleicht vor allem für mich? Aus Überzeugung bestärke ich die Patientin, die kardiale Abklärung nach dem Jahreswechsel voranzutreiben und nicht erst das Abklingen der Beschwerden durch die Medikation und den nächsten Facharzttermin abzuwarten. In der Untersuchung zeigen sich blande Koronarien,

statt dem vorgeschlagenem Präparat mehr nimmt die Patientin ab sofort zwei Tabletten weniger, da auch die ASS-Prophylaxe nicht mehr nötig ist. Bleibt weiter die Frage nach der Ursache der Beschwerden, da diese trotz der großen Erleichterung über ein gesundes Herz noch immer bestehen. Schon wird eine Gastroskopie erwogen

### Das Redaktionsteam:

Dr. Reinhold Glehr, Dr. Barbara Degn,  
Dr. Bernhard Fürthauer, Dr. Susanna Michalek,  
Dr. Peter Pichler, 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 01/405 13 83-23  
[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.

# matik

# n

und natürlich auch durchgeführt. Wieder keine Pathologie.

Als ich zu Grübeln beginne, wie's nun weitergehen soll, bricht es aus der Patientin hervor: „Glauben's, Herr Doktor, das ist vielleicht, weil ich keine Arbeit mehr finde?“ Eine tüchtige, aktive Frau, die ihren Beruf Schneiderin gerne weiter ausüben will, hat keinen Platz mehr am Arbeitsmarkt. Der Chef hat sie über den Winter abgemeldet und offenbar keinen weiteren Bedarf. An ihrer Seite ein Ehemann, der anstatt der erhofften Schmerzfreiheit und Beweglichkeit nach eine Knieoperation nun seit fast einem Jahr eine Doktorralle absolviert, in der Hoffnung, seine ständigen Schmerzen loszuwerden. Ein Paar, das eigentlich ganz glücklich gemeinsam älter werden könnte, gäbe es nicht die Widrigkeiten, die das Leben manchmal bietet.

Ihnen gegenüber stehen Doktoren verschiedener Fachdisziplinen, ihnen voran der Hausarzt, und stellen mit ihrer somatischen Brille nicht die einfache Frage: „Gibt es etwas, was Sie belastet?“

Zum Glück gibt's noch Patienten mit Hausverstand, die uns manchmal auf den rechten Weg zurückbringen, verirrt im Netz der Diagnosestraßen. Natürlich hat es auf dem Herzen gedrückt, aber dieser Schmerz lässt sich nicht mit Echo, Ergometrie oder Angiographie nachweisen, die Risikofaktoren sind auch nicht in Labor oder BMI zu finden. Vielleicht müssen wir wieder mehr lernen, Zeichen zu sehen und zuzuhören, bevor wir in die Diagnostik abdriften und nach Lösungen suchen, die an anderer Stelle zu finden sind, als vermutet. Und letztlich auch einfach, kostengünstig und nichtinvasiv. Aber hinterher wissen wir's ja immer besser. Und können daraus lernen.

*Dr. Benedikt Hofbauer  
Arzt für Allgemeinmedizin  
Arbesbach*

## Kommentar

Das Fallbeispiel des Kollegen Hofbauer stellt dankenswerterweise eine fast typische Situation im Diagnosefindungsprozess dar. Getrieben von den Möglichkeiten innovativer High-Tech-Untersuchungen, von der Angst vor Fehldiagnosen/entscheidungen, aber auch vom Patienten selbst, der auf Erklärungen für sein Leiden besteht, finden wir uns heute auch in der Medizin in einem „Mehr. Besser. Schneller.“ Unser Können im Detail verstellt uns aber nicht selten den Blick für das Ganze. Da ein Großteil hausärztlich behandelter Symptomkomplexe multikausale Ursachen hat, verwende ich Betroffenen gegenüber gern das anschauliche Bild eines Mosaiks: Wenn schon nicht alle, dann sollten wir zumindest möglichst viele Teile davon haben, um in akzeptablem zeitlichem Rahmen eine fundierte Diagnose zu stellen – abwendbare gefährliche Verläufe sind natürlich immer im Auge zu behalten!

Gerade als Hausärzte sind wir prädestiniert, bei jedem komplexeren Beschwerdebild auch die drei Säulen unseres Seins im Auge zu behalten: Bildungskarriere/betriebliches Sein, Beziehungen/Partnerschaft und seelisches/körperliches Selbsterleben. Damit unser Gesamtbefinden einigermaßen im Lot ist, braucht es die Ausgeglichenheit der drei Ebenen. Einfache Fragen – wie „Wie geht es denn Ihrem Mann?“, „Wie läuft es am Arbeitsplatz?“ – ermöglichen mir, rasch einen Überblick über die biopsychosoziale Situation des Betroffenen zu bekommen und ihn zugleich dafür zu sensibilisieren. Es passiert dann durchaus, dass die Fragen vom Patienten schon beim nächsten Kontrolltermin wieder aufgegriffen werden; das Erzählte kann dann durch ihn und mich eine entsprechende Würdigung im „Mosaik“ erhalten. Auch die frühzeitig gestellte Frage nach der eigenen Krankheitstheorie des Patienten kann mitunter aufschlussreich sein – sie wäre es wohl auch im geschilderten Fall gewesen.

Die zweite wichtige Ebene bei diesem Beispiel ist die Gegenübertragung: „eine für die Patientin und mich wenig zufrieden stellende Situation, über die Jahreswende im Ungewissen zu sein“. Die Gegenübertragung, also meine Gefühle in der Situa-

tion mit dem Patienten, haben entweder mit mir selbst oder – und dies sollten wir in der AM unbedingt für die Patientenbeziehung nutzen! – mit dem Patienten zu tun. Ersteres kann durchaus legitim sein, etwa bei Diensten über den Jahreswechsel mit dieser Situation nicht nochmals konfrontiert werden zu wollen oder aber negative Vorerfahrungen des Arztes mit ähnlichen Beschwerden. Diese und ähnliche Möglichkeiten verführen jedoch, nicht unbedingt zum Vorteil des Patienten, zu übermäßigem Handeln. Verspürt man solche Tendenzen/Gefühle bei sich, sollte der Umgang damit im weiteren Handlungsablauf zumindest bewusst erfolgen. Die eigentlich nutzbare Gegenübertragung hier wäre die Unzufriedenheit/Ungewissheit, die vom Kollegen wahrgenommen wurde. Hier kann ich mich selbst fragen, was dies mit der Situation des Patienten zu tun haben mag, oder aber auch dem Patienten von den eigenen Gefühlen erzählen und fragen, was dies mit seiner derzeitigen Situation zu tun haben könnte. Spätestens zu diesem Zeitpunkt hätte in diesem Fall die Patientin wesentliche Aspekte zur Ergänzung des Mosaiks zur Verfügung gestellt. Das Procedere gemäß dem (selten vollständigen) Mosaik wäre hier die hausärztliche Unterstützung in der Bewältigung der Arbeitslosigkeit und der Symptome ihres Mannes: eigene Lebensbereiche (Freundeskreis, Interessen), Selbstbild (Versagen, Kränkung), Selbsterwartung – Perspektiven und Auswirkungen der Situation des Mannes auf Partnerschaft, Finanzen etc. Im Regelfall wird ein psychosoziales Vernetzen mit anderen Ansprechpartnern des (psycho-)sozialen Bereichs notwendig sein. Der Patientin hier würde ich, wenn zumutbar, auch noch mitgeben, bzgl. möglicher „gefährlicher“ Symptome hellhörig zu sein und sich bei Bedarf unverzüglich bei mir zu melden. Ich würde im konkreten Fall weiter offen bleiben, den gesamten biopsychosozialen Kreis wahrzunehmen, um gegebenenfalls mit dem Erkennen neuer „Mosaiksteine“ den Handlungsablauf im Umgang mit den Symptomen neuerlich zu überdenken und gegebenenfalls anzupassen.

*Dr. Herbert Bachler,  
Allgemeinmediziner, Innsbruck*



**Dr. Reinhold Glehr, Prof. Dr. Job Metsemakers**



**Reges Interesse beim Publikum**

# WONCA EUROPE Juli 2012

## Bericht über eine Keynote

Der letzte Kongresstag, Samstag der 7. Juli, war angebrochen. Trotz der frühen Tageszeit füllte sich der 1.000 Personen fassende Plenarsaal zusehends. Die zwei Keynotes aus dem Bereich Wissenschaft bzw. Kunst erregten wie an den Vortagen das Interesse. Diesmal war die erste Keynote der Wissenschaft gewidmet. Den Vorsitz hatte Prof. Dr. Job Metsemakers und Dr. Reinhold Glehr.

Henrike Schouten aus den Niederlanden präsentierte eine brandneue Studie zum Thema: Wertigkeit von zwei altersadaptierten D-Dimer-Grenzwerten zum Ausschluss einer tiefen Beinvenenthrombose (TBVT) bei diesbezüglichem Verdacht bei älteren Patienten in der Primärversorgung.

Alleine der Hinweis darauf, dass die Studie mit finanzieller Unterstützung durch die niederländische Organisation für wissenschaftliche Forschung erfolgte, ließ Österreicher vor Neid erblassen. Bei uns ist derartige Forschungsförderung unbekannt. Das Fehlen solcher Strukturen ist sicher ein Hauptgrund dafür, dass es bei uns kaum Forschung in der Allgemeinmedizin gibt.

In Kooperation mit dem BMJ (British Medical Journal) war diese Studie ausgewählt und die sehr jugendliche Kollegin Schouten als Studienautorin gebeten worden, ihre Arbeit als Keynote am Kongress zu präsentieren, was ihr auch vortrefflich gelang.

In 1.374 unselektierten Verdachtsfällen wurde ein quantitativer D-Dimer-Wert bestimmt.

Gegenüber der Anwendung eines Standard-Grenzwertes führte die Verwendung von zwei altersbezogenen D-Dimer-Grenzwerten bei älteren Patienten zu einer Steigerung der Rate des gesicherten Ausschlusses einer tiefen Beinvenenthrombose.

Bei klinischem Verdacht nach dem Wells Score wurde die Bewertung nach dem Standard-Grenzwert von 500 yg/l mit den Ergeb-



**Dr. Peter Pichler**  
Arzt für Allgemeinmedizin  
Poysdorf

nissen, erhoben nach den altersadaptierten Grenzwerten von Alter x 10 yg/l bei über 50-Jährigen und fixen 750 yg/l bei über 60-Jährigen, verglichen. Der sichere Ausschluss einer TBVT erfolgte durch Abklärung mittels zweimaliger Kompressionsultraschall-Untersuchung. Von den 1.374 Verdachtsfällen bestätigte sich in 20% der Fälle das Vorliegen einer TBVT. Es zeigte sich nebenbei, dass bei Verdachtsfällen die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer Thrombose bei Frauen höher als bei Männern war.

Männer erlitten aber insgesamt häufiger eine tBVT als Frauen. Ergebnis: Die Anwendung des altersadaptierten Grenzwertes im Vergleich zum Standard-Grenzwert steigerte die Sicherheit des Ausschlusses einer TBVT um 5,7%, bei ähnlicher falsch negativer Rate (0,5% zu 0,3%). Für Aussagen betreffend über 80-Jährige war die Fallzahl zu gering.

Resümee für uns Österreicher: In Ländern mit hochentwickelter Primärversorgung wird in der Primärversorgung eine Diagnostik betrieben, die bei uns sogar in der Sekundär- oder Tertiärversorgung nicht überall Anwendung findet. Diese Erfahrung gemacht zu haben lohnte alleine schon den Besuch dieses internationalen wissenschaftlichen Kongresses für Allgemeinmedizin.

Doch es blieb keine Zeit zum Sinnieren. Die nächste Keynote, nun aus dem Kunstbereich der medizinischen Tätigkeit, wurde effektiv angekündigt. „The art to become/to be a good family doctor“.