

**Positionspapier
der Deutschen Gesellschaft
für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)**

**Psychosomatische Grundversorgung in der Allgemeinmedizin –
Ziele, Kompetenzen, Methoden**

Die AG Psychosomatik der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) nimmt zur psychosomatischen Grundversorgung in der Allgemeinmedizin wie folgt 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, das in den Zukunftspositionen der DEGAM (DEGAM-Zukunftspositionen: Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen, <http://www.degam.de/positionspapiere>) beschrieben ist und das Folgendes beinhaltet: 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 vorliegende Positionspapier soll zu einer Definition psychosomatischer Grundversorgung beitragen und damit 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. Diese Kernkompetenz hausärztlicher Tätigkeit wird bislang in einem eigenständigen Curriculum der Bundesärztekammer in der Facharztweiterbildung vermittelt. Die hier beschriebenen Positionen ergänzen dieses um Qualitätsstandards für die Vermittlung dieser Kompetenz für Hausärztinnen und Hausärzte. Sie begründen, warum dieser Weiterbildungsbaustein nur mit Beteiligung von Hausärztinnen und 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 Allgemeinarztpraxis bietet Patientinnen und 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 Hausärztinnen und Hausärzte zu einer verbesserten Diagnostik psychischer Erkrankungen befähigen soll. Sie

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

beschreibt eine allgemeinmedizinische 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 der Patientinnen und 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 der Patientinnen und 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 (4,5,6,7,8),
- b. die Information der Patientinnen und Patienten durch die Ärztin und den Arzt als Experten,
- c. die gemeinsame Problemaushandlung und Formulierung von individuellen Gesundheitszielen (9) und die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten in die Entscheidung über den Plan der Diagnostik und Therapie (10,11,12),
- d. die Erhöhung der Selbstwirksamkeit der Patientinnen und Patienten,
- e. die Erfahrung von Anteilnahme und Annehmen des Leids, Ermutigung und Fürsorge (13).

6. Sie benötigt daher die Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte 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 Patientinnen und Patienten in der Beziehung zu Ärztinnen und Ärzten wiederholen, wie sie üblicherweise Beziehungen mit anderen gestalten, und ermöglicht Ärztin oder Arzt, 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 der Patientin oder dem Patienten auf sich wirken lassen zu können. Der Hausarzt und die Hausärztin sollen daher einen achtsamen Umgang mit sich selbst pflegen.

8. Diese Kompetenz fördert daher die Selbstfürsorge der Ärztin und 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) ange-

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

strebt. 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. und einer Berücksichtigung, wann das Gespräch mit der einzelnen Patientin oder dem Patienten, und wann das Gespräch mit Mehreren stattfinden sollte,
- e. Berücksichtigung von interkulturellen Konzepten (21) und
- f. einer psychohygienischen Praxis von Ärztinnen und Ärzten und ihrem Team.

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

14. Sie ist Netzwerk orientiert und sucht die Zusammenarbeit mit den anderen Fachärztinnen und Fachärzten im ambulanten und stationären Bereich und allen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten involvierten Berufsgruppen. In Kooperation mit der Fachpsychotherapie kann sie den Bedarf an spezialisierter Versorgung mindern. Wenn eine Behandlung durch die Fachpsychotherapie erfolgt, bleiben Hausärztinnen und Hausärzte weiter einbezogen, um die bio-psycho-soziale Perspektive zu bewahren (22).

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Referenzen:

1. Bahrs O. Fallverstehen in der hausärztlichen Langzeitversorgung; Familiendynamik 2011; 36 (2): 102-111
2. Petzold TD. Salutogene Kommunikation zur Anregung der Selbstheilungsfähigkeit bei langwieriger Erkrankung. Petzold & Bahrs: Chronisch krank und doch gesund 2013; Verlag Gesunde Entwicklung Bad Gandersheim: 263-278
3. Starfield B, Leiyu S, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health; Milbank Quarterly, 2005, 83 (3): 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: 1138–61
5. Del Canale S, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, Gonnella J. 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(9): 1243-9
6. Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ 1995; 152(9): 1423-33
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(12): 1365-70
9. Bahrs O. Der Bilanzierungsdiallog – Eine Chance zur Förderung von Ressourcenorientierung in der Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten. GGW 2011; 11(4): 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-1483-88
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(1): 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 (4): 182–186
15. Epstein R M, 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: 1731-9
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, Bubel E, Groben S, Bornschein S, Lahmann C, Eyer F, Eberlein B, Behrendt H, Löwe B, Henningsen P, Huber D, Lin E, Katon W, Von Korff M, Bush T, Lipscomb P, Russo J, Wagner E. Frustrating patients: physician and patient perspectives among distressed high users of medical services. J Gen Intern Med 1991; 6(3): 241-24

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

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(4): 255-260
19. Reddemann O, Leve V, Eichenberg C, Herrmann M. Zur Bedeutung von Traumafolgestörungen in der hausärztlichen Praxis. Z Allg Med 2014; 90 (3): 123-128
20. Huibers C. Psychosocial interventions by general practitioners. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 Issue 3
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: ZFA, 2012, 88 (2): 77-86
22. Herrmann M, Veit I: Fachgebundene Psychotherapie. Z Allg Med 2013; 89 (1): 33-37

Lehrbücher zur Psychosomatischen Grundversorgung sind:

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

Kontakt:

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