

INTEGRATION VON PSYCHOTHERAPIE IN DIE ALLGEMEINMEDIZINISCHE PRAXIS

Dr. Andreas Eisen

Zusammenfassung

Zahlreiche Untersuchungen der letzten Jahre in der Allgemeinpraxis ergaben immer wieder einen sehr hohen Anteil psychischer und psychosomatischer Störungen. Es scheint daher naheliegend, die psychotherapeutische Versorgung aus dem Randdasein einer Spezialdisziplin heraus und in ebenso großem Umfang in die Allgemeinpraxis hereinzunehmen. In der praktischen Arbeit ergibt sich eine Reihe von Implikationen die als Risiken und Chancen abgewogen werden müssen.

In einer persönlich gehaltenen Darstellung werden Erfahrungen und kritische Gedanken aus neun Jahren Integrationsversuch zur Diskussion gestellt.

Schlüsselwörter Psychotherapie - Psychische Störungen - Allgemeinmedizin - Integration

Summary

During the past years, a great number of studies conducted among general practitioners point to a high prevalence of psychopathologic und psychosomatic disorders. It is therefore suggested that the marginal existance of psychotherapy as a special discipline be discontinued in favor of integrating this field into the general practice of medicine. Daily practice leads to a number of implications which can be considered risks as well as chances. The present paper presents a personal critical reflection based on 9 years of experience of attempting the above suggested integration.

Keywords Psychotherapy - Mental disorders - General medicine - Integration

Motivation

Ich habe mein Medizinstudium in den späten 70er Jahren aufgenommen. Ich war beeinflusst von Idealen der Nach-68er: soziale Ideale: „Die Kette ist so stark wie ihr schwächstes Glied“, „gleiche Rechte für alle“, in unserem Fach: Technologiekritik, ganzheitliche Medizin, Reste von „Zurück-zur-Natur“. Wir wollten uns nicht im Elfenbeinturm der Wissenschaft verkriechen, das Expertentum nicht kultivieren, sondern Medizin für die Basis machen. Barfußmedizin war kein Mangelbegriff, sondern Indiz für wahre Meisterschaft. Wir wollten den Patienten außerdem verhelfen zur Verwirklichung ihrer persönlichen Individualität und zu ihrem Recht auf eigene Meinung, Gleichstellung in der Gesellschaft und in der Institution. Franco Basaglia zählte zu den geistigen Vätern eines neuen Medizin-Ethos. Dazu kam ein gutes Stück Sendungsbewußtsein, mit dem wir intellektuelle Einsichten an die Basis bringen wollten, um einer besseren Gesellschaft den Weg zu bereiten. Ich beschloß bald Allgemeinarzt zu werden, und meine ursprüngliche Motivation für die Medizin, die Psychotherapie, paßte gut zu meinem Bestreben, ein noch besserer Allgemeinarzt zu werden. Meine Weiterbildung richtete sich hinfort voll auf die Allgemeinmedizin aus: Weiterbildungszeiten in verschiedenen Fächern waren zu absolvieren, gleichzeitig die Vorschriften der Ärztekammer zu erfüllen, die den Zugang zur Ausübung der Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Sozialversicherung regelten. Das bedeutete neben der beruflichen Vollzeitweiterbildung selbstfinanzierte Seminare, Gruppen, Vorlesungen an Abenden und Wochenenden. Nach fünf Jahren konnte ein geeigneter Standort für die Niederlassung gesucht werden.

Niederlassung

Erlenbach ist eine Kleinstadt mit ca. 9000 Einwohnern, guter fachärztlicher Versorgung und einem Kreiskrankenhaus der Grundversorgung, in Sichtweite meiner Praxis. Ein Kassenarztsitz für Allgemeinmedizin war im Bedarfsplan ausgeschrieben. Meine Entscheidung für diesen Standort wurde mitbestimmt von der Überzeugung, daß ich nur dann gute Chancen für eine weitgehend ungestörte psychotherapeutische Arbeit hatte, wenn ich nicht zu jeder Tages- und Nachtzeit damit rechnen mußte, daß ein „Notfall“ an meiner Tür läutet.

Allgemeinpraxis

Hier begannen also meine Abstriche von der umfassenden „Basisversorgung“. So entwickelte sich auch die Angebotsstruktur der Praxis: Der Anschluß an eine große Laborgemeinschaft ermöglicht alle gängigen Untersuchungen ohne eigenen Personal- und Zeitaufwand. EKG ist sicher allgemeinmedizinischer Standard. Aber da nähern wir uns schon den Grenzen der rationalen Apparatemedizin in der Allgemeinpraxis: Die abdominelle und Schilddrüsenonographie habe ich eher als Zugeständnis an den Apparateglauben der Patienten und sicher auch an meinen eigenen Spieltrieb eingeführt. Ich sehe ca. 10% pathologische Befunde und kann immerhin Gallensteine ausschließen oder bestätigen. Die Frequenz wirklich indizierter Sonographie erlaubt im Rahmen der Allgemeinpraxis und speziell der psychosomatischen Schwerpunktpraxis keinen betriebswirtschaftlich vernünftigen Einsatz dieser Gerätschaft. Ganz verzichtet habe ich auf gynäkologische Untersuchungen und auf die elektive Chirurgie. Bei ausreichender fachärztliche Versorgung am Ort ist hierfür kein

Versorgungsbedarf. Wenn doch einmal ein Patient mit Schnitt- oder Platzwunde den Weg zu mir findet, vorbei an Krankenhausambulanz und überfüllter chirurgischer Fachpraxis, dann versorge ich diese ihm zuliebe und zur handwerklichen Abwechslung. Zum Service gehört ebenso die apparative physikalische Therapie, die gut an das Praxispersonal delegiert werden kann. Infusionsbehandlungen sind möglich, aber ich bin um Vermeidung der Placeboindikation sehr bemüht, um nicht zu sagen ich kämpfe gegen parenterale Placeboübergriffe! Kindervorsorgeuntersuchungen bei unproblematischen Kindern biete ich an; eine angemessene Diagnostik gestörter Entwicklungen scheint mir aber nur bei entsprechender Routine in der Fachpraxis *lege artis* möglich zu sein. Gesundheitsvorsorgen („Check-up“), Krebsvorsorgen bei Männern, OP-Vorbereitungen führe ich uneingeschränkt durch. Die Präsenzpflcht außerhalb der festgelegten Sprechstunden beschränkt sich durch organisierten Notdienst auf Montag-, Dienstag- und Donnerstagnacht. In diesen Zeiten, und wenn die Praxis nicht mit Personal besetzt ist, bin ich über Anrufbeantworter erreichbar, der Nachrichten per Eurosignal an mich meldet, so daß der Patient mit einer gewissen Latenz meine Antwort abwarten muß. Das mag mancher als Zumutung empfinden. Andere würden es als Zumutung empfinden, wenn in einer einstündigen Therapiesitzung das Telefon viermal läutet, weil jemand ein Rezept braucht. Ich habe es in Anbetracht der guten Notfallversorgungsstrukturen in der Region für vertretbar gehalten, die Verantwortung für die erste Zumutung zu wählen. Ich führe Hausbesuche durch: regelmäßig bei alten oder chronisch kranken Patienten, deren Mobilität stark eingeschränkt ist, sowie bedarfsweise bei akut Erkrankten. Ich vermeide die in vielen Praxen üblichen „Erinnerungsbesuche“, die der Bequemlichkeit vieler Patienten mit mangelnder Motivation zur eigenverantwortlichen Sorge um die Gesundheit entgegenkommen und letztlich nicht indiziert sind.

Jetzt wird mancher engagierte Allgemeinarzt sagen: Da bleibt ja gar nichts mehr übrig! Was tut er denn noch für seine Patienten? Sicher trägt diese für eine Allgemeinpraxis relativ rigide Organisation zu einer gewissen Selektion der Klientel bei. Aber es sind nicht die Minderprivilegierten, Kränkeren, Bedürftigeren, die davon Abstand nehmen, mich als Hausarzt zu wählen. Es gibt ausländische Mitbürger mit schlechter Sprachkenntnis ebenso wie Senioren mit geringerer geistiger Beweglichkeit unter meinen Patienten. Die positive Selektion geht sicher auch in Richtung derjenigen Patienten, die sich bei ihrem bisherigen Hausarzt nicht ausreichend mit ihren Sorgen verstanden fühlen, die sich mit Medikamenten abgefertigt wähnen. Wenn kein Hausarztwechsel daraus wird, weil man es sich nicht mit dem altem Hausarzt verderben will, so doch oftmals eine auch den letzteren entlastende Mitbehandlung. Aber ich bin froh, daß ich mich dadurch weniger ärgerlichen Ansprüchlichkeiten und resistenten Versorgungserwartungen anpassen muß.

Während meiner Weiterbildungszeiten in psychotherapeutischen Kliniken war ich zu dem Schluß gekommen, daß „Psychotherapie“ in breiten Schichten der Bevölkerung noch von dem Stigma der verwahrenden Anstaltspsychiatrie betroffen

ist. Um zu vermeiden, daß der durchschnittliche Patient der Allgemeinpraxis abgeschreckt vor meiner Praxistür kehrtmacht, firmiere ich nach außen als Allgemeinarzt ohne Zusatzbezeichnung. Schon der Umstand, daß der Praxisstempel aber wieder die Zusatzbezeichnung nennt, nährt tatsächlich wieder Bedenken einiger Patienten: Was soll der Arbeitgeber von mir denken, wenn ich eine Krankmeldung vom Psychotherapeuten bringe? Schon wieder greift die Selektion.

Der eingangs erwähnte Anspruch auf ganzheitliche medizinische Versorgung ist also sicher ein Ideal, das wir anstreben können, das aber nicht zum Maßstab werden kann. Man kann Ganzheitlichkeit anstreben, indem man dem Patienten die Möglichkeit zur Coloskopie und zur Langzeitelektrokardiographie anbietet oder rein homöopathisch arbeitet. Allen diesen Kollegen will ich nichts absprechen. Ich kann sie inzwischen mit mehr Gleichmut beobachten als vor Jahren unter dem Eifer reformerischer Ideen. Ich weiß auch, daß wir Spezialisten brauchen: Ich brauche sie, arbeite mit ihnen gerne und integrativ zusammen, die Patienten brauchen sie - und ich bin selbst einer geworden.

Psychotherapie

Soviel zur allgemeinärztlichen Struktur meiner Praxis. Ich will hier nicht tiefer auf meine psychotherapeutische Weiter- oder Ausbildung eingehen. Es war einerseits ein Wachsen, eine Entwicklung, wie sie bei jedem schon in der Jugend- und Schulzeit beginnt, mit spezifischen Interessenschwerpunkten und Aktivitäten. Formal war es die Weiterbildung in psychotherapeutischen Kliniken, als *Learning-by-Doing*, und an Institutionen, die ihr psychotherapeutisches Selbstverständnis an psychoanalytischer Entwicklungslehre und Psychopathologie orientieren. Im Sinne der Psychotherapierichtlinien heißt das „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“. Die Verhaltenstherapie kam als Erbe der psychologischen Fakultäten auch in meiner Entwicklung recht spät dazu und über den Umweg Amerika als Element der „humanistischen Psychologie“. In der neueren Entwicklung begrüße ich sehr den Ansatz einer „allgemeinen Psychotherapie“ von K.Grawe (2).

Den der Allgemeinpraxis durch Beschränkung und besagte „Selektion“ abgerungenen Raum fülle ich in folgendem Umfang mit definierter psychotherapeutischer Leistung: wöchentlich 13 festterminierte einstündige Sitzungen sowie zwei bis drei halbstündige Sitzungen je Sprechstundenblock, also insgesamt weitere 10 Std. Das Vorgehen ist hier unterschiedlich: supportiv, rein psychiatrisch, verhaltenstherapeutisch, interventional, systemisch, psychodynamisch. Zusätzlich zu den reinen psychotherapeutischen Methoden setze ich natürlich Psychopharmaka ein, alternativ oder kombiniert, in der Regel Antidepressiva, selten Neuroleptika, fast nie Benzodiazepine.

Die Häufigkeit psychischer Störungen in der Allgemeinpraxis (Forschung)

Die wissenschaftliche Forschung zu Beginn der 80er Jahre zeigte eigentlich, daß mein Bestreben, Psychotherapie in die Allgemeinpraxis zu integrieren, auf realistische Notwendigkeiten stieß. Beispielhaft will ich nur einige mir wichtige Arbeiten nennen: Nach Untersuchungen von Schepank(3) und Weyerer(4) wird der Anteil der behandlungsbedürftigen psychischen Störungen in der Allgemeinpraxis mit 26% bzw. 19.8% gefunden. Weyerer u. Dilling(5) geben den Anteil der Patienten mit psychischen Symptomen (Prävalenz) mit 32% an.

Die Häufigkeit psychischer Störungen in der Modellpraxis

Im repräsentativen Jahr 1993 hatten insgesamt 1520 Patienten Kontakt zur Praxis (einschließlich psychotherapeutischer Assistenzarzt). Von diesen konnten bei 492 (32%) Patienten psychische Störungen nach ICD-10 diagnostiziert werden. 214 (14%) Patienten der Gesamtzahl haben sich gezielt wegen des psychotherapeutischen Angebotes an uns gewandt (sog. primär psychotherapeutische Patienten). Die Differenz von 278 (18%) repräsentiert den bereinigten Anteil der Patienten mit psychischen Störungen in der reinen Allgemeinpraxis und bewegt sich damit in der Größenordnung der genannten wissenschaftlichen Untersuchungen zu den „behandlungsbedürftigen“ psychischen Störungen in der Allgemeinpraxis. Die Behandlung, die diese Patienten erfahren haben, kann und muß natürlich nicht immer in einer kontinuierlichen Folge psychotherapeutisch intendierter Sitzungen bestehen. Sie reicht von einmaliger Krisenintervention oder Exploration ohne Behandlungskonsequenz (z.B. mangels Motivation des Pat.) bis zur Langzeittherapie in Form wöchentlicher Sitzungen.

Diagnosen nach ICD-10

Für das Jahr 1993 habe ich alle Patienten, die wegen psychischer Störungen in meiner Praxis behandelt wurden, statistisch erfaßt und eine Zuordnung nach ICD-10 versucht. Für dieses Jahr gilt, wie generell seit 1991, daß ich zu einem großen Teil der Zeit nicht alleine psychotherapeutisch tätig war: Ich beschäftige jeweils einen angestellten Arzt, der überwiegend bis ausschließlich psychotherapeutisch arbeitet, im Schnitt 25-30 Therapiestunden pro Woche. Die größten Diagnosen-Gruppen waren F4:Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (48,5%) und F3:Affektive Störungen (16,7%), gefolgt von F5:Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (10,9 %), F6:Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (8,6 %), F1:Psychische oder Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (5,9 %) und F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (4,8%). Der Rest von 3,6 % verteilt sich auf die übrigen Kategorien des Kapitel V (F). Entsprechend ICD-10 sind Mehrfachnennungen je Patient möglich. Das ist natürlich eine beachtliche Patientenzahl, die auch mit zwei ganz-

tags tätigen Psychotherapeuten nicht vollständig und umfassend behandelt werden kann. Die Zahl 492 umfaßt alle Patienten, die mit psychischen Störungen mit der Praxis in Kontakt waren: Vorgespräche, Delegationen, Notfälle wie auch mehr oder weniger kontinuierliche Behandlungen. Es wird deutlich, daß meine anfängliche Absicht, Allgemeinpatienten umfassend, also aus meinem Ansatz: „Leib+Seele“ zu behandeln bereits zu einer erheblichen Spezialisierung geführt hat. Natürlich kann ich psychotherapeutische Behandlungen nicht nur aus der statistischen allgemeinmedizinischen Klientel rekrutieren: Ich erhalte auch entsprechend gezielte Zuweisungen von den umliegenden Kollegen und delegiere Behandlungen im Rahmen der Sozialversicherung an drei kooperierende Psychologen: Für uns bedeutet das oft nur Erstgespräch oder Verlängerungsuntersuchung, aber auch immer wieder begleitend somatische, pharmakologische und organisatorische, also integrative Betreuung.

Motivationskonstellationen

So gibt es mehrere unterschiedliche Gründe, aus denen einzelne Patienten in meine Praxis kommen:

1. Zuerst diejenigen, die einen „normalen Hausarzt“ suchen und keine psychische Störung aufweisen: Sie profitieren von den geringen Wartezeiten durch das Bestellsystem, meiner Bereitschaft, zuzuhören und auch komplexe Krankheitsschicksale strukturierend zu begleiten. Sie „leiden“ ggfs. unter meiner eingeschränkten Verfügbarkeit.
2. Aus dieser Gruppe leitet sich die 2. Gruppe ab: Patienten, die im Rahmen der hausärztlichen Bindung psychotherapiewürdige Symptome präsentieren. Hier treffen sich Motivation von Arzt und Patient am ehesten. Jedoch hat sich manchmal schon bewährt, daß ich die psychotherapeutische Behandlung nicht selbst übernehmen, sondern delegiere und die hausärztliche Betreuung vor Übertragungsproblemen aus der Psychotherapie schütze.
3. Dann die psychisch bedürftigen Patienten, die einen Hausarzt suchen, der auch mit ihren seelischen Problemen umgehen kann, die von dem bisherigen Arzt enttäuscht wurden und von meiner Spezialisierung gehört haben. Nicht immer entwickelt sich eine formale Psychotherapie, oft bleiben sie auch danach noch hausärztlich verbunden.
4. Schließlich die Patienten, die gezielt zur Psychotherapie überwiesen werden. Sie behalten in der Regel den bisherigen Hausarzt bei. Es ist für mich nicht immer leicht, mich ganz auf die Psychotherapie zu beschränken und die „Körpermedizin“ außen vor zu lassen. Am besten geht das noch bei rein psychischen Krankheitsbildern. Unter diese Gruppe fallen wohl auch noch Patienten, die mir zur Psychotherapiedelegation zugewiesen wurden, und die ich meist nur einmal zum Indikationsgespräch sehe. Zum Teil ergibt sich die Notwendigkeit einer niederfrequenten begleitenden Behandlung, z.B. zur Psychopharmakotherapie.

Diese vier Gruppen kennzeichnen Eckpunkte auf dem Überschneidungskontinuum mit den Eckpunkten reine Allgemeinmedizin und reine Psychotherapie im idealen Sinne, die es natürlich in dieser Form praktisch nicht gibt.

Konfliktquellen

Auf der Patientenseite können diese Pole mit folgenden Attributen versehen werden: Allgemeinmedizin kommt mit ihrem Versorgungsangebot eher passiver Erwartungshaltung entgegen, Psychotherapie fordert und strebt nach Bereitschaft zur Entwicklung bzw. Veränderung.

Für mich bedeutet das die Notwendigkeit einer ständigen Reflexion meiner Behandlungsabsicht mit dem Risiko von Konflikten und der Chance zur kreativen Überwindung derselben. In die Falle gegangen bin ich einmal bei einer reinen Psychotherapiepatientin mit noch nicht bearbeiteter Übertragung, die wegen fieberhafter Sinusitis einen Hausbesuch anforderte. Sie hatte nicht mit einem Psychotherapeuten gerechnet, der nicht auf ihre somatische Regression gefaßt war. Ich konnte das Problem in der Supervision klären, aber wahrscheinlich nicht vollständig mit der Patientin lösen, die mir von da ab in Enttäuschung blockiert schien und schließlich die Behandlung abbrach, wenn auch nach deutlichem Entwicklungsfortschritt. Analytisch gesehen hatte sie omnipotente Erwartungen an den in der realen Biographie vernichtend erlebten, enttäuschenden Vater auf mich übertragen, der ich sie mit meinem eigenen omnipotenten Anspruch gleichsam herausgefordert habe. Die therapeutische Beziehung war damit nicht mehr zu retten. Natürlich ist das eine Situation, wie sie auch den ausschließlichen Psychotherapeuten treffen kann, nur eben auf der rein psychischen Ebene, und die Chancen und Risiken zum Therapieerfolg sind vergleichbar.

Chancen

Nicht immer aber muß es Probleme aus dieser Kombination geben. Ich sehe folgende Vorteile meiner Fächerkombination, insbesondere gegenüber der rein psychotherapeutischen Tätigkeit: Durch den Kontakt mit nicht primär psychisch gestörten Patienten relativiert sich die psychopathologische Beurteilung und die Unterscheidung zum „Normalen“. Es wird „Übertherapeutisierung“ vermieden, und die Indikationsstellung zu den unterschiedlichen psychotherapeutischen Interventionen wird strenger.

Ich lerne immer mehr, das mir kulturell-genetisch eingepflanzte kartesische Paradigma der Trennung von Leib und Seele zu überwinden. Ich erlebe immer klarer, daß der Körper die sichtbare Seele ist, und wir nur auf verschiedenen theoretischen Ebenen über das Gleiche kommunizieren.

Was haben die Patienten davon? Für die Gruppen 1. und 2. verkürzt sich auf jeden Fall der Weg zur psychotherapeutischen Intervention. Manche Schwellen müssen nicht mehr überwunden werden, Vorlaufzeiten fallen weg. Wir hören immer wieder als Argument für eine bessere psychotherapeutische Versorgung, daß der durchschnittliche Psychotherapiepatient sechs Jahre brauche, bis er schließlich seine angemessene Therapie bekommt. Es ist aber sicher ein Analogieschluß zu folgern, daß er diese sechs Jahre einsparen könnte, wenn er gleich beim psychotherapeutisch versierten Arzt der Grundversorgung ankäme. Denn: Der Patient braucht eben Zeit, um

zu begreifen, daß nicht der Herzinfarkt droht oder ein Tumor im Kopf sein muß. Wenn ich dem Patienten mit typischer Panikstörung oder Hypochondrie eine Psychotherapie anempfehle, dann wird er erst mal zum Kardiologen und zum Radiologen gehen und dann vielleicht nach zwei Jahren erneut Kontakt aufnehmen. Außerdem habe ich gelernt, daß nicht jede psychogene Störung zwingend mit Mitteln der Psychotherapie behandelbar ist. Der Wert und Effekt somatomedizinischer „schamanistischer“ Rituale (Abhören, Blutdruckmessen, Spritzen etc.) müssen erkannt und genutzt werden. Ich meine, der Placeboeffekt ist doch auch ein Effekt.

Eine Patientin mit eindeutiger, typischer Panikstörung mit hypochondrischer Verarbeitung hat in meiner Praxis nach zweijährigem Verlauf im Rahmen einer (erneuten) Schilddrüsendiagnostik ein Schilddrüsenkarzinom entwickelt. Dies war freilich nicht ursächlich für die Symptomatik, aber sicher gemeinsam mit dieser Folge schwerer lebensgeschichtlicher Traumatisierungen.

Eine Spezialität habe ich in einigen Fällen gewissermaßen als seltene Frucht meiner holistischen Bemühungen gefunden: Ich nenne sie „Psychotherapien, die keine sein sollen“. Zum Beispiel eine langjährige Patientin mit anfänglicher Trigemineuralgie, die nach psychosomatischer Klinik und formaler systemisch-kognitiver Therapie nichts mehr von „Psycho“ hören wollte: Sie kommt alle sechs Wochen „für eine halbe Stunde, in der sich jedesmal höchst intensive psychodynamische Erhellungen“ ereignen, begleitet von einer kontinuierlichen differenzierenden psychischen Entwicklung.

Risiken

Durch meinen psychosomatischen Ansatz arbeite ich mehr, als der spezialisierte Psychotherapeut es tun muß, mit eher unmotivierten Patienten, und gehen mit einem zu hohen Anspruch heran, um Motivation herzustellen, Widerstände zu überwinden. Dadurch blockiere ich meine Kapazitäten mit Zeit- und Kraftinvestition ohne angemessenen Effekt. Es kommt manchmal zum Clinch mit dem Patienten: Ich wolle ihm was einreden, glaube ihm seine Beschwerden nicht. Die Gefahr der Balintschen (1) apostolischen Funktionen ist hier noch größer als beim reinen Allgemeinarzt. Zunehmende Sensibilisierung für Zusammenhänge der Phänomene mit inneren Dimensionen, z.B. Psychodynamik, machen es schwerer, in Notfallsituationen schnell und richtig zu reagieren. In solchen Situationen ist eine ganzheitliche Annäherung schädlich. Hier ist die Fokussierung auf körperliche Vorgänge gefragt. Damit können Notfall- und Bereitschaftsdienste zur großen Belastung werden. Einerseits besteht die Gefahr, daß somatische Symptome überinterpretiert werden, zum Beispiel beim Patienten mit bekannter Somatisierungsstörung, der eben wie im Beispiel eine organische Erkrankung entwickelt. Andererseits birgt eine allgemeinmedizinisch lege artis durchgeführte Differentialdiagnostik beim funktionell Gestörten die Gefahr des somatischen Entgegenkommens und Bestätigung der hypochondrischen Befürchtungen. Für den Analytiker mag

eine pragmatischere psychotherapeutische Haltung den Blick für kompliziertere neurotische Mechanismen verstellen. So kann es manchmal gerade therapeutisch sinnvoll sein bei Patienten, die zwischen Seele und Körper spalten müssen, Allgemeinmedizin und Psychotherapie personell zu trennen, wobei es dann Aufgabe der Behandler ist, stellvertretend und auf dem Weg zur Heilung die Integration der gespaltenen Anteile des Patienten zu übernehmen.

Ich neige zeitweilig dazu, Verantwortungen und Entscheidungen zur Diagnostik und Therapie nach gehöriger Information dem Patienten zu überlassen oder ihn zumindest am Entscheidungsprozeß teilhaben zu lassen. Dabei überfordere ich jenen aber, der zu mir mit klarer Erwartung an einen „Fachmann“ kommt, also selbst delegieren will. Schon mancher Patient aus der Gruppe 1. hat daher von einer weiteren Konsultation abgesehen.

Wirtschaftlichkeit

Für den deutschen Kassenarzt ist dieses Thema ein Reizwort. Bedeutet es doch stets drohende Regresse und Kürzungen des Honorars. Als Allgemeinarzt wird die Wirtschaftlichkeit meiner Behandlungsweise an dem Durchschnitt der Fachgruppe gemessen. Es leuchtet ein, daß unter diesen Bedingungen mein Ansatz wegen überdurchschnittlicher „Psycho-Leistungen“ dem Verdacht der Unwirtschaftlichkeit nicht entkommen kann. Rigide Funktionäre haben den Streit darüber wiederholt bis zum Verwaltungsgericht getrieben, bis zuletzt unter Außerachtlassung meiner dezidierten und aufwendig erarbeiteten Argumente und dann noch schnell klein beigegeben. Zu solchen Frustrationen kommt noch die Erkenntnis, daß bereits die vorgesehenen Honorare für Psychotherapeuten natürlich nicht den Betrieb einer Allgemeinpraxis mit entsprechendem Personal, Räumlichkeiten usw. decken können. Je mehr Psychotherapie den allgemeinmedizinischen Raum beansprucht, desto geringer mein Erlös. Angesichts der großen Nachfrage und des objektiven Bedarfs an psychotherapeutischen Leistungen wirkt sich das psychisch wie materiell ausgesprochen kontraproduktiv aus: Ich arbeite zu viel und verdiene zu wenig. Aber mit diesem Gefühl stehe ich sicher nicht alleine.

Konsequenzen und Aussichten

Wohin führen mich diese Erfahrungen? Vielleicht ist es in manchen selbstkritischen Äußerungen schon deutlich geworden: Ich werde meinen vom überhöhten Selbst-Ideal geprägten Anspruch weiter reduzieren, mich wohl auch spezialisieren und kooperieren. Die Integration von Psychotherapie in die medizinische Grundversorgung kann man nicht auf dem ideologischen Hintergrund des allseits präsenten und umfassend gebildeten Allgemeinarztes in Personalunion vollziehen. Verluste an Qualität und Substanz sowie Überlastungen sind so nicht zu vermeiden. Mir schwebt ein institutionell-kooperativer Rahmen mit Möglichkeit zur entlastenden Auftrennung (Analyse) und Kooperation (Synthese) vor. Also wieder so

ein hohes Ideal! - Vielleicht ist eine Praxisgemeinschaft ein Schritt in diese Richtung.

Wir hören alle: Es ist kein Geld da bei den Krankenkassen. Dennoch machen immer noch die Fachgruppen mit Apparaten nicht nur die größten Umsätze, sondern auch die größten Gewinne. Materielles Kapital wird höher bewertet (weil meßbar) als geistiges. Hier müssen wir weiter Umverteilung fordern. Die Vergütung für Psychotherapie darf auch nicht bei der „Arztzeit pro Patient“ stehenbleiben. Auch Synthesleistungen müssen berücksichtigt werden: Kooperation, Besprechungen, Supervision und so weiter. Der neue EBM (=Gebührenordnungsgrundlage) klingt da vielversprechend. Zu hoffen bleibt, daß er wirklich eine Umverteilung zu unseren Gunsten bewirkt.

Literatur

- 1) Balint M (1964) Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett-Cotta, Stuttgart
- 2) Grawe K (1995) Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut (1995) 40:130-145
- 3) Schepank H, Hilpert H, Hoenmann H, Janta B, Parekh H, Riedel P, Schiessl N, Stork H, Tress W, Weinhold-Metzner M (1984) Das Mannheimer Kohorten- Projekt. Z. Psychosom.Medizin u. Psychoanalyse 30:43-61
- 4) Weyerer S (1985) Die Bedeutung des Hausarztes im Rahmen der psychiatrisch-epidemiologischen Forschung. Z. Allgemeinmedizin 61 (1985) Nr.28:1019-1024
- 5) Weyerer S und Dilling H (1983) Eine psychiatrische epidemiologische Untersuchung im Landkreis Traunstein. Fortschritte der Medizin 101 (1983) Nr. 15:670-675

Dr.med. Andreas Eisen

Praxis für Allgemeinmedizin und
Psychotherapeutische Medizin
Schwabenstr.25 • 63906 Erlenbach a.M.
Tel. 09372/72395