



Fakultät Gesundheit und Medizin

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit

Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Medizin

Bedarfserhebung, Akzeptanz-, Kosten-Nutzen-Analyse

Endbericht

Projektleitung

Leitner Anton

Wissenschaftliche Kooperation

Pfeiffer Karl P.

Team

Fazekas Christian

Koschier Alexandra

Nindl Sigrid

Der Mensch werde wie das Tier durch seine Organe belehrt, er habe aber darüber hinaus die Fähigkeit, seine Organe wieder zu belehren.“ (Goethe an Eckermann 1832)

„Nicht dem Körper weniger, sondern der Seele mehr Aufmerksamkeit schenken“

(Weiss & English 1943)

Impressum

Anton Leitner¹, Karl P. Pfeiffer², Sigrid Nindl³, Christian Fazekas⁴, Koschier Alexandra¹

ISBN 978-3-200-03096-1

© 2013 Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit
Donau-Universität Krems, www.donau-uni.ac.at/psymed

¹ Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit

² Fachhochschule Joanneum Graz

³ 3s Unternehmensberatung GmbH Wien

⁴ Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie der Medizinischen Universität Graz

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
1. Einleitung	9
1.1 Kurzdefinition Psychosomatik	9
2. Arbeitsmarktanalyse	11
2.1. Einleitung	11
2.2. Strukturelle Beschreibung des Arbeitsmarktes im Gesundheitssektor	11
2.3 Beschäftigungsentwicklung.....	12
2.4. FachärztInnen und Zusatzfächer	14
2.4.1 FachärztInnen nach Fächern.....	14
2.4.2 Zusatzfächer (Additivfächer).....	15
2.5. Arbeitsmarkt im Bereich Psychosomatische Medizin	16
2.6. Resümee.....	20
3. Bedarfsanalyse	21
3.1 Einleitung.....	21
3.2 Inanspruchnahme in Österreich.....	22
3.2.1 Gesundheitspolitische Verantwortung der Medizin	23
3.2.2 Haupt- und Zusatzdiagnosen	24
3.3 ExpertInnengespräche	27
3.4 Aktuelle Trends und Entwicklungen im Bereich der Psychosozialen Medizin, Psychosomatischen Medizin bzw. Psychotherapeutischen Medizin	27
3.5 Bewertung des Vorhabens der Einführung einer ZusatzfachärztInnenausbildung für Psychosomatische Medizin	31
3.6 Inhaltliche, gesetzliche und organisatorische Rahmenbedin-gungen für die Einführung der ZusatzfachärztInnen-ausbildung.....	32
3.6.1 Inhaltliche Rahmenbedingungen	32
3.6.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen	35
3.6.3 Organisatorische Rahmenbedingungen	36
3.6.4 Länder mit Vorbildwirkung	37
3.7 Defizite durch das fehlende Zusatzfach	38
3.8 Bedarf und Indikation für eine psychosomatische Konsiliar/ Liaison-Versorgung	39
3.9 Bedarfseinschätzung für Österreich bzw. die eigene Institution.....	39
3.10 Beschäftigungsmöglichkeiten für AbsolventInnen der ZusatzfachärztInnen- ausbildung	42
3.11 Erwartete Vorteile / Nachteile durch die Einführung der Ausbildung.....	43
3.12 Mögliche Finanzierungsmodelle der durch die ÄrztInnen mit dieser Zusatzfach- ausbildung erbrachten Leistungen im ambulanten und stationären Bereich	44
3.13 Resümee	46
4. Akzeptanz- und Kohärenzanalyse	47
4.1 Einleitung	47
4.2 Definition der Zielgruppe.....	47
4.3 Bisheriges Ausbildungsangebot in Österreich	47
4.3.1 Inhaltliche Beschreibung.....	48
4.3.2 Entwicklung der PSY-Diplomweiterbildungen.....	50
4.4 Screening von vergleichbaren Ausbildungen in Europa	53
4.5 Schätzung des InteressentInnenpotenzials	56
4.6 Erster Entwurf für ein Curriculum des Zusatzfaches Psychosomatische Medizin ...	57
4.7. Detaillierte Empfehlungen zur praktischen Umsetzung der Zusatzfach- ärztInnenausbildung für Psychosomatische Medizin in Österreich	58
4.7.1 Einleitung.....	58
4.7.2 Ausbildungsdauer, Ausbildungsinhalte.....	59
4.7.3 Übergangsbestimmungen in Bezug auf den Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychosomatische Medizin	61
4.7.4 Voraussetzungen für Anerkennung als Ausbildungsstätte	61

4.7.5	Beantragung	61
4.7.6	Verbundlösung	61
4.7.7	Übergangsregelung in Bezug auf Anerkennung als Ausbildungsstätte für Psychosomatische Medizin	62
4.8	Resümee.....	62
5	Kosten-Nutzen-Analyse für die psychosomatische Versorgung in Österreich im stationären und niederge-lassenen Bereich.....	63
5.1	Einleitung	63
5.1.1	Begriffsdefinition	63
5.1.1.1	MeSH Definition: Psychosomatic Medicine	63
5.1.1.2	Definition Psychophysiologic Disorders: MeSH ID: D011602	64
5.2	Finanzierung und Definition von psychosomatischen Leistungen in Österreich	65
5.2.1	MEL32.01 (neu)	66
5.2.2	MEL32.02 (neu)	66
5.3	Finanzierung psychosomatischer Leistungen in der Schweiz	67
5.4	Direkte medizinische Kosten.....	67
5.5	Indirekte medizinische Kosten	68
5.6	Indirekte (nicht-medizinische) Kosten	68
5.7	Direkter und indirekter Nutzen	68
5.8	Beispiele für den Nutzen von psychosomatischen Therapien	69
5.9	Epidemiologische Betrachtung – Epidemiologie von medizinisch unerklärten Symptomen	71
5.10	Epidemiologische Aspekte und Kosten	72
5.11	Resümee	73
6.	Vorschlag für die Verrechnungsmodalitäten für Leistungen des Zusatzfacharztes Psychosomatische Medizin.....	75
	Literaturverzeichnis	79
	Tabellenverzeichnis	83
	Abbildungsverzeichnis	83
	Anhang 1: Methodik der Erhebungen	84
	Anhang 2: Behandlungsdokumentationen 1. Teil.....	87
	Anhang 3: Behandlungsdokumentationen 2. Teil.....	89
	Anhang 4: Behandlungsdokumentationen 3. Teil.....	101
	Anhang 5: PSY Leistungen in Österreich (Stand 1/2012).....	109

Zusammenfassung

Diese Studie ist das Ergebnis einer Arbeitsgruppe aus der Subkommission „Psychosomatik“ des Obersten Sanitätsrates im Bundesministerium für Gesundheit (Funktionsperioden 2008 bis 2010 und ab 2011). Der Vorsitzende der Arbeitsgruppe, Anton Leitner, wurde im Mai 2009 und erneut im Mai 2010 beauftragt, „eine Strukturierung der Psychosomatik für alle klinischen Fächer der Medizin vorzubereiten“. Bereits in der Subkommission 2008 und 2009 kristallisierte sich nach langen Diskussionen und gründlicher Abwägung unterschiedlichster Möglichkeiten und Vergleiche mit internationalen Ärzteausbildungen mehrheitlich heraus, dass die „Strukturierung“ in Form einer Additiv/Zusatzfacharzt Ausbildung für Psychosomatische Medizin münden soll.

Die Studie wurde zu 85 % vom Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit der Donau-Universität Krems und zu 15 % von der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin (ÖGPPM) finanziert.

Die **Arbeitsmarktanalyse** widmet sich den Beschäftigungsmöglichkeiten für ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und FachärztInnen aller klinischen Sonderfächer mit dem Zusatzfach für Psychosomatische Medizin. Diese Beschäftigungsmöglichkeiten werden anhand von makroökonomischen Daten und allgemeinen arbeitsmarktrelevanten Entwicklungen beschrieben.

Der Gesundheitssektor hat sich in Österreich zu einem wichtigen Wirtschaftsfaktor entwickelt. Im Jahr 2008 betrug die österreichische Wirtschaftsleistung insgesamt 281,9 Mrd. EUR, wovon 29,5 Mrd. EUR auf Gesundheitsausgaben entfielen. Zwischen 1990 und 2008 haben sich die öffentlichen Ausgaben im Gesundheitssektor beinahe verdreifacht. Durchschnittlich sind die Gesundheitsausgaben im Zeitraum 1990 bis 2008 jährlich um 5,5 % gestiegen. Im europäischen Vergleich schneidet das österreichische Gesundheitssystem nicht zuletzt aufgrund der überdurchschnittlich hohen Ausgaben im Verhältnis zum BIP gut ab, beispielsweise reichte der Euro Health Consumer Index (EHCI) 2009 das österreichische Gesundheitssystem auf Platz vier von insgesamt 33 Ländern. Die weltweite Wirtschaftskrise zeigte auf den Gesundheitsbereich in Österreich verhältnismäßig geringe Auswirkungen, da sich die Beschäftigung in den meisten Gesundheitsberufen im Beobachtungszeitraum von 2005 bis 2009 positiv entwickelte.

Insgesamt nahm die Beschäftigung in allen relevanten Wirtschaftsklassen um rund 10 % zu. Die Gesamtanzahl der berufsausübenden ÄrztInnen in Österreich ist innerhalb der letzten drei Jahre stetig gestiegen und weist einen Gesamtzuwachs von 4 % im Zeitraum von 2007 bis 2009 auf. Den größten Zuwachs hat die Anzahl der ÄrztInnen in Ausbildung mit einem Plus von 7 % zu verzeichnen, die Anzahl der FachärztInnen stieg um 4 %.

Von der Ärztekammer wird ein zunehmender Bedarf an SpitalsärztInnen prognostiziert, da die PatientInnenfrequenzen in den Ambulanzen enorm angestiegen sind und in den kommenden Jahren vielfache Pensionierungen anstehen. Die Entwicklungen am Arbeitsmarkt sind für ÄrztInnen aber auch in Zusammenhang mit den Veränderungen der Medizin und ihrer Technologie, dem Gesundheitswesen und dem gesellschaftlichen Wandel zu sehen. Die steigende Überalterung der Bevölkerung sowie die Zunahme von Zivilisationskrankheiten und psychosomatischen Beschwerden lassen auf einen in Zukunft erhöhten Bedarf an entsprechend qualifizierten FachärztInnen und AllgemeinmedizinerInnen schließen. Nicht zuletzt aufgrund von krankheitsbedingten Fehlzeiten und vorzeitigem Berufsausstieg entstehen durch die Nichtbehandlung Folgekosten in der Höhe von 3 bis 4 % des BIP.

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2012 legt in seinen Zielvorstellungen und Planungsgrundsätzen im Bereich der psychosomatischen Versorgung fest, dass Psychiatrie, Akutgeriatrie und / oder Remobilisation, Palliativmedizin sowie Psychosomatik dezentral in Krankenanstalten auf- bzw. ausgebaut werden sollen. Für den Bereich

„Psychosomatik Erwachsene“ wird eine „Mindestgröße Department für PSO-E: 12 Betten, für „Psychosomatik Säuglinge, Kinder und Jugendliche“ eine „Mindestgröße Department für PSO: 12 Betten, PSO Schwerpunkt 6 Betten“ definiert.

Die im Rahmen der **Bedarfsanalyse** befragten ExpertInnen stellten hinsichtlich relevanter Entwicklungen im Bereich der Psychosozialen, Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin einhellig fest, dass sich die somatische und die psychosoziale Medizin immer weiter auseinanderentwickeln und die Kosten für unser Gesundheitssystem dadurch extrem ansteigen würden. Während die Technisierung und Diagnostikmaßnahmen der Medizin weiter zunehmen, gäbe es immer weniger Zeit für das PatientInnengespräch und sehr beschränkte Möglichkeiten einer Honorierung durch die Krankenkassen. Das steht allerdings im Kontrast zu der Zunahme von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen und einer steigenden Anzahl von Menschen, die auf der Suche nach psychosomatischer Unterstützung sind. Diese Suche führt wiederum zu einem steigenden Angebot an mitunter zweifelhaften und manches Mal sogar gesundheitsschädigenden Therapieangeboten, insbesondere dann, wenn Methoden der Diagnostik und Intervention nicht im wissenschaftlichen Sinne indiziert sind.

Aus einer bio-psycho-sozialen Sicht ist der Mensch in seiner Komplexität, Vielschichtigkeit, in seinem Facettenreichtum als Körper-Seele-Geist-Subjekt wahrzunehmen. Eine Therapie greift zu kurz, wenn „nur“ am Körper oder „nur“ an der Seele „behandelt wird“. Der Patient, die Patientin ist als Mensch in der Gesamtheit - vor dem Hintergrund der jeweiligen Geschichte und dem Sehnen nach Zukünftigem sowie der sozialen und ökologischen und kulturellen Einbettung - in Diagnostik und Therapie zu erfassen.

Laut ExpertInnenmeinung sind die ÖÄK-Diplome Psychosoziale (Psy1), Psychosomatische (Psy2) und Psychotherapeutische Medizin (Psy3) als psychosomatische Grundkompetenz ein guter Ausgangspunkt, die mit ausreichender klinischer Erfahrung auf einer psychosomatischen oder Fachabteilungen (mit Psychosomatik-Lehrpersonal) gekoppelt und durch Praktika in niedergelassenen Lehrpraxen ergänzt werden sollten. Das Zusatzfach Psychosomatische Medizin sollte wie jedes andere Zusatzfach im österreichischen Ärzterecht implementiert sein, zudem wären geeignete Ausbildungsstätten mit LehrtherapeutInnen zu schaffen bzw. zu akkreditieren. Dies gilt auch für Lehrpraxen im niedergelassenen Bereich. Dadurch soll auch die Verwirklichung einer besseren Versorgung der PatientInnen mit Psychosomatischer Medizin als auch eine wissenschaftliche Einbindung des niedergelassenen Bereichs erreicht werden. Die Psychosomatische Medizin ist als gleichberechtigte Disziplin zu etablieren und dementsprechend zu honorieren. Wegen der weitreichenden bio-psycho-sozialen Wechselwirkungen bei psychosomatischen Gesundheitsstörungen und der dabei notwendigen Mehrperspektivität in der Befunderhebung, Diagnosestellung und Therapie, ist es erforderlich, auch AllgemeinmedizinerInnen in die Zusatzausbildung einzubinden, um eine ausreichende psychosomatische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Dadurch könnten somatische und chronische Störungen und daraus resultierende Langzeiterkrankungen mit Verlust der Arbeitsfähigkeit verhindert bzw. deutlich reduziert werden, was von immenssem volkswirtschaftlichen und gesundheitsökonomischen Interesse ist.

Das Fehlen einer innerhalb des Gesundheitsberufes Medizin anerkannten „Fachrichtung“ Psychosomatische Medizin, die ebenso wie andere medizinische Leistungen kostenfrei bzw. kostengünstig den betroffenen Menschen zur Verfügung steht, führt zu Defiziten, die wiederum zu teurem „Doktorshopping“ oder einer „Drehtürmedizin“ führt, weil Symptome von PatientInnen durch die herkömmliche Medizin nicht ausreichend abgeklärt worden sind, wenn z. B. den psychosozialen Hintergründen keine oder keine ausreichende Aufmerksamkeit geschenkt wird (siehe Anhang 2, S. 86 ff und Anhang 3, S. 86ff). Ein Mangel an Fachkräften wird sowohl im FachärztInnen- als auch im Allgemeinmedizinbereich konstatiert, das führe zu einer höchst mangelhaften psychosomatischen Versorgung der Menschen in unserem Land, speziell auch bei Kindern und Jugendlichen. Laut ExpertInnenaussagen benötigen durchschnittlich 20 bis 40 % aller Menschen psychosomatische bzw. psychotherapeutische Betreuung, wobei die Zahl der

Hilfesuchenden steigt. Die Einsatzmöglichkeiten für MedizinerInnen mit dem Zusatzfach Psychosomatische Medizin sind vielfältig und reichen von Krankenhäusern über Ambulatorien und Rehabilitationszentren bis zu Spezialkliniken und Praxen von FachärztInnen und AllgemeinmedizinerInnen.

Grundsätzlich wäre es wünschenswert, dass dem Bedarf entsprechend ÄrztInnen eine Psychosomatische Medizin - Zusatzfachausbildung absolvieren und ihre erworbenen Kenntnisse im jeweiligen eigenen klinischen Fachbereich der Medizin umsetzen würden.

Die zu erwartenden Vorteile nach Einführung des Zusatzfaches reichen von kürzeren Behandlungszeiten und Krankheitsverläufen über Kosteneinsparungen und einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung bis hin zu einer höheren Zufriedenheit von PatientInnen und ÄrztInnen, die eine positive Lebensstiländerung einleiten kann. Eine entsprechende Lebensstiländerung zielt darauf ab, dass Menschen länger gesund und damit arbeitsfähig bleiben. Dadurch könnten krankheitsbedingte Frühpensionierungen reduziert werden. PatientInnen hätten den Vorteil in ganz Österreich qualitätsgesicherte diagnostische Abklärung und qualitätsgesicherte Behandlungsangebote im Bereich Psychosomatischer Medizin vorzufinden. ÄrztInnen mit diesem Zusatzfachbereich würden einer kontinuierlichen Weiterbildungsverpflichtung unterliegen, sodass ein qualitätsgesichertes medizinisches Behandlungsangebot auch langfristig klar und deutlich der Palette an nicht wissenschaftlich gesicherten Zugängen zur „Psychosomatik“ im alternativmedizinischen Bereich gegenüberstünde. Die Etablierung einer psychosomatischen Forschung und eine Bewusstheit, dass jede Zuschreibung einer Monokausalität bei Behandlung von Störungen und Krankheiten zu kurz greift, wären weitere zu erwartende positive Folgen. Die Finanzierung der Leistungen im stationären bzw. ambulanten Bereich soll über aktuelle Leistungsmodelle in Krankenhäusern und niedergelassenen ÄrztInnenpraxen erfolgen, die zuvor aber evaluiert und adaptiert werden müssten.

In der **Akzeptanz-** und **Kohärenzanalyse** wird auf die Zielgruppen der von der Arbeitsgruppe Psychosomatik des OSR empfohlene Zusatzfachausbildung in Psychosomatischer Medizin und das bestehende Weiterbildungsangebot eingegangen. Weiters werden vergleichbare Ausbildungen im europäischen Raum dargestellt. Die vorgeschlagene Ausbildung richtet sich an AllgemeinmedizinerInnen oder in Ausbildung dazu sowie an FachärztInnen von klinischen Fächern oder in Ausbildung dazu stehenden MedizinerInnen. Auch könnten ÄrztInnen mit bereits absolviertem ÖÄK-Diplom PSY3 oder mit einer Psychotherapieausbildung durch entsprechende Anrechnungen (Übergangsregelung) den Zusatzfacharzt erwerben.

Die in Österreich 1989 eingeführten PSY-Diplome sind die postpromotionelle Fort- und Weiterbildungsmöglichkeit für ÄrztInnen aller klinischen Fachrichtungen im Bereich der Psychosozialen, Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin. Die ÖÄK-Diplome PSY1 bis PSY3 sollen zukünftig weiterhin für den Erwerb der psychosomatischen Grundkompetenz dienen bzw. stellen eine bereits bewährte Grundlage für die Zusatzfachausbildung in Psychosomatischer Medizin dar. Bis zum Jahr 2012 wurden in Österreich 1.274 PSY3-Diplome erworben. Die Nachfrage nach einer psychosomatischen Weiterbildung stieg in den letzten Jahren stark an, das zeigt der Zuwachs von rund 33 % an PSY3-Diplom-InhaberInnen im Zeitraum von 2000 bis 2012 in ganz Österreich.

Da die Aus- und Weiterbildung von ÄrztInnen auf dem Gebiet der Psychosomatik in Europa nicht einheitlich geregelt ist, kann auch kein konsistenter europaweiter Vergleich angestellt werden. In einigen europäischen Ländern wird Psychosomatik und Psychotherapie nicht als eigenständige Facharztrichtung gesehen, sondern als Teil der ärztlichen Ausbildung geführt. Andere Länder integrieren Fächer der Psychosomatischen Medizin in das allgemeine Ausbildungscurriculum des Medizinstudiums. In Deutschland und Lettland gibt es jedoch eine eigene FachärztInnenausbildung für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin. In Deutschland existiert die fachärztliche Gebietsbezeichnung „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ seit dem Jahr 2003 mit einer Ausbildungsdauer von 60 Monaten.

Bei Einrichtung einer Zusatzfachausbildung für Psychosomatische Medizin würde das Interesse daran deutlich über jenem für die ÖAK-Diplomweiterbildungen liegen. Die Etablierung würde aus Sicht der AutorInnen dieser Studie die Bedeutung des Fachgebietes Psychosomatische Medizin innerhalb der Ärzteschaft unterstreichen, was in der Folge die Dimensionen der Behandlung von PatientInnen erweitern würde. Durch den immer größer und differenzierter werdenden Kenntnisstand der Menschen / PatientInnen in medizinisch-psychosomatischen Fragen erscheint auch für diesen Bereich eine der ärztlichen Ausbildungstradition (Fach-, Zusatzfach) verbundene qualitätssichernde Aufwertung sinnvoll und würde – so ist für die Zukunft zu erwarten – mehr Effizienz für das Gesundheitswesen in Österreich bringen, wie die **Kosten-Nutzen-Analyse** in dieser Studie zeigt.

Danke

Danke für die Mitarbeit an diesem Bericht bzw. für die konstruktiven und kritischen Anregungen den TeilnehmerInnen der Subkommission und der Arbeitsgruppe (2008 bis 2011) des Obersten Sanitätsrates des Bundesministeriums für Gesundheit: Frau MR Dr. Magdalena Arrouas (BMG), Frau Dr. Waltraud Bednar (GÖG), Herrn Dr. Hans Peter Edlhaimb, MSc (ÖBG), Frau Dr. Christina Gollner (Psychologie, Psychotherapie), Herrn Prim. Univ. Prof. Dr. Gerhard Haring (ÖGPP), Herrn Univ. Prof. Dr. Karl Harnoncourt (IUF-Beirat), Herrn Hon. Prof. Dr. Michael Kierein (BMG), Frau Präsidentin Mag. Ulla Konrad (BÖP), Frau Univ. Prof. Dr. Gabriela Moser (Universitätsklinik Wien, Interne Medizin IV), Herrn Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek (ÖGPP), Herrn Prim. Univ. Prof. Dr. Marius Nickel (Klinik Bad Aussee, Medizinische Universität Graz), Herrn Univ. Prof. Dr. Walter Pieringer (Univ. Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Graz), Herrn Prim. Prof. DDr. Dipl. Psych. Andreas Rimmel (Psychosomatisches Zentrum Waldviertel Eggenburg), Herrn Dr. Joachim Strauß (PPP Referent der ÖÄK)

und den VertreterInnen der Fachgesellschaften für Psychosomatik: Herrn Dr. Dr. Gerhard Kreyer (Zahnheilkunde), Frau Univ.-Prof. Dr. Dr. Barbara Maier (Gynäkologie und Geburtshilfe), Herrn Prim. Dr. Wilfried Leeb (Österreichische Balintgesellschaft), Frau Dr. Evelyn Kunschitz (Innere Medizin), Herrn Dr. Bernhard Panhofer (Allgemeinmedizin), Herrn Univ.-Prof. Dr. Peter Scheer (Kinder- und Jugendpsychiatrie), Frau Univ.-Prof. Dr. Beatrix Volc-Platzer (Dermatologie)

sowie Herrn Univ.-Prof. Dr. Thomas Loew (Vorstand der Universitätsklinik Regensburg, Abteilung Psychosomatik), Herrn Dr. Herbert Mentzel (Vorsitzender des Berufsverbandes für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Berlin), Frau Univ.-Prof. Dr. Karin Tritt (Universitätsklinik Regensburg, Abteilung Psychosomatik), Herrn Univ. Prof. Dr. Wolfgang Senf (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Duisburg-Essen) und Herrn Univ. Prof. Dr. Wolfgang Schüßler (Universitätsklinik für Medizinische Psychologie, Innsbruck).

Für die finanzielle Unterstützung dieser Studie sei der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin gedankt.

1. Einleitung

Seit mehr als 25 Jahren bemühen sich Verantwortliche im Gesundheitswesen in Österreich dem Fachbereich Psychosomatische Medizin einen gebührenden Stellenwert in der Medizin zu geben, u. a. wurde schon 1986 die Schaffung eines Zusatzfacharztes für Psychosomatische Medizin beschrieben:

(<http://www.meta-ware.at/psshauhau/curr/histoire.html>).

Die demografische Entwicklung einerseits und der Kostendruck auf das Gesundheits- und Sozialwesen andererseits erfordern eine sorgfältige und umfassende Beurteilung von gesundheitsbezogenen Leistungen, vor allem auch im Hinblick auf die Ergebnisqualität, um die effizientesten, effektivsten und sichersten Maßnahmen zu identifizieren.

Psychische Erkrankungen nehmen in den letzten Jahren stark zu und Prognosen der WHO für 2020 gehen davon aus, dass sie nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu den zweithäufigsten Krankheiten gehören werden. Auf die zahlreichen Ursachen, die vor allem in einer sich verändernden Gesellschaft mit einer hohen beruflichen Belastung und mit sozialer Isolation einhergehen, wird hier nicht weiter eingegangen, obwohl bei einer umfassenden Kosten-Nutzen und auch Bedarfsanalyse die Möglichkeiten für eine Prävention zu berücksichtigen sind und präventive Maßnahmen zur Reduktion der psychosozialen Risikofaktoren die kostengünstigste und erfolgversprechendste Variante ist (WHO: Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview, 2009).

1.1 Kurzdefinition Psychosomatische Medizin

Mit dem klinischen Fachgebiet Psychosomatische Medizin wird eine Spezialdisziplin benannt, die sich wissenschaftlich und in ihrem Versorgungsauftrag mit jenen Krankheitsbildern befasst, bei denen es für eine erfolgreiche Behandlung Voraussetzung ist, ihre Genese und Aufrechterhaltung der Symptomatik unter bio-psycho-sozialen, kulturellen und ökologischen Zusammenhängen und Wechselwirkungen zu begreifen.

Die subjektiv, individuell erlebte Lebenswelt des betroffenen Menschen, seine körperlich-leiblichen Beschwerden und seine soziale Einbindung werden als beeinflussbare Prozesse komplexer dynamischer Systeme erkannt.

Psychosomatische Medizin berücksichtigt die subjektive und objektive Seite von Gesundsein und Kranksein sowie das Beziehungserleben und Beziehungsgestalten des Menschen über seine gesamte Lebensspanne hin und ist damit relevant für die Förderung der Selbstheilung. Psychosomatische Medizin ist sowohl fachspezifisch als auch fächerübergreifend angelegt. Auf der Basis psychosomatischer Haltung werden Differentialdiagnosen und Therapiepläne erstellt. Psychosomatische Medizin umfasst die Gesundheitsförderung, die Prävention, die kurative und rehabilitative Medizin.

Das Fachgebiet „Psychosomatische Medizin“⁵ umfasst den bio-psycho-sozialen, kulturellen und ökologischen Aspekt im Rahmen der Befunderhebung und Diagnosestellung, ebenso den interventionellen Versorgungs- und Behandlungsbereich der Humanmedizin sowie die Anwendung von Psychotherapeutischer Medizin bzw. Psychotherapie.

Begriffe wie „Psychosomatische Medizin“ oder „Psychosomatik“ kommen in Studien meist nicht explizit, sondern nur in Kombination mit anderen Begriffen wie z. B. „psycho-soziale“ oder „bio-psycho-soziale“ Behandlung vor. Häufig steht die rein psychiatrische Behandlung im Vordergrund und nur in Kombination mit somatischen Krankheitsbildern werden z. B. Kosten-Nutzen-Analysen durchgeführt. Dies zeigt aber auch gleichzeitig eines der vielfach in

⁵ Die Bezeichnung „Psychosomatische Medizin“ wird von der Arbeitsgruppe und den AutorInnen der Studie für das Additivfach/Zusatzfach empfohlen

der Literatur angeführten Probleme auf, nämlich dass bei vielen Krankheitsbildern die bio-psycho-sozialen Befunde nicht erkannt bzw. qualifiziert behandelt werden.

Aktuell besteht österreichweit keine einheitliche Verrechnungsmöglichkeit für Leistungen im Bereich Psychosozialer, Psychosomatischer und Psychotherapeutischer Medizin. Die Psychosomatische Medizin kommt in der Honorierung kaum vor (siehe Anhang 5, S. 108ff PSY Leistungen der Gebietskrankenkassen in Österreich, Stand 1/2012), im Verrechnungssystem gibt es nach wie vor eine klare Trennung zwischen körperorientierter Medizin und Psychotherapie. Nur bei den Sonderkrankenversicherungsträgern BVA, SVA, KFA, VA-ÖBB,... gibt es Verrechnungsmöglichkeiten für psychosomatische Leistungen.

Andere Länder wie z. B. Deutschland oder Lettland haben eine FachärztInnenausbildung für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin. Rund 2.500 FachärztInnen haben in Deutschland diese Ausbildung absolviert. Weitere Länder wie z. B. Polen, Slowakei planen die Einführung einer entsprechenden Ausbildung.

Diese Studie ist eine Entscheidungsgrundlage dafür, in Österreich eine ZusatzfachärztInnenausbildung für Psychosomatische Medizin einzurichten und die damit verbundenen Kosten / Nutzen aufzuzeigen.

Da seit dem 18. August 2010 in Österreich auch AllgemeinmedizinerInnen Zusatzfächer erwerben können, bestünde auch die Möglichkeit einer „vor Ort“ Grundversorgung in Psychosomatischer Medizin. Dies gilt vor allem für dezentrale Gebiete mit mangelhafter Versorgung.

Anhand einer Kosten-Nutzen-Schätzung sollen durch die Einführung einer solchen Ausbildung bedingte Kostenverschiebungen bzw. -verlagerungen exemplarisch aufgezeigt bzw. überprüft werden, ob und welcher ökonomische Nutzen mit der Einführung dieser ZusatzfachärztInnenausbildung verbunden ist. Anhand einer Arbeitsmarkt-, Bedarfs- und Akzeptanzanalyse sollen die Begleitbedingungen hierfür untersucht werden: relevanter Arbeitsmarkt, Größenordnung an potenziellen Ausbildungsplätzen und potenziellen InteressentInnen sowie von ExpertInnen eingeschätzte Rahmenbedingungen für ein entsprechendes Ausbildungsangebot.

Der Bericht gliedert sich in die folgenden Teile:

- Arbeitsmarktanalyse (Kapitel 2)
- Bedarfsanalyse (Kapitel 3)
- Akzeptanz- und Kohärenzanalyse (Kapitel 4)
- Kosten-Nutzen-Analyse für die psychosomatische Versorgung in Österreich im stationären und niedergelassenen Bereich (Kapitel 5)
- Anhang Methodik zu den qualitativen Erhebungen
- Anhang Behandlungsdokumentationen, 3 Teile
- Anhang Psy-Leistungen in Österreich (Stand 1/2012)

Jedes Teilkapitel wird durch eine vorangestellte Zusammenfassung und ein abschließendes Resümee ergänzt, sodass auch ein rasches Querlesen der Studie möglich ist.

2. Arbeitsmarktanalyse

2.1. Einleitung

Auf Basis einer Analyse von relevanten sekundärstatistischen Daten und Studien (z. B. Statistik Austria, Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, ÖBIG, Gesundheit Österreich GmbH 2009, 2010, GÖG) wird in der Arbeitsmarktanalyse die Größenordnung des potenziellen Ausbildungs- bzw. Arbeitsmarktes für ZusatzfachärztInnen für Psychosomatische Medizin untersucht. Auf Basis sekundärstatistischer Daten werden in diesem Kapitel wesentliche Entwicklungen des relevanten Arbeitsmarktes dargestellt. Hierbei wird neben der Beschäftigungsentwicklung in relevanten Wirtschaftsbereichen auch die Entwicklung der Anzahl von berufsausübenden ÄrztInnen u. a. in Krankenanstalten für Gesamtösterreich dargestellt. Die vorliegende Arbeitsmarktanalyse gliedert sich wie folgt:

- Kapitel 2.2: Strukturelle Beschreibung des Arbeitsmarktes im Gesundheitssektor
- Kapitel 2.3: Beschäftigungsentwicklung
- Kapitel 2.4: FachärztInnenverteilung nach Fächern
- Kapitel 2.5: Arbeitsmarkt im Bereich Psychosomatische Medizin
- Kapitel 2.6: Resümee

2.2. Strukturelle Beschreibung des Arbeitsmarktes im Gesundheitssektor

Der Gesundheitssektor nimmt in Österreich immer mehr an Bedeutung zu. Dieser wird hauptsächlich aus öffentlichen Mitteln finanziert, weshalb die öffentliche Mittelaufwendung für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ein wesentliches Kriterium darstellt.

Im Jahr 2008 betrug die österreichische Wirtschaftsleistung insgesamt 281,9 Mrd. EUR, wovon 29,5 Mrd. EUR auf Gesundheitsausgaben entfielen. Durchschnittlich sind die Gesundheitsausgaben im Zeitraum 1990 bis 2008 jährlich um 5,5 % gestiegen. Betrachtet man die anteilmäßige Entwicklung am Bruttoinlandsprodukt (BIP), so zeigt sich, dass die Gesundheitsausgaben zwischen 1990 und 2008 von rund 8 % auf insgesamt 10,5 % des BIP gestiegen sind. Rund drei Viertel der gesamten Ausgaben für Gesundheit sind öffentliche Gelder.

Die konkreten Behandlungsdokumentationen (ab Seite 86) zeigen auf, dass eine flächendeckende psychosomatische Versorgung die Gesundheitsausgaben kostenreduzierend beeinflussen könnte und gleichzeitig eine PatientInnenzufriedenheit fördert.

Die Wirtschaftskrise (ab 2009) hat sich auf den Gesundheitsbereich vergleichsweise wenig ausgewirkt, die Beschäftigung hat sich bei den meisten Gesundheitsberufen auch während der Wirtschaftskrise positiv entwickelt. Auch in Zukunft wird mit einem steigenden Bedarf an ÄrztInnen der Humanmedizin gerechnet. Insbesondere wird ein großer Bedarf an SpitalsärztInnen von der Ärztekammer gesehen, da die PatientInnenfrequenzen in Ambulanzen enorm angestiegen sind und in den kommenden Jahren vielfache Pensionierungen anstehen.

Das Arbeitsmarktservice (AMS) prognostizierte für den „Gesundheits- und Sozialbereich“ für den Zeitraum von 2006 bis 2012 ein jährliches Beschäftigungswachstum von rund 2 % – basierend auf der Beschäftigungsentwicklung von 1995 bis 2001 (Steigerung um etwa 3

Prozentpunkte), AMS (2009).

Die Entwicklungen am Arbeitsmarkt für ÄrztInnen sind allerdings auch im Zusammenhang mit den Veränderungen der Medizin und ihrer Technologie, dem Gesundheitswesen und dem gesellschaftlichen Wandel zu sehen. Laut der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) werden aufgrund von erhöhten gesellschaftlichen Belastungen auch immer häufiger psychosoziale Krisen ausgelöst, die sich letztlich in körperlich erlebten Leidenszuständen ausdrücken. Eine erfolgreiche Therapie von psychosomatischen Erkrankungen oder Begleiterscheinungen von Erkrankungen erfordere eine vermehrte und engere Zusammenarbeit von Psychosomatischer Medizin und verschiedenen anderen Fachdisziplinen.

Ein weiterer gesellschaftlicher Wandel ist in der Demografieentwicklung zu sehen. Im Gesundheitsbericht Österreich (GBÖ) 2009 wird aufgezeigt, dass die Bevölkerung im Alter von bis zu 19 Jahren zwischen 1997 und 2007 um nahezu 80.000 EinwohnerInnen abnahm. Gleichzeitig hat der Anteil älterer Menschen weiter zugenommen, vor allem in Süd- und Ostösterreich. Nach einer Prognose der Statistik Austria (2007) wird die EinwohnerInnenzahl in Österreich bis zum Jahr 2027 auf rund 8,9 Millionen anwachsen, wobei der Anteil älterer Personen weiter zunehmen wird. Auch sozioökonomische Merkmale (Bildung, Einkommen) und regionalwirtschaftliche Indikatoren wirken sich teilweise auf die Gesundheitsdaten aus, wobei hier die regionalen Vorteile von zentralen Gebieten gegenüber ländlichen Regionen ersichtlich werden. Laut GBÖ (2009) wurden in den Jahren 2002 bis 2007 in österreichischen Krankenanstalten im Jahresdurchschnitt rund 2,6 Mio. Spitalsaufenthalte von Personen mit Wohnsitz in Österreich dokumentiert. Das sind um 24 % mehr als im Vergleichszeitraum des Österreichischen Gesundheitsberichts 2004 (1992–2001). Die durchschnittliche Belagsdauer bei stationären Aufnahmen sank von rund zehn Tagen (GBÖ 2004) auf 7,2 Tage (GBÖ 2009).

2.3 Beschäftigungsentwicklung

Dieses Kapitel widmet sich der Entwicklung der relevanten Beschäftigtenzahlen in den letzten Jahren. Dabei erweitert sich der Fokus im Laufe des Kapitels von den berufsausübenden sowie in Krankenanstalten tätigen ÄrztInnen bis zu relevanten übergeordneten Wirtschaftsklassen.

Die folgenden Tabellen zeigen die Beschäftigungsentwicklung von berufsausübenden ÄrztInnen in Österreich im Zeitraum von 2007 bis 2009.

Tabelle 1: Berufsausübende ÄrztInnen in Österreich, 2007 bis 2009

	2007	2008	2009	Veränd. 07–09
ÄrztInnen für Allgemeinmedizin	12.725	12.735	12.979	+2%
FachärztInnen	18.450	18.832	19.219	+4%
ÄrztInnen in Ausbildung	6.468	6.746	6.925	+7%
Gesamt	37.643	38.313	39.123	+4%

Quelle: Darstellung nach Statistik Austria 2009, S. 349.

Es zeigt sich, dass die Gesamtanzahl der berufsausübenden ÄrztInnen in Österreich innerhalb dieser drei Jahre stetig zugenommen hat und es einen Gesamtzuwachs von 4 % im Beobachtungszeitraum 2007 bis 2009 gibt. Den größten Zuwachs weist die Anzahl der ÄrztInnen in Ausbildung mit einem Plus von 7 % auf. Innerhalb des Beobachtungszeitraums stieg die Anzahl der FachärztInnen um 4 % und jene der ÄrztInnen für Allgemeinmedizin um 2 %.

Tabelle 2: ÄrztInnen in Krankenanstalten in Österreich, 2007 bis 2009

	2007	2008	2009	Veränd. 07–09
ÄrztInnen für Allgemeinmedizin	1.602	1.679	1.768	+10%
FachärztInnen	11.075	11.393	11.610	+5%
ÄrztInnen für Allgemeinmedizin in Ausbildung	3.325	3.456	3.600	+8%
FachärztInnen in Ausbildung	4.316	4.575	4.774	+11%
Gesamt	20.318	21.103	21.752	+7%

Quelle: Darstellung nach Statistik Austria 2009, S. 355; Statistik Austria 2008, S. 443; Statistik Austria 2007, S. 415.

Innerhalb der Krankenanstalten waren im Jahr 2009 insgesamt 21.752 ÄrztInnen tätig. Im Vergleich zum Jahr 2007 bedeutet dies einen Zuwachs von 7 %. Ein besonders starker Zuwachs war im Zeitraum 2007 bis 2009 bei den ÄrztInnen für Allgemeinmedizin (10 %) sowie bei FachärztInnen in Ausbildung (11 %) zu verzeichnen. Die Anzahl der FachärztInnen in Krankenanstalten erhöhte sich in diesem Zeitraum um 5 %. Im Jahr 2009 waren außerdem um 8 % mehr ÄrztInnen für Allgemeinmedizin in österreichischen Krankenanstalten tätig als im Jahr 2007.

In der folgenden Tabelle wird die Beschäftigungsentwicklung für die Wirtschaftsklassen „Krankenhäuser“, „Gesundheitswesen“, „Arztpraxen (ohne ZahnärztInnen)“ und „Facharztpraxen“ in Österreich zwischen 2005 und 2009 tabellarisch dargestellt.

Tabelle 3: Beschäftigungsentwicklung in relevanten Wirtschaftsklassen (ÖNACE-4-Steller) in Gesamtösterreich, Jahresdurchschnittswerte, 2005 bis 2009

	2005	2006	2007	2008	2009	Veränd. 05–09
ÖNACE-4-Steller						
Krankenhäuser	51.324	52.939	55.693	53.846	54.677	+6,5%
Gesundheitswesen	11.005	11.816	12.875	13.767	14.565	+32,3%
Arztpraxen (ohne ZahnärztInnen)	10.066	10.353	10.527	10.551	10.599	+5,3%
Facharztpraxen	16.500	16.753	17.160	17.521	17.776	+7,7%
Gesamt	88.895	91.861	96.255	95.685	97.617	+9,8%

Quelle: BMASK (2010).

Es zeigt sich, dass sich im Beobachtungszeitraum die Beschäftigung in allen relevanten Wirtschaftsklassen recht positiv entwickelt hat: Insgesamt nahmen die Beschäftigtenzahlen in allen dargestellten Wirtschaftsklassen zusammen um rund 10 % zu.

In der folgenden Tabelle ist die Anzahl der Krankenanstalten und systemisierten sowie tatsächlich aufgestellten Betten in Österreich dargestellt. Weiters ist die Anzahl der Sonderkrankenanstalten und Genesungsheime sowie der aufgestellten Betten für Psychosomatische Versorgung bzw. Psychische Erkrankungen dargestellt.

Tabelle 4: Anzahl der Krankenanstalten und Betten in Österreich, 2009

Krankenanstalten	Anzahl Krankenanstalten	Anzahl Betten (systemisiert)	Anzahl Betten (tatsächlich)	Auf 100.000 Personen
Österreich gesamt	266	65.143	63.855	764
Sonderkrankenanstalten und Genesungsheime	102	15.897	15.891	190
davon: psychosomatische Versorgung	2	200	200	2
davon: psychische Erkrankungen	9	3.266	3.345	40

Quelle: Darstellung nach Statistik Austria 2009.

Österreichweit gibt es 266 Krankenanstalten mit insgesamt 65.143 systemisierten bzw. 63.855 tatsächlichen Betten. Davon entfallen 2 Krankenanstalten mit insgesamt 200 Betten auf die psychosomatische Versorgung, 9 Krankenanstalten mit insgesamt 3.266 systemisierten Betten bzw. 3.345 tatsächlichen Betten auf psychische Erkrankungen.

2.4. FachärztInnen und Zusatzfächer

2.4.1 FachärztInnen nach Fächern

Nachstehend findet sich eine Darstellung der Anzahl von berufsausübenden FachärztInnen nach Fachrichtungen. Diese erfolgt auf Gesamtösterreich bezogen und wird in Zahlen und Prozentangaben nach der Anzahl gereiht dargestellt.

Insgesamt gab es im Ende 2011 österreichweit 20.501 berufsausübende FachärztInnen aller Fachrichtungen. Die höchste Anzahl der berufsausübenden FachärztInnen waren bei der Fachrichtung Innere Medizin zu verzeichnen (17,3 %). Weitere 11,4 % arbeiteten in der Fachrichtung Anästhesiologie und Intensivmedizin. Im Fachbereich Psychiatrie und Neurologie waren 3,0 % tätig bzw. im Fachbereich Neurologie und Psychiatrie 2,1 %. Im Bereich Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin waren 57 ÄrztInnen bzw. 0,3 % der Gesamtanzahl aller FachärztInnen zu verzeichnen.

Tabelle 5: Berufsausübende FachärztInnen nach Fachrichtungen, Dezember 2011*

Fachrichtungen	ÄrztInnen gesamt	Prozent	Ärzte	Prozent	Ärztinnen	Prozent
Anästhesiologie und Intensivmedizin	2334	11,38%	1312	9,64%	1022	14,84%
Anatomie	27	0,13%	25	0,18%	2	0,03%
Arbeitsmedizin	91	0,44%	65	0,48%	26	0,38%
Augenheilkunde und Optometrie	816	3,98%	495	3,64%	321	4,66%
Blutgruppenser. und Transfusionsmedizin	56	0,27%	26	0,19%	30	0,44%
Chirurgie	1493	7,28%	1248	9,17%	245	3,56%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1625	7,93%	972	7,14%	653	9,48%
Gerichtsmedizin	29	0,14%	21	0,15%	8	0,12%
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	630	3,07%	453	3,33%	177	2,57%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	717	3,50%	361	2,65%	356	5,17%
Herzchirurgie	15	0,07%	9	0,07%	6	0,09%
Histologie und Embryologie	8	0,04%	6	0,04%	2	0,03%
Hygiene und Mikrobiologie	84	0,41%	47	0,35%	37	0,54%
Immunologie	12	0,06%	7	0,05%	5	0,07%
Innere Medizin	3541	17,27%	2501	18,37%	1040	15,10%
Kinder- und Jugendchirurgie	42	0,20%	25	0,18%	17	0,25%
Kinder- und Jugendheilkunde	1207	5,89%	606	4,45%	601	8,73%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	18	0,09%	7	0,05%	11	0,16%
Lungenkrankheiten	392	1,91%	254	1,87%	138	2,00%
Med. und chem. Labordiagnostik	233	1,14%	140	1,03%	93	1,35%
Medizinische Genetik	15	0,07%	12	0,09%	3	0,04%
Medizinische Leistungsphysiologie	6	0,03%	5	0,04%	1	0,01%
Mikrobiologisch-serologische Labordiagnostik	6	0,03%	3	0,02%	3	0,04%
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	180	0,88%	152	1,12%	28	0,41%
Neurobiologie	2	0,01%	1	0,01%	1	0,01%
Neurochirurgie	187	0,91%	151	1,11%	36	0,52%
Neurologie	467	2,28%	250	1,84%	217	3,15%
Neurologie und Psychiatrie	439	2,14%	282	2,07%	157	2,28%
Neuropathologie	8	0,04%	5	0,04%	3	0,04%
Nuklearmedizin	104	0,51%	57	0,42%	47	0,68%
Orthopädie und orthopädische Chirurgie	860	4,19%	763	5,60%	97	1,41%
Pathologie	286	1,40%	161	1,18%	125	1,81%
Pathophysiologie	4	0,02%	3	0,02%	1	0,01%
Pharmakologie und Toxikologie	22	0,11%	19	0,14%	3	0,04%
Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation	292	1,42%	136	1,00%	156	2,26%
Physiologie	15	0,07%	11	0,08%	4	0,06%
Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie	159	0,78%	116	0,85%	43	0,62%
Psychiatrie	546	2,66%	238	1,75%	308	4,47%

Psychiatrie und Neurologie	629	3,07%	372	2,73%	257	3,73%
Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin	57	0,28%	29	0,21%	28	0,41%
Radiologie	1136	5,54%	813	5,97%	323	4,69%
Sozialmedizin	5	0,02%	3	0,02%	2	0,03%
Spez. Prophylaxe u. Tropenmedizin	5	0,02%	2	0,01%	3	0,04%
Strahlentherapie-Radioonkologie	115	0,56%	48	0,35%	67	0,97%
Theoretiker	5	0,02%	5	0,04%		0,00%
Thoraxchirurgie	3	0,01%	3	0,02%		0,00%
Tumorbiologie	1	0,00%	1	0,01%		0,00%
Unfallchirurgie	1050	5,12%	931	6,84%	119	1,73%
Urologie	520	2,54%	457	3,36%	63	0,91%
Virologie	7	0,03%	4	0,03%	3	0,04%
Gesamt	20501	100,00%	13613	100,00%	6888	100,00%

Quellenangabe: Darstellung nach Österreichische Ärztekammer, Stand 31.12.2011.

*) Anmerkung zur Tabelle: ÄrztInnen für Allgemeinmedizin mit Fachrichtung sind in diesen Zahlen enthalten, ebenso sind ÄrztInnen mit mehreren Fachrichtungen den jeweiligen Fächern zugeordnet.

2.4.2 Zusatzfächer (Additivfächer)

In der nachfolgenden Tabelle sind die in Österreich eingeführten Additivfächer / Zusatzfächer angeführt. Laut 2. Novelle der ÄrztInnenausbildungsordnung 2006 (ÄAO) vom August 2011 wird die Ausbildung in einem Additivfach die ergänzende spezielle Ausbildung auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin oder dem Teilgebiet eines Sonderfaches in der Dauer von zumindest drei Jahren im Sinne einer Schwerpunktausbildung zum Erwerb umfassend vertiefter Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für eine besonders vertiefte allgemeinmedizinische oder fachärztliche Berufsausübung bezeichnet.

Tabelle 6: Zusatzfächer (Additivfächer) in Österreich, Dezember 2011

Zusatzfächer	ÄrztInnen gesamt	Ärzte	ÄrztInnen
Zf. Angiologie	204	141	63
Zf. Endokrinologie u. Stoffwechselerkrankungen	165	141	24
Zf. Gastroenterologie und Hepatologie	374	309	65
Zf. Gefäßchirurgie	283	260	23
Zf. Geriatrie	288	184	104
Zf. Hämatologie und Internistische Onkologie	343	255	88
Zf. Herzchirurgie	73	68	5
Zf. Hochvolt- und Brachytherapie	9	8	1
Zf. Humangenetik	68	49	19
Zf. Infektiologie	1		1
Zf. Infektiologie und Tropenmedizin	62	50	12
Zf. Intensivmedizin	630	523	107
Zf. Internistische Sportheilkunde	27	25	2
Zf. Kardiologie	518	413	105
Zf. Kinder- und Jugendneuropsychiatrie	141	71	70
Zf. Kinderchirurgie	12	9	3
Zf. Klinische Pharmakologie	18	14	4
Zf. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	1	1	
Zf. Neonatologie u. Päd. Intensivmedizin	103	69	34
Zf. Nephrologie	263	198	65
Zf. Neuropädiatrie	124	57	67
Zf. Nuklearmedizin	35	21	14
Zf. Päd. Endokrin. und Diabetologie	50	27	23
Zf. Päd. Hämatologie und Onkologie	48	28	20
Zf. Pädi. Intensivmedizin und Neonatologie	33	27	6
Zf. Pädiatrische Intensivmedizin	10	9	1
Zf. Pädiatrische Kardiologie	62	39	23
Zf. Pädiatrische Pulmologie	53	36	17
Zf. Phoniatrie	47	32	15

Zf. Physikalische Sportheilkunde	11	6	5
Zf. Plastische Chirurgie	3	3	
Zf. Rheumatologie	267	211	56
Zf. Sportorthopädie	96	92	4
Zf. Sporttraumatologie	294	282	12
Zf. Thoraxchirurgie	83	76	7
Zf. Tropenmedizin	13	7	6
Zf. Viszeralchirurgie	311	286	25
Zf. Zytodiagnostik	218	130	88
Gesamt	5.341	4157	1184

Quellenangabe: Darstellung nach Österreichische Ärztekammer, Stand 31.12.2011.

2.5. Arbeitsmarkt im Bereich Psychosomatische Medizin

Psychosomatische Erkrankungen nehmen in Europa zu und sind zunehmend Ursache für eine eingeschränkte Lebensqualität und Leistungsfähigkeit sowie für krankheitsbedingte Fehlzeiten und vorzeitigen Berufsausstieg. Schon Anfang der 1990er-Jahre stellten die europäischen GesundheitsministerInnen ein Defizit in der psychosozialen Versorgung von PatientInnen in Allgemeinkrankenhäusern fest.

Vom 12. bis 15. Januar 2005 fand die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit unter dem Motto „Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen“ in Helsinki, Finnland, statt und entwarf den „Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit“.

Dieser Aktionsplan wurde in der Europäischen Erklärung zur psychischen Gesundheit durch die GesundheitsministerInnen der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO befürwortet. Sie unterstützen seine Umsetzung in Übereinstimmung mit den Bedürfnissen und Möglichkeiten jedes einzelnen Landes.

Die Herausforderungen der nächsten fünf bis zehn Jahre bestehen in der Erarbeitung, Umsetzung und Auswertung einer Politik und einer Gesetzgebung, die Angebote im Bereich psychische Gesundheit hervorbringen, durch die das Wohlbefinden der gesamten Bevölkerung verbessert, psychische Gesundheitsprobleme verhütet und die Integration und das Wirken von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen gefördert werden können.

In den kommenden zehn Jahren gilt es vorrangig:

1. das Bewusstsein von der Bedeutung des psychischen Wohlbefindens zu fördern,
2. gemeinsam gegen Stigma, Diskriminierung und Ungleichbehandlung anzugehen, Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und ihre Angehörigen zu stärken und zu unterstützen und sie an diesem Prozess aktiv zu beteiligen,
3. umfassende, integrierte und effiziente psychosoziale Versorgungssysteme zu entwerfen und zu implementieren, welche Förderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation, Pflege und Genesung vorsehen,
4. dem Bedürfnis nach kompetenten und in allen diesen Bereichen leistungsfähigen Mitarbeitenden zu entsprechen,
5. die Erfahrung und das Wissen der Betroffenen und Betreuenden⁶ als wichtige Grundlage für die Planung und Entwicklung von Diensten anzuerkennen.

⁶ Mit den Betreuenden sind Angehörige, Freunde oder sonstige ehrenamtliche Betreuer gemeint.

Der Aktionsplan schlägt Mittel und Wege zur Entwicklung, Umsetzung und Durchführung einer umfassenden Politik für den psychosozialen Bereich in den Ländern der Europäischen Region der WHO vor. Die Länder werden diese Politik in ihre eigenen Strategien und Pläne für die psychosoziale Versorgung der kommenden fünf bzw. zehn Jahre einfließen lassen.

In der Folge wurde der „Beirat für psychische Gesundheit“ im BMGF eingerichtet. Im Jahr 2009 lagen laut einem ExpertInnenbericht die stationären Aufnahmen aufgrund von psychischen Erkrankungen bereits an vierter Stelle der Häufigkeitstabelle mit prognostizierter steigender Tendenz in den nächsten Jahren. Rund zwei Drittel der psychischen Erkrankungen entfallen dabei auf die Diagnosen Angst und Depression.

In einem Forschungsprojekt in den EU-25-Ländern wurden im Jahr 2005 psychische Erkrankungen evaluiert. Es konnte festgestellt werden, dass jährlich EU-weit etwa 27 % der Bevölkerung mindestens eine psychische Störung aufweisen, wobei die Lebenszeitprävalenz bei rund 50 % liegt, davon sind zirka 40 % chronisch. Nur 26 % aller Betroffenen erhalten dabei eine adäquate Behandlung.

Nach Angaben des Bundesgesundheitsveys in Deutschland leiden von den 18- bis 65-jährigen deutschen Erwachsenen im Verlaufe eines Jahres rund 11 % unter einer somatoformen Störung, also psychisch bedingten anhaltenden Körperbeschwerden ohne organische Ursache, und 8,1 % unter einer Schmerzstörung. Damit sind psychosomatische Erkrankungen ebenso häufig wie die Depression als bekannteste psychische Störung, unter der rund 12 % der Bevölkerung leiden.

Auf Ebene der Europäischen Union wurde im Green Paper on Mental Health (2005) festgehalten, dass psychische Gesundheit und Wohlbefinden von zentraler Bedeutung für die Lebensqualität sind und dass durch die Nichtbehandlung Folgekosten in der Höhe von 3 bis 4% des BIP entstehen. In absoluten Zahlen waren das im Jahr 2006 rund 436 Milliarden Euro. Die aktuellsten österreichweiten Zahlen zur stationären Versorgung mit klinisch psychologischen und gesundheitspsychologischen Leistungen finden sich in einer Studie des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen (ÖBIG) aus dem Jahr 2005: Im Rahmen einer Befragung wurden bundesweit 534 Dienstposten rückgemeldet (ohne AKH Wien und Universitätsklinik Graz), wobei zum damaligen Zeitpunkt 60 % aller Einrichtungen Versorgungsmängel angaben.

Eine österreichische Prävalenzstudie (vgl. Wancata 2006) zeigte ebenfalls, dass in Österreich an somatischen Krankenhausabteilungen häufig psychische Erkrankungen vorkommen. Es wird darauf hingewiesen, dass psychische Erkrankungen zumeist die Aufenthaltsdauer in Krankenanstalten verlängern und somit auch vermehrte Kosten verursachen.

Die folgende Tabelle stellt die Gesamtaufenthalte in Krankenanstalten sowie die Krankenhausaufenthalte mit PSO im ersten Halbjahr 2010 dar.

Tabelle 7: Aufenthalte in Krankenanstalten (gesamt und mit Psychosomatischem Hintergrund) 1. Hj 2010

Aufenthalte als Werte	Burgenland	Kärnten	Nieder-österreich	Ober-österreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Österreich
Aufenthalte gesamt	38.511	81.135	196.450	247.846	91.145	160.486	120.878	51.514	280.360	1.268.325
Aufenthalte mit PSO	280	972	2.472	4.044	901	2.528	2.439	502	3.210	17.348

Quellenangabe: Darstellung nach Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
 *) Anmerkung zur Tabelle: PSO = Psychosomatik

Hinlänglich bekannt ist, dass von ÄrztInnen der somatischen Medizin ein beträchtlicher Anteil der psychisch Kranken nicht als psychisch krank erkannt wird, wodurch sich die Bedeutung einer umfassenden psychosomatischen Ausbildung für alle ÄrztInnen zeigt.

Wohl ist in der Ärzteausbildungsordnung von 2006 in §7 (3) „In der Ausbildung der Erwerb psychosomatisch-psychosozialer Kompetenz vorzusehen, der auch Supervision mit der Möglichkeit zur Selbstreflexion mit einzuschließen hat“, jedoch wird diese Kompetenz mangels an psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachpersonal nur sehr beschränkt angeboten. Einzig das Bundesland Tirol hat auf Initiative des PPP-Referats der Ärztekammer Tirol (Dr. Joachim Strauß) in Kooperation mit der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie (Univ.-Prof. Dr. Gerhard Schüssler) ein Fortbildungsprogramm zur Qualifizierung von TurnusärztInnen aufgelegt. Dieses wird durch ärztliche LehrtherapeutInnen und BalintgruppenleiterInnen dezentral in den Bezirkskrankenhäusern durchgeführt, allerdings nicht flächendeckend, da die gegenwärtige Auslegung der Ärzteausbildungsordnung (ÄAO) 2006 keine Verpflichtung vorsieht und die Ausbildungsmodalitäten unzureichend fixiert sind. Im Jahr 2007 standen in Österreich 135 Fonds-Krankenanstalten, sieben Unfallkrankenanstalten sowie 36 Sanatorien für die stationäre Akutversorgung zur Verfügung. Die Anzahl an systemisierten Betten in den Krankenhäusern sank von rund 54.200 (1998) auf rund 50.700 (2007), die der tatsächlichen Betten von rund 52.100 auf rund 49.000. Die Inanspruchnahme der Fonds-Krankenanstalten in diesen zehn Jahren war durch eine Zunahme an Spitalsaufenthalten bei gleichzeitiger Verkürzung der durchschnittlichen Belagsdauer gekennzeichnet.

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2012 legt in seinen Zielvorstellungen und Planungsgrundsätzen im Bereich der psychosomatischen Versorgung fest, dass Psychiatrie, Akutgeriatrie und / oder Remobilisation, Palliativmedizin sowie Psychosomatik dezentral in Krankenanstalten auf- bzw. ausgebaut werden sollen. Die nachfolgenden Richtwerte für die Kapazitätsplanung zur akutstationären Versorgung wurden unter Berücksichtigung der regionalen Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte, der Erreichbarkeitsverhältnisse im Straßenverkehr, der beobachteten Auslastung bereits bestehender stationärer Einheiten sowie der Entwicklungstendenzen in der modernen Medizin ermittelt. In einer vom Strukturfonds beauftragten Expertise zur „Psychosomatischen Versorgung im stationären Akutbereich“ wurden folgende Bettenmessziffern benannt: 0,06 Betten pro 1000 Einwohner für den Akutbereich (480 Betten) und 0,12 Betten für den Rehabilitationsbereich.

Tabelle 8: Planungsrichtwerte – Normalpflege-/Intensivbereiche in Akut-KA (Planungshorizont 2020)

Fachrichtung/Fachbereich	Err. (Min.)	BMZ min.	BMZ max.	BMZ 2009	MBZ
Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)	60	0,08	0,13	0,04	30
Psychiatrie (PSY)	60	0,34	0,57	0,50	30
Psychosomatik Erwachsene (PSOE)	90	0,05	0,08	0,05	12
Psychosomatik Säuglinge, Kinder und Jugendliche (PSOK)	90	0,02	0,03	0,01	6

Quelle: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012. S 17

* Lesehilfe: Err. (Min.) = Erreichbarkeitsfrist in Minuten für jeweils nächstgelegene Abteilung; zu erfüllen für 90% der Wohnbevölkerung; BMZ = Bettenmessziffer (systemisierte Akutbetten in FKA, UKH und SAN pro 1.000 EinwohnerInnen); BMZ min. = untere Grenze des BMZ-Soll-Intervalls; BMZ max. = obere Grenze des BMZ-Soll-Intervalls; BMZ 09 = BMZ in Akut-KA im Jahr 2009 gemäß Bettenbericht des BMG; MBZ = Mindestbettenanzahl.

Für die ambulante Versorgung im psychosomatischen Bereich stehen im Österreichischen Strukturplan derzeit leider keine Richtwerte zur Verfügung. Die psychosomatische Versorgung fällt im ÖSG unter die Festlegungen zu speziellen Versorgungsbereichen. Als Ziel wird die multiprofessionelle psychosomatisch-psychotherapeutische Kurzinterventionen und Therapie definiert. Zielgruppe sind erwachsene PatientInnen mit somatischem Behandlungsbedarf und hohen psychosozialen Belastungen bzw. hoher psychischer Komorbidität, ausgenommen sind klassische psychiatrische Erkrankungen.

Die Versorgungsstrukturen werden als abgestuftes Versorgungsangebot folgendermaßen definiert:

- PSO-Konsiliar- und -Liaisondienste
- Departments für PSO-E inklusive Tagesklinik und Ambulanz (Mindestgröße Department für PSO-E: 12 Betten).

Bei der Personalausstattung werden folgende Berufsgruppen definiert:

- Ärztliches Personal, PsychotherapeutInnen, klinische PsychologInnen
- Diplomiertes Pflegepersonal
- Ergo-, PhysiotherapeutInnen und weitere TherapeutInnen
- SozialarbeiterInnen
- PSO-Liaison- und -Konsiliardienst: ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, klinische PsychologInnen

Folgende Qualifikationsanforderungen werden gestellt:

- Leitung: Facharzt/-ärztin des jeweiligen Faches, mindestens zwei Jahre hauptberufliche Tätigkeit in der PSO-E-Behandlung, abgeschlossene Psychotherapieausbildung oder PSY3-Diplom der ÖÄK
- Stellvertretende Leitung: Facharzt/-ärztin des jeweiligen Faches in Psychotherapieausbildung oder in Ausbildung zum PSY3-Diplom der ÖÄK
- Weitere ÄrztInnen: ÄrztInnen (in Ausbildung) in Psychotherapieausbildung oder in Ausbildung zum PSY2-Diplom
- KonsiliarärztInnen: PSY2-Diplom der ÖÄK. In Departments für PSO-E innerhalb von somatischen Abteilungen: Facharzt/-ärztin für Psychiatrie
- In Departments für PSO-E innerhalb von psychiatrischen Abteilungen: FachärztInnen einschlägiger somatischer Fächer (z. B. Facharzt/-ärztin für Innere Medizin)
- Diplomierte Pflegepersonen: nach Möglichkeit PSO-Weiterbildung

2.6. Resümee

In den steigenden Gesundheitsausgaben Österreichs, welche im Zeitraum von 1990 bis 2008 jährlich um 5,5 % zugenommen haben, zeigt sich die zunehmende Bedeutung des Gesundheitssektors in Österreich. Zwischen 1990 und 2008 sind die Gesundheitsausgaben von rund 8 % auf insgesamt 10,5 % des BIP gestiegen, was wiederum die gesamtwirtschaftliche Bedeutung des österreichischen Gesundheitssystems widerspiegelt. Auch die Anzahl der FachärztInnen hat sich im Zeitraum von 1990 bis 2009 mehr als verdoppelt, bis 2011 um weitere 5 % zugenommen, die Anzahl der ÄrztInnen für Allgemeinmedizin stieg um rund die Hälfte. Insbesondere wird von der Ärztekammer ein großer Bedarf an SpitalsärztInnen gesehen, da die PatientInnenfrequenzen in Ambulanzen enorm angestiegen sind und außerdem in den kommenden Jahren vielfache Pensionierungen anstehen. Als ein wichtiger Faktor für einen erhöhten Bedarf an AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen wird die Demografieentwicklung gesehen: Der Anteil an EinwohnerInnen bis zu 19 Jahren nimmt stetig ab, gleichzeitig nimmt die Anzahl älterer Menschen zu. Diese Entwicklung wirkt sich auch auf die Anzahl der Spitalsaufenthalte aus, welche stetig zunimmt. Die Inanspruchnahme der Fonds-Krankenanstalten in den letzten zehn Jahren war durch eine Zunahme an Spitalsaufenthalten bei gleichzeitiger Verkürzung der durchschnittlichen Belagsdauer gekennzeichnet. Es ist anzunehmen, dass dadurch eine Entwicklung eingeleitet wird, in der Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Erkrankungen sich vermehrt in den niedergelassenen Bereich verlagert, wenn nicht spezielle Fachangebote eingerichtet werden.

Innerhalb des Beobachtungszeitraums von 2007 bis 2009 hat die Anzahl der berufsausübenden ÄrztInnen in Österreich um rund 4 % zugenommen. Insgesamt nahmen die Beschäftigtenzahlen von 2005 bis 2009 in allen dargestellten Wirtschaftsklassen insgesamt um rund 10 % zu.

Der Anstieg der Anzahl an psychosomatischen Erkrankungen in Europa hat nicht nur Auswirkungen auf die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit der Betroffenen, sondern auch auf die gesamtgesellschaftlichen Kosten: Im Greenbook of Mental Health der EU werden Folgekosten in der Höhe von 3 bis 4 % des BIP angegeben. Weiters wird in einer österreichischen Prävalenzstudie darauf hingewiesen, dass nicht behandelte psychische Erkrankungen zumeist die Aufenthaltsdauer in Krankenanstalten verlängern und somit auch vermehrte Kosten verursachen.

Auch vor diesem Hintergrund erscheint eine Zusatzfacharztausbildung für Psychosomatische Medizin gerechtfertigt, weil neben der Organbezogenheit der klinischen Fachrichtungen die psycho-sozio-ökologischen und kulturellen Dimensionen die Befunderhebung, Diagnose und Therapie qualitätsgesichert (weil fortbildungsverpflichtend) erweitert. Die Arbeitsmarkttrends lassen die Annahme zu, dass zukünftige AbsolventInnen der ZusatzfachärztInnenausbildung für Psychosomatische Medizin sehr gute Chancen am Arbeitsmarkt vorfinden werden und sich diese Entwicklung auch in Zukunft fortsetzen wird.

3. Bedarfsanalyse

Die Bedarfsanalyse setzt sich aus folgenden Teilen zusammen:

- Kapitel 3.1: Einleitung
- Kapitel 3.2: Inanspruchnahme in Österreich
- Kapitel 3.3: ExpertInnengespräche
- Kapitel 3.4: Aktuelle Trends und Entwicklungen im Bereich der Psychosozialen Medizin, Psychosomatischen Medizin bzw. Psychotherapeutischen Medizin
- Kapitel 3.5: Bewertung des Vorhabens der Einführung einer ZusatzfachärztInnen-ausbildung für Psychosomatische Medizin
- Kapitel 3.6: Inhaltliche, gesetzliche und organisatorische Rahmenbedingungen für die Einführung der ZusatzfachärztInnenausbildung
- Kapitel 3.7: Mögliche Defizite durch das Fehlen des Zusatzfaches
- Kapitel 3.8: Bedarf und Indikation für eine psychosomatische Konsiliar/Liaison-Versorgung
- Kapitel 3.9: Bedarfseinschätzung für Österreich bzw. für die eigene Institution
- Kapitel 3.10: Beschäftigungsmöglichkeiten für AbsolventInnen der ZusatzfachärztInnen-ausbildung für Psychosomatische Medizin
- Kapitel 3.11: Erwartete Vorteile / Nachteile durch die Einführung der Ausbildung
- Kapitel 3.12: Mögliche Finanzierungsmodelle der durch die ÄrztInnen mit dieser Zusatz-fachausbildung erbrachten Leistungen im ambulanten und stationären Bereich
- Kapitel 3.13: Resümee

3.1 Einleitung

Nach Schätzungen der WHO leiden ca. 30 % der Bevölkerung an diagnostizierbaren psychosomatischen Störungen. Die Barmer Krankenkasse geht bereits 2009 davon aus, dass in Deutschland ca. 17 % der Fälle mit Arbeitsunfähigkeit auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sind, wobei der Anteil der Frauen bei Renten wesentlich höher ist als bei Männern. Die Prognose der WHO für 2020 zeigt, dass Depressionen nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Erkrankung sein werden. Die Behandlungsdauer ist im Vergleich zu anderen Erkrankungen sehr hoch und die Barmer Kasse hat für psychische Erkrankungen eine mittlere Behandlungsdauer von 39 Tagen ermittelt, wobei für Depressionen 50 Tage ermittelt wurden. Die damit verbundenen ökonomischen Kosten, sowohl direkte als auch indirekte Kosten, durch die notwendigen medizinischen Behandlungen, Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit oder Rentenzahlungen sind enorm hoch.

Neben den Kosten ist zu bedenken, dass auch eine adäquate Versorgung durch entsprechend gut ausgebildete Fachleute und entsprechende Einrichtungen notwendig ist. Studien für Deutschland zeigen, dass die Zahl der betroffenen Personen wesentlich rascher steigt als die Zahl der für die Betreuung notwendigen Fachleute. Die derzeitige Versorgung, sofern diese Diagnosen überhaupt richtig und rechtzeitig erkannt werden, erfolgt oft in Einrichtungen wie allgemeine internistische Abteilungen, durch nicht ausreichend qualifiziertes Personal (Zielke et al., 2004).

Der in verschiedenen Studien geschätzte Bedarf an psychosomatischer Behandlung im stationären Bereich hängt sehr stark auch von der jeweiligen Fachabteilung ab. Für internistische Abteilungen wird der Bedarf für Konsiliar- oder Liaison-Leistungen zwischen 30 % bis 50 % aller PatientInnen geschätzt (WHO, 2009; Galuska, 2010; Spahn, 2002). Besonders wichtig erscheint, dass die Komorbiditäten psychosomatischer Natur rechtzeitig erkannt werden. Dies setzt eine entsprechende Ausbildung der ÄrztInnen voraus (Spahn, 2002).

In einer deutschen Studie (Häuser, 2004a) wurde bei ca. 36 % aller PatientInnen einer Allgemeinen Internen Abteilung eine Komorbidität aus dem Bereich der mentalen Diagnosen festgestellt. In 13 bis 14 % war dies auch als Hauptdiagnose zu klassifizieren.

Schätzungen für den Bedarf für psychosomatische Behandlung von PatientInnen reichen bis zu 5 % der stationären PatientInnen, wobei die Versorgungsform als Konsiliar- oder Liaison-Versorgung erfolgt. Dieser Bedarf muss auf Personen bzw. Vollzeit beschäftigte ÄrztInnen mit Zusatzfach Psychosomatik umgerechnet werden.

Die Entwicklungen und Trends im Bereich Psychosoziale, Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin sind in Österreich sehr vielfältig. Die befragten ExpertInnen stellten aber einhellig fest, dass sich die somatische und die psychosoziale Medizin immer weiter auseinanderentwickeln und die Kosten für unser Gesundheitssystem deshalb extrem ansteigen würden.

Wie in der Kurzdefinition der Psychosomatik beschrieben (siehe Seite 9), handelt es sich bei der Psychosomatischen Medizin um eine beziehungsorientierte Heilkunst, in der, neben dem Wissen um vernetzte bio-psycho-sozio-ökologische und kulturelle Zusammenhänge, zeitintensive Methoden der kommunikativen Interventionen zur Anwendung kommen. Diese „ärztlichen Heilkunst“ soll wieder verstärkt in die medizinische Versorgung von PatientInnen eingebracht werden, um Entwicklungen einer „Drehtürmedizin“ und des „Doktorshoppings“ entgegenzuwirken, die das Gesundheitssystem durch steigende Kosten belasten.

3.2 Inanspruchnahme in Österreich

Die üblichen psychosomatischen Behandlungsgebiete, die sich definitionsgemäß „wissenschaftlich und in ihrem Versorgungsauftrag mit jenen Krankheitsbildern befassen, die für eine erfolgreiche Behandlung die Beachtung bio-psycho-sozialer, kultureller und ökologischer Zusammenhängen und Wechselwirkungen erfordern [...], sind sowohl fachspezifisch als auch fächerübergreifend angelegt. Dabei wird die subjektive und objektive Seite von Gesundsein und Kranksein sowie das Beziehungserleben und Beziehungsgestalten des Menschen über seine gesamte Lebensspanne hin berücksichtigt“ (siehe Seite 9). Dies sind neben Depression, Angst, Schmerz und Behandlungen nach Verletzungen folgende Störungen (unvollständige Aufzählung):

- Somatisierungsstörung (F45.0): Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1), Hypochondrische Störung (F45.2), Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3), somatoforme Schmerzstörung (F45.4), ...
- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48*): Agoraphobie, Soziale Phobien, Spezifische (isolierte) Phobien, ...
- Andere Angststörungen (F41): Panikstörung, Generalisierte Angststörung, Angst und depressive Störung gemischt, ...
- Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (10 E): Diabetes mellitus, Diabetes insipidus, Hyperthyreose,....
- Neoplasien (C00-,D48): im Sinne der Psychoonkologie
- Zwangsstörung (F42): Vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale), ...
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43): Akute Belastungsreaktion, Posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörungen, Folgen von Mobbing mit somatischen Symptomen,...

- Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen] (F44): Dissoziative Bewegungsstörungen, - Krampfanfälle, - Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen,...
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)
- Essstörungen (F50): Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Essattacken bei anderen psychischen Störungen
- Nichtorganische Schlafstörungen (F51). Nichtorganische Insomnie, Hypersomnie, Pavor nocturnus, ...
- Sexuelle Funktionsstörungen, (F52): Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen, Versagen genitaler Reaktionen, Orgasmusstörung, Ejaculatio praecox, Dyspareunie,...
- Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, (F53)
- Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (F54, 55)
- Missbrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69): Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.8), Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (F68.0), Nichtorganische Enuresis (F98.0), Nichtorganische Enkopresis (F98.1),...
- Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (F06): Organische emotional labile [asthenische] Störung (F06.6), funktionelle Anfallsleiden,...
- Krankheiten des Nervensystems (ICD 10 G): Chronic Fatigue Syndrome,...
- Sehstörungen (ICD 10 H): Amaurosis fugax, Glaucom, Myopie,...
- Krankheiten des Ohres (ICD 10 H): Tinnitus, Schwindel, Hypacusis,...
- Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD 10 I): Hypertonie, Myocardinfarkt, Periphäre arterielle Verschlusskrankheit,...
- Krankheiten des Atmungssystems (ICD 10 J): Asthma, COPD, ...
- Krankheiten des Verdauungssystems (ICD 10 K): Ulcus duodeni, Colon irritabile, Colitis ulcera, M. Crohn,...
- Krankheiten der Haut und der Unterhaut (ICD 10 L): Neurodermitis, Psoriasis
- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD 10 M): Glieder- u. Gelenkschmerzen, Rückenschmerzen, Nacken- und Schulterschmerzen, Spannungskopfschmerz G44.2, Fibromyalgie...
- Psychische Co-Morbiditäten
- Störungen mit klinischen Minimalbefunden: Hypochondrie, ...
- Funktionelle Störungen
- Bodily distress syndrom
- MUPS (MUS) – Medically Unexplained Physical Symptoms
- Menschen mit schweren körperlichen Erkrankungen, die Mühe mit der Bewältigung haben: Behinderungen, Missbildungen, Chromosomenanomalien, ...
- Betreuung von Patienten und Patientinnen nach Organ- oder Stammzell-Transplantationen
- ...

Als mögliche Behandlungsform sei auf die Vielschichtigkeit des interventionellen Zugangs der Psychosomatischen Medizin verwiesen (Konkrete Behandlungsdokumentationen S 86 ff) ausgehend von der herkömmlichen medizinischen Behandlungen, erweitert um evidenzbasierte Methodenintegrationen.

3.2.1 Gesundheitspolitische Verantwortung der Medizin

Es gibt inzwischen unterschiedliche Berufsgruppen mit zahlreichen Psychotherapieangebote: von ÄrztInnen, von ausgebildeten PsychotherapeutInnen, PsychologInnen oder PsychiaternInnen. Das deckt sich mit einer erhöhten Sensibilität für dieses Gebiet. Viele Angebote liegen nach Ansicht der Befragten aber auch im Grenzbereich zwischen Heilkunde

und Esoterik. Wenn solche, oft selbsternannte „Therapeuten“ Methoden der Diagnostik und Intervention vermischen mit Auspendeln, dem Erstellen von Horoskopern, dem Legen von Tarot-Karten, wenn sie Kristalle zur Hilfe nehmen, Wünschelruten und Runen in Anspruch nehmen, mit Verstorbenen und Schutzgeistern Kontakt suchen oder mit „feinstofflicher“ Energieübertragung arbeiten, wie z. B. bei der Bachblüten- oder der Aromatherapie, so sind diese Verfahren ebenso wie das Rebirthing, die Reinkarnationstherapie, das Chanelling, Geistheilungen, das Reiki, das Aura-Reading oder die Arbeit an Chakren nicht im wissenschaftlichen Sinne fundiert (Möller 2000). Hier liegt eine gesellschaftliche Verantwortung bei der ÄrztlInnenschaft und Ihrer Ständevertretung, hilfessuchenden PatientInnen wissenschaftlich fundiert, dem Versorgungsauftrag folgend, lege artis Hilfe angedeihen zu lassen und diese Hilfe auch als solche auszuweisen.

„Es fällt auch ins Auge, dass die menschliche Psyche in all den ‚Theorien‘ durch vereinfachte naturwissenschaftliche Modelle zu erklären versucht wird. Es geht um Begriffe wie ‚Energiefluss‘, der Körper des Menschen wird als ‚eine Magnetkarte‘ verstanden, es geht um ‚positive, negative Ladungen‘ oder ‚Pole‘ des menschlichen Körpers, es geht um ‚Heilfrequenzen‘ von Kristallen, Begriffe, die mehr oder weniger der Physik entlehnt sind. Es herrscht zumindest sprachlich eine konkretistische und materialistische Weltansicht.“ (Möller 2003)

Auch „transpersonale Ausflüge“ und der Rückgriff auf archaische Praktiken wie Schamanismus tragen nicht dauerhaft dazu bei, Menschen Halt zu geben (Leitner 2010, S 119 ff).

Aus Sicht der Psychosomatischen Medizin ist in der Behandlung von PatientInnen ein theoriegeleiteter und forschungsgegründeter Zugang verpflichtend, wie er auch im Ärztegesetz oder in der Formulierung der psychotherapeutischen Berufsumschreibung z. B. im österreichischen Psychotherapiegesetz vom 7. Juni 1990, BGBl. Nr. 361/1990, ausgeführt wird.

3.2.2 Haupt- und Zusatzdiagnosen

Diagnosen, die im Zusammenhang mit psychosomatischen Therapien angeführt werden, sind die F-Diagnosen („Mental Health“) in der ICD-10-Klassifikation.

Diese F-Diagnosen sind häufig als Zusatzdiagnosen und nicht als Hauptdiagnosen angeführt. Für den Bedarf an Behandlungen sind im Weiteren auch die Diagnosenkombinationen zu untersuchen, wobei immer zu hinterfragen ist, ob die F-Diagnosen als Zusatzdiagnosen dokumentiert werden.

Fava et al. (Fava, 2005) stellen fest, dass der Einfluss von psychosomatischen Faktoren auf die individuelle Entstehung von Krankheiten von vielen ÄrztInnen unterschätzt oder gar übersehen wird. Die Schlussfolgerung aus mehreren Studien ist, dass die Psychosomatische Medizin in die klinische Praxis integriert werden soll.

Im Rahmen der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) werden in Österreich Haupt- und Zusatzdiagnosen nach der ICD-10 dokumentiert. Da die Zusatzdiagnosen für die Finanzierung nur von untergeordneter Bedeutung sind, insbesondere auch die F-Diagnosen, muss angenommen werden, dass die tatsächliche Häufigkeit der F-Zusatzdiagnosen noch wesentlich höher ist.

Im Jahr 2009 wurden in den österreichischen Krankenanstalten (ohne PRIKRAF-Anstalten) 138.207 (= 5.49 % aller stationären Aufnahmen) F-Hauptdiagnosen und 233.584 (= 5.24 % aller Zusatzdiagnosen) F-Zusatzdiagnosen dokumentiert. Die Anzahl von 233.584 Zusatzdiagnosen ist mit großer Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Unterschätzung der tatsächlichen absoluten Häufigkeit, aber doch schon ein wichtiger Hinweis auf die hohe

Häufigkeit. Die Anzahl der dokumentierten F-Zusatzdiagnosen ist 1,7 Mal höher als die Zahl der Hauptdiagnosen.

Die Verteilung der Häufigkeit der 3-stelligen Haupt- und Zusatzdiagnosen ist unterschiedlich. Bei den Zusatzdiagnosen ist an erster Stelle F32 – leichte depressive Episode, während bei den Hauptdiagnosen F10 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol / Akute Intoxikation (bei Abhängigkeit) an erster Stelle steht.

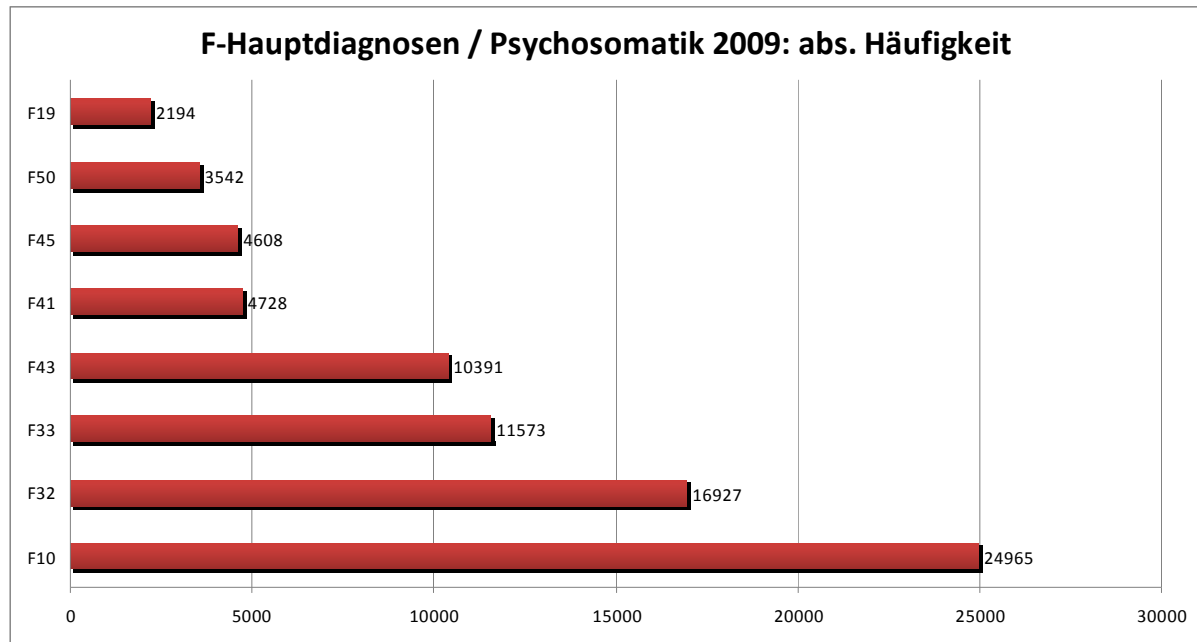


Abbildung 1: Häufigkeit der 3-stelligen F-Hauptdiagnosen in Österreich 2009

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

F-Diagnosen (Abb. 1 und Abb. 2):

F10 = Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol / Akute Intoxikation (bei Abhängigkeit)

F13 = Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika

F17 = Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak

F19 = Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen / Akute Intoxikation (bei Abhängigkeit)

F32 = Leichte depressive Episode;

F33 = Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode;

F41 = Panikstörung[episodisch paroxysmale Angst], Panikattacke, Panikzustand;

F43 = Akute Belastungsreaktion. Akut: Belastungsreaktion, Krisenreaktion, Kriegsneurose, Krisenzustand, Psychischer Schock;

F45 = Somatisierungsstörung, Multiple psychosomatische Störung;

F50 = Anorexia nervosa;

In diesen Abbildungen (1 und 2) sind die psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne (Seite 26 bis 27) noch nicht berücksichtigt.

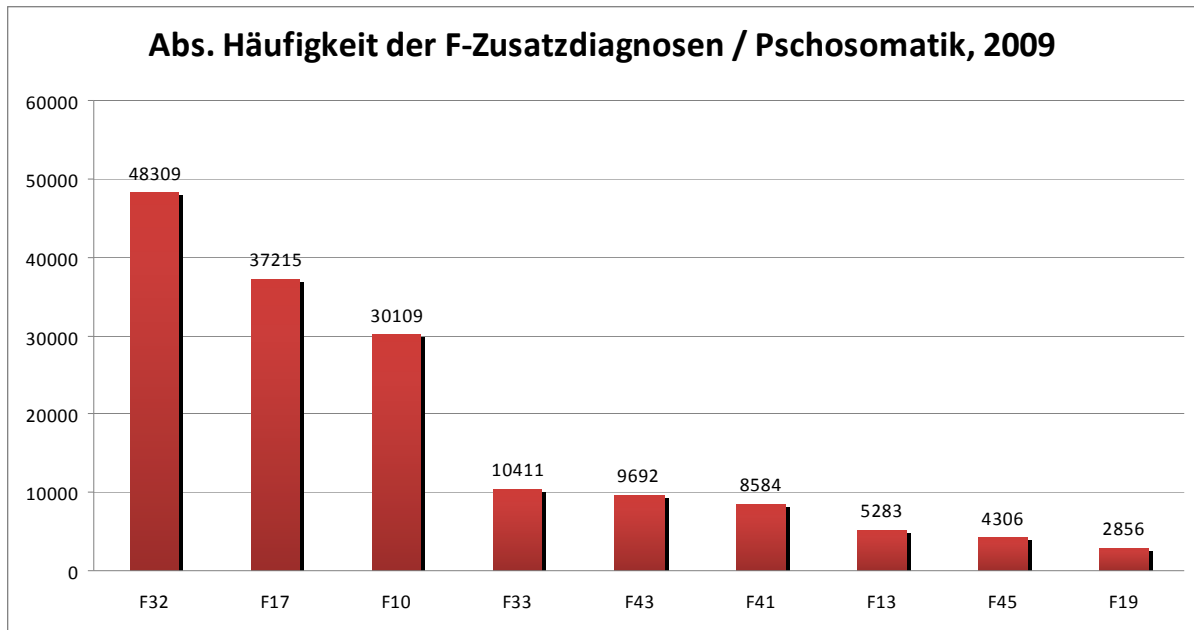


Abbildung 2: Häufigkeit der 3-stelligen F-Zusatzdiagnosen in Österreich 2009

Quelle: LKF-Daten, 2009, BMG

Das Diagnosespektrum umfasst den gesamten Bereich der F-Kodes des ICD-10, wobei im Hinblick auf die Finanzierung eine Einschränkung auf ganz spezifische Diagnosen erforderlich ist.

Eine Auswahl von sehr spezifischen psychosomatischen ICD-10-Hauptdiagnosen ergab in Niederösterreich für die Jahre 2009 und 2010 einen Anteil von knapp über 1 % aller stationären Aufenthalte, für Österreich sind das 25.283 (1. Halbjahr 2010) stationäre Aufenthalte (Quelle: LKF-Daten, 2009, BMG). Es ist jedoch zu beachten, dass die psychosomatischen Erkrankungen häufig nicht als Hauptdiagnosen kodiert werden, sondern – wenn überhaupt – als Zusatzdiagnosen.

Tabelle 9: Häufigkeit von spezifischen psychosomatischen Haupt- und Zusatzdiagnosen von stationären Aufnahmen in Österreich 2009

(Bei den Zusatzdiagnosen ist zu beachten, dass diese oft nicht kodiert werden, weil sie derzeit im LKF-System nur eine geringe Bedeutung haben. Es ist daher anzunehmen, dass die Zahl wesentlich höher ist.)

Österreich 2009	Haupt-Diagnosen	Zusatz-Diagnosen
F32.0 Leichte depressive Episode	758	3.429
F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	5.416	2.424
F41.0 Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst], Panikattacke, Panikzustand	2.560	3.798
F43.2 Anpassungsstörungen, Hospitalismus bei Kindern, Kulturschock, Trauerreaktion	5.396	4.202
F45.0 Somatisierungsstörung, Multiple psychosomatische Störung	1.101	1.077
F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung, Undifferenzierte psychosomatische Störung	278	261
F45.2 Hypochondrische Störung, Dysmorphophobie (nicht wahnhaft), Hypochondrie, Hypochondrische Neurose, Körperdysmorphophobie Störung, Nosophobie	58	114
F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung, Da-Costa-Syndrom, Herzneurose, Magen-neurose, Neurozirkulatorische Asthenie	1.097	677

F45.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Psychalgie, Psychogen: Kopfschmerz, Rückenschmerz, Somatoforme Schmerzstörung	1.120	1.062
F50 Essstörungen	3.543	1.931
F54 Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	725	1.610
Gesamt 2009	22.052	20.585

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Die Einsatzmöglichkeiten für MedizinerInnen mit dem Zusatzfacharzt für Psychosomatische Medizin sind neben dem kurativen Bereich auch jene in der Forschung, Entwicklung und Lehre, sowie in der GutachterInnen-tätigkeit.

3.3 ExpertInnengespräche

Die vorliegende Analyse zur Abklärung des Bedarfes bzw. der Rahmenbedingungen für die Einführung einer ZusatzfachärztInnen-ausbildung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapeutische Medizin“* (Psychotherapeutische Medizin PSY 3 oder Psychotherapie nach dem PthG sind kurative Maßnahmen im Rahmen der Psychosomatischen Medizin siehe S. 104 e) basiert auf 16 ExpertInnengesprächen, die von November 2010 bis Jänner 2011 mit EntscheidungsträgerInnen aus einschlägigen Einrichtungen, Organisationen bzw. Institutionen geführt wurden. Eine Beschreibung der Methodik der qualitativen ExpertInnenbefragung findet sich im Anhang, S. 84f. Die Bedarfsanalyse setzt sich aus folgenden Teilen zusammen:

*Da die Bezeichnung „Psychosomatische Medizin“ das klinische Fachgebiet Psychosomatik (siehe Seite 9) und den interventionellen Bereich (Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapie) umfasst, wurde diese kürzere Bezeichnung für den empfohlenen Zusatzfacharzt gewählt.

3.4 Aktuelle Trends und Entwicklungen im Bereich der Psychosozialen Medizin, Psychosomatischen Medizin bzw. Psychotherapeutischen Medizin

Die InterviewpartnerInnen wurden nach aktuellen Trends und Entwicklungen im Bereich Psychosoziale Medizin, Psychosomatische Medizin bzw. Psychotherapeutische Medizin gefragt. Folgende Entwicklungen wurden als wesentlich angesehen:

- Medizin wird immer somatischer

Die Medizin hat großteils nur eine somatische, also auf den Körper bezogene Sicht auf die PatientInnen, es fehlt die psychosoziale Perspektive. Die technisierte Medizin nimmt immer größere Ausmaße an. Für den diagnostischen und therapeutischen Einsatz der ÄrztInnen-PatientInnenbeziehung ist kein Platz mehr.

„Die sprechende Medizin stirbt fast vollkommen aus. Wir wissen, dass zwischen 25 und 30 Prozent der Patienten entweder direkt eine psychosomatische Krankheit haben oder psychosomatische Faktoren für die Krankheit eine große Rolle spielen.“

„Für eine Harnuntersuchung mit Streifentest bekomme ich mehr als für ein 20-minütiges Gespräch mit der Patientin. Da muss man sich nicht wundern, dass die Medizin so aussieht, wie sie aussieht.“

„Um gesund zu werden, ist die Integration von Körper und Seele notwendig. Man muss dem Patienten zuhören. Die Frage ist, was an der Schnittstelle zwischen Körper und Seele passiert.“

„Wir gehen davon aus, dass jede Organerkrankung im psychischen Kontext gesehen werden muss. Jeder Herzinfarkt, jede Gastritis oder chronische Darmerkrankung hat einen Zusammenhang mit psychisch-sozialen Bedingungen.“

- Zunahme an psychotherapeutischem Bedarf versus Finanzierung durch die Krankenkassen

Seit dem Psychotherapiegesetz von 1991 und der Entstehung von Ausbildungsmöglichkeiten im Bereich Psychosomatische Medizin, Psychotherapeutische Medizin und Psychosoziale Medizin, wie z. B. durch die PSY-Diplome der Ärztekammer, hat die Nachfrage vonseiten der PatientInnen an entsprechenden Leistungen zugenommen. Die sozialversicherungstechnischen Möglichkeiten für eine adäquate Kostendeckung sind diesem Trend nicht gefolgt und weiterhin unbefriedigend. PsychotherapiepatientInnen haben noch immer erhebliche Schwierigkeiten, adäquate Therapien finanziert zu bekommen. Es gibt nur gewisse Kontingente für PsychotherapeutInnen auf Kasse.

„Die Psychosomatik gehört in die Medizin integriert. Die Patienten sollten in einer frühen Stufe ihrer Erkrankung behandelt werden.“

„Wir werden immer mehr zu Multi-Kulti-Nationen. In Deutschland haben inzwischen zirka 40 Prozent aller Menschen einen Migrationshintergrund. Die Entwurzelung ist dabei ein wichtiges Thema, denn dadurch steigt das Risiko psychischer Störungen, wie auch durch die Zunahme der Patchworkfamilien und die hohen Scheidungsraten.“

- Anstieg von Versorgungsbedarf durch Zunahme von psychischen Erkrankungen

Depressive Erkrankungen, Burn-out und vor allem Angsterkrankungen nehmen stark zu, was den Bedarf an ausgebildeten ZusatzfachärztInnen erhöht. Speziell im Bereich Psychoonkologie oder Psychokardiologie werden Fachleute gesucht.

„Das Leben wird komplexer, und die psychosozialen Belastungen sind tendenziell im Steigen. Hier braucht man psychosoziale Angebote, die diese Aspekte von Gesundheit und Krankheit mitberücksichtigen.“

„Die überall beschriebene Zunahme von Burn-out sehe ich eher skeptisch. Das ist der ‚Hawthorne-Effekt‘. Sobald man auf ein Phänomen achtet, springt es einem entgegen. Wenn alle vom Burn-out-Phänomen reden, entdeckt man es plötzlich überall.“

„Wenn man sich die Statistiken ansieht, sind die psychischen Erkrankungen im Spitzenfeld der Berufsunfähigkeitspensionen. Die Länge der Krankenstände aus psychischen Gründen nimmt zu.“

„Die psychischen Erkrankungen sind EU-weit die Nummer eins bei den Erkrankungen geworden, dabei ganz vorne die Ängste. Diese Tendenz stärkt die ‚Psychogruppen‘ und deren Einfluss im Verteilungskampf. Warum fließt das Geld noch in die Herz-Kreislauf-Bekämpfung? Weil die Geldmittel noch nicht umgeleitet sind.“

- Mangel an FachärztInnen für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Psychosoziale Medizin führt zum Anwerben von deutschen FachärztInnen.

Um den Bedarf an FachärztInnen in diesem Bereich zu decken, werden vermehrt ÄrztInnen aus Deutschland aufgenommen. Österreich hat zwei Psychosomatik Kliniken (Bad Aussee und Eggenburg). Die beiden Vorstände dieser Kliniken kommen aus Deutschland und haben in Deutschland ihre Facharztausbildung für Psychosomatische Medizin absolviert!

„Es wird immer schwieriger, gut ausgebildetes Personal zu bekommen. Das grenzt an eine Katastrophe. Wir brauchen eine verbindliche Ausbildungsschiene, damit wir nicht mehr in Deutschland ‚fischen‘ müssen.“

- Nachteile der bisherigen Diplomweiterbildung

Es wurde berichtet, dass die Diplomweiterbildungen (PSY 1 bis 3) der Ärztekammer zu viel Zeit in Anspruch nehmen würden, da man diese nur berufsbegleitend absolvieren könne. Das sei für aktiv tätige ÄrztInnen sehr belastend und familienfeindlich. Die Weiterbildung sei außerdem sehr teuer und schrecke daher viele InteressentInnen ab.

„Es gibt daher zu wenig Nachfrage nach der Weiterbildung.“

„Unter den Fachärzten gibt es am Anfang der Berufslaufbahn ein sehr großes Interesse an Psychosomatik. Unter dem Druck der Arbeit wird die Ausbildung aber hintangestellt und kommt erst wieder am Ende der Facharztausbildung in Betracht.“

- Dokumentationszwang auf Kosten der PatientInnenzeit

Der Trend zur forensischen Absicherung nimmt zu. Die Kliniken legen immer mehr Wert auf genaue Dokumentation, um sich gegen eventuelle Klagen abzusichern. Man ist immer mehr mit der Organisation und immer weniger mit den PatientInnen beschäftigt.

„Früher war man im Umgang mit Suizidpatienten viel humaner. Das gibt es heute nicht mehr. Jetzt geht es nur mehr darum, dass die Führung des Krankenhauses nicht belangbar ist.“

- Ressourcenverknappungen im psychosozialen Bereich

Es gibt wenig gute Einrichtungen für Menschen mit massiven psychischen Problemen und sehr wenige Dauereinrichtungen. Derzeit wird besonders bei den psychosozialen Diensten gespart.

„Alle Menschen, die derzeit im psychosozialen Bereich arbeiten, machen das fast kostenlos. Das macht mich rasend. Bei der finanziellen Situation sind wir in der Steinzeit. Wenn wir keine Honorierung ins Auge fassen, werden sich die Probleme nicht lösen lassen.“

- PatientInnenbewusstsein für Psychosomatik gestiegen

Die PatientInnen sind inzwischen viel besser darüber informiert, was sie einfordern können, und tun das auch in vermehrtem Maße, indem sie z. B. mehr Zeit für ein Gespräch erwarten. Diese Forderung steht aber durch den finanziellen Druck auf das Gesundheitssystem der Tatsache gegenüber, dass immer weniger Zeit für ein Gespräch mit PatientInnen zur Verfügung steht.

„Die Patienten sind mittlerweile an den Wechselwirkungen zwischen körperlichen Störungen und physischem Erleben interessiert. Sie suchen selbst gezielt psychosomatische Ärzte auf.“

„In Deutschland wird eine Psychotherapie von der Krankenkasse bezahlt. Das ist durch die Richtlinienpsychotherapie mit einem umfangreichen Regelwerk abgesichert. Über ein Gutachtersystem werden bis zu 300 Stunden psychoanalytische Therapie bezahlt und bis zu 100 Stunden tiefenpsychologische Therapie sowie bis zu 60 Stunden Verhaltenstherapie.“

- Psychosomatikinteresse in der Inneren Medizin nimmt zu

Im Bereich der Inneren Medizin haben sich in den Fachgesellschaften Arbeitsgruppen gebildet, die sich mit Psychosomatik beschäftigen. Vor allem im Bereich der Gastroenterologie, der Diabetikergesellschaft und der Kardiologie gibt es viele interessierte Personen.

- Anhaltende Technisierung der Medizin und Zunahme von Diagnostikmaßnahmen

Es gibt eine starke Zunahme an technischer Abklärungsdiagnostik, die die seelischen Faktoren einer Erkrankung immer weniger einbezieht. Speziell AllgemeinmedizinerInnen stehen oft unter hohem Druck, wenn bei PatientInnen psychosoziale Not herrscht. Sie beantworten diesen Druck meist mit der Verordnung weiterer diagnostischer Maßnahmen, speziell im Bereich von Erkrankungen ohne Befund.

„Wenn man sich die Anzahl der Magnetresonanztomografien pro Million Einwohner ansieht, dann lagen die 1996 bei 10 und sind inzwischen deutlich angestiegen.“

„Bei Zufallsbefunden gibt es oft keine ausreichenden Erklärungen für die Körpersymptome. Dann ist ein Teil der Menschen dazu geneigt, sich weiter Sorgen zu machen, auch wenn nichts gefunden wurde. Sie wollen etwas vorweisen können, um eine Behandlung zu bekommen. Es gibt aber keine körperliche oder psychische Erklärung. Das erzeugt einen großen Aufwand mit unnötigen diagnostischen Abklärungen und führt zu Chronifizierung bzw. hohen Kosten.“

- Kein Platz mehr für die PatientInnenbeziehung

Es gibt in einigen Krankenhäusern in Österreich Versuche, die Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin z. B. auf internen Stationen einzubeziehen. Der allgemeine Trend läuft aber in die gegensätzliche Richtung. Die Beziehung zu und das Gespräch mit den PatientInnen wird immer mehr reduziert, die Gelder dafür werden zurückgefahren.

„Die sprechende Medizin stirbt fast vollkommen aus. Wenn das Sprechen mit dem Patienten von der somatischen Medizin gebremst wird, verursacht das immense Kosten.“

„In der technisierten Medizin muss man viele Abklärungen wie EKG, Labor oder Röntgen machen. Man spricht aber nicht mit dem Patienten. Das „Krankenhaus“ sagt: Wir haben alles getan! Der Patient geht nach Hause, aber man hat ihm nicht zugehört und kennt seine Konflikte nicht.“

„Wir sind in der Situation, dass im ambulanten Bereich ein Gespräch nicht bezahlt wird. Im stationären Bereich gibt es den gleichen Effekt. Es gibt keine Zeit mehr.“

„Die Schnittstelle zwischen Pflegepersonal und Ärzten im Krankenhaus funktioniert sehr schlecht. Die Schwestern erfahren Dinge, die die Ärzte nicht erfahren und nicht danach fragen.“

- Dualismus zwischen Leib und Seele nimmt ab

Was PsychotherapeutInnen oder Klinische PsychologInnen bisher klinisch beobachtet haben, belegen inzwischen biologische Untersuchungen. Neue Forschungsergebnisse sehen eine Verbindung zwischen psychosozialen Aspekten – der subjektiven Seite von Krankheit – und der neurowissenschaftlichen Definition von Psychosomatik und Therapie. Es gibt eine Verbindung zwischen subjektiven Erlebnissen und neurowissenschaftlich-psychobiologischen Forschungsergebnissen.

„Man kann ‚bildlich‘ darstellen, dass z. B. das Gehirn eines Borderliners bei Schmerzreizen anders funktioniert. Die Psychosomatiker haben also doch ein bisschen Recht. Vieles, was bisher aufgrund von Beobachtung behauptet wurde, hat auch Bestand, wenn man es biologisch untersucht.“

- Zunehmende Kosten für das Gesundheitssystem durch psychische Erkrankungen

Speziell im Bereich Arbeitsfähigkeit und Frühpension kommt es durch die Zunahme von psychosomatischen und psychischen Erkrankungen zu steigenden Kosten für das Gesundheitswesen.

- Diffuse „Psycho- und Esoterikszene“ (siehe Seite 23, Gesundheitspolitische Verantwortung der Medizin 3.2.1)

3.5 Bewertung des Vorhabens der Einführung einer Zusatzfach- ärztInnenausbildung für Psychosomatische Medizin

Grundsätzlich stehen alle befragten ExpertInnen dem Vorhaben, eine ZusatzfachärztInnenausbildung für Psychosomatische Medizin in Österreich einzuführen, positiv gegenüber. Sie halten es großteils sogar für längst überfällig und absolut notwendig, da ansonsten die Gesundheitskosten explodieren würden. Über die Art und Weise der Umsetzung gibt es allerdings sehr unterschiedliche Auffassungen. Eine ExpertIn war der Überzeugung, dass es durch die Einführung nicht zu Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem kommen werde, sondern dass zusätzliche Kosten entstehen würden.

Zusammenfassend gaben die InterviewpartnerInnen folgende detaillierte Rückmeldungen:

„Es gibt innerhalb der Ärzteschaft einen starken Verteilungskampf. Die Allgemeinärzte möchten im Bereich Psychotherapie dominieren und die Psychotherapeutische Medizin in ihr Fachgebiet hereinbekommen.“

„Ich bewerte das Vorhaben positiv. Es gibt einen dringenden Bedarf. Warum gibt es andere Zusatzfächer und dieses nicht?“

„Ein Hemmnis ist, dass sich die Fachgruppen wie z. B. die Internisten und Psychiater streiten, wer zuständig ist. Es braucht natürlich beide Kompetenzen. Einzelnen geht das nicht.“

„Das ist die vernünftigste Art, die Psychosomatik in die Medizin zu integrieren.“

„Es ist sinnvoll, die fachspezifische Psychotherapie einzuführen. Ich will den Urologen, der bei der Frau mit Reizblase oder beim Mann mit Prostatitis psychische Faktoren berücksichtigt. Das ist notwendig.“

„Das Vorhaben ist ein Licht im Tunnel und sehr positiv. Der Bedarf ist vorhanden.“

„Wenn man aus der Kostenschere heraus will, ist es eine absolute Notwendigkeit, den Menschen als Wesen zu begreifen, das Körper und Geist und Seele und soziale Beziehungen hat.“

„Ich bewerte das positiv. Nicht nur die Psychiatrie, sondern auch die allgemeinmedizinischen Fächer haben eine wichtige Funktion. Dort wird die Versorgung der Bevölkerung geleistet. Die Mehrzahl der Antidepressiva wird von Allgemeinmedizinern verordnet. Hier muss man die Qualifikation deutlich verbessern.“

„Das Vorhaben ist absolut notwendig und die einzige Chance, wie man in dem Bereich etwas bewegen kann.“

„Auch wenn es Widerstand vonseiten der klassischen „Medizin“ gibt: Es muss neue Wege geben. Dieser Weg ist gut.“

„Das Psychotherapiegesetz ist sehr gut. Die Psychotherapeuten bräuchten auch mehr Geld. Da wird es schwierig werden, dieses Zusatzfach auch noch zu schaffen.“

„Die Idee, die Psychosomatik aufzuwerten, ist nicht schlecht.“

Erwähnt sei, dass der Vertreter der Fachgruppe Psychiatrie innerhalb der Subkommission Psychosomatik des OSR sich entschieden gegen die Einführung einer Zusatzfacharztausbildung für Psychosomatische Medizin ausgesprochen hat.

3.6 Inhaltliche, gesetzliche und organisatorische Rahmenbedingungen für die Einführung der ZusatzfachärztInnen-ausbildung

3.6.1 Inhaltliche Rahmenbedingungen

Die Frage nach den inhaltlichen Rahmenbedingungen für die Zusatzfachausbildung evozierte viele unterschiedliche Umsetzungsvorschläge und Umsetzungsansätze. So erfordere die derzeitige Vielzahl an psychotherapeutischen Methoden zunächst eine genaue Methodenauswahl. Hierzu wurde u. a. vorgeschlagen, die Lehrinhalte und die Art der Ausbildung zusammen mit den verschiedenen Fachgesellschaften zu bestimmen, z. B. mit dem Netzwerk Psychosomatik Österreich.

„Im Psychotherapiegesetz gibt es 22 verschiedene anerkannte psychotherapeutische Methoden. Es gibt eine Fülle von mehr oder weniger evaluierten Methoden, die ihre Berechtigung haben – aber nicht im Rahmen eines Sozialsystems, das auf Solidarität fußt. Manches ist sehr exotisch und in seiner Wirkung wenig überprüft. Das kann man nicht finanzieren, und daher muss es eine Auswahl geben.“

„Nicht alle Psychotherapieangebote sollten von der Allgemeinheit bezahlt werden.“

Unter den ExpertInnen herrschte weitgehende Einigkeit darüber, dass die PSY-Diplome, vor allem das PSY3-Diplom, zumindest eine gute Ausgangsbasis für die Zusatzfachausbildung seien. Viel wichtiger sei allerdings die Praxisausbildung, die unbedingt für eine ausreichend lange Zeit im stationären Bereich einer psychosomatischen Abteilung einer Klinik stattfinden müsse, um genügend Praxiserfahrung an/mit PatientInnen zu sammeln.

„Die PSY-Module 1 bis 3 sind gut. Für eine reine Psychotherapietätigkeit (Eintragung in die Psychotherapeutenliste) sind sie allerdings, durch das Psychotherapiegesetz bedingt unzulässig. Damit kann man sich nicht Psychotherapeut nennen. Die Leute müssen in einschlägigen Einrichtungen Praktika machen. In den normalen Krankenhäusern lernt man da nichts.“

„Die Qualifikation von jemandem mit einem PSY3-Diplom liegt auf der psychotherapeutischen Seite über dem, was ein Facharzt für Psychotherapie in Deutschland in seiner Ausbildung machen muss.“

„Die Ausbildung benötigt unbedingt einen starken Anteil an Selbsterfahrung und praktischer Patientenbetreuung. Sonst ist sie sinnlos.“

„Das Ausbildungscurriculum ist zu kurz gegriffen. Man sollte in Österreich die Ausbildung von 2 auf 3 Jahre erweitern. Dann würde es passen und Österreich würde sich im europäischen Rahmen bewegen.“

Einige GesprächspartnerInnen legten Wert auf eine Ausbildungszeit im niedergelassenen Bereich in speziellen Lehrpraxen. Die AllgemeinmedizinerInnen seien für das Zusatzfach eine ideale Zielgruppe, um eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, womit viele Probleme schon an der Basis erkannt und behandelt werden könnten, bevor sie übermäßige Kosten verursachen.

„Es muss einen Zusatzfacharzt geben, der im niedergelassenen Bereich praktikabel ist. Die niedergelassenen Ärzte haben die längsten Betreuungszeiten bei Patienten. Nur dort entwickelt sich die psychosomatische Beschwerde. Die Krankenhäuser kennen das soziale Umfeld der Patienten nicht. Der Zusatzfacharzt sollte peripherietauglich sein und nicht nur zentrentauglich. Viele Untersuchungen würden dann gar nicht in den großen Häusern stattfinden.“

„Diese Zusatzfacharztausbildung ist besonders gut für Internisten und Gynäkologen, aber alle anderen klinisch tätigen Ärzte sollten sie ebenfalls machen.“

„Wenn die Medizin nicht mehr zuhört, kommen die Psychotherapeuten. Die verstehen aber von der somatischen Seite oft nichts und sind auf der anderen Seite genauso einseitig wie die Mediziner. Der Zusatzfacharzt ist das Missing Link in der Medizin. Psychotherapeuten verstehen nichts von der somatischen Medizin und verursachen die gleichen Kosten. Sie schicken dann die Patienten wieder zum Arzt, der wieder nicht zuhört. So läuft das Ganze im Kreis.“

„Die PSY-1 bis 3-Weiterbildung umfasst insgesamt über 3.000 Stunden. Davon sind 1.900 bis 2.000 Stunden für praktisch klinische Tätigkeiten vorgesehen.“

Es wurde vorgeschlagen, dass die bereits vorhandenen psychosomatischen Abteilungen wie z. B. in Eggenburg oder Bad Aussee sowie psychosomatische Stationen das Zusatzfach ausbilden sollten. Das Ausbildungsmodell müsse österreichweit gelten und international gebräuchlich sein. Als wichtige Kompetenzanforderung für ein Zusatzfach Psychosomatische Medizin wurde ein Medizinstudium mit oder ohne anschließende FachärztInnenausbildung genannt, dazu Ausbildungszeiten und Praxiserfahrung in Innerer Medizin, Psychiatrie und Pharmakologie.

„Es ist wichtig, Kenntnisse in Organmedizin zu erwerben. Man braucht Erfahrung in der Inneren Medizin und in der Psychiatrie.“

„Eine Zusatzausbildung nur auf einer Psychiatrie reicht nicht aus. Man muss auch eine Interne oder Gynäkologie, Neurologie usw. kennen. Es gibt die Strukturqualitätskriterien für Psychosomatische Medizin. Die sollte man mit einbeziehen.“

„Es hängt davon ab, welche Fachausbildung jemand hat. Ein Dermatologe, ein Gynäkologe, ein Hals-Nasen-Ohren-Arzt mit PSY3-Diplom. Was soll der noch dazu machen müssen? Man sollte PSY3 haben, eine Ausbildung als Humanmediziner, und dann noch drei Jahre lang das neue Zusatzfach machen. Das wäre eine ordentliche Ausbildung. Aber es wird wichtig sein, ordentliche Ausbildungsstellen zu schaffen. Was muss jemand erlebt haben? Womit muss er in der Ausbildung konfrontiert worden sein, damit er den Abschluss bekommt? Es kann nicht angehen, dass jemand keine Depressionen oder Ulcera gesehen hat. Und natürlich muss es eine Prüfung mit Abschluss geben.“

Ein/e weitere/r ExpertIn regte an, die ZusatzfachärztInnenausbildung in zwei Kompetenzbereiche aufzuteilen, nämlich in eine Anamnese- und eine Behandlungskompetenz. Dies sollte einerseits die Vermittlung einer allgemeinen Basiskompetenz für FachärztInnen aller Fächer und AllgemeinmedizinerInnen beinhalten, z. B. in Gesprächsführung mit PatientInnen oder Diagnostik von Angstzuständen und Depressionen, um PatientInnen gezielt diagnostizieren und weiterüberweisen zu können. Andererseits sei die Vermittlung von konkreten Therapiekompetenzen und Therapieangeboten im Zusatzfach wesentlich, um den AllgemeinmedizinerInnen und jeweiligen FachärztInnen zu ermöglichen, die Psychosomatische Medizin in die eigene ärztliche Tätigkeit voll integrieren zu können.

„Für eine Grundausbildung würden die Diplome PSY1–2 ausreichen. Für den Zusatzfacharzt bräuchte man dann zu den PSY-Diplomen 1–3 eine 3-jährige Ausbildung.“

Ein/e GesprächspartnerIn aus Deutschland legte großen Wert darauf, dass man in Österreich so wie in Deutschland auch eine 5- bis 6-jährige FachärztInnenausbildung für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin etablieren müsse zusätzlich zum 3-jährigen Zusatzfach. Wenn man ausschließlich die ZusatzfachärztInnenausbildung etabliere, werde es nie eine/n anerkannte/n Fachärztin/Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin in Österreich geben. Das sei aber für die Forschung und für eine echte Kompetenzvermittlung von zukünftigen ZusatzfachärztInnen unbedingt notwendig. Es brauche ein eigenes Fach, ein eigenes Fachgebiet und eigene FachärztInnen und für bestimmte Berufsgruppen dann noch das Zusatzfach. Ein/e österreichische/r ExpertIn merkte dazu an, dass die Strukturen im Bereich Sonderfach für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin in Deutschland völlig anders gewachsen seien und ein/e Facharzt/Fachärztin nach deutschem Vorbild in Österreich nicht umsetzbar sei. Der Großteil der befragten ExpertInnen bezeichnete eine Ausbildungszeit von zwei Jahren als ausreichend, einige Personen regten allerdings an, die Ausbildungszeit auf drei Jahre zu verlängern – wie bei den anderen Zusatzfächern derzeit üblich.

„Die klassische Dauer eines Zusatzfaches beträgt 3 Jahre.“

„Ich bin für den Zusatzfacharzt. Aber wenn man nur den Zusatzfacharzt einführt, dann wird es den Facharzt nicht geben. Damit fällt das Fach Psychosomatische Medizin um. Womit sollen dann die zukünftigen Zusatzfachärzte ihre Kompetenz bekommen? Das ist eindeutig zu wenig. Das Ganze muss über ein Fach, ein Fachgebiet und einen Facharzt aufgebaut werden. Für bestimmte Berufsgruppen sollte es dann auch das Zusatzfach geben. In Deutschland gibt es die psychosomatische Grundversorgung, die Psychotherapie und den Facharzt.“

„Sowohl für den Zusatzfacharzt als auch für den Facharzt muss es eine unverzichtbare klinische Ausbildung geben, wie z. B. in Deutschland die ‚Common-Trunk‘-Ausbildung Basisweiterbildung, Anm. Es braucht eine Sozialisation der Kenntnisvermittlung, die das ganze Gebiet zwischen der Inneren Medizin, Psychiatrie und Pharmakologie vermittelt. Das geht nicht in ein paar Wochen. Das dauert mehrere Jahre.“

Ein/e ExpertIn war der Meinung, dass die derzeitige Titulierung der geplanten Ausbildung ein Fehler sei. Man dürfe den Ausdruck „FachärztInnenausbildung als Zusatzfach“ nicht benutzen, da man dadurch die wichtige Gruppe der AllgemeinmedizinerInnen ausschließe, da diese bis jetzt keinen FachärztInnenstatus hätten. In Österreich gebe es derzeit in der Medizinausbildung 44 Sonderfächer (FachärztInnenfächer, Anm.) und das Fach Allgemeinmedizin. Es sei zwar angedacht, die Allgemeinmedizin in Zukunft auf den Status eines Sonderfaches anzuheben, aber dem sei derzeit nicht so. Daher würde man die AllgemeinmedizinerInnen vom Zugang zum Zusatzfach ausschließen, wenn man diese als „FachärztInnenausbildung als Zusatzfach“ bezeichne. Anmerkung: Seit 18. August 2010 können auch AllgemeinmedizinerInnen ein Zusatzfach in Österreich erwerben!

Ein weiterer bedenklicher Punkt sei laut einem/einer ExpertIn die Wahl des Titels „Zusatzfacharzt für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin“. Es gebe derzeit bereits das Sonderfach „Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin“, das früher nur Psychiatrie hieß und von den PsychiaterInnen inzwischen begriffsmäßig ausgedehnt wurde. Ein neues Zusatzfach Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin würde zu standespolitischen und rechtlichen Problemen führen, ebenso wie zu Widerständen der PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen. Daher wurde empfohlen, den Ausbildungstitel auf „Zusatzfacharzt für Psychosomatik“ oder „Zusatzfach für Psychosomatische Medizin“ zu verkürzen. Die Aufwertung der Psychosomatik sei in Österreich noch ausständig, und damit habe man wesentlich mehr Chancen auf Erfolg, denn die Psychosomatik sei das „Missing Link“. Die Psychiatrie habe eine lange Tradition, auch die Psychotherapie existiere schon seit zwanzig Jahren. Der Ausgangspunkt müsse also sein, die Psychosomatik voranzutreiben. Ein weiterer Grund für den Vorschlag „Zusatzfacharzt für Psychosomatik“ oder „Zusatzfacharzt für Psychosomatische Medizin“ sei die Tatsache, dass aus rechtlichen Gründen ein Zusatzfach für Psychosomatik von wesentlich mehr FachärztInnen und Allgemeinmedizinern angenommen werden könne als das ÖÄK Diplom „Psychotherapeutischer Medizin“, von der viele FachärztInnen wegen der „Fachgruppenbegrenzung“ nach dem Ärztegesetz ausgeschlossen wären. Ein Gynäkologe mit einer PSY3 Weiterbildung darf derzeit nur Psychotherapeutische Medizin mit Frauen (gynäkologische Patientinnen) ein Augenarzt nur mit AugenpatientInnen usw. durchführen. Anmerkung: Die Arbeitsgruppe hat sich in der Zwischenzeit auf die Bezeichnung: Zusatzfacharzt/Zusatzfachärztin für Psychosomatische Medizin festgelegt.

„Die Bezeichnung ‚FachärztInnenausbildung‘ ist nicht gut formuliert. Eine FachärztInnenausbildung als Zusatzfach ist eine Zusatzausbildung nur für FachärztInnen ohne Allgemeinärzte. Dann werden Letztere ausgeschlossen.“ (Anmerkung: Stimmt seit 18.08.2010 nicht mehr!)

„Jedes Sonderfach FachärztInnenfach, Anm. unterliegt Beschränkungen bezüglich erlaubter Zusatzfächer. Die Psychosomatik ist viel mehr in den einzelnen Sonderfächern verankert als die psychotherapeutische Medizin. Ein reines Zusatzfach Psychosomatische Medizin könnte man an viel mehr Sonderfächer andocken.“

„Wenn man einen völlig neuen Sonderfacharzt Nummer 45 verlangt, dann werden das zu wenige Ärzte machen können. [...] Daher besser breit anlegen und für viele zugänglich machen. Der

Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin wäre zu spezialisiert.“
„Die PSY1–3-Diplome umfassen 3.000 Stunden und kosten eine Menge Geld. Die Psychiater haben daher vor, ein abgespecktes Curriculum mit Anrechnungen von Ausbildungsstunden für die Psychotherapie einzubauen, um eine Psychotherapeutische Medizin Ausbildung nachzuweisen.“

3.6.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Ein/e ExpertIn stellte fest, dass für die Implementierung eines neuen Zusatzfacharztes für Psychosomatische Medizin die ÄrztInnenausbildungsordnung geändert werden müsse. Der Bundesminister für Gesundheit habe das Recht, Zusatzfächer zuzulassen. Dann müsse geklärt werden, welche der derzeit 44 Sonderfächer die Erlaubnis bekämen, das Zusatzfach zu belegen. Für die Festlegung der Inhalte der Zusatzfachausbildung und die Erstellung der Zeugnisse sei die österreichische Ärztekammer zuständig. Der Minister mache die groben Vorgaben und die österreichische Ärztekammer bestimme dann die nötigen Inhalte. Die Frage der Finanzierung sei eine Entscheidung der Krankenkassen. Dafür gebe es üblicherweise Verhandlungen zwischen der Ärztekammer und den Kassen.

Wo die Ausbildung stattfinden würde, müssten die Krankenhausträger der einzelnen Bundesländer entscheiden. Sie würden die Ausbildungsvorschriften bestimmen, nach denen die Krankenanstalten die Ausbildung anbieten dürften. Die Ausbildungseinrichtungen müssten dann bei der österreichischen Ärztekammer um eine Ausbildungsbewilligung ansuchen. Wenn das Zusatzfach einmal existiere, werde es mit Sicherheit auch Ausbildungsplätze dafür geben.

In der Gebührenordnung brauche man ein Abrechnungskapitel für Leistungen aus der Psychosomatischen Medizin. Alle Krankenkassen sollten im Rahmen der Gesprächsmedizin Leistungen erbringen müssen. Diese Leistungen müssten in den Leistungskatalog aufgenommen werden. Die Trennung zwischen den Leistungen für somatische und für Gesprächsmedizin müsste endlich aufgehoben werden. Ein/e InterviewpartnerIn empfahl die Implementierung eines Kontrollmechanismus für Indikationen zu psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungen durch GutachterInnen, so wie das in Deutschland praktiziert werde.

„Es muss klare Verrechnungsmöglichkeiten geben.“

„Es muss ein österreichweit durchgängiges Modell geben, was derzeit nicht der Fall ist.“

„Es müssen die üblichen Rahmenbedingungen für das Zusatzfach gelten, das an eine Facharztausbildung geknüpft ist.“

„Es muss eine Form der Kontrolle der Indikation geben. Was will ich mit dem Patienten erreichen? Das macht in Deutschland ein Gutachter.“

„Wenn jemand ein bestimmtes Fach hat und dazu noch ein PSY3-Diplom plus drei Jahre Psychosomatikausbildung an einer spezifischen Klinik: So jemand sollte sowohl niedergelassen als auch in allen Kliniken arbeiten dürfen.“

„Alle Krankenkassen müssen dazu verpflichtet werden, Leistungen im Rahmen der Gesprächsmedizin für Einzelpatienten, Paare oder Gruppentherapie in den Leistungskatalog aufzunehmen. Es gibt schon die Pflicht zur Teilerstattung, aber das geschieht sehr halbherzig.“

„Ich stelle mir vor, dass es einen Stellenplan in den einzelnen Bundesländern gibt. Das ist Sache der politischen Verhandlungen und kann auch regional aus den Bundesländern herauswachsen. Die wissen, was sie wo brauchen. Das Ganze sollte nicht zu zentrenspezifisch sein. Die Psychotherapeuten-Konzentration in den Städten ist sehr hoch, aber am Land gibt es wenig Angebote.“

3.6.3 Organisatorische Rahmenbedingungen

Hinsichtlich der organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen der ZusatzfachärztInnen für Psychosomatische Medizin wurden geeignete Ausbildungsstätten mit qualifiziertem Lehrpersonal (so wie bei den Ausbildungen zu den bestehenden Zusatzfächern) gefordert. Die Ausbildung müsse vor Ort in den Kliniken stattfinden und es müsse vor allem auch für AllgemeinmedizinerInnen möglich sein, diese Ausbildung zu absolvieren. (Wie schon erwähnt können seit 18. August 2010 auch AllgemeinmedizinerInnen ein Zusatzfach in Österreich erwerben!) Das Ausbildungspersonal solle nur aus LehrtherapeutInnen mit langjähriger klinischer Erfahrung bestehen.

Es gäbe schon einige psychosomatische Kliniken und Institutionen mit interessanten Modellen, auf die man zurückgreifen könne. Man benötige entsprechende Strukturen für die klinischen Abteilungen wie für jedes andere Zusatzfach. Eine Interne Station könne das beispielsweise anbieten. Grundsätzlich wurden diverse Möglichkeiten für die Krankenhäuser angedacht, so z. B. eine eigene Abteilung für Psychosomatische Medizin oder eine Abteilung mit zusätzlichem Schwerpunkt für Psychosomatik oder die Umsetzung der Betreuung von PatientInnen in Form von Konsiliar-Liaisondienst. Die Ausbildung sollte praxisnah stattfinden und eine fixe Ausbildungszeit (ca. 6 Monate) in der niedergelassenen Praxis enthalten, um die wichtige Kontinuität der Betreuung von psychosomatisch erkrankten PatientInnen und deren Angehörigen zu erlernen. Dadurch soll die Integration von Medizin und Psychologie / Psychotherapie erfolgen. Die dafür anerkannten Lehrpraxen sollten Qualitätsstandards aufweisen: LehrtherapeutIn, BalintgruppenleiterIn.

Zu Beginn der neuen ZusatzfachärztInnenausbildung müsse es Übergangsregelungen geben. Man solle auch die Strukturqualitätskriterien für Psychosomatische Medizin einbinden.

Weiters wurde angeregt, dass es ein wissenschaftliches „Board“, d. h. eine Fachgruppe oder Fachvertretung in der Ärztekammer für das Zusatzfach geben müsse, so wie für jedes andere Fach. Diese Fachgruppe solle für die Qualitätssicherung zuständig sein.

„Ähnlich wie für die Fachärzte sollte es eine Ausbildung mit Vorträgen und „Fallbeispielen“ mit Praktika in einschlägigen Einrichtungen geben. Davon gibt es immer mehr.“

„In Wien gibt es eine Abteilung für Psychosomatik der Inneren Medizin bei den Barmherzigen Schwestern. Das ist ein Vorzeigemodell. Die bieten stationäre Psychotherapie in unterschiedlichen Settings an. Die Patienten werden dort in einem 8-Wochen-Block intensiv betreut. Das ist ein internistischer Schwerpunkt mit psychosomatischer Behandlung durch Internisten, Psychiater, Psychotherapeuten und Psychosomatikschwestern mit eigenem Ausbildungslehrgang. Es gibt dort auch eine tagesklinische psychosomatische Behandlung für die Dauer von 8 Wochen.“

„Es gibt einen Psychokardiologie-Schwerpunkt am Hanusch-Krankenhaus. Ein Schwerpunktleiter, eine Psychologin und eine Psychotherapeutin betreuen die Kardiologie. Die machen eine eingeschränkte ambulante Versorgung von Patienten und Konsiliar-Liaison.“

„An der Grazer Uniklinik wird die Betreuung vom Institut für Psychologie gesteuert. Da werden Psychotherapeuten in die Abteilungen geschickt. Es gibt dort eine integrierte Versorgung.“

„Es gibt unterschiedliche Versorgungsmöglichkeiten. Man hat entweder eine Abteilung für Psychosomatik wie bei den Barmherzigen Schwestern oder einen Schwerpunkt für Psychosomatik wie im Hanusch-Krankenhaus oder man macht Konsiliar-Liaison als externes Modell wie an der Uniklinik Graz.“

„Die Krankenhausträger müssen Psychotherapie anbieten. Sie müssen Zusatzfachärzte anstellen. Die Fertigkeiten müssten innerhalb der Kernarbeitszeit praktisch umgesetzt werden.“

„Es muss vor Ort ausgebildet werden. Zur Psychosomatik gehört auch laufende Supervision.“

„Man bräuchte ein wissenschaftliches Board oder so etwas in der Richtung, wie eine Fachgruppe. Jedes Fach in der Medizin hat eine Fachvertretung in der Ärztekammer. Für das Zusatzfach Psychosomatische Medizin sollte es auch ein Fachgremium geben, das sich mit Qualitätssicherung befasst.“

„Man sollte eine strukturierte Ausbildung anbieten und nicht die PSY-Diplome als Vorlage benutzen, weil die meiner Meinung nach nicht ausreichen.“

„Es muss Ausbildungsermächtigungen geben für Institutionen, Kliniken, Abteilungen, genauso wie für

niedergelassene Lehrpraxen. Die sollen die Lehrberechtigung nach gewissen Kriterien wie Größe, Bettenzahl, Personal oder Weiterbildungsangebote bekommen. Dazu sollte es noch Angebote für Selbsterfahrung außerhalb geben. Ich plädiere dafür, die Kompetenzvermittlung weniger in Instituten, sondern mehr in Kliniken zu verankern. Dort arbeitet man mit Patienten. In Instituten kann man nicht direkt am Patienten lernen.“

„Die Institutionen, die die zukünftigen Zusatzfachärzte ausbilden, müssen wissen, was sie tun. Da überschneidet sich die politische mit der Kompetenzdimension. Die Psychiater glauben, sie können schon alles, und dann fehlt die Verknüpfung zur somatischen Medizin mit psychischer Kompetenz. Wie z. B.: Störungsbilder wie Fibromyalgie in der Rheumatologie, Reizdarmsyndrom in der Gastroenterologie oder Pelvipathie in der Gynäkologie. Wenn man sagt, dass nur die psychiatrischen Kliniken die Ausbildungshoheit haben und ja eh schon ausbilden, dann verwischt sich der Unterschied zwischen dem neuen Zusatzfach und dem Facharzt für Psychiatrie. Man muss daher sehr aufpassen, dass die Psychiatrie nicht pro forma das Ausbildungsrecht bekommt, ohne die Ausbildung weiter zu spezifizieren.“

„Es gibt viele Institutionen, die Fortbildungen und Weiterbildungen anbieten und Interesse daran haben, das alles in der jetzigen Form durchgeführt wird. Das führt zu Unübersichtlichkeit, Konkurrenz und ökonomischem Denken.“

„Bei den PSY-Weiterbildungsdiplomen ist derzeit die klinische Ausbildung nicht zwingend. Es sollten daher nur Leute mit klinischer Erfahrung und absolvierten PSY-Diplomen unterrichten.“

„Die primäre psychosomatische Versorgung sollte durch die Allgemeinmedizin erfolgen, die ja seit 18. August 2010 Zusatzfächer machen dürfen.“

„Die jetzige PSY-Diplomweiterbildung sollte für Allgemeinmediziner von Beginn des Medizinstudiums an berufsbegleitend mitlaufen. Nach 5–6 Jahren macht man den Abschluss und dann das Zusatzfach.“

„Während der Zusatzfachausbildung sollte eine Anstellung in einem Krankenhaus gewährleistet sein. Der Erwerb der Kenntnisse sollte in der Kernarbeitszeit erfolgen.“

„Der Knackpunkt ist die ausreichende Versorgung mit einem psychosomatischen Dienst. Wir brauchen deutlich mehr als im Strukturplan vorgesehen ist.“

3.6.4 Länder mit Vorbildwirkung

Die InterviewpartnerInnen wurden nach Ländern gefragt, die im Hinblick auf entsprechende Ausbildungen im Bereich der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin vorbildlich seien. Genannt wurden hierzu:

- Deutschland, vor allem Bayern
- Japan
- Lettland
- Litauen
- Niederlande
- Österreich (PSY-Diplome als Vorläufermodell)
- Schweiz
- skandinavische Länder
- Slowakei
- USA/Kanada

„Die längste Tradition gibt es seit 1992 in Deutschland.“ „Ich denke, Deutschland ist vorbildlich.“

„Die Amerikaner und Kanadier haben ein hervorragendes psychosomatisches Curriculum.“

„Es gibt in Japan ein Fachgebiet für Innere Medizin und Psychosomatische Medizin als ein zusammenhängendes Fach.“

„Litauen hat nach der Wende das Gesundheitswesen neu organisiert und sich am deutschen Modell orientiert.“

„Wir sind in Österreich mit den PSY-Diplomen für eine Grundversorgung vorbereitet, allerdings ohne Umsetzung einer guten Strukturierung. Die Vorarbeit ist getan. Es fehlt die Verankerung“

„Man darf den Schwerpunkt nicht nur auf die klinische Ausbildung legen. Man sieht in der niedergelassenen Praxis andere Dinge als in der Klinik. Beide Erfahrungen sind notwendig.“

„Das Lehrpersonal muss aus Lehrtherapeuten bestehen, die ein PSY3-Diplom und mindestens 3 bis 5 Jahre lang mit Patienten gearbeitet haben müssen bzw. wissenschaftliche und didaktische Tätigkeiten nachweisen können.“

3.7 Defizite durch das fehlende Zusatzfach

Auf die Frage, ob es durch die noch nicht vorhandene Ausbildung Defizite bzw. einen nicht abgedeckten Bedarf zu bemerken gebe, zählten die ExpertInnen folgende Defizite auf:

- Es gebe zu viele somatische Untersuchungen, die mit ständigen Wiederholungsuntersuchungen im technischen Bereich einhergehen, ohne dass mit den PatientInnen gesprochen werde.
- Im niedergelassenen Bereich gebe es zu wenig psychotherapeutisch tätige ÄrztInnen. Eine Folge davon sei die späte Versorgung von PatientInnen und hohe Kosten für teure Einrichtungen.
- Die umfangreiche Esoterik- und Alternativszene verweise auf ein Versagen der klassischen Medizin, denn viele Menschen würden derzeit in die Alternativmedizin flüchten.
- Gesprächstherapien werden im psychoonkologischen Bereich nur in den Krankenhäusern und Zentren angeboten, aber nicht in den Familien, die miteinbezogen werden müssten.
- Eine generelle Fehlallokation der Mittel führe zu einem erhöhten Angebot im Bereich stationärer und zu einem geringen Angebot von primärer Versorgung.
- Derzeit gebe es keine ausreichende psychotherapeutische Versorgung von PatientInnen mit schweren oder chronischen Erkrankungen.
- Es gebe nicht ausreichend Fachkräfte auf dem Markt.
- PatientInnen, die psychosomatisch krank sind, würden durch das Netz fallen und im Umgang mit ihrer Erkrankung völlig allein gelassen werden.

„Eine kinderpsychotherapeutische Versorgung ist inexistent, wie z. B. bei Kopf- oder Bauchschmerzen oder anderen Problemen. In Tirol gibt es einen einzigen niedergelassenen Kinder- und Neuropsychiater und 6 stationäre Betten an der Kinderklinik für 600.000 Menschen.“

„Wenn Sie einen Diabetiker ansehen, der nicht einstellbar ist und eine hohe Komplikationsrate hat, und Sie sprechen mit ihm, dann werden Sie auf Esssucht oder psychische Probleme stoßen. Angespannte und gestresste Menschen haben oft Probleme wie Bluthochdruck, Magengeschwüre, Reizdarm, Migräne, Thoraxdruck oder Tinnitus.“

„Die Psychosomatische Medizin hat noch keinen guten Stand in Österreich. Wenn ich an die Kardiologie denke oder an Bypasspatienten, dann müsste es selbstverständlich sein, dass ein Arzt für Psychosomatische Medizin im Team ist, nicht nur Konsulenten.“

„Wenn einer ein Burn-out hat und wir haben nur 20 Betten, dann geht er in eine der zwei Psychosomatik-Klinken mit jeweils 100 Betten. Das ist dann eine Langzeittherapie und kostet ein Vermögen, statt dass er vorher im niedergelassenen Bereich beim Allgemeinmediziner behandelt würde.“

- Das ärztliche Gespräch werde im Gegensatz zu allen anderen Untersuchungen sehr schlecht bezahlt. Da keine kostendeckende Arbeit möglich sei, gebe es wenig Interesse an PSY-Diplomen bzw. deren Anwendung.
- Die psychotherapeutische Versorgung der österreichischen Bevölkerung sei mangelhaft – speziell im Bereich der Kinder und Jugendlichen.
- Es gebe zu wenige AllgemeinmedizinerInnen und zu wenige FachärztInnen mit psychosomatischer Qualifikation. Dadurch komme es zu einer sehr „späten“ Versorgung der PatientInnen und als Folge davon oft zu Langzeittherapien in teuren Einrichtungen.
- Die PatientInnen würden keine Antworten auf die Probleme erhalten, um die es wirklich geht, und machten daher viel zu viele Untersuchungen.
- Medikamente werden als Ersatz für „therapeutische Beziehung“ verschrieben, 60 % davon würden im Müll landen.

„Die Patienten machen viel zu viele Untersuchungen. Das verursacht unglaublich hohe Kosten. Die laufen herum und niemand will sie letztendlich haben. Es geht ihnen schlecht – und den Medizinern auch, weil sich beide Seiten hilflos fühlen.“

„Es gibt in allen Bereichen klare Defizite: z. B. in der Kardiologie, wo nur die organische Schiene berücksichtigt wird. Der Bereich chronischer Unterbauchschmerz wird sehr stark mit Psychodynamik

verknüpft, Beziehungsproblematik, Angst vor oder Wunsch nach Schwangerschaft oder mit traumatisierenden Erfahrungen. Da wird alles gemacht, nur nicht „geredet“. [...] Ganz ähnlich verhält es sich bei der Traumatologie: Wenn jemand einen Unfall hatte, muss man ihm jemanden an seine Seite stellen. Ein gewisser Prozentsatz entwickelt ein posttraumatisches Störungssyndrom. Auch im Bereich der Unfallchirurgie ist das wichtig. Chronische Patienten leiden, ein wesentlicher Teil ist nicht abgedeckt und wird nur medikamentös behandelt.“

„Die Patienten brauchen viel mehr Aufklärung und müssen verstehen lernen, dass sie etwas dagegen tun können, wenn es ihnen seelisch (emotional) schlecht geht.“

3.8 Bedarf und Indikation für eine psychosomatische Konsiliar/Liaison-Versorgung

Aufgrund von Untersuchungen zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung lässt sich sagen, dass bei mindestens 1/3 aller KrankenhauspatientInnen mit somatischen Beschwerden definierte psychosomatische Störungen bestehen, die häufig nicht erkannt und nicht angemessen berücksichtigt werden. Dazu kommen andere behandlungsrelevante psychosoziale Probleme. Wenn sowohl der Behandlungswunsch des/r PatientIn als auch der durch ExpertInnen geschätzte Bedarf zugrunde gelegt wird, ergibt sich eine Indikation für ein psychosomatische Konsiliar/Liaison-Versorgung bei mindestens 5 % aller stationären PatientInnen. Die Schätzung bezieht sich auf Allgemeinkrankenhäuser. In Schwerpunktkrankenhäusern, wie das LKH - Universitätsklinikum Graz, ist aufgrund der besonderen PatientInnenselektion ein wesentlich höherer Bedarf anzunehmen.

Die hohe Zahl der Zusatzdiagnosen (F-Diagnosen des ICD-10) ist ein deutlicher Hinweis auf den hohen Bedarf.

3.9 Bedarfseinschätzung für Österreich bzw. die eigene Institution

Grundsätzlich wurde der Bedarf für eine FachärztInnenausbildung als Zusatzfach für Psychosomatische Medizin von den ExpertInnen als gegeben bewertet (mit Ausnahme des Vertreters der Fachgruppe Psychiatrie), die Bewertungen reichten dabei von „wünschenswert“ über „dringend“ bis zu „sehr dringend“. Die Mehrheit der InterviewpartnerInnen, die konkrete Bedarfsschätzungen machten, tat dies in Form von Prozent- oder Zahlenangaben. Dabei gab es auch grundsätzliche Bedarfszahlen für die Bevölkerung von ExpertInnen aus Deutschland bzw. der Schweiz. Eine sehr konkrete Schätzung wurde für Kärnten vorgenommen, die hier exemplarisch angeführt wird:

Man bräuchte in jeder Versorgungseinheit eine Person mit einer solchen Zusatzausbildung. Für Kärnten wären das 50 Betten nur im stationären Bereich und mindestens 6 ZusatzfachärztInnen, die stationär nur in der Psychosomatischen Medizin arbeiten und in anderen Krankenhäusern Konsiliardienste machen würden. Weiters bräuchte man in jeder größeren Versorgungseinheit eine Person, also noch einmal 24 FachärztInnen (InternistInnen oder PsychiaterInnen), die aktiv im Zusatzfach Psychosomatische Medizin tätig sind; und dann noch einmal so viele, also zirka 24 Personen, die in der Ausbildung sind und dann in den niedergelassenen Bereich gehen würden. Dann bräuchte man für Kärnten noch zirka 12 tagesklinische Betten und dafür noch einmal 4 ZusatzfachärztInnen. Auf den jeweiligen Fachambulanzen sollte es in jedem Krankenhaus eine psychosomatische Fachambulanz geben, die wie eine Diabetes-Ambulanz mitlaufen und vom Kollegen bzw. von der Kollegin, der/die die Station betreut, mitbetreut werden. Die Rehabilitationseinrichtungen sollten nur die letzte Möglichkeit darstellen, da die PatientInnen dort zur Chronifizierung neigen würden. Außerdem gebe es zu lange Wartezeiten im Akutfall.

Die folgenden Zitate beschreiben allgemeine Bedarfseinschätzungen der befragten ExpertInnen:

„Es gibt derzeit zirka 500 Fachärzte für Psychiatrie und 7.000 Psychotherapeuten. Man bräuchte zirka 1.500 bis 2.000 Ärzte mit Psychosomatischer Medizin Zusatzausbildung.“

„Es gibt zirka 6.000 Allgemeinmediziner. 8 bis 10 Prozent davon sollten das Zusatzfach machen. Es wäre ein großer Fortschritt, wenn es österreichweit flächendeckend in den Bezirken Leute gäbe, die auf das Thema Psychosomatische Medizin spezialisiert sind.“

„Man muss zwischen der Grundversorgung und dem Zusatzfacharzt differenzieren. Wir brauchen viele Ärzte in der psychosomatischen Grundversorgung, ich schätze mehrere tausend. Bei den Fachärzten würden wir mit 300 bis 400 Zusatzfachärzten auskommen, die in Kliniken, niedergelassenen Praxen und in der Wissenschaft zur Verfügung stehen.“

„In den Studien heißt es immer, der Bedarf liegt bei 40 Prozent. 10 Prozent laufen dabei unter Selbstheilern, aber 30 Prozent brauchen unbedingt fremde Hilfe.“

„Es gab einen Strukturplan des Gesundheitsministeriums der Abteilung ÖBIG. Dort ist genau aufgelistet, ab wie viel Betten eines Krankenhauses es auch ein psychosomatisches Therapieangebot geben soll.“

„Die ‚Psychoszene‘ ist gigantisch. Daraus resultiert eine Überbewertung der eigenen Wichtigkeit. Das ergibt dann einen Bedarf für 30 bis 40 Prozent der Patienten. Welche Notwendigkeit gibt es wirklich? Da wird mit Zahlen Berufspolitik betrieben.“

„Es gibt eine Studie aus dem Jahr 2005 und 2009 von der EU. Das ist eine multinationale Erhebung zur Inzidenz der psychosomatischen Erkrankungen. Zwischen 20 und 26 Prozent haben demzufolge je nach EU-Land Bedarf.“

„Ich sage, der Schlüssel ist 1:1. Ein Chirurg und ein Psychosomatischer Mediziner, ein Internist und ein Psychosomatischer Mediziner. Ich will nicht, dass die Psychosomatischen Mediziner „Alibikollegen“ sind wie die Psychologen.“

In den konkreten Bedarfseinschätzungen wurde zwischen stationärem, tagesklinischem und ambulantem sowie extramuralem bzw. niedergelassenem Bereich differenziert. Einzelne Bedarfsnennungen hierzu:

Stationärer Bereich:

„Sehr hoch.“

„25–30% aller PatientInnen in Krankenhäusern.“

„Im Prinzip gäbe es auf jeder Abteilung eines größeren Krankenhauses Bedarf. Man bräuchte 2 stationäre Einrichtungen pro Bundesland.“

„Bei einer Bevölkerungsanzahl von 10.000 Menschen bräuchte man 1–2 Zusatzfacharztstellen.“

„Wie hoch der Bedarf wirklich ist, ist schwer zu sagen.“

„Der Bedarf liegt bei ca. 20%.“

„Bei 20 Prozent der Patienten wäre es ein wesentlicher Gewinn, wenn man von Anfang an die psychosomatische Schiene berücksichtigen würde.“

„20 bis 30 Prozent.“

„Im stationären Bereich liegt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei zirka 4–6 Tagen. Wenn man weiß, wie viel Zeitaufwand Psychotherapie und Psychosomatische Medizin bedeuten, dann kann das nicht in dieser Zeit erfolgen. In 5 Tagen ist man psychotherapeutisch nicht behandelbar.“

„Es sollte in jedem Krankenhaus eine psychosomatische Fachambulanz geben, die genauso abläuft, wie z.B. eine Diabetesambulanz, wo der Kollege von der Station die Ambulanz mitbetreut.“

„Der stationäre Bereich hat einen geringeren Bedarf als der niedergelassene Bereich. Auch ist der Bedarf in der Orthopädie z.B. höher als in der Chirurgie.“

Tagesklinischer Bereich:

„Sehr hoch.“

Ambulanter Bereich:

„Sehr hoch.“
„30 Prozent.“

Extramuraler bzw. niedergelassener Bereich:

„Sehr hoch.“
„25 % der PatientInnen.“
„Es sollte in jedem größeren Bezirk mindestens einen Zusatzfacharzt bzw. eine Zusatzfachärztin für Psychosomatische Medizin geben, die nur das macht. Man muss sich an die regionalen Gegebenheiten anpassen.“
„Man braucht so viele ZusatzfachärztInnen wie möglich.“
„Bei den niedergelassenen Ärzten ca. 40 bis 60 Prozent.“
„Ich schätze die Zahl auf 20 bis 50 Prozent.“
„20 bis 30 Prozent.“
„Ich schätze, dass bei mir der Bedarf an die 30 Prozent beträgt.“

„Die Erkrankungen, die durch psychische und soziale Störungen mitbeeinflusst sind, machen zwischen 40 und 80 Prozent aus. Bei den Gastroenterologen erklären 80 Prozent der Befunde die Beschwerden nicht.“
„Die ÖGAM [Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Anm.] sagt, dass jeder Allgemeinmediziner ein PSY2-Diplom machen sollte.“
„In der Vorsorge und in der Nachsorge gibt es einen hohen Bedarf.“
„Im niedergelassenen Bereich ist die Devise: so viel wie möglich! Jeder zweite Arzt sollte geschult sein.“
„Der ÖBIG-Plan ist überhaupt nicht umgesetzt worden. Dieser Strukturplan wurde verlagert. Das Ministerium hat für Österreich 450 Betten der Psychosomatischen Medizin stationär zugeordnet. Diese sind in zwei psychosomatischen Großkliniken konzentriert worden. Damit haben die Schwerpunktkrankenhäuser kein Pouvoir mehr gehabt, um Psychosomatische Medizin selbst aufzubauen. Das war ein Politikum und sehr dramatisch. Es wäre wichtig, in den Schwerpunktkrankenhäusern den Bedarf noch einmal zu errechnen. Wenn es 1.000 Betten gibt, muss eine gewisse Anzahl X für Psychosomatische Medizin gewidmet werden, um eine Betreuung zu gewährleisten.“

Auf die Frage, wie viele PatientInnen im persönlichen Umfeld jährlich eine Behandlung durch qualifizierte FachärztInnen mit der Zusatzausbildung benötigten, wurden folgende Anmerkungen gemacht:

„1.200. Das ist Anzahl der PatientInnen, die bei uns behandelt werden. Nur in unserer Klinik könnten wir noch 1.000 PatientInnen an qualifizierte Praxen weitervermitteln.“
„Wir sind ein peripheres, internistisches Krankenhaus mit 60 Betten, davon sind 20 Betten immer voll für psychosomatische Behandlung. Auch auf der Geriatrie und auf der Internen brauchen 30–50 % psychosomatische Hilfe.“
„Etwa 25 %.“
„Zirka 5–10 % der PatientInnen in meiner Praxis.“
„25 %.“
„Zirka 25-30 % meiner PatientInnen sind PsychosomatikerInnen.“
„30-40 %.“
„3.000 Personen.“
„Pro Jahr behandeln wir stationär 3.000 Personen und ambulant 1.000.“
„Bei ungefähr einem Viertel bis einem Drittel meiner Patienten besteht Bedarf.“
„20 bis 30 Patienten pro Jahr oder zirka 5 bis 10 Prozent.“

„Die Zahl der Hilfesuchenden wird jährlich mehr. Ich kann keine Zahlen nennen.“
„Das Zusatzfach fehlt einfach. Ein normaler Internist braucht Kompetenz und sollte diese erwerben. In der Ausbildungsordnung der Ärztekammer steht sogar, dass er sich die psychosomatischen Kompetenzen erwerben sollte.“

Resümee der ExpertInnengespräche siehe Seite 46.

3.10 Beschäftigungsmöglichkeiten für AbsolventInnen der ZusatzfachärztInnenausbildung

Bei den Beschäftigungsmöglichkeiten von ZusatzfachärztInnen für Psychosomatische Medizin waren sich alle ExpertInnen (Ausnahme Psychiater) darin einig, dass es eine Vielzahl von Beschäftigungsformen gebe, denn Bedarf sei überall vorhanden. Die Mehrzahl der ÄrztInnen werde nach abgeschlossener Zusatzausbildung die erlangten Zusatzfachkenntnisse im eigenen Sonderfach oder in der allgemeinmedizinischen Praxis anwenden. Es werde und müsse aber auch konkrete Arbeitsplätze für den Bereich Psychosomatische Medizin im klinischen Bereich geben, wie z. B. auf direkten psychosomatischen Fachabteilungen, in Tageskliniken, Ambulanzen oder im Konsiliardienst. Auch in den Krankenkassen-Ambulatorien werde es Bedarf an GutachterInnen geben, die sich speziell mit dem Bereich Erhaltung der Arbeitsfähigkeit befassen werden, vor allem in der Allgemeinmedizin, der Rheumatologie, Orthopädie, Pädiatrie:

- in Rehabilitationseinrichtungen
- in Krankenhäusern
- im Bereich der Arbeitsmedizin
- in Ambulatorien der Krankenkassen, wie z. B. in Begutachtungseinrichtungen der PVA
- als Kassen- und PrivatärztInnen
- in öffentlichen Institutionen, die sich z. B. mit Jugendarbeit beschäftigen
- im niedergelassenen Bereich
- in jeder Gesundheitseinrichtung
- in Beratungsstellen
- in psychosomatischen Kliniken
- in Betrieben
- an allen Kliniken im Konsiliardienst
- in Schwerpunktkrankenhäusern
- im ambulanten, stationären, tagesklinischen und niedergelassenen Bereich
- auf einer Kardiologie, Pulmologie, Nephrologie, Gynäkologie, Inneren Medizin, Dermatologie u. a. m.

„Das Zusatzfach gehört in alle Ausbildungen integriert. Von 10 praktischen Ärzten sollten 2 das Zusatzfach haben. Wenn es alle haben, ist es auch gut.“

„Derzeit gibt es nur „Alibipsychologen“, die manchmal zu Rate gezogen werden. Es geht um einen völlig neuen Zugang, nämlich die Psychosomatische Medizin als selbstverständlicher Teil der Diagnostik und Medizin.“

„Ich finde ab und zu jemandem mit PSY-Diplom, aber das ist viel zu wenig“

3.11 Erwartete Vorteile / Nachteile durch die Einführung der Zusatzfachausbildung

Auf die Frage, welche Vorteile bzw. welchen Nutzen sich die InterviewpartnerInnen von der Einführung der Zusatzfachausbildung erwarten bzw. ob bzw. welche Nachteile zu erwarten gebe, wurden zunächst die folgenden Vorteile genannt:

- Abkürzung der Behandlungszeiten
- Menschen werden gesünder alt und ersparen sich wieder Kosten
- Reduktion auf einige anerkannte Methoden statt des Überangebotes von Therapien
- eine strukturierte und standardisierte Ausbildung
- gezieltere Überweisungen zur Psychiatrie und zur Psychotherapie
- höhere Lebensqualität
- ökonomische Vorteile
- strukturierte Angebote

„Man würde die Tabuisierungen von psychosomatischen Erkrankungen wegbringen und einen Schritt in die Normalität erreichen. Wenn sich einer ein Bein bricht, wird er bemitleidet. Wenn jemand sagt, er hat psychosomatische Probleme, dann laufen alle weg.“

„Vor 10 bis 15 Jahren war die Psychotherapie das Allheilmittel aller Krankheiten. Die Gurus haben erklärt, man könne alles mit Reden regeln. Das war natürlich ein Irrtum.“

„Heute geht man zum Psychologen oder Psychotherapeuten, der sich aber oft nicht in der Organmedizin auskennt. Deswegen soll es die Psychosomatische Medizin geben. Hier gibt es dann einen Arzt, der sich mit Psychosomatischer Medizin professionell (theoriegeleitet und forschungsgegründet) beschäftigt. Damit würden viele parapsychologische Angebote abnehmen.“

- Behandlung des Menschen als Körper-Seele-Geist-Subjekt von einer Fachkraft
- bessere Verankerung der psychosozialen Therapien in der Medizin
- Vermittlung eines realen Bilds der psychotherapeutischen Möglichkeiten
- eine allgemeine Verbesserung des österreichischen Gesundheitswesens bzw. der Gesundheitsversorgung
- Einsparungen bei Medikamenten und Vielfachuntersuchungen
- gesellschaftliche Aufwertung, Entmystifizierung psychosomatischer Probleme
- höhere PatientInnenzufriedenheit, vor allem an den Krankenhäusern
- höhere Zufriedenheit von ÄrztInnen und Pflegepersonal
- kürzere Krankheitsverläufe
- mehr Fachkräfte für Österreich
- mehr Prävention für die Bevölkerung
- PatientInnen können Fachleute ansprechen, die für ihre Probleme ausgebildet sind
- Spezialisierung der Forschung im Bereich Psychosomatik
- Verbesserung der Behandlungsqualität
- Verbesserung der medizinischen Qualität

Mögliche Nachteile, die angesprochen wurden, sind:

- Durch Einführung des Zusatzfaches Psychosomatische Medizin werde die Etablierung eines Facharztes für Psychosomatische Medizin verhindert.
- Die dadurch abnehmende Anzahl an medizinisch-technischen Untersuchungen wie z. B. Magnetresonanzen etc. für die jeweiligen FachärztInnen.

„Der Zusatzfacharzt ist eine Kompromissformel. Man wird es dann dabei belassen und damit nicht den Facharzt für Psychosomatische Medizin erreichen.“

„Für diejenigen, die das PSY-Diplom schon haben und im Beruf stehen, wird es schwierig werden, für die Zusatzfachausbildung die Ausbildungsbestandteile im Krankenhaus nachzumachen.“

3.12 Mögliche Finanzierungsmodelle der durch die ÄrztInnen mit dieser Zusatzfachausbildung erbrachten Leistungen im ambulanten und stationären Bereich

In mehreren Gesundheitssystemen, so auch im österreichischen, wurden in den letzten Jahren vor allem für den stationären Bereich, aber in einigen Ländern auch für den ambulanten Bereich Fallpauschalen oder Honorare für psychosomatische Leistungen definiert. Diese Bewertung von psychosomatischen Leistungen ist als klarer Hinweis für die Anerkennung dieser Leistungen zu sehen, wobei die Strukturqualität ausgedrückt, z. B. durch entsprechende fachliche Qualifikationen der Leistungserbringer, in einigen Systemen eine wichtige Rolle spielt.

Eine Schwierigkeit bei der Untersuchung des Bedarfs und der Kosten-Nutzen Relation von psychosomatischen Leistungen stellt derzeit die Abgrenzung zu psychiatrischen Leistungen dar. Ein weiteres Problem ist, dass psychosomatische Erkrankungen häufig nicht rechtzeitig diagnostiziert werden und ein hoher Prozentsatz dieser PatientInnen in Versorgungseinrichtungen, z. B. internistischen Abteilungen behandelt wird, wo oft kein adäquat ausgebildetes Personal zur Verfügung steht.

Zur Frage nach der möglichen Finanzierung der Ausbildung steuerten die GesprächspartnerInnen unterschiedliche Ideen bei. Psychosomatische und psychotherapeutische Leistungen müssten grundsätzlich klar definiert und wie alle anderen Leistungen im stationären und wegen der Diagnostik und weiterführenden Behandlung auch im ambulanten Bereich honoriert werden. Dabei wurde auch angedacht, einen gewissen Selbstbehalt mit einer Abfederung von sozialen Härtefällen einzuführen.

„Für die Alternative Medizin wird extrem viel Geld bezahlt. Ein gewisser Selbstbehalt, wie z.B. beim Zahnarzt für die Mundhygiene, ist heute selbstverständlich und wäre gut für die Eigenverantwortung der Patienten.“

„In der gegenwärtigen Situation ist das mit Sicherheit nicht zu bezahlen.“

„Was wir an Chemikalien für Therapien bezahlen müssen, würde sich reduzieren, wenn die Psychosomatische Medizin ein Bestandteil der Therapie wäre. Derzeit versucht man, mit Präparaten das Symptom in den Griff zu kriegen.“

„Bei der Gesprächsleistung muss derzeit das Gespräch außerhalb der Ordinationszeit stattfinden und soll maximal 20 Minuten dauern. Das ist absolut untauglich, denn der Patient will in der Ordination sprechen und nicht außerhalb. Keine medizinische Leistung darf zusammen mit einer psychosomatischen Therapie verrechnet werden.“

„Das Geld von den Krankenkassen ist gedeckelt. Wenn wir Geld für ein Gespräch haben möchten, muss jemand anderer weniger kriegen. Sämtliche Honorartöpfe sind gedeckelt und dürfen nicht erhöht werden. Der Kuchen wurde vom Ministerium in die Ärzteschaft übertragen, die sich jetzt darum streitet.“

„Die Kosten werden nicht sofort sinken. Es gibt einen hohen Nachholbedarf. Das wird erst nach einer gewissen Zeit passieren. Das Hauptkriterium muss die Verbesserung der Versorgungsqualität für die Bevölkerung sein.“

Ein/e InterviewpartnerIn war der Ansicht, es werde zu keinen Zusatzkosten kommen, da die meisten ÄrztInnen bereits in ihrem regulären Job bezahlt würden und ihre Kenntnisse aus dem neu erworbenen Zusatzfach einfach nur anwenden müssten. Dazu wurde noch angemerkt, dass es in Österreich eine sehr hohe Anzahl an Krankenhausbetten gebe, von denen man einige zu psychosomatischen Tagesbetten umwidmen solle. Dies würde allerdings Verteilungskämpfe nach sich ziehen, wenn man z. B. Krankenhausbetten auf Internen Stationen zu psychosomatischen Betten umdeklariere, was durchaus angebracht sei. Man könne, laut ExpertInnenmeinung, die Finanzierung des stationären Bereiches über die sog. MEL-Leistungen (Medizinische Einzelleistungen) abwickeln. Dazu müssten allerdings diese Leistungen reevaluiert und auch als Behandlungskomplexe angeboten werden.

„Die stationäre Psychotherapie hat bestimmte Bedingungen. Das ist ein Politikum. Normalerweise darf immer nur beim Psychiater abgerechnet werden. Es gibt Ausnahmen für Internisten, wenn dieser ein interdisziplinäres Team führt. Dann wird stationäre Psychotherapie abgegolten.“

„Es gibt eine Leistung, die für die tagesklinische Betreuung in Verhandlung ist. Es muss eine MEL-Leistung für die psychosomatische, psychotherapeutische Tagesklinik geben. Dann gibt es die Einzelleistung für das psychosomatische Erstgespräch und für das Einzelgespräch in der Konsiliar-Liaison-Arbeit. Im ambulanten Bereich läuft die Kostenabrechnung über die Positionsziffern des Leistungskataloges für medizinische Leistungen im ambulanten Bereich. Bei psychosomatischen Erstgesprächen gibt es noch die Pos. Ziff. 755, 756 und 758. Das ist Einzeltherapie für 30 Minuten, 60 Minuten und für eine Gruppentherapie. Die Pos. Ziff. 91 [für das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch, Anm.] ist nur einmal im Quartal anrechenbar. Bei einem Bedarfsprozentsatz von 25 % der Patienten ist das einfach zu wenig.“

„In unserem System ist alles gedeckelt. Weil nicht genügend Geld vorhanden ist, müsste es auf Kosten anderer freigestellt werden. Das passiert nicht. Auf der anderen Seite gibt es eine Explosion an Ankäufen teuerster medizinischer Geräte.“

„Man sollte sich ansehen, welche Patienten im Krankenhaus die dicksten Krankenakten haben. Da könnte man sehen, dass bei den Personen, die ständig krank sind und bei denen „nichts“ gefunden wird, oft seelische Ursachen ausschlaggebend sind.“

Ein/e Befragte/r war der Ansicht, dass man gewisse ambulante und stationäre Leistungen begrenzen müsse, um neue Leistungen im psychosomatischen Bereich finanzieren zu können. Weiters wurde angemerkt, dass die Leistungen im LKF-System (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung, Anm.) berücksichtigt werden müssten.

„Die Theorie lautet, dass man sich Medikamente und Kosten spart, wenn man Psychotherapie anbietet. Das sind in Wirklichkeit Zusatzmaßnahmen, die nicht das einsparen, was die anderen Dinge kosten.“

„Das Krankenhaus bekommt für eine Diagnose einen bestimmten `Tagsatz` und eine bestimmte Tagesanzahl bewilligt. Wenn dieser `Satz` überschritten wird, muss sich das Krankenhaus eine neue Diagnose einfallen lassen. Das gehört im LKF berücksichtigt. In der `Gesprächsmedizin` ist es notwendig, dass Leistungen zeitbezogen honoriert werden.“

„Vor 12 Jahren stellte sich die gleiche Frage in Deutschland. Finanzierungen wurden entweder aufgestockt oder verschoben.“

„Die Krux im demokratischen System ist, dass wenn etwas Neues dazukommt, jemand anderem Geld weggenommen werden muss. Das sollte vor allem bei den technischen Fächern passieren. Die verdienen am meisten. Ein Radiologe verdient das Doppelte von einem Psychiater. Da muss es eine Umverteilung geben.“

„Aus meiner Sicht ist das ein selbstfinanzierendes Konzept. Was derzeit an Zusatzuntersuchungen gemacht wird, das wird sich nach einiger Zeit reduzieren, und damit würde sich dieser Zusatzfacharzt selbst finanzieren.“

Schließlich wurde noch angemerkt, dass die Leistungen über die gleiche Spitalsfinanzierung abgerechnet werden könnten, wie es derzeit bei den klinischen PsychotherapeutInnen der Fall sei.

„Im Bereich der Psychosomatischen Medizin ist die Debatte über die 2-Klassen-Medizin noch schärfer. Diese Medizin sollte nicht nur die Patienten einschließen, die sich informieren können, sondern vor allem auch diejenigen, die ihre Möglichkeiten nicht kennen. Eine 2-Klassen-Medizin darf in diesem Bereich nicht passieren.“

„Das Gesundheitssystem muss neu gedacht werden. In zehn Jahren wird das passiert sein.“

3.13 Resümee

Abschließend kann festgehalten werden, dass die flächendeckende Versorgung der Gesellschaft mit ZusatzfachärztInnen für Psychosomatische Medizin von allen befragten ExpertInnen als eine wichtige und absolut notwendige Maßnahme zur Gesunderhaltung der österreichischen Bevölkerung angesehen wurde, umso mehr in Zeiten von ansteigenden psychischen Erkrankungen und explodierenden Gesundheitskosten.

Die ZusatzfachärztInnenausbildung für Psychosomatische Medizin wurde besonders für niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen empfohlen, denn diese hätten großteils die Erstkontakte und die Dauerbetreuung der hilfeschenden PatientInnen und könnten durch die Anwendung der Zusatzfachkenntnisse eine entscheidende Rolle bei der Prävention und der Behandlung von psychosomatischen und psychischen Erkrankungen spielen. Durch rechtzeitige Diagnose bzw. Weiterüberweisung könnten dadurch langwierige Untersuchungen und Behandlungen verhindert bzw. verkürzt werden. Aber auch in Krankenhäusern, Tageskliniken und Ambulanzen wäre es dringend angebracht, auf Internen-, Gynäkologischen-, Kinder- und Jugendheilkunde-, Chirurgischen-, Onkologischen, Urologischen-, Dermatologischen-, Augenheilkunde- und HNO - Abteilungen usw. sowie auf Psychiatrischen und Neurologischen Abteilungen ZusatzfachärztInnen für Psychosomatische Medizin zu haben.

Eine Limitation der vorliegenden Studie liegt im Stichprobenselektionsbias der befragten ExpertInnen. Aus einer Anzahl von 30 Personen waren 16 bereit dieses ausführliche Interview nach einer Information im Vorfeld durchzuführen (Anhang 1, Methodik der qualitativen Erhebungen, Seite 84).

4. Akzeptanz- und Kohärenzanalyse

4.1 Einleitung

Die vorliegende Akzeptanz- und Kohärenzanalyse beinhaltet in Kapitel 4.2 zunächst die Definition der Zielgruppe für die zu empfehlende ZusatzfachärztInnenausbildung für Psychosomatische Medizin. In Kapitel 4.3 wird zur Orientierung auf das bisherige hierzu verankerte Weiterbildungsangebot (PSY-Diplomweiterbildung) in Österreich sowie auf dessen Nachfrageentwicklung eingegangen. In Kapitel 4.4 sind vergleichbare Aus- bzw. Weiterbildungsangebote in Europa im Überblick tabellarisch dargestellt, wobei auf Deutschland detaillierter eingegangen wird. Die Analyse schließt mit einer Schätzung des InteressentInnenpotenzials ab (Kapitel 4.5). Es folgt ein erster Entwurf für ein Curriculum des Zusatzfaches Psychosomatische Medizin (Kapitel 4.6) sowie Empfehlungen zur praktischen Umsetzung der Zusatzfacharztausbildung für Psychosomatische Medizin in Österreich (Kapitel 4.7), abschließend folgt ein Resümee (Kapitel 4.8).

4.2 Definition der Zielgruppe

Als potenzielle Zielgruppen für die geplante ZusatzfachärztInnenausbildung werden folgende Personengruppen definiert:

- AbsolventInnen des Medizinstudiums mit oder in 3-jähriger Turnusausbildung mit Interesse an dieser Zusatzfachausbildung
- FachärztInnen aus anderen Fachgebieten mit 5-jähriger oder in FachärztInnenausbildung mit Interesse an dieser Zusatzfachausbildung
- AbsolventInnen der ÖAK-Diplome Psy1, Psy2 und Psy3, die durch diese ZusatzfachärztInnenausbildung eine entsprechende Anrechenbarkeit und Zertifizierung ihrer Fähigkeiten erwerben

Im „Netzwerk Psychosomatik“ sind aktuell 143 AllgemeinmedizinerInnen, 84 ÄrztInnen der Psychiatrie, 22 ÄrztInnen der Internen, 12 ÄrztInnen der Gynäkologie, 43 andere FachärztInnen – insgesamt also 304 Mitglieder eingetragen. Mit Stand Dezember 2012 wurden folgende ÖAK-Diplome verzeichnet:

- 2.230 ÖAK-Diplome für Psychosoziale Medizin
- 1.738 ÖAK-Diplome für Psychosomatische Medizin
- 1.274 ÖAK-Diplome für Psychotherapeutische Medizin

4.3 Bisheriges Ausbildungsangebot in Österreich

Die PSY-Diplome wurden 1989 als postpromotionelle Fort- und Weiterbildungsmöglichkeit für ÄrztInnen aller klinischen Fachrichtungen erarbeitet, 1995 von der Österreichischen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (ÖGPM) nach Umfang und Inhalt auf ein international vergleichbares Niveau ausgebaut und zuletzt im Jahr 2004 den Erfordernissen und Erfahrungen angepasst. Es wurde eine Aufteilung in drei aufeinander aufbauende Diplome vorgenommen (PSY1, PSY2, PSY3), welche allerdings nur in ihrer Gesamtheit absolviert zur erforderlichen und gewünschten vollen psychotherapeutischen Kompetenz führen.

Die Weiterbildung umfasst grundsätzlich die Vermittlung von Kenntnissen (Theorie), von Fertigkeiten und die Vermittlung einer ärztlichen Haltung, die den Menschen als bio-psycho-soziale Einheit versteht.

4.3.1 Inhaltliche Beschreibung

Bislang werden die ÖAK-Diplome „Psychosoziale Medizin“ (PSY1), „Psychosomatische Medizin“ (PSY2) und „Psychotherapeutische Medizin“ (PSY3) angeboten. Diese sollen künftig weiterhin die psychosomatische Kompetenz für eine Grundversorgung darstellen bzw. eine Grundlage für die ZusatzfachärztInnenausbildung für Psychosomatische Medizin sein.

In der ÖAK-Diplomweiterbildung für Psychosoziale Medizin werden „Kenntnisse und Fähigkeiten im Bereich der ÄrztIn-PatientInnen-Kommunikation und des ärztlichen Gesprächs vermittelt“, die auf dem Medizinstudium und der TurnusärztInnenausbildung aufbauen.

Das ÖAK-Diplom „Psychosoziale Medizin“ (PSY1) umfasst 180 Einheiten zu je 45 Minuten und wird am Ende mit einem Kolloquium abgeschlossen. Die Lehrinhalte gliedern sich in folgende Teile:

Tabelle 10: Lehrinhalte des ÖAK-Diploms „Psychosoziale Medizin“ (PSY1)

40 Einheiten Theorie:	Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell
	ÄrztIn-PatientInnen-Beziehung
	Grundlagen der ÄrztIn-PatientInnen-Kommunikation und des ärztlichen Gesprächs
	Biografische Anamnese
	Psychosoziale Einrichtungen
	Gesetzliche Grundlagen
	Sozialmedizinische Grundlagen
40 Einheiten Balint-/Supervisions-Gruppe und Training der ärztlichen Gesprächsführung (Balint-Arbeit und Training jeweils mindestens 15 Einheiten)	
100 Einheiten Praktische Umsetzung im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit mit PatientInnen (100 Einheiten)	
180 Einheiten insgesamt – PSY1	

Quelle: ÖAK-Diplomrichtlinie Psychosoziale Medizin.

In Umsetzung der Ärzteausbildungsordnung 2006 wird seit dem Jahr 2008 eine Fortbildung für Turnus- und AssistenzärztInnen im Bundesland Tirol angeboten. Diese orientiert sich stundenmäßig am Diplom Psychosoziale Medizin. Die Fortbildung wurde in einer Kooperation von PPP Referat der Tiroler Ärztekammer, den LehrtherapeutInnen der Fortbildung PSY 2 (Wissenschaftliche Leitung Ass. Prof. Dr. A. Lampe) und der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie (Univ.-Prof. Dr. G. Schüßler) entwickelt. Die Fortbildung wurde zunächst nur in Krankenhäusern angeboten, die sich an diesem Modell freiwillig beteiligen wollten. Dabei wurde rasch klar, dass die Motivation der Krankenhäuser umso größer war, je weiter diese von den Ressourcen der Universitätsklinik Innsbruck entfernt waren. Die Inhalte wurden in Absprache mit dem Lehrausschuss der Tiroler Ärztekammer (12/2011) und der Arztakademie modifiziert und an die Bedürfnisse der KollegInnen in den stationären Einrichtungen angepasst.

Die Lehrveranstaltungen in den Krankenhäusern statt. Die Lehrinhalte werden durch LehrtherapeutInnen und BalintgruppenleiterInnen der ÖÄK vermittelt. Nach einer Einführungsphase hat sich die Vertretung der TurnusärztInnenvertreterInnen im November 2011 einstimmig für die Fortsetzung des Programms und die Ausrollung über alle Krankenhäuser ausgesprochen. Damit ist nachvollziehbar, dass auch in den Krankenhäusern ein großer Bedarf an der Ausbildung zum Zusatzfacharzt zu erwarten ist.

Tabelle 11: Modifizierte Lehrinhalte des ÖAK-Diploms „Psychosoziale Medizin“ (PSY1), PSY-Turnus-ärztInnen (Tiroler Modell)

40 Einheiten Theorie:	Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell
	ÄrztIn-PatientInnen-Beziehung
	Grundlagen der ÄrztIn-PatientInnen-Kommunikation und des ärztlichen Gesprächs
	Biografische Anamnese, „8-Felder-Modell“, Genogrammarbeit
	Visitengespräch
	Krisen (CALM_Modell)
	Complianceprobleme
	Der fordende Kranke
	Der chronisch Kranke
	Gespräch mit dem Krebskranken (Diagnosemittlung (SPIKES-Modell))
	Gesetzliche Grundlagen
Sozialmedizinische Grundlagen	
40 Einheiten Balint-/Supervisions-Gruppe und Training der ärztlichen Gesprächsführung (Balint-Arbeit und Training jeweils mindestens 15 Einheiten)	
100 Einheiten Praktische Umsetzung im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit mit PatientInnen (100 Einheiten)	
180 Einheiten insgesamt – PSY 1	

Quelle: PPP Referat der Tiroler Ärztekammer (Dr. J. Strauß)

Das ÖAK-Diplom „Psychosomatische Medizin“ (PSY2) umfasst 480 Einheiten zu je 45 Minuten und wird am Ende mit einer schriftlichen Abschlussarbeit, Behandlungsdokumentation (Falldarstellung) abgeschlossen. Die Lehrinhalte gliedern sich in folgende Teile:

Tabelle 12: Lehrinhalte des ÖAK-Diploms „Psychosomatische Medizin“ (PSY2)

80 Einheiten Theorie	Grundlagen der Psychosomatischen Medizin
	Grundlagen seelischer Funktionen (Affekte, Lernen, Gedächtnis, Krankheitsverhalten und -bewältigung, Persönlichkeit, Compliance u.a.)
	Diagnose und Therapie psychosomatischer Störungen im Kindes-/Jugendalter, im Erwachsenenalter und im Alter
	Lebensspannenentwicklung und Krisen
	Grundlagen der ärztlich-psychotherapeutischen Methoden
	Grundzüge der Psychopharmakotherapie
	Krisenintervention und Krisenbetreuung in der ärztlichen Praxis
	Grundlagen der interdisziplinären Kooperation
	Grundlagen der Sexualmedizin und der geschlechtsspezifischen Aspekte in der Psychosomatischen Medizin
	200 Einheiten Selbsterfahrung und praktisch psychosomatischer Fertigkeiten
	Erlernen einer Entspannungstechnik (z.B. autogenes Training, Jacobson) mind. 20 Einheiten; Balintarbeit in kontinuierlicher Gruppe mind. 40 Einheiten
	Supervision (Gruppenarbeit) der psychosomatischen Arbeit (mind. 40 Einheiten)
200 Einheiten Ärztliche Tätigkeit mit PatientInnen unter psychosomatischen Aspekten	
480 Einheiten insgesamt – PSY 2	

Quelle: ÖAK-Diplomrichtlinie Psychosomatische Medizin.

Das ÖAK-Diplom „Psychotherapeutische Medizin“ (PSY3) umfasst 1.870 Einheiten zu je 45 Minuten und wird am Ende mit einem schriftlichen und mündlichen Abschlusskolloquium mit einer Darstellung eigenständiger psychotherapeutischer Arbeit abgeschlossen. Zum Vergleich: Eine fachspezifische Psychotherapieausbildung nach dem österr. Psychotherapiegesetz umfasst mind. 1900 Unterrichtseinheiten. Die Lehrinhalte von PSY 3 gliedern sich in folgende Teile:

Tabelle 13: Lehrinhalte des ÖAK-Diploms „Psychotherapeutische Medizin“ (PSY3)

300 Einheiten Theorie	Allgemeine und basale Theorie (mindestens 45 Einheiten)
	Literaturstudium (25 Einheiten)
	Methodenspezifische Anteile, die sich an den methodischen Hauptströmungen der Psychotherapie (tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische, systemische, humanistische Tradition) orientieren.
	Hauptfach (das in einer psychotherapeutische Tradition vermittelt wird): Theorie und praktische Umsetzung (150 Einheiten) - Einführung, Theorie und Praxis der jeweiligen psychotherapeutischen Methode - Diagnostische Techniken - Therapeutische Kurzzeitmethoden - Therapeutische Langzeitmethoden - Störungsspezifische Therapieansätze - Therapeutische Praxis in verschiedenen Settings (Einzel-, Paar-, Gruppen- und Familientherapie, ambulante und/oder stationäre Versorgung)
	Zusatzfach (Theorie und praktische Umsetzung) (40 Einheiten)
	2 Ergänzungsfächer je 20 Einheiten (Theorie und praktische Umsetzung) 40 Einheiten
150 Einheiten (mind.) Selbsterfahrung und Vermittlung praktisch psychotherapeutischer Fertigkeiten im Hauptfach, diese muss kontinuierlich über 1-2 Jahre erfolgen; davon mind. 50 Einheiten als Einzelselbsterfahrung	
600 Einheiten Ärztliche Tätigkeit unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten, davon mindestens 50 Std. in einem Psychiatrischen Krankenhaus	
100 Einheiten Supervision und/oder Balint-Arbeit zur ärztlichen Tätigkeit unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten	
600 Einheiten Praxis in Psychotherapeutischer Medizin im Hauptfach (mit mindestens 6 dokumentierten Behandlungsfällen, davon 3 über mindestens 40 Stunden)	
120 Supervision der methodenspezifischen Arbeit (120 Einheiten; davon mindestens 30 Einheiten Einzelsupervision)	
1870 Einheiten insgesamt – PSY 3	

Quelle: ÖAK-Diplomrichtlinie Psychotherapeutische Medizin.

4.3.2 Entwicklung der PSY-Diplomweiterbildungen

Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Anzahl der PSY3-Diplome über den Beobachtungszeitraum von 17 Jahren. Gegenüber dem Jahr 1991 mit 227 Diplomen stieg die Gesamtanzahl im Jahr 2008 mit 1.156 Diplomen auf das Fünffache. Die Bundesländer Wien, Niederösterreich und Steiermark hatten den größten Anteil an Diplomen im Jahr 2008 zu verzeichnen, wobei im Bundesländervergleich der Zuwachs vor allem in der Steiermark gegenüber dem Jahr 1991 besonders groß war.

Tabelle 14: Entwicklung der PSY3-Diplome, 1991–2008*

Jahr	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
1991	227	0	3	20	26	1	9	11	24	133
1992	360	0	15	38	30	24	26	20	28	179
1993	449	0	28	43	34	31	27	27	40	219
1994	689	1	66	62	53	59	67	42	47	292
1995	744	3	67	68	61	64	73	44	53	311
1996	792	4	67	74	65	63	75	50	55	339
1997	840	8	66	88	65	63	76	57	54	363
1998	890	8	71	99	68	68	77	56	55	388
1999	890	8	72	96	67	69	90	55	55	378
2000	925	9	76	108	73	69	92	57	54	387
2001	941	11	73	116	75	69	95	58	59	385
2002	950	11	75	117	77	68	100	58	59	385

2003	999	12	77	131	80	71	107	59	58	404
2004	1.044	13	79	153	84	74	115	62	60	404
2005	1.105	14	84	166	91	74	134	62	62	418
2006	1.124	16	79	177	92	77	133	67	63	420
2007	1.146	14	84	187	92	77	138	69	61	424
2008	1.156	15	87	193	92	80	143	69	66	411
Veränd.										
91–08	+929	+15	+84	+173	+66	+79	+134	+58	+42	+278

Quelle: Darstellung nach ÖAK-Daten.

*) Lesehilfe: Ö = Österreich, B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, ST = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien.

Wurde im Burgenland bis zum Jahr 1993 kein Diplom erworben, so stieg die Anzahl bis zum Jahr 2008 auf 15 Diplome. Eine ebenfalls geringe Anzahl an PSY3-Diplomen wiesen die Bundesländer Salzburg und Kärnten mit nur einem bzw. drei Diplomen im Jahr 1991 auf, welche jedoch bis zum Jahr 2008 auf einen prozentuellen Anteil von 7,5 bzw. 7 Prozent stieg (vgl. Tabelle 14).

In der folgenden Tabelle wird auf die Entwicklung der Anzahl an PSY3-Diplom-InhaberInnen im Hinblick auf die letzten acht Jahre des Beobachtungszeitraums eingegangen. Hier zeigt sich, dass es seit dem Jahr 2000 bis 2008 in ganz Österreich einen Zuwachs von rund 30 % an PSY3-Diplom-InhaberInnen gab. Besonders stark war der Anstieg in Wien, welcher innerhalb des Zeitraums von acht Jahren rund 40 % betrug.

Tabelle 15: Entwicklung der PSY3-Diplome in den Jahren 2000–2008*

Jahr	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
2000	925	9	76	108	73	69	92	57	54	387
2005	1.105	14	84	166	91	74	134	62	62	418
2006	1.124	16	79	177	92	77	133	67	63	420
2007	1.146	14	84	187	92	77	138	69	61	424
2008	1.156	15	87	193	92	80	143	69	66	411
Veränd.	+231	+6	+11	+85	+19	+11	+51	+12	+12	+24
00–08	+30%	+20%	+26%	+23%	+29%	+24%	+32%	+26%	+27%	+40%

Quelle: Darstellung nach ÖAK-Daten.

*) Lesehilfe: Ö = Österreich, B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, ST = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien.

In Tabelle 16 wird die Verteilung und Anzahl der PSY1-, PSY2- und PSY3-Diplom-InhaberInnen dargestellt. Die PSY1-Diplome hatten im Jahr 2008 einen Anteil von rund 42 % aller PSY-Diplome, die PSY2-Diplome rund 33 %, rund ein Viertel der Gesamtanzahl entfiel auf die PSY3-Diplome.

Tabelle 16: Anteil der PSY1-, PSY2- und PSY3-Diplome, 2008

Jahr: 2008	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
PSY1-Diplome	1.913	48	159	489	199	164	232	131	99	392
in %	100%	3%	17%	26%	10%	9%	12%	7%	5%	21%
PSY2-Diplome	1.542	35	153	320	142	153	167	126	107	339
in %	100%	2%	10%	21%	9%	10%	11%	8%	7%	22%
PSY3-Diplome	1.156	15	87	193	92	80	143	69	66	411
in %	100%	1%	7,5%	17%	8%	7%	12%	6%	6%	36%
Gesamt	4.611	98	399	1.002	433	397	542	326	272	1.142
in %	100%	2%	9%	22%	9%	9%	12%	7%	6%	25%

Quelle: Darstellung nach ÖAK-Daten.

*) Lesehilfe: Ö = Österreich, B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, ST = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien.

Insgesamt wies Wien im Jahr 2008 mit rund 25 % den höchsten Anteil an Diplomen auf, gefolgt von Niederösterreich mit rund 22 %. Die Anzahl von 1.913 PSY1-Diplomen war österreichweit im Jahr 2008 höher als die Anzahl von PSY2- (1.542) und PSY3-Diplomen (1.156). Vor allem die PSY3-Diplome wurden zu mehr als einem Drittel in Wien (36 %) absolviert, die PSY1- und PSY2-Diplome entfallen fast zur Hälfte auf die Bundesländer Niederösterreich und Wien.

Tabelle 17: Anzahl und Ausbildung der PSY3-Diplom-InhaberInnen in Österreich, November 2008*

	PSY3-Inhaber	davon nur AM	in %	AM +FA	in %	nur FA	in %	nur AM & AM +FA	in %
B	15	5	33%	6	40%	4	27%	11	73%
K	87	28	32%	55	63%	4	5%	83	95%
NÖ	193	67	35%	49	25%	77	40%	116	60%
OÖ	92	29	32%	44	48%	19	21%	73	79%
S	80	28	35%	26	33%	26	33%	54	67%
ST	144	41	28%	61	42%	42	29%	102	71%
T	69	17	25%	21	30%	31	45%	38	55%
V	66	11	17%	20	30%	35	53%	31	47%
W	410	91	22%	93	23%	226	55%	184	45%
Ö	1.156	317	27%	375	32%	464	40%	692	60%

Quelle: Darstellung nach ÖAK-Daten..

*) Lesehilfe: AM = AllgemeinmedizinerIn, FA = Facharzt/Fachärztin. Ö = Österreich, B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, ST = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien.

Österreichweit waren im Jahr 2008 rund 27 % der PSY3-Diplom-InhaberInnen ÄrztInnen für Allgemeinmedizin. Diese prozentuelle Verteilung von weniger als einem Drittel spiegelte sich auch überwiegend in den einzelnen Bundesländern wider. In Wien und in den westlichen Bundesländern Tirol und Vorarlberg zeigte sich hier jedoch ein niedrigerer Anteil zugunsten der FachärztInnen (45 bis 55 %). PSY3-Diplom-InhaberInnen setzten sich österreichweit zu 40 % aus MedizinerInnen mit einer FachärztInnenausbildung zusammen. Rund 60 % aller PSY3-Diplom-InhaberInnen in Österreich sind AllgemeinmedizinerInnen mit oder ohne FachärztInnen-ausbildung.

Nachstehend die Entwicklung der erworbenen Psy-Diplome in Österreich, aktualisiert bis 2012 (AbsolventInnen Psy1: 2230, Psy2: 1738, Psy3: 1274).

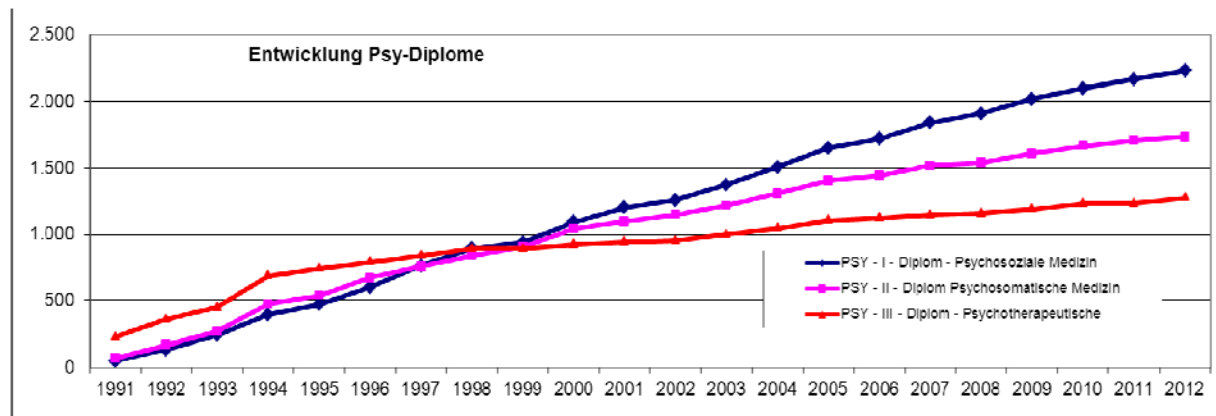


Abbildung 3: Aktualisierte Entwicklung der Psy-Diplome bis 2012

In Schloss Hofen (Vorarlberg) - bis 2012 und in Niederösterreich - fortlaufend - werden Psy-Diplome als Universitätslehrgänge geführt, damit bestand bzw. besteht die Möglichkeit, das ÖÄK-Diplom PSY3 mit dem international vergleichbaren akademischen Grad: Master of Science – MSc (Psychotherapeutische Medizin) abzuschließen.

4.4 Screening von vergleichbaren Ausbildungen in Europa

Die Aus- und Weiterbildung von ÄrztInnen auf dem Gebiet der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin ist in Europa nicht einheitlich geregelt. In einigen Ländern wird Psychosomatik und Psychotherapie nicht als eigenständige Disziplin gesehen, sondern als Teil der Psychiatriebildung geführt (beispielsweise in Estland). Andere Länder integrieren Fächer der Psychosomatischen Medizin in das allgemeine Ausbildungscurriculum des Medizinstudiums (z. B. in der Slowakei).

Um die berufliche Aus- und Weiterbildung bzw. Forschung im Bereich der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin zu institutionalisieren und zu evaluieren, haben sich in vielen Ländern Fachgruppen, Vereine und Gesellschaften gebildet, welche Weiterbildungen anbieten und bescheinigen: beispielsweise in der Schweiz der Verein SAPP – Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin; in Deutschland die DGPM – Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie; in Österreich die ÖGPPM – Österreichische Gesellschaft für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin. Sie wurde 2003 nach Zusammenschluss zwischen ÖGPM und der ARGE Psy 3, gegründet. Die ÖGPM wurde 1994 im Auftrag der ÖÄK gegründet.

Eine FachärztInnenausbildung für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin gibt es in Europa nur in Deutschland und Lettland. In Deutschland sind rund 2.500 FachärztInnen so ausgebildet, d. h., auf rund 32.800 EinwohnerInnen entfällt im Durchschnitt ein/e FachärztIn. Die nachfolgende Tabelle 18 gibt einen Überblick zum bestehenden Aus- und Weiterbildungsangebot auf dem Gebiet der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin in den europäischen Ländern.

Tabelle 18: Aus- und Weiterbildungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin in Europa

	(Zusatz-)Facharzt/-ärztin	Zusatzdiplom/-zertifikate	Zielgruppen
Deutschland	Facharzt/-ärztin ja; mind. 5 Jahre	-	AllgemeinmedizinerInnen, FachärztInnen
Lettland	Facharzt/-ärztin ja; (Modell Deutschland)	-	-
Niederlande	nein	keine spezifische Ausbildung	-
Belgien	nein	keine spezifische Ausbildung	-
Luxemburg	nein	keine spezifische Ausbildung	-
Estland	nein	keine spezifische Ausbildung	-
Tschechien	nein	keine spezifische Ausbildung	-
Slowakei	nein	Zertifikat „Psychotherapeutisches Training“	für PsychiaterInnen und PsychologInnen
Schweiz	nein	Fähigkeitsausweis der SAPPAM	MedizinerInnen mit Interesse an Psychosomatischer Medizin
Österreich	nein	Psy1-, Psy2-, Psy3-Diplome	AbsolventInnen des Medizinstudiums, in Ärzteliste eingetragene ÄrztInnen

Quelle: Darstellung, basierend auf Internetrecherche und den ersten Ergebnissen einer Befragung der EU-Mitgliedsstaaten über die Österreichische Ärztekammer (2010)

Über die Österreichische Ärztekammer wurde im Herbst 2010 eine Befragung der EU-Mitgliedsstaaten zum Thema „Needs assessment for quality requirements, quality assurance and structure of care provision in the field of psychosomatics in the intramural and extramural sector in the European countries“ durchgeführt. An dieser Befragung haben sich über das Ausfüllen eines Fragebogens bzw. zumindest eine kurze schriftliche Stellungnahme folgenden Länder beteiligt: Belgien, Deutschland, Estland, Lettland, Luxemburg, Niederlande, Slowakei, Tschechien und Schweiz. Daraus stammt großteils die zusammengefasste Darstellung in oben angeführter Tabelle; da sich nicht alle angefragten Länder an der Erhebung beteiligt haben, ist die Darstellung unvollständig.

Nachfolgend wird auf das Curriculum zur FachärztInnenausbildung mit der Gebietsbezeichnung „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ in Deutschland näher eingegangen. Die Details wurden der (Muster-)Weiterbildungsverordnung der Bundesärztekammer Deutschland entnommen.

FachärztInnenausbildung in Deutschland

Weiterbildungsziel

Ziel der Weiterbildung im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist die Erlangung der FachärztInnenkompetenz nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte.

Weiterbildungszeit

Die Dauer der Weiterbildung umfasst 60 Monate bei einem/einer Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte, davon

- 12 Monate im Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie, davon können 6 Monate Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie angerechnet werden.
- 12 Monate im Gebiet Innere Medizin oder in Allgemeinmedizin, davon können 6 Monate in anderen Gebieten der unmittelbaren PatientInnenversorgung angerechnet werden.
- Bis zu 24 Monate können im ambulanten Bereich, z. B. in der Praxis eines zur Weiterbildung befugten psychosomatischen Facharztes bzw. einer psychosomatischen Fachärztin abgeleistet werden.

Weiterbildungsinhalte

Die Weiterbildungsinhalte umfassen den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in:

- der Prävention, Erkennung, psychotherapeutischen Behandlung und Rehabilitation psychosomatischer Erkrankungen und Störungen, einschließlich Familienberatung, Sucht- und Suizidprophylaxe,
- der praktischen Anwendung von wissenschaftlich anerkannten Psychotherieverfahren und -methoden, insbesondere der kognitiven Verhaltenstherapie oder der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie,
- der Indikationsstellung zu soziotherapeutischen Maßnahmen,
- der Erkennung und Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter,
- den Grundlagen der Erkennung und Behandlung innerer Erkrankungen, die einer psychosomatischen Behandlung bedürfen,
- der Erkennung und Behandlung seelisch-körperlicher Wechselwirkungen bei chronischen Erkrankungen, z. B. onkologischen, neurologischen, kardiologischen, orthopädischen und rheumatischen Erkrankungen sowie Stoffwechsel- und Autoimmunerkrankungen,
- der psychiatrischen Anamnese und Befunderhebung,
- der gebietsbezogenen Arzneimitteltherapie unter besonderer Berücksichtigung der Risiken des Arzneimittelmisbrauchs,
- der Erkennung und psychotherapeutischen Behandlung von psychogenen Schmerzsyndromen,
- autogenem Training oder progressiver Muskelentspannung oder Hypnose,
- der Durchführung supportiver und psychoedukativer Therapien bei somatisch Kranken,
- den Grundlagen in der Verhaltenstherapie und psychodynamisch/tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie,
- Kriseninterventionen unter Supervision,
- 35 Doppelstunden Balintgruppenarbeit bzw. Interaktionsbezogener Fallarbeit,
- psychosomatisch-psychotherapeutischem Konsiliar- und Liaisondienst.

Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

Diese werden kontinuierlich an einer anerkannten Weiterbildungseinrichtung oder im Weiterbildungsverbund erworben.

240 Stunden in Theorievermittlung:

- psychodynamische Theorie: Konfliktlehre, Ich-Psychologie, Objektbeziehungstheorie, Selbstpsychologie
- neurobiologische und psychologische Entwicklungskonzepte, Entwicklungspsychologie, Psychotraumatologie, Bindungstheorie
- allgemeine und spezielle Psychopathologie, psychiatrische Nosologie und Neurobiologie
- allgemeine und spezielle Neurosen-, Persönlichkeitslehre und Psychosomatik
- theoretische Grundlagen in der Sozial-, Lernpsychologie sowie allgemeine und spezielle Verhaltenslehre zur Pathogenese und Verlauf
- psychodiagnostische Testverfahren und der Verhaltensdiagnostik
- Dynamik der Paarbeziehungen, der Familie und der Gruppe einschließlich systemische Theorien
- theoretische Grundlagen der psychoanalytisch begründeten und verhaltenstherapeutischen Psychotherapiemethoden
- Konzepte der Bewältigung von somatischen Erkrankungen sowie Technik der psychoedukativen Verfahren und speziellen Verfahren der Diagnostik bei seelisch-körperlichen Wechselwirkungen, z. B. in der Onkologie, Diabetologie, Geriatrie, Gynäkologie und anderen somatischen Disziplinen
- Prävention, Rehabilitation, Krisenintervention, Suizid- und Suchtprophylaxe, Organisationspsychologie und Familienberatung

Diagnostik:

- 100 dokumentierte und supervidierte Untersuchungen (psychosomatische Anamnese einschließlich standardisierter Erfassung von Befunden, analytisches Erstinterview, tiefenpsychologisch-biografische Anamnese, Verhaltensanalyse, strukturierte Interviews und Testdiagnostik)
- davon 20 Untersuchungen im psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst

Behandlung:

- 1.500 Stunden Behandlungen und Supervision nach jeder vierten Stunde (Einzel- und Gruppentherapie einschließlich traumaorientierter Psychotherapie, Paartherapie einschließlich Sexualtherapie sowie Familientherapie) bei mindestens 40 PatientInnen aus dem gesamten Krankheitsspektrum des Gebietes mit besonderer Gewichtung der psychosomatischen Symptomatik unter Einschluss der Anleitung zur Bewältigung somatischer und psychosomatischer Erkrankungen und Techniken der Psychoedukation

Von den 1.500 Behandlungsstunden sind wahlweise in einer der beiden Grundorientierungen abzuleisten:

- in den psychodynamischen/tiefenpsychologischen Behandlungsverfahren:
 - 6 Einzeltherapien über 50 bis 120 Stunden pro Behandlungsfall
 - 6 Einzeltherapien über 25 bis 50 Stunden pro Behandlungsfall
 - 4 Kurzzeittherapien über 5 bis 25 Stunden pro Behandlungsfall
 - 10 Kriseninterventionen unter Supervision
 - 2 Paartherapien über mindestens 10 Stunden
 - 2 Familientherapien über 5 bis 25 Stunden
 - 25 Fälle der Durchführung supportiver und psychoedukativer Therapien bei somatisch Kranken
- oder in verhaltenstherapeutischen Verfahren:
 - 10 Langzeitverhaltenstherapien mit 50 Stunden
 - 10 Kurzzeitverhaltenstherapien mit insgesamt 200 Stunden
 - 4 Paar- oder Familientherapien
 - 6 Gruppentherapien (differente Gruppen wie indikative Gruppe oder Problemlösungsgruppe), davon ein Drittel auch als Co-Therapie
 - 16 Doppelstunden autogenes Training oder progressive Muskelentspannung

Selbsterfahrung:

in der gewählten Grundorientierung wahlweise

- 150 Stunden psychodynamische/tiefenpsychologische oder psychoanalytische Einzel-selbsterfahrung und 70 Doppelstunden Gruppenselbsterfahrung oder
- 70 Doppelstunden verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung einzeln oder in der Gruppe

4.5 Schätzung des InteressentInnenpotenzials

Eine der drei Zielgruppen für die zu empfehlende ZusatzfachärztInnenausbildung für Psychosomatische Medizin sind PSY3-DiplominhaberInnen. Betrachtet man die dokumentierte Nachfrageentwicklung in den Jahren 2000 bis 2008, so haben in dieser Zeit österreichweit insgesamt 231 Personen das PSY3-Diplom erworben, das entspricht durchschnittlich 26 Personen pro Jahr.

Zuletzt waren im Jahr 2012 insgesamt 1.274 PSY3-DiplominhaberInnen verzeichnet. 2.230 Personen mit PSY1-Diplom und 1.738 Personen mit PSY2-Diplom. Von diesen Personengruppen ist, unter Berücksichtigung der vorgesehenen Anrechnungen aus diesen Weiterbildungen für das Zusatzfach, von einem erhöhten Interesse an der ZusatzfachärztInnenausbildung auszugehen.

Darüber hinaus bilden AbsolventInnen des Medizinstudiums mit 3-jähriger Turnusausbildung und FachärztInnen aus anderen Fachgebieten mit 5-jähriger FachärztInnenausbildung mit Interesse an dieser Zusatzfachausbildung die Zielgruppen für die geplante Ausbildung. Im Jahr 2009 (vgl. Arbeitsmarktanalyse) waren in Österreich insgesamt 12.979 ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, 19.219 FachärztInnen und 6.925 ÄrztInnen in Ausbildung verzeichnet, was insgesamt 39.123 Personen entspricht.

Nachdem Theorieinhalte von PSY1 bereits in das Medizinstudiums eingeflossen sind und angestrebt wird, das ÖÄK-Diplom Psychosoziale Medizin (PSY1) - wie im Tiroler Modell - in die Ausbildung zum Allgemeinmediziner und der klinischen Sonderfächer zu integrieren, ist davon auszugehen, dass das Bewusstsein für Psychosomatik steigt und ÄrztInnen in vermehrtem Umfang die ZusatzfachärztInnenausbildung in Anspruch nehmen werden.

Vor dem Hintergrund des Anstiegs an psychosomatischen Erkrankungen, den damit verbundenen gesamtgesellschaftlichen Kosten und der Relevanz ihrer Behandlung als einem Bestandteil für die Kosten- und Strukturoptimierung im Gesundheitswesen (vgl. dazu auch Kapitel 5) ist bei Einrichtung eines entsprechenden Zusatzfacharztes von einem künftig hohen Arbeitsmarktbedarf und damit verbunden auch mit entsprechend hohem Interesse an dieser Ausbildung auszugehen.

4.6 Erster Entwurf für ein Curriculum des Zusatzfaches Psychosomatische Medizin

In der Arbeitsgruppe zur „Koordination der Inhalte Qualifikationserfordernisse, Qualitätssicherung und Versorgungsstruktur“ der Subkommission „Psychosomatik“ des Obersten Sanitätsrates (OSR) 2009 bis 2011 wurde ein zeitlicher Rahmen für die ZusatzfachärztInnenausbildung von voraussichtlich 3 Jahren erwogen. Die zentralen Eckdaten zu einer solchen Ausbildung sind als Vorschlag in der nachfolgenden Tabelle dargestellt:

Tabelle 19: Curriculum ZusatzfachärztInnenausbildung für Psychosomatische Medizin

Voraussetzungen:	FA oder in Ausbildung zum FA (klinische Fächer) bzw. in Allgemeinmedizin sowie in Ausbildung zum Psychotherapeuten oder begonnene ÖÄK-Diplomweiterbildung (Psy1, Psy2, Psy3)
Art der Ausbildung:	ZusatzfachärztInnenausbildung für Psychosomatische Medizin
Dauer:	3 Jahre, davon: <ul style="list-style-type: none"> • 2 Jahr Psychosomatische Medizin an einer psychosomatischen Klinik/Abteilung/Station davon können 1 Jahr fachgebundene Psychosomatische Medizin (z. B.: Allg. Medizin, Innere Medizin, Gynäkologie, ...und 1/2 Jahr in einer psychosomatischen Lehrpraxis oder Lehrambulatorium angerechnet werden. • 1/2 Jahr Innere Medizin • 1/2 Jahr Psychiatrie • 80 UE (ärztliche) Gesundheitsförderung
und	absolviertes ÖÄK-Diplom Psy3 oder Psychotherapieausbildung (PthG)
Übergangsregelung:	Für bereits praktizierende PSY3-AbsolventInnen oder ÄrztInnen mit Psychotherapieausbildung nach dem österreichischen Psychotherapiegesetz ist der Nachweis einer zumindest dreijährigen Tätigkeit gemäß der Definition des Aufgabengebietes im Teilbereich Psychosomatische Medizin zu erbringen
Abschluss:	Zusatzfacharzt / Zusatzfachärztin für Psychosomatische Medizin

Aus der Abteilung Rechtsangelegenheiten ÄrztInnen, Psychologie, Psychotherapie und Musiktherapie II/A/3 Bundesministerium für Gesundheit Radetzkystr. 2, 1030 Wien:

Additivfach / Zusatzfach "Psychosomatische Medizin":

Die Gesamtdauer der Zusatzfachausbildung müsste 3 Jahre betragen; die Zahl der potenziellen Sonderfächer, für die das Zusatzfach "Psychosomatische Medizin" als ein Teilgebiet in Frage käme, müsste noch definiert werden. Seit 18.08.2010 (wäre nunmehr die Möglichkeit gegeben - wie für das Additivfach Geriatrie - auch das Additivfach "Psychosomatische Medizin" für ÄrztInnen für Allgemeinmedizin vorzusehen (vgl. BGBl 61/2010, § 8 Abs. 1 Ärztegesetz 1998 in der Fassung der 14. Ärztegesetznovelle); in der Zusatzfachausbildung gäbe es keine vergleichbaren Beschränkungen, wie in der Facharztausbildung das 1:1 Prinzip (keine Bewilligung der Ausbildungsstellen notwendig). Sowohl die ÄrztInnen-Ausbildungsordnung 2006 des BMG (Definition und Mindestdauer) als auch die „KEF- und RZ-Verordnung“ der ÖÄK (Inhalte und Rasterzeugnis) wären zu ändern.

4.7. Detaillierte Empfehlungen zur praktischen Umsetzung der ZusatzfachärztInnenausbildung für Psychosomatische Medizin in Österreich

4.7.1 Einleitung

Die Kompetenz Psychosomatische Medizin umfasst nach gängiger Fachmeinung die Erkennung, Einleitung bzw. Durchführung einer psychosomatisch / psychotherapeutischer Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind.

In Anlehnung an die Verordnung des Bundesministers für Gesundheit vom 12. August 2011 (BGBl. II, 259/2011, Punkt 2. § 3 Z 1) würde in ähnlicher Weise die Ausbildung im Additivfach Psychosomatische Medizin eine ergänzende spezielle Ausbildung zum Erwerb umfassend vertiefter Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für eine besonders vertiefte allgemeinmedizinische oder fachärztliche Berufsausübung bedeuten.

Wie in der bisherigen Ausbildungsordnung wäre der Nachweis der absolvierten Zusatzausbildung für Psychosomatische Medizin (Ausbildungszeiten, Ausbildungsinhalte) durch Zeugnisse zu bestätigen. Darüber hinaus würde verpflichtend eine Dokumentation der Ausbildung erfolgen, um den in Ausbildung Befindlichen und dem Ausbildungsleiter mindestens einmal jährlich einen kontinuierlichen Überblick über den Stand der Ausbildung zu geben. Dadurch könnten mögliche Defizite rechtzeitig besprochen, folgend Möglichkeiten aufgezeigt werden, diese zu ergänzen.

Die Orientierung über die Ausbildungsanforderungen würde anhand der Richtlinien erfolgen. Diese sind aber auch ein Maßstab dafür, welche Mindestausbildungsinhalte die ausbildende Institution zu vermitteln hat. Die Ausbildungszeiten würden sich verlängern, wenn Ausbildungsinhalte in der Mindestausbildungszeit nicht erworben werden könnten. Die Ausbildung wäre im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses mit angemessener Vergütung an zugelassenen Ausbildungsstätten durchzuführen. Sie würde unter verantwortlicher Leitung befugter ÄrztInnen (AusbildungsleiterInnen) in praktischer Tätigkeit und theoretischer Unterweisung sowie teilweise durch die erfolgreiche Teilnahme an anerkannten Lehrgängen erfolgen. Die AusbildungsleiterInnen wären verpflichtet, die Verantwortung sowohl

hinsichtlich der Qualität der Ausbildung, der Korrektheit der ausgestellten Zeugnisse und Dokumentationen sowie der Förderung der in Ausbildung befindlichen ÄrztInnen zu tragen.

Die AusbildungsleiterInnen müssen in der auszubildenden Therapietradition als LehrtherapeutInnen der ÖÄK anerkannt sein. Die LehrtherapeutInnenrichtlinie ist laufend dem aktuellen Wissensstand anzupassen. Balintarbeit ist von der Österreichische Balintgesellschaft (ÖBG) anerkannten BalintgruppenleiterInnen durchzuführen und hat extern (außerhalb des Lehrkrankenhauses) zu erfolgen.

Der erfolgreiche Abschluss der Zusatzausbildung für Psychosomatische Medizin wäre durch eine Urkunde zu bestätigen und würde zum Nachweis für erworbene Kompetenz im Sinn einer besonderen ärztlichen Befähigung.

4.7.2 Ausbildungsdauer, Ausbildungsinhalte

Die Ausbildung müsste gründlich und umfassend sein. Tätigkeitsabschnitte, die als Arzt/Ärztin im Turnus abgeleistet wurden und den Anforderungen der Ausbildungsordnung genügen würden, wären auf die Ausbildung anzurechnen. Sofern die Ausbildungsordnung die Absolvierung von Lehrgängen vorschreiben, bzw. erlauben würde, wäre eine vorherige Anerkennung des jeweiligen Lehrganges und dessen Leiters durch die für den Ort der Veranstaltung zuständige Ärztekammer erforderlich.

Ausbildungszeit sollte 36 Monate betragen und unter Aufsicht eines Ausbildungsleiters an einer zugelassenen Ausbildungsstätte absolviert werden. Von dieser Mindestausbildungszeit könnten 6 Monate in Psychiatrie und Psychotherapeutischen Medizin (davon wären 3 Monate Kinder- und Jugendpsychiatrie anrechenbar), sowie 6 Monate im Gebiet Innere Medizin, geleistet werden. An einer zugelassenen Ausbildungsstätte für Psychosomatische Medizin müssten 24 Monate der Ausbildungszeit absolviert werden, davon können 6 Monate in einer psychosomatischen Ambulanz oder in einer niedergelassenen, dafür zertifizierten Lehrpraxis erfolgen, sowie 12 Monate davon in einer fachgebundenen Psychosomatik. Die Zertifizierung ist durch den Lehrausschuss der Landesärztekammer vorzunehmen und in 5 jährigen Abständen zu überprüfen. Empfehlenswert wäre, dass LehrpraxisinhaberInnen aus Qualitätssicherungsgründen in die Ausbildungsbegleitung eingebunden werden, um die Rückkoppelung zwischen Wissenschaft und Praxis zu gewährleisten.

Zusätzlich zu den nachstehend angeführten Anforderungen würde die Zusatzfachausbildung für Psychosomatische Medizin den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten - in Abstimmung mit der verpflichtenden, nachzuweisenden Ausbildung zum Psychotherapeuten (PthG) oder des ÖÄK-Diploms „Psychotherapeutische Medizin“ (PSY3) – beinhalten:

- Prävention, und Rehabilitation psychosomatischer Erkrankungen und Störungen einschließlich Familienberatung; Erkennung wann welche fachspezifische psychotherapeutischen Behandlung angezeigt ist;
- praktischen Anwendung von einem gesetzlich anerkanntem Psychotherapieverfahren;
- Indikationsstellung zu soziotherapeutischen Maßnahmen;
- Erkennung und Behandlung seelisch-körperlicher Wechselwirkungen bei chronischen Erkrankungen, z. B. onkologischen, neurologischen, kardiologischen, orthopädischen und rheumatischen Erkrankungen sowie Stoffwechsel- und Autoimmunerkrankungen;
- psychiatrischen Anamnese und Befunderhebung;
- gebietsbezogenen Arzneimitteltherapie unter besonderer Berücksichtigung der Risiken des Arzneimittelmissbrauchs;
- Erkennung und Behandlung von psychogenen Schmerzsyndromen;
- autogenem Training oder progressive Muskelentspannung oder Hypnose oder Integrative Differenzielle Regulation (IDR);

- Durchführung supportiver und psychoedukativer Therapien bei somatisch Kranken;
- Kriseninterventionen unter Supervision;
- 25 Doppelstunden Balintgruppenarbeit bzw. interaktionsbezogene Fallarbeit;
- psychosomatischer Konsiliardienst.

Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren wären kontinuierlich an einer anerkannten Ausbildungseinrichtung oder im Ausbildungsverbund zu erwerben:

Theorievermittlung: 150 Stunden

- psychodynamischer Theorie: Konfliktlehre, Ich-Psychologie, Objektbeziehungstheorie, Selbstpsychologie;
- neurobiologische und psychologische Entwicklungskonzepten, Entwicklungspsychologie, Psychotraumatologie, Bindungstheorie;
- allgemeine und spezielle Psychopathologie, psychiatrische Nosologie und Neurobiologie;
- allgemeine und spezielle Neurosen-, Persönlichkeitslehre und Psychosomatik;
- theoretische Grundlagen in der Sozial-, Lernpsychologie sowie allgemeine und spezielle Verhaltenslehre zur Pathogenese und Verlauf;
- psychodiagnostische Testverfahren und Verhaltensdiagnostik;
- Dynamik der Paarbeziehungen, der Familie und der Gruppe einschließlich systemische Theorien;
- theoretische Grundlagen der psychodynamisch begründeten, systemischen und verhaltenstherapeutischen Psychotherapiemethoden;
- Konzepte der Bewältigung von somatischen Erkrankungen sowie Technik der psychoedukativen Verfahren und spezielle Verfahren der Diagnostik bei seelisch-körperlichen Wechselwirkungen, z. B. in der Onkologie, Diabetologie, Geriatrie, Gynäkologie und anderen somatischen Disziplinen;
- Prävention, Rehabilitation, Krisenintervention, Organisationspsychologie und Familienberatung.

Diagnostik

- 50 dokumentierte und supervidierte Untersuchungen (psychosomatische Anamnese einschließlich standardisierter Erfassung von Befunden, analytisches Erstinterview, tiefenpsychologisch-biographische Anamnese, Verhaltensanalyse, strukturierte Interviews und Testdiagnostik), davon
- 10 Untersuchungen im psychosomatischen Konsiliardienst.

Behandlung

- 750 Stunden Behandlungen und Supervision nach jeder vierten Stunde (Einzel- und Gruppentherapie einschließlich traumaorientierter Psychotherapie, Paartherapie einschließlich Sexualtherapie sowie Familientherapie) bei mindestens 30 Patienten aus dem gesamten Krankheitsspektrum des Gebietes mit besonderer Gewichtung der psychosomatischen Symptomatik unter Einschluss der Anleitung zur Bewältigung somatischer und psychosomatischer Erkrankungen und Techniken der Psychoedukation.

Von den 750 Behandlungsstunden sind wahlweise in einer der gesetzlich anerkannten Orientierungen abzuleisten:

- o 3 Einzeltherapien über 50 Stunden pro Behandlungsfall
- o 3 Einzeltherapien über 25 Stunden pro Behandlungsfall
- o 4 Kurzzeittherapien über 5 bis 10 Stunden pro Behandlungsfall
- o 10 Kriseninterventionen unter Supervision
- o 2 Paartherapien über mindestens 6 Stunden
- o 2 Familientherapien über 5 bis 10 Stunden
- o 15 Fälle der Durchführung supportiver und psychoedukativer Therapien bei somatisch Kranken
- o 50 Sitzungen Gruppenpsychotherapien mit 6 bis 9 Patienten oder

- 16 Doppelstunden autogenes Training oder progressive Muskelentspannung oder Hypnose oder Integrative Differenzielle Regulation (IDR)

Die Selbsterfahrung (Gruppe und Einzel) der gewählten Grundorientierung hat extern in der jeweiligen nachzuweisenden PSY3 Weiterbildung oder Psychotherapieausbildung (PthG) zu erfolgen.

4.7.3 Übergangsbestimmungen in Bezug auf den Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychosomatische Medizin

Personen, die bis zum Ablauf des vom Gesetzgeber festgelegten Tages nachweislich eine zumindest dreijährige Tätigkeit gemäß der Definition des Aufgabengebietes im Teilgebiet Psychosomatische Medizin zurückgelegt und ein Diplom „PSY 3“ der Österreichischen Ärztekammer oder eine Psychotherapieausbildung nach dem österreichischen Psychotherapiegesetz erworben haben, wären nach Antragstellung und Prüfung des Sachverhaltes zur Führung der Zusatzbezeichnung Psychosomatische Medizin zu berechtigen.

4.7.4 Voraussetzungen für Anerkennung als Ausbildungsstätte

Die Anerkennung als Ausbildungsstätte zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychosomatische Medizin sollte nur einer Institution erteilt werden, in der zumindest zwei ÄrztInnen tätig sind, die diese Bezeichnung führen. Fachliche und persönliche Eignung wird für AusbilderInnen vorausgesetzt. Die fachliche Eignung wäre gegeben, wenn eine entsprechende Lehrbefugnis vorliegt. Zusätzlich müsste der betreffende Arzt, die Ärztin nach Abschluss seiner/ihrer eigenen Ausbildung mindestens die der Befugnisdauer entsprechende Zeit, jedoch nicht weniger als zwei Jahre, in verantwortlicher Stellung einschlägig tätig gewesen sein. Diese Regelung sollte sicherstellen, dass die AusbilderInnen über eine ausreichende Erfahrung als FachärztInnen in ihrem Gebiet verfügen.

4.7.5 Beantragung

Die Befugnis sollte nur auf Antrag erteilt werden. Die Antragsformulare würden dem Anliegen nach halbstrukturiert erstellt und der Antrag stellenden Institution ausgehändigt. Der Antrag müsste die Beschreibung der Ausbildungsstätte, Angaben zu den Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Einzelnen durchgeführt werden enthalten. Zusätzlich wäre hierzu eine Leistungsstatistik über zwölf Monate beizulegen. Dem Antrag wäre ein gegliedertes Programm für die Zusatzausbildung für Psychosomatische Medizin beizufügen, in welchem dargelegt wird, wie die Ausbildung im Einzelnen geplant ist und welche Abschnitte in welchen Zeiträumen die in Ausbildung befindlichen ÄrztInnen durchlaufen sollten. Die AusbildungsleiterInnen müssten dieses gegliederte Programm dem unter ihrer Verantwortung Auszubildenden aushändigen.

4.7.6 Verbundlösung

Könnte eine volle Ausbildungsbefugnis nicht erteilt werden, wäre es sinnvoll, bereits im Vorfeld zu prüfen, ob diese nicht „im Verbund“ mit anderen Institutionen möglich ist: Damit könnte sichergestellt werden, dass die ÄrztInnen in Ausbildung durch die dann festgelegten Rotationen die Möglichkeit haben, ihre Ausbildung bei zwei oder mehreren Institutionen so zu durchlaufen, dass sie alle erforderlichen Ausbildungsinhalte voll umfänglich erwerben und

nachweisen können. Ein „Verbund-Ausbildungsbefugnis“ könnte von mehreren Institutionen gemeinsam beantragt werden.

4.7.7 Übergangsregelung in Bezug auf Anerkennung als Ausbildungsstätte für Psychosomatische Medizin

Wer nach Inkrafttreten der entsprechenden Verordnung des Bundesministers für Gesundheit durch Antragstellung zur Führung der Zusatzbezeichnung Psychosomatische Medizin berechtigt ist und nachweislich bis zu diesem Zeitpunkt mindestens fünf Jahre lang nach Erwerb des PSY3 Diploms bzw. einer Psychotherapieausbildung (PthG) im Bereich Psychosomatische Medizin tätig gewesen ist, bzw. zuvor als LehrtherapeutIn von der Ärztekammer anerkannt wurde, darf als AusbildungsleiterIn, bzw. ausbildender Arzt/Ärztin von der antragstellende Institution im Antrag auf Anerkennung als Ausbildungsstätte geführt werden.

4.8 Resümee

Die Nachfrage nach dem derzeitigen Weiterbildungsangebot für Psychosoziale, Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin in Österreich (ÖAK-Diplome PSY1, PSY2 und PSY3) ist über den Zeitraum von 22 Jahren in allen Bundesländern deutlich angestiegen. Im „Netzwerk Psychosomatik“ sind aktuell 304 ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen sowie AllgemeinmedizinerInnen eingetragen. Mit Stand 2012 gab es österreichweit 1.274 PSY3-DiplominhaberInnen. Die Entwicklung der Anzahl der PSY3-Diplome war vor allem in den Bundesländern Wien, Niederösterreich, Oberösterreich und Steiermark sehr hoch.

In Deutschland besteht seit dem Jahr 2003 eine FachärztInnenausbildung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. (In der DDR wurde 1978 der „Facharzt für Psychotherapie“ geschaffen. 1992 wurde in der Bundesrepublik neben dem Nervenarzt und dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie die Gebietsbezeichnung „Arzt für Psychotherapeutische Medizin“ eingeführt. Der Deutsche Ärztetag änderte diese Bezeichnung 2003 in „Facharzt/Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“.)

Rund 2.500 FachärztInnen haben in Deutschland diese Ausbildung absolviert, somit entfällt auf rund 32.800 EinwohnerInnen im Durchschnitt ein/e FachärztIn für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Bei Einrichtung einer ZusatzfachärztInnenausbildung für Psychosomatische Medizin dürfte das Interesse daran deutlich über dem für die bisherigen ÖAK-Diplomweiterbildungen liegen. Gründe hierfür liegen in der Aufwertung durch die ZusatzfachärztInnenausbildung sowie auch in den vielseitigen Beschäftigungsmöglichkeiten, die sich aufgrund des Anstiegs an psychosomatischen Erkrankungen und ihrer Relevanz für das Gesundheitswesen ergeben.

Neben einem ersten Entwurf eines Curriculums wurden Empfehlungen zur Umsetzung der ZusatzfachärztInnenausbildung erarbeitet, diese umfassen Ausbildungsdauer, Inhalte, Übergangsbestimmungen, Voraussetzungen für die Anerkennung als Ausbildungsstätte bis hin zur Verbundlösungen und Übergangsregelungen.

5 Kosten-Nutzen-Analyse für die psychosomatische Versorgung in Österreich im stationären und niedergelassenen Bereich

5.1 Einleitung

Sowohl Kosten als auch Nutzen von psychosomatischen Leistungen (auch psychiatrischer) sind nur schwer quantifizierbar, weil sie aus vielen Faktoren bestehen und zahlreiche Faktoren nur indirekt und langfristig bewertbar sind. Da psychosomatische Störungen häufig bei Kindern und Personen im erwerbsfähigen Alter auftreten, muss bei einer Beurteilung des Nutzens auch immer der gesamtwirtschaftliche Aspekt durch Produktionsausfälle durch Krankenstände, Zahlung von Krankengeldern oder frühzeitige Berentung berücksichtigt werden.

Stellt man der Häufigkeit von psychosozialen Erkrankungen das derzeitige Angebot an qualifizierten TherapeutInnen bzw. entsprechenden Versorgungseinrichtungen gegenüber, so muss schon jetzt z. B. für Deutschland ein Mangel an Fachkräften festgestellt werden (Galuska, 2010).

5.1.1 Begriffsdefinition

Für ein ausführliches Literaturstudium bzw. für Literaturrecherchen ist es nicht ausreichend, nur die Begriffe „psychosomatics“ in pubmed zu verwenden, sondern weitere Begriffe wie z. B. „biopsychosocial“, „medically unexplained symptoms“, „psychophysiologic disorder“, „psychophysiology“, „somatoform disorder“.

Es seien hier vorweg auch noch einmal einige Definitionen angeführt, um den Kreis der betroffenen Krankheitsbilder darzustellen. Die MeSH-Definition „Psychosomatic Medicine“ zeigt ganz gut die Einordnung des Faches aber auch gleichzeitig, dass Psychosomatik nicht einfach einem Bereich zuzuordnen ist.

Der Begriff „Somatoforme Störungen“ wurde 1980 in die offiziellen Klassifikationssysteme eingeführt. In der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10) werden sie in der Kategorie F45 erfasst. Traditionelle Bezeichnungen für Krankheitsbilder aus diesen Kategorien sind z. B. psychogene Störungen, funktionelle Störungen, vegetative Dystonie, allgemeines psychosomatisches Syndrom, Konversionshysterie, Briquet-Hysterie, psychische Überlagerung.

Charakteristisch für diese Krankheitsbilder ist die Interaktion zwischen psychologischen und biologischen Faktoren und die Bedeutung für den Verlauf einer Krankheit und dem möglichen Behandlungsergebnis und schließlich für die Lebensqualität [Fava 2005].

5.1.1.1 MeSH Definition: Psychosomatic Medicine

A system of medicine which aims at discovering the exact nature of the relationship between the emotions and bodily function, affirming the principle that the mind and body are one. (Stone 1988).

- Psychophysiologic Disorders
 - Psychophysiology
- All MeSH Categories
- Psychiatry and Psychology Category
 - Behavioral Disciplines and Activities
 - Behavioral Sciences
 - Psychiatry
 - Psychosomatic Medicine**

5.1.1.2 Definition Psychophysiologic Disorders: MeSH ID: D011602

A group of disorders characterized by physical symptoms that are affected by emotional factors and involve a single organ system, usually under autonomic nervous system control (Stone 1988).

- Diseases [C]
 - Pathological Conditions, Signs and Symptoms [C23, D013568]
 - Signs and Symptoms [C23.888, D012816]
 - Neurologic Manifestations [C23.888.592, D009461]
 - Psychophysiologic Disorders [C23.888.592.700, D011602]

Diese multihierarchische Zuordnung der Psychosomatischen Medizin muss auch bei der Literaturrecherche berücksichtigt werden und es wäre eine starke Verkürzung, würde man sich nur auf das Schlüsselwort „psychosomatics“ beschränken. Bei der hier dargestellten Kosten-Nutzen Analyse wurden daher die Suchbegriffe auch wie oben angeführt weiter gefasst. Auch wenn „medically unexplained symptoms“ kein eigener MeSH-Term ist, so finden sich unter diesem Schlüsselwort doch sehr viele Publikationen mit Bezug zur Psychosomatik, Psychosomatische Medizin und zum biopsychosozialen Modell. Der Begriff „Medizinisch unerklärte Symptome“ kommt aus den Erfahrungen vor allem aus dem klinischen Bereich, wo nach oft umfangreichen medizinischen Untersuchungen von Symptomen kein entsprechender pathologische Befund oder eine physiologische Dysfunktion festgestellt werden konnte. Dies passt sehr gut zum Ansatz in der Psychosomatischen Medizin

Ein weiteres Problem ist die Kodierung der Psychosomatischen Medizin in der ICD-10. Hier findet man in der Literatur eine umfangreiche Diskussion, ob F45 der geeignete und auch ausreichende Code ist, um die Krankheitsbilder zu klassifizieren. Auch zur Kategorisierung im DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) gibt es derzeit zahlreiche Diskussionen und Publikationen.

Das biopsychosoziale Modell findet sich auch im Zusammenhang mit der Untersuchung vieler Krankheitsbilder, wobei das Schlüsselwort „Psychosomatik“, oder „Psychosomatische Medizin“ oft nicht vorkommt. Beispiele dafür sind u. a.:

- Schmerzbehandlung
- Müdigkeit
- Psycho-Onkologie
- Herz-Kreislauf-System Myokardinfarkt
- Reizdarm

Kosten-Nutzen-Analysen können nach Kosten-Wirksamkeits-, Kosten-Nutzwert-Analysen unterschieden werden.

Der Ressourcenverbrauch für die Behandlung von psychosomatischen Störungen kann nur sehr grob geschätzt werden, weil die Finanzierungssysteme meistens von einer belagsdauerabhängigen Finanzierung ausgehen und nur einzelne Leistungen aus dem gesamten Behandlungsverlauf abgebildet werden. In der Literatur findet man nur wenig zur Kosten-Nutzen-Analyse von psychosomatischen Leistungen; meistens wird der Nutzen von psychiatrischen Leitungen im Zusammenhang mit operativen oder auch konservativen Leistungen, wie z. B. Aufenthaltsdauer auf internistischen Abteilungen, Aufenthaltsdauer nach chirurgischen Eingriffen oder der Effekt von Rehabilitationsprogrammen beschrieben. Bezüglich der Kosten, muss zwischen direkten und indirekten Kosten unterschieden werden, weiters zwischen medizinischen bzw. psychiatrischen und auch sozialen Leistungen und nicht-medizinischen Leistungen bzw. Kosten.

Im Folgenden werden die wesentlichen Kosten exemplarisch dargestellt, diese basiert auf einer ausführlichen Literaturrecherche sowie einer Analyse der österreichischen LKF-Daten.

- Kapitel 5.2: Finanzierung und Definition von psychosomatischen Leistungen in Österreich
- Kapitel 5.3: Finanzierung psychosomatischer Leistung in der Schweiz
- Kapitel 5.4: Direkte medizinische Kosten
- Kapitel 5.5: Indirekte medizinische Kosten
- Kapitel 5.6: Indirekte (nicht-medizinische) Kosten
- Kapitel 5.7: Direkter und indirekter Nutzen
- Kapitel 5.8: Epidemiologische Betrachtung – Epidemiologie von medizinisch unerklärten Symptomen
- Kapitel 5.9: Beispiele für den Nutzen von psychosomatischen Therapien
- Kapitel 5.10: Kosten-Nutzen Betrachtungen
- Kapitel 5.11: Resümee

5.2 Finanzierung und Definition von psychosomatischen Leistungen in Österreich

Psychosomatische Leistungen werden derzeit in vielen Finanzierungssystemen durch den Faktor Zeitaufwand definiert. Weiters muss zwischen Einzel- und Gruppentherapie sowie dem jeweiligen Setting (ambulant / stationär / spezielle Rehabilitation) unterschieden werden. Die Psychosomatische Medizin nimmt eine Zwischenstellung zwischen somatischen und psychiatrischen Abteilungen ein (Rose, 2004), daher ist es auch entsprechend schwierig, dies in DRG-Systemen (Diagnosis Related Groups - DRG, Diagnosebezogene Fallgruppen) abzubilden. Eine Möglichkeit der Abbildung in DRG-Systemen ist die Berücksichtigung über den Schweregrad.

Im Jahr 2011 wurde der Bereich „Psychosomatik“ für verschiedene Bereiche im LKF System definiert. Voraussetzung ist die Einstufung der jeweiligen Abteilung mit dem Funktionscode xx xx 68; nur dann kann die psychosomatische Leistung abgerechnet werden.

Eine weitere Präzisierung dieser Einstufung ist in den nächsten Jahren notwendig.

Mit der Einführung von zwei neuen Leistungen für den stationären Bereich ab dem Jahr 2011 im österreichischen Leistungskatalog wurde dem Bedarf nach Finanzierung von psychosomatischen Leistungen bereits Rechnung getragen. Die beiden Leistungen AM 100 und AM 110 werden ab 2011 unter der MEL32.01 und MEL32.02 sein. Dies ist als klare Aufwertung der Psychosomatischen Medizin zu sehen.

Tabelle 20: Psychosomatische Leistungen für den stationären Bereich

AM100	Stationäre Behandlung auf einer Einheit für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) im Turnus 4–12 Wochen (LE=je Aufenthalt)	MEL32.01-A
AM110	Tagesklinische Behandlung auf einer Einheit für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) (LE=je Behandlungstag)	MEL32.02-A

Quelle: Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung, BMG, Modell 2013

5.2.1 MEL32.01 (neu)

Die neue Leistung „AM100 – Stationäre Behandlung auf einer Einheit für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) im Turnus 4–12 Wochen (LE=je Aufenthalt)“ führt in die neue Gruppe „MEL32.01“ 2011 bzw. MEL32.01-A 2013. Die Gruppenbezeichnung lautet „Behandlung in der PSO im Turnus“. Zur näheren Beschreibung siehe auch Bundesministerium für Gesundheit: Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung – LKF – Änderungen und Neuerungen im Modell 2011, Kapitel 4.5, Festlegung zur Abrechnung von Einheiten mit Schwerpunkt für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO); bzw. Modell 2013 Kapitel 3.8.1.

MEL32.01

Behandlung in der PSO im Turnus

FP A
18.984
84<84>84

Abbildung 4: MEL32.01

FP A mit 18.984 Punkten (TK 18.984, LK 0, MEL-Zuschlag 0)

5.2.2 MEL32.02 (neu)

Die neue Leistung „AM110 – Tagesklinische Behandlung auf einer Einheit für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) (LE=je Behandlungstag)“ führt in die neue Gruppe „MEL32.02“. Die Gruppenbezeichnung lautet „Tagesklinische Behandlung in der PSO“. 2011 bzw. MEL 32.02-A 2013. Zur näheren Beschreibung siehe auch (wie oben) Kapitel 4.5, Festlegung zur Abrechnung von Einheiten mit Schwerpunkt für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO); bzw. Modell 2013 Kapitel 3.8.2.

MEL32.02

Tagesklinische Behandlung in der PSO

FP A
187
1<1>1

Abbildung 5: MEL32.02

FP A mit 187 Punkten (TK 0, LK 187, MEL-Zuschlag 187)

5.3 Finanzierung psychosomatischer Leistungen in der Schweiz

Der Schweizer Leistungskatalog TARMED hat für die psychosomatische Einzeltherapie eine eigene Leistungsposition 00.0525. Diese sieht ab 2009 eine Abrechnung nach 5 Minuten Einheiten vor (Loeb, 2003, 2008). Des Weiteren soll es eine eigene Tarifposition für Gruppentherapien, vor allem auch im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit dieser Behandlungskonzepte geben, jedoch ist bis heute diese Position noch nicht definiert (Loeb, 2003 2008). Die Einführung des Fähigkeitsausweises für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin im Jahre 2000 war dafür eine wichtige Voraussetzung.

Tabelle 21: TARMED Positionen für psychosomatische Behandlung in der Schweiz, 2010

LNR	SPRACHE	BEZ_255	MED_INTERPRET
00.0520	D	Psychotherapeutische/psychosoziale Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min.	Krisenintervention; Behandlung bei Suchtverhalten und Suchterkrankung (psychotrope Substanzen, Alkohol, Nikotin); Betreuung bei funktionellen/psychosomatischen Leiden, kindlichen/adoleszenten psychischen Entwicklungsstörungen, chronischen psychischen Erkrankungen
00.0525	D	Psychosomatische Einzeltherapie, pro 5 Min.	Krisenintervention: - Behandlung bei Suchtverhalten und Suchterkrankung (psychotrope Substanzen, Alkohol, Nikotin) - Betreuung bei funktionellen/psychosomatischen Leiden, kindlichen/adoleszenten psychischen Entwicklungsstörungen, chronischen psychischen Erkrankungen

Quelle: Geschäftsstelle TARMED Suisse

5.4 Direkte medizinische Kosten

- 1. Inanspruchnahme von Dienstleistungen im psychosozialen Bereich:
 - Gesundheitssystem: Hausarzt, somatische Fachärzte, Psychotherapie/Psychosomatik, Zahnarzt, Notfallaufnahme der Kliniken, stationär-somatische Behandlung,
 - Ambulante Physiotherapie
 - Arztkosten / Behandlungskosten
 - Kosten für psychiatrische Intervention
 - Krankenhausaufenthalte
 - Hohe Inanspruchnahme, lange dauernde „Krankheitskarrieren“ (häufig über mehrere Jahre)
- 2. Soziale Dienste:
 - psychosoziale Beratungsstellen, Sozialarbeiter /-pädagoge, ambulante Pflege, Betreuung
- 3. Freiwillige Dienste:
 - Kirchliche Beratungsstellen, Betreute
 - Interessengruppen, Selbsthilfegruppen
- 4. Medikamente
- 5. Hilfsmittel

5.5 Indirekte medizinische Kosten

- Fahrtspesen
- Zeitaufwand für Behandlung
 - Fahrtzeiten
- Krankheitsbedingte Anschaffungen

5.6 Indirekte (nicht-medizinische) Kosten

- Verlust an Arbeitszeit
- Produktivitätsverlust
- Verlust des Arbeitsplatzes
- Informelle Pflege durch Freunde und Bekannte

Die direkten medizinischen Kosten betreffen vor allem Personalkosten. Der direkte Nutzen einer adäquaten Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen kann durch eine Reduktion des Ressourcenverbrauchs bzw. der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen ausgedrückt werden.

Der Nutzen kann nur teilweise quantitativ beurteilt werden, z. B. im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit, die Beitragsjahre bzw. Rentenantritt. Viele Faktoren, wie die Lebensqualität können nur qualitativ beurteilt werden. Kunkel (2010) zeigt in einer Studie das Potenzial auf, wenn eine adäquate personelle Ausstattung für psychosomatische Therapien gegeben ist.

5.7 Direkter und indirekter Nutzen

- Besserung der psychischen und körperlichen Symptomatik
- Erhöhung einer Psychotherapie-Akzeptanz
- Verbesserung der Lebensqualität
- Verringerung der Krankenhausaufenthaltsdauer
- Verbesserte Diagnostik bei entsprechender (Zusatz-)qualifikation des Personals
 - Raschere Diagnostik und Therapie
- Geringere Arbeitsunfähigkeit / weniger Krankenstände
 - Berufliche Veränderungen
- Späterer Rentenantritt
 - Weniger Verlust an aktiven Beitragsjahren
- Steigerung des Wohlbefindens
 - Bessere Verarbeitung von Krankheiten
- Höhere PatientInnenzufriedenheit bei entsprechender Personalausstattung
- Frühere Rückkehr in den Arbeitsprozess
- Verbesserung psychophysiologischer Faktoren
- Verlängerung der Überlebenszeit, z. B. bei Krebspatientinnen nach Individualtherapie (Fava, 2005)

Weitere Indikatoren für einen Nutzen sind:

- Verbesserung der Ergebnisqualität
 - Stabilisierung bzw. Veränderung des Krankheitsverhaltens
- Verkürzte Belagsdauer
- Möglichkeit der tagesklinischen oder ambulanten Behandlung
- Geringere Medikamentenkosten
- Reduktion der Krankenstände bzw. der Krankenstandsdauer

5.8 Beispiele für den Nutzen von psychosomatischen Therapien

Um den Nutzen von Psychosomatischer Medizin zu veranschaulichen, werden im Folgenden Beispiele aus der Literatur angeführt, Auszüge zitiert sowie einige Behandlungsdokumentationen dargestellt.

Zielke et al. (2004) zeigen in einer Studie, dass ca. 2 Jahre nach einer adäquaten Behandlung im Vergleich zur Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen davor ein stark verändertes Krankheitsverhalten vorliegt:

Verringerung der Arbeitsunfähigkeitszeiten	-62,3 %
Verkürzung der Dauer der Krankheit	-53,1 %
Verminderung der Tage für Krankengeldzahlungen	-71,5 %
Verminderung der Lohnfortzahlungstage	-41,5 %
Verminderung der Tage mit Produktivitätsverlust	-71,5 %
Verkürzung der Behandlungstage im Krankenhaus	-45,5 %
Verringerung akuter ambulanter Arztkontakte	-25,0 %
Verringerung des Medikamentenkonsums	-40,0 %

Bei erwerbstätigen PatientInnen verringerten sich die zweijährigen Behandlungskosten nach einer adäquaten stationären Rehabilitation um 54 %. Stellt man dieser Reduktion von ca. €21.500 die Behandlungskosten für eine stationäre psychosomatische Behandlung gegenüber, so ergibt dies bei einer beobachteten mittleren Behandlungsdauer von 52 Tagen a €110,- eine Kosten-Nutzen-Relation von 1:3,8.

Strain et al. (1991) berichten über die Effekte der Einführung von C/L-Arbeit bei geriatrischen PatientInnen mit Hüftfrakturen in zwei unterschiedlichen Krankenhäusern. In beiden Kliniken fand sich nach der Einführung der C/L-Arbeit eine signifikante Verkürzung der mittleren Liegezeit bei den betroffenen PatientInnengruppen. Aus dieser Verkürzung errechnete sich eine jährliche Kostenersparnis zwischen \$ 97.000,- und \$ 178.000,-.

Häuser et al. (2004b) zeigen in einer Studie, dass eine integrierte internistische Versorgung bei PatientInnen mit internistisch psychosomatischen Erkrankungen kostengünstiger ist als die Behandlung in einer konventionellen internistischen Abteilung.

Baron et al. (2009) konnten bei 213 PatientInnen in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik zeigen, dass psychosomatische Rehabilitation auf der Ebene krankheitsabhängiger Fähigkeitsstörungen positive Wirkungen hat. Es ergaben sich signifikante Verbesserungen in allen Fähigkeitsdimensionen des ICF.

Psychosomatische Krankheitsbilder als Komorbidität wirken sich sowohl auf den Ressourcenverbrauch im stationären Bereich als auch nach Entlassung aus (Koopmans, 2004; Lahmann, 2008).

Fritzsche et al. (2006) haben in einer Übersichtsarbeit ermittelt, dass psychosoziale Interventionen auch bei AllgemeinmedizinerInnen effektiv sind, aber dass hier noch ein großer Nachholbedarf an konzeptioneller Entwicklung strukturierter psychosozialer Interventionen besteht.

Nickel et al. (2006) untersuchten die Wirksamkeit der psychosomatischen Rehabilitation bei türkischen MigrantInnen und stellen zusammenfassend fest, dass auch bei PatientInnen, die an psychosozialen Problemen und unter Unzufriedenheit am Arbeitsplatz leiden, trotzdem zu einer Symptombesserung kommt.

IgE ist ein wesentlicher Faktor für die Diagnostik von Asthma und allergischen Krankheiten. Dass eine Wirkung der psychosomatischen Therapie auch bei harten Parametern, wie z. B. IgE bei Asthma nachgewiesen werden kann, haben Lahmann et al. in einer Arbeit gezeigt.

Der IgE-Spiegel ist bei PatientInnen mit Asthma signifikant gesunken (Lahmann et al. 2010). Dem wird auch durch die Psychoneuroimmunologie als vielversprechenden Zweig der modernen psychosomatischen und psychotherapeutischen Forschung Rechnung getragen, wobei hier der Einfluss von psychotherapeutischen Techniken auf die Aktivität krankheitsrelevanter Faktoren des Immunsystems untersucht wird (Schubert, 2009 oder <http://www.dkpm.de/cms/dkpm/arbeitsgruppen/dkpm-arbeitsgruppepsychoneuroimmunologie-pni>

Diese Ergebnisse, auch wenn sie - wie alle derartigen Studien - nur eine grobe Schätzung darstellen, zeigen eine eindeutig positive Kosten-Nutzen-Relation für die adäquate stationäre psychosomatische Behandlung. Außerdem muss auch immer auf einen Publikationsbias verwiesen werden, da auch in diesem Bereich mit größter Wahrscheinlichkeit nur positive Ergebnisse publiziert werden.

5.9 Epidemiologische Betrachtung – Epidemiologie von medizinisch unerklärten Symptomen

Somatoforme Beschwerden werden häufig unter den Begriffen „medizinisch unerklärte Symptome“ oder „funktionelle Symptome und Syndrome“ beschrieben. Das ätiologische Modell dieser Beschwerden wird so erklärt, dass mentale Zustände zu physiologischen Konsequenzen führen können. Ausgehend von diesem Modell wird eine Behandlung vorgeschlagen, die eine Veränderung der „biopsychosozialen“ Variablen vorsieht. Dies gilt insbesondere für chronisch wiederkehrende Probleme, die eine spezielle „biopsychosoziale“ Behandlung erfordern. In der Literatur gibt es einige Evidenz für den Erfolg der „biopsychosozialen“ Therapie für einige spezielle Krankheitsbilder und hier wieder vorwiegend aus dem klinischen Umfeld.

Surveys in der Bevölkerung zeigen, dass Schmerzen zu den häufigsten medizinisch unerklärten Symptomen zählen; weitere häufige Symptome sind Müdigkeit, Schwindel, Nahrungsmittelunverträglichkeit, sexuelle Probleme usw. Diese Symptome werden von ca. einem Fünftel der Bevölkerung berichtet. In der EU-Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren wird die Rate von somatoformen Störungen in einem 95 % Konfidenzbereich von 12.7 % bis 21.2 % geschätzt (Creed 2011b). Die Spannweite der Rate ist sehr groß und hängt sowohl von der Definition als auch vom Schweregrad ab, denn viele der Symptome werden als leicht eingestuft.

Somatische Probleme, die durch keine organbezogene Pathologie erklärt werden können stellen ein großes klinisches und auch Public Health Problem dar, insbesondere in der Routineversorgung. Mayou (2007) hält in seinem Artikel fest, dass spezifische und auch nicht-spezifische Interventionen, welche bei mentalen Erkrankungen effektiv sind, auch bei vielen funktionellen Beschwerden effektiv sind.

Um die Ergebnisse der Behandlung von funktionellen Symptomen und Syndromen zu verbessern, müssen vor allem Allgemeinmediziner und Teams entsprechend geschult werden.

In einer Studie in den Niederlanden, UK und Deutschland wurden bei 35 bis 53 % der PatientInnen in Spezialkliniken medizinisch unerklärte Symptome festgestellt (Creed 2011b). Besonders hoch ist die Rate in neurologischen Kliniken. In einer Studie im UK wurden in einer Neurologischen Klinik bei 64 % der PatientInnen medizinisch unerklärte Symptome festgestellt. In der Allgemeinmedizin liegt die Rate der Konsultationen mit medizinisch unerklärlichen Symptomen bei 15-19 % (Creed 2011b). Sehr häufig werden diese Symptome jedoch beim ersten Kontakt nicht als solche erkannt und es dauert oft sehr lange, sogar mehrere Jahre bis zur richtigen Behandlung.

Ähnlich hohe Raten zeigen Studien zu somatoformen Störungen oder funktionelle somatischen Syndromen. Insgesamt zeigen Studien für diese drei Krankheitsformen, dass diese bei 16 % der PatientInnen im Bereich der Allgemeinmedizin und bei 33 % der PatientInnen in Kliniken vorkommen (Creed 2011b).

Sobel beschreibt in der 1995 erschienen Arbeit sehr ausführlich die Rolle von „Gedanken, Gefühlen und Stimmungen“ und deren signifikanten Effekt auf den Beginn, den Verlauf und das Management von vielen Krankheiten. Er führt weiter aus, dass ein Missverhältnis zwischen psychosozialen Gesundheitsbedürfnissen und den üblichen medizinischen Maßnahmen häufig zu Frustration, Ineffizienz und zur Vergeudung von Ressourcen führen (Sobel 1995).

5.10 Epidemiologische Aspekte und Kosten

Da zurzeit zahlreiche Studien zu den Bereichen „medizinisch unerklärbare Symptome, somatoforme Störungen“ vorliegen, werden hier einige Beispiele aus diesem Bereich stellvertretend angeführt. Viele dieser Ergebnisse sind zumindest teilweise auf die Psychosomatik übertragbar, weil sie immer die psychischen, sozialen und biologischen Faktoren eines Gesundheitsproblems betreffen. Typisch für die Krankheitsverläufe dieser PatientInnen ist, dass oft sehr lange an organmedizinischen Attributen festgehalten wird, eine Vielzahl von Spezialisten kontaktiert wird, viele Krankhausaufenthalte vorliegen und die adäquaten Behandlungen, wenn überhaupt, erst zu einem sehr späten Zeitpunkt erfolgen [Hiller 2004].

Die Kosten für medizinisch unerklärte Symptome und somatoforme Störungen werden als sehr hoch eingeschätzt. Studien zeigten, dass in UK die ICD-9 Diagnosen 780-789 (signs, symptoms and ill-defined conditions) die teuersten im extramuralen Bereich sind. In den USA sind sie der fünfthäufigste Grund für einen Arztkontakt und in den Niederlanden ist es die fünftteuerste Diagnosenkategorie mit 4.8 % der gesamten Gesundheitskosten (Creed 2011b). Hiller und Mitarbeiter (Hiller 2004) haben bei einer Untersuchung der Kosten-Nutzen Effekte bei stationärer Therapie bei PatientInnen mit somatoformen Störungen und einer kognitiv-verhaltens-therapeutischen Behandlung (n = 172 PatientInnen) folgende Ergebnisse erhalten:

Rückgang der poststationären Behandlungskosten für somatoforme PatientInnen um 36.7 % (€1.098) für stationäre, um 24.5 % (€ 382) für ambulante Behandlungen. Die indirekten Kosten aufgrund von Arbeitsausfall in 2 Jahren waren um 35.3 % (€ 6.702) geringer als vorher. Die investierten Behandlungskosten haben sich nach 21.5 Monaten gerechnet. Bei einer Subgruppe von PatientInnen mit besonders hoher Inanspruchnahme gingen die Kosten um 63.9 % (€ 32.174) innerhalb von 2 Jahren zurück.

In einer multizentrischen Studie über den Effekt stationärer psychosomatischer Behandlung haben Probst und Mitarbeiter (Probst 2009) signifikante kurzfristige und langfristige Veränderungen im GSI (Global Severity Index), einem Index für die grundsätzliche psychische Belastung von PatientInnen festgestellt. Die Daten stammen aus einem Qualitätssicherungsprogramm für die Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland und umfassen n = 935 PatientInnen, die auch für eine Untersuchung nach einem Jahr verfügbar waren. 66 % waren Frauen, das mittlere Alter lag bei 43 Jahren und die durchschnittliche Erkrankungsdauer lag bei 85 Monaten. Mittels einer Varianzanalyse mit Messwiederholungen bei n = 847 PatientInnen konnten statistisch signifikante Veränderungen (p<0.001) zwischen Aufnahme, Entlassung und nach einem Jahr festgestellt werden. Der GSI bei Aufnahme war 1.20+-0,68, bei Entlassung 0.67+-0.58 und nach einem Jahr 0.83+-0.68. Ein GSI von 1.20 ist typisch für stationäre psychotherapeutische PatientInnen. Auch wenn bei dieser Studie über die Repräsentativität diskutiert werden kann, insbesondere auch im Hinblick auf die Dropouts, d. h. der PatientInnen, von welchen nach einem Jahr keine Daten zur Verfügung standen, so erscheint der multizentrische Ansatz aussagekräftig.

In einer Literaturstudie zur Behandlung von PatientInnen mit unerklärten medizinischen Symptomen wurden drei Therapieformen, nämlich Antidepressiva, kognitive Verhaltenstherapie (CBT) und andere unspezifische Therapien verglichen (Sumathipala 2007). Die Auswahl der verwendeten Studien erscheint schwierig, weil sie oft nur Kurzeitergebnisse beschreiben oder auch die PatientInnenselektion unscharf ist. Nur wenige Studien vergleichen pharmakologische und psychologische Behandlungen. Die Schlussfolgerungen sind trotzdem sehr klar und weisen auf eine hohe Effizienz der kognitiven Verhaltenstherapie für zahlreiche medizinisch unerklärte Symptome hin und es konnte eine Reduzierung von physischen Symptomen sowie von psychologischen Leiden nachgewiesen werden. Der Review von Sumathipala (2007) ergibt eine Stufe I Evidenz für die Behandlung mit Antidepressiva und kognitive Verhaltenstherapie bei PatientInnen mit

medizinisch unerklärten Symptomen. Leider fehlen Studien zum Vergleich zwischen pharmakologischen und psychologischen Behandlungen.

In einer Untersuchung von Tritt et al. 2005 werden Veränderungen der klinisch relevanten Problembereiche von 22.072 PatientInnen, die in 17 stationären psychosomatischen Einrichtungen behandelt und mit der Psy-BaDo-PTM bei Entlassung dokumentiert wurden, analysiert. Therapeutische Effekte wurden anhand der jeweiligen Bewertungen von zehn verschiedenen Problembereichen erfasst. So wurden Verbesserungsraten zwischen 87,0 % und 71,6 % beim Krankheitsverständnis, dem Wohlbefinden, der psychischen Symptomatik, Einstellung zur Zukunft, dem Selbstwert und der Eigenaktivität aufgezeigt; hinsichtlich der sozialen und interpersonellen Probleme sind die Ergebnisse weniger ausgeprägt.

Insgesamt wiesen die PatientInnen ein beachtliches Ausmaß an Beeinträchtigung auf. Mehr als 90 % gaben z. B. an, Probleme in mindestens 7 der 10 erfassten Bereiche gehabt zu haben. Über 2/3 der PatientInnen berichteten – mit Ausnahme der PatientInnen mit nur einem Problembereich – über Besserungen in zumindest der Hälfte der betroffenen Bereiche.

5.11 Resümee

Die Zahl der PatientInnen mit psychosomatischen Erkrankungen hat in den letzten Jahren stark zugenommen und wird in Zukunft noch weiter zunehmen, sodass die WHO davon ausgeht, dass diese Krankheitsformen nach 2020 zu den zweithäufigsten nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören werden. Viele Länder haben dieser Entwicklung bereits Rechnung getragen und in ihren Leistungskatalogen entsprechende Therapieformen aufgenommen.

Auch Österreich hat für den stationären Bereich die psychosomatische Therapie in den Leistungskatalog aufgenommen. Konsequenterweise ist eine qualitätsgesicherte, theorie- und forschungsgegründete Psychosomatische Medizin - Ausbildung für ÄrztInnen aller klinischen Fachrichtungen angezeigt. Die Zuschreibung der Bedeutung ist mit einer Zusatzfacharztausbildung in Psychosomatischer Medizin für PatientInnen und auch für ÄrztInnen unvergleichbar größer als „Diplomkursweiterbildungen“.

Das Spektrum der in der Literatur beschriebenen Anwendungen von psychosomatischen Therapien ist ein sehr umfassendes. Auch wenn man davon ausgeht, dass auch in diesem Bereich, wie in vielen anderen ein Publikationsbias vorliegt, so zeigen die Studien viele erfolgreiche und erfolversprechende Anwendungen. In einigen Arbeiten konnten sogar klinisch relevante Verbesserungen von immunologischen Parametern nachgewiesen werden (Lahmann, 2010).

Der Bedarf für psychosomatische Therapien wird international in vielen Studien bestätigt und inzwischen auch in einigen Finanzierungssystemen sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich abgebildet. Psychische Krankheiten als Komorbidität bei chirurgischen oder auch internistischen Erkrankungen haben einen wesentlichen Einfluss auf den Ressourcenverbrauch.

Zahlreiche Studien mit derzeit leider oft nur kleineren PatientInnenzahlen zeigen einen positiven Effekt von psychosomatischen Therapien, wobei das rechtzeitige Erkennen und die adäquate, von Fachleuten durchgeführte Therapie wesentlich sind.

Die derzeitige Versorgung, sofern diese Diagnosen überhaupt richtig und rechtzeitig erkannt werden, erfolgt oft in Einrichtungen wie allgemeine internistische Abteilungen, durch oft nicht ausreichend qualifiziertes Personal. Im Jahr 2009 wurden in den österreichischen Krankenanstalten (ohne PRIKRAF-Anstalten) 138.207 (= 5.49 % aller stationären Aufnahmen) F-Hauptdiagnosen dokumentiert. Die Anzahl von 233.584 F-Zusatzdiagnosen ist mit großer Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Unterschätzung der tatsächlichen absoluten Häufigkeit. Diese Zahlen zeigen deutlich, wie hoch der Bedarf ist.

Eine Ausbildung von qualifizierten Personen, die auch die Symptome rechtzeitig erkennen und eine adäquate Therapie anbieten, ist daher notwendig.

Für eine Beschreibung der Epidemiologie, Therapie und der Kosten-Nutzen-Relation der Psychosomatischen Medizin basierend auf der aktuellen Literatur ist eine Abgrenzung der Begrifflichkeit notwendig. Die MeSH-Definition „Psychosomatic Medicine“ zeigt ganz gut die Einordnung des Faches aber auch gleichzeitig, dass Psychosomatische Medizin nicht einfach einem Bereich zuzuordnen ist. Studien aus den Bereichen: medizinisch unerklärte Symptome, sowie das bio-psycho-soziale Modell und die kognitive Verhaltenstherapie, wurden hier berücksichtigt.

Die Prävalenz von medizinisch unerklärten Symptomen ist in der Bevölkerung sehr hoch und Studien zeigen, dass bei bis zu einem Fünftel der EU-Bevölkerung derartige Symptome mit unterschiedlichen Schweregraden vorliegen. Dies spiegelt sich dann auch im Patientenkollektiv sowohl bei Allgemeinmedizinern als auch in der Klinik, wo in speziellen Kliniken bis zu 50 % der PatientInnen derartige Symptome zeigten.

Für den Erfolg von „psychosomatischen Therapieformen“ liegen einige beeindruckende Studien vor und ein Review zeigt, dass für eine kognitive Verhaltenstherapie ebenso wie für eine Therapie mit Antidepressiva bei diesen Krankheitsbildern eine Evidenzstufe I gegeben ist.

Auch wenn derzeit nur wenige Langzeitstudien mit der Untersuchung von Kosten-Nutzen-Relationen vorliegen, so zeigen diese einen klaren Trend in Richtung von kosteneffizienten psychosomatischen Therapieformen, insbesondere bei Behandlung in spezialisierten Einrichtungen.

6. Vorschlag für die Verrechnungsmodalitäten für Leistungen des Zusatzfacharztes Psychosomatische Medizin

Vorbemerkungen

Dieser Beitrag stellt - ausgehend von bereits in der Arbeitsgruppe 3 der Subkommission Psychosomatik des OSR erarbeiteten Grundlagen -, Erfordernisse und Möglichkeiten zur Konkretisierung der Umsetzung von PSO Strukturen dar. Es erfolgt eine Weiterführung und Präzisierung des erforderlichen Leistungsangebots. Der Beitrag bezieht sich auf die bereits formulierte Psychosomatische Medizin Definition (siehe Seite 9).

Im Folgenden wird idealiter von der Realisierung des entsprechenden Zusatzfacharztes ausgegangen. Es bestünde mit den Psychosomatischen Medizin (PSO) ZusatzfachärztInnen die Möglichkeit zu einer besseren Integration von PSO in die jeweiligen Disziplinen. Die Umsetzung des Zusatzfacharztes (Zusatz FA) für Psychosomatische Medizin ermöglicht bei Einrichtung der vorgeschlagenen Kassenleistungen erstmalig eine gesamtösterreichische Diagnostik und Therapie. Dies würde eine Integration der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in bereits bestehende und bewährte medizinische Strukturen der niedergelassenen ÄrztInnen erlauben und sowohl die Ebene der niederschweligen Bezirkskrankenhäuser und des Bereichs der Allgemeinmedizin sowie der FachärztInnen einschließen. Das Angebot des Zusatz FA könnte bei entsprechender Stellenvergabe durch die Krankenversicherungsträger auch entgegen des bestehenden Versorgungsmusters an FachärztInnen in den Bezirksstädten dezentrale Bevölkerungsanteile versorgen.

Gleichwohl muss zur flächendeckenden Umsetzung des gesamtösterreichischen Konzeptes für Psychosomatische Medizin nicht nur das Ziel sein: die Implementierung des selbständigen Zusatzfacharztes für Diagnostik und Behandlung, sondern auch die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Psychosomatischen Medizin in Lehre und Forschung aufrecht bleiben.

Grundsätzliches zur Umsetzung und zur Kostendämpfung im Sinne dieser Studie

- In jedem Krankenhaus soll es zur Qualitätssicherung mindestens einen Zusatz FA zur Psychosomatischen Versorgung geben, dessen Aufgabe es ist, innerhalb der Struktur des Krankenhauses abteilungsübergreifend zu behandeln und zu koordinieren. Da derzeit an vielen Krankenhäusern keine räumlichen Voraussetzungen zur ungestörten Kommunikation mit PatientInnen und Angehörigen bestehen, sollen zur Umsetzung dieses Ziels auf jeder Abteilung Gesprächsräume ermöglicht werden. Diese dienen einerseits zur Kommunikation von Diagnose und Behandlung mit PatientInnen und Angehörigen und andererseits zur Qualitätssicherung von ärztlichem Handeln durch Balintgruppen und Supervision.

- Die Verrechnungsleistungen für den ambulanten Bereich sollen gesamtösterreichische Geltung besitzen. Dies ist deshalb erforderlich, da in den Bundesländern derzeit vollkommen unterschiedliche Modelle existieren. Solche Umgebungsbedingungen verursachen häufig erhebliche Behinderungen für PatientInnen zum Beispiel durch hochqualifizierte Behandlung in spezialisierten Abteilungen für Psychosomatik und einer de facto fehlenden Weiterbehandlungsmöglichkeit im extramuralen Bereich durch nicht existierende Leistungspositionen. Bassler et al. (noch nicht veröffentlicht, Regensburg, 5/2011) beziffern diese Reibungsverluste durch die Schnittstellenproblematik zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich mit 10 bis 15 % der Gesamtkosten im Gesundheitssystem. Die Integration des Zusatz FA innerhalb bestehender Strukturen von

Fachärzteschaft und Allgemeinmedizin hätte den Vorteil, dass Reibungsverluste, die durch die Nichtdiagnose und mangelnde Weiterbehandlung psychosomatischer Erkrankungen entstehen, minimiert werden. Dadurch ließe sich eine verbesserte Behandlungssteuerung, eine verminderte Wiederholungsfrequenz von technischen Untersuchungen, verbesserte Rückfallprophylaxe und ein kompetentes Angebot auch außerhalb gut versorgter, städtischer Zentren erreichen.

- Wesentlich dabei ist, dass im Unterschied zu bisherigen Modellen, die durch die ausdrückliche Anwendung der psychotherapeutischen Schweigepflicht neue Trennlinien in der Behandlung zwischen Medizin und Psychosomatik eröffnen und damit Reibungsverluste in der Behandlung ermöglichen, durch den betreuenden Zusatzfacharzt nicht nur psychosomatische sondern auch medizinische Leistungen erbracht werden dürfen. Dies gilt auch für die Befundübermittlung zur Weiterführung von Behandlung durch überweisende KollegInnen.

Schätzung der personellen Mindestanforderungen zum Aufbau von flächendeckenden PSO Versorgungsstrukturen in Österreich

Niedergelassener Bereich:

AllgemeinmedizinerInnen

Um eine flächendeckende qualifizierte Versorgung zu gewährleisten, wird angenommen, dass pro ca. 15.000 Einwohner mindestens ein/e AllgemeinmedizinerIn mit Zusatzfach zum Einsatz kommt. Nachdem laut Schätzung der österreichischen AllgemeinmedizinerInnen in einer repräsentativen Erhebung bei mindestens jedem/r 5. PatientIn in der eigenen Praxis psychosomatischer Behandlungsbedarf besteht (Fazekas et al. 2009), kann mit einem Verhältnis von 1 : 15.000 von einer basalen Sicherstellung einer flächendeckenden psychosomatischen Versorgung in der Allgemeinmedizin ausgegangen werden. Das ergibt ca. 530 AllgemeinmedizinerInnen mit Zusatzfach für Psychosomatische Medizin (von insgesamt 12.979 AllgemeinmedizinerInnen laut Statistik Austria 2009).

FachärztInnen

Von 19.219 FA in Österreich (Statistik Austria 2009) kommen ca. 12.800 in Frage. Dazu zählen die chirurgischen Fächer (Chirurgie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie, plastische, ästhetische und rekonstruktive Chirurgie, Unfallchirurgie), die Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Lungenkrankheiten, Neurologie, Psychiatrie und die Urologie. Die Fächerbreite der mit Psychosomatischer Medizin befassten Fächer und die häufige Zuweisung von AllgemeinmedizinerInnen zu Fachärztinnen bei unklaren Beschwerden (siehe dazu somatoformen Störungen, S. 73) begründet die Annahme, dass auf ca. 15.000 Einwohner ebenfalls ein FA mit Zusatzausbildung nötig ist. Dies ergibt wiederum ca. 530 FA, die sich auf den niedergelassenen FA Bereich (N = 330) und auf den stationären Bereich – in Krankenanstalten mit Schwerpunkt und Spitzenversorgung - (N = 200) verteilen. Diese Berechnung bezieht sich auf eine geschätzte Mindestanzahl von FachärztInnen, ab der von einer flächendeckenden Versorgung gesprochen werden kann.

Stationärer Bereich:

Standardkrankenhäuser

Bei ca. 100 Standardkrankenhäusern in Österreich sollte mindestens ein(e) AllgemeinmedizinerIn mit dem Zusatzfach für Psychosomatische Medizin vorhanden sein.

Schwerpunkt- und Spitzenversorgung

In Krankenanstalten für Schwerpunkt- und Spitzenversorgung (ca. 35 Krankenanstalten) sollten in Abhängigkeit von der Größe zwischen 3 und 8 FachärztInnen mit Zusatzfach tätig sein, die auch mit Aufgaben in Forschung und Lehre benötigt werden. Das ergibt ca.

- 100 AllgemeinmedizinerInnen mit Zusatzfach für Psychosomatische Medizin
- und mindestens 200 (ca. 6 x 35 KA) FachärztInnen mit Zusatzfach.

In Summe werden also ca. 1.200 ÄrztInnen mit dem Zusatz (2 x 530 plus 100) für eine flächendeckende Versorgung benötigt.

Vorschlag für Leistungen

Die Leistungen gliedern sich in zwei (drei) Bereiche:

1. Psychodiagnostik
2. Behandlung
3. (Prävention)

Der Bereich der Prävention der psychosomatischen Erkrankungen wäre zu ergänzen. Da dieser nicht durch die SV bezahlt wird, wird darauf nicht näher eingegangen, soll aber nicht unerwähnt bleiben.

1. Psychodiagnostik

- a. Biographische Erstanamnese (mindestens 30 min)
- b. Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände
Obligater Leistungsinhalt:
 - Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände
 - Schriftlicher Vermerk über ätiologische Zusammenhänge
- c. Psychodiagnostische Verfahren
 - I. Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren
Obligater Leistungsinhalt:
 - Anwendung standardisierter Testverfahren
 - Fragebogentest und/oder
 - Orientierender Test
 - Auswertung eines Testverfahrens
 - Schriftliche Aufzeichnung
 - II. Anwendung und Auswertung von psychometrischen Testverfahren
Obligater Leistungsinhalt:
 - Anwendung psychometrischer Testverfahren
 - Funktionstest und/oder
 - Entwicklungstest und/oder
 - Intelligenztest
 - Auswertung eines Testverfahrens
 - Schriftliche Aufzeichnung
 - III. Anwendung und Auswertung von projektiven Verfahren
Obligater Leistungsinhalt:
 - Anwendung projektiver Verfahren
 - Auswertung eines Verfahrens
 - Schriftliche Aufzeichnung

2. Behandlung

a. Psychosomatisch-medizinische Behandlung

Setting:

- Einzel
- Paar
- Teilfamilie
- Gruppe

b. Psychosomatisches Case Management

Obligater Leistungsinhalt:

- Kooperation zur Einleitung oder Weiterbehandlung eines psychosomatisch und / oder psychopathologisch definierten Krankheitsbildes
- Schriftlicher Vermerk

Fakultativer Leistungsinhalt:

- Kooperation zur diagnostischen Konsultation
- Förderung von Psychotherapiemotivation
- Förderung von Eigenverantwortung, Empowerment

c. Psychosomatisches Krisengespräch

Obligater Leistungsinhalt:

- Verbale Krisenintervention bei Vorliegen eines psychosomatisch definierten Krankheitsbildes und/oder
- Verbale Krisenintervention bei Vorliegen eines psychopathologisch definierten Krankheitsbildes
- Nutzung der Arzt-Patient Interaktion
- Schriftlicher Vermerk des Inhalts der Krise

Fakultativer Leistungsinhalt

- Nutzung der Arzt-Patient Interaktion unter Einbeziehung der Bezugsperson(en)
- Planung und/oder Einleitung der Kooperation mit and. Gesundheitseinrichtungen

d. Übende Verfahren (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson)

Obligater Leistungsinhalt

- Übende Verfahren
- Verbale Intervention
- Einführung des Patienten in das Verfahren
- Standardisierte Dokumentation
Einzelbehandlung
Gruppenbehandlung

e. Psychotherapeutische Medizin PSY 3 oder Psychotherapie nach dem PthG.

Setting:

- Einzel
- Paar
- Teilfamilie
- Gruppe

Dauer: 25 min bzw. 50 min

3. Prävention (primäre, sekundäre und terziäre)

Literaturverzeichnis

AMS (2009): AMS-Qualifikations-Barometer.

Online: <http://bis.ams.or.at/qualibarometer/berufsbereiche.php> (15.11.2010).

Ärzteausbildungsordnung 2006 <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004879>

Ärztegesetz (2010): Änderung des Ärztegesetzes 1998 (14. Ärztegesetz-Novelle). Gültig ab 01.09.2010.

BMASK http://www.bmask.gv.at/site/Presse/Aktuelle_Arbeitsmarktdaten/2010/

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung – LKF-Modell 2012, gültig ab 01.01.2012.

Bundesministerium für Gesundheit (2013) LKF – Modell 2013 Kapitel 3.8.1 und 3.8.2.

Baron Stefanie et al. (2009): Wirksamkeitsanalyse einer stationären psychosomatischen Rehabilitation anhand des Mini-ICF-APP. Rehabilitation 2009; 48: 145-153.

Buddeberg Claus (2010): Psychosomatische und Psychosoziale Medizin in der Schweiz. Mit elektronischem Verzeichnis psychosomatischer Einrichtungen. Online: http://www.appm.ch/pdf/Psychosomatik_Schweiz.pdf (01.11.2010).

Creed Francis et al. (2011a): Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress. Cambridge University Press, Cambridge.

Creed Francis et al. (2011b): Epidemiology: prevalence, causes and consequences. In: Creed 2011a, 1-42.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM): Online: <http://www.dgpm.de/> (01.11.2010).

Deutsches Ärzteblatt (2011): Psychosomatiker setzen auf interdisziplinäre Zusammenarbeit Online:http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/44502/Psychosomatiker_setzen_auf_interdisziplinare_Zusammenarbeit.htm (01.02.2011).

Dürckheim Karl (1974): Vom Leib, der man ist, in initiatischer und pragmatischer Sicht. In: Petzold Hilarion: Psychotherapie und Körperdynamik. Junfermann, Paderborn, 11-27.

Fazekas Christian, Matzer F., Greimel E. R. et. Al (2009): Psychosomatic medicine in primary care: influence of training. Wiener Medizinische Wochenschrift 2009, 12: 446-453.

Frank R. (1976): Zur Ausbildung in körperorientierter Psychotherapie. Integrative Therapie 2/3, 103-108.

Fava Giovanni et al. (2005): Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives. The Clinical Domains of Psychosomatic Medicine. J Clin Psychiatry, 2005, 66(7), 849-858.

Fritzsche Kurt et al. (2006): Effectiveness of psychosocial interventions for emotional disorders by general practitioners. A systematic review. Z Psychosom Med Psychother. 2006; 52(1): 4-22.

Galuska Joachim et al. (2010): Burn-out-Alarm. Online: [http://www.dgpm.de/index.php?id=aktuell_single&tx_ttnews\[tt_news\]=869&tx_ttnews\[backPid\]=13&cHash=a7c696e289](http://www.dgpm.de/index.php?id=aktuell_single&tx_ttnews[tt_news]=869&tx_ttnews[backPid]=13&cHash=a7c696e289) (12.1.2011).

Gesundheit Österreich GmbH (2009): GBÖ 2009. Online: http://www.goeg.at/media/download/berichte/GBOe_09.pdf (01.02.2011).

Gesundheit Österreich GmbH (2010): ÖSG 2010. Online:<http://www.goeg.at/index.php?pid=produkteberichtedetail&bericht=218&smark=Österreichischer+Strukturplan+Gesundheit+2010&noreplace=yes> (31.01.2011).

Gesundheitsbericht Österreich GBÖ 2009 http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/8/0/CH1066/CMS1288362276132/gboe_09.pdf

Gündel Harald et al. (2000): Konsiliar-/Liaison-Tätigkeit aus der sozioökonomischen Perspektive. PPM Psychother Psychosom med Psychol 2000; 50: 247-254.

Green Paper on Mental Health 2005 http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf

- Häuser Winfried et al. (2004a): Internistische psychosomatische Medizin im deutschen Fallpauschalen-system G-DRG. *Psycho-Social-Medicine*, 2004, 1, 1-7.
- Häuser Winfried et al. (2004b): Kosteneffektivität einer integrierten internistischen Psychosomatik. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 2004; 54: 34-38.
- Hiller Wolfgang et al (2004): Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Effekte der stationären Therapie somato-former Störungen. *Fortschr neurol Psychiat*, 72: 136-146.
- KEF und RZ Verordnung http://www.aerztekammer.at/c/document_library/get_file?uuid=c1ec75c1-3fb7-46f5-bd83-f314502d6437&groupId=10431
- Koopmans Gerrit T. et al. (2004): Length of hospital stay and health services use of medical inpatients with comorbid noncognitive mental disorders: a review of the literature. *General Hospital Psychiatry*, 2005, 27, 44–56.
- Kunkel Elisabeth J.S. et al. (2010): Physician Staffing for the Practice of Psychosomatic Medicine in General Hospitals: A Pilot Study. *Psychosomatics*, 2010, 51/6, 520-527.
- Lahmann Claas et al. (2008): Efficacy of Functional Relaxation and Patient Education in the Treatment of Somatoform Heart Disorders: A Randomized, Controlled Clinical Investigation. *Psychosomatics*, 2008, 49, 378-385.
- Lahmann Claas et al. (2010): Effects of Functional Relaxation and Guided Imagery on IgE in Dust-Mite Allergic Adult Asthmatics: A Randomized, Controlled Clinical Trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(2), 2010, 125-130.
- Leitner Anton (2010): Zusatzfacharzt Psychosomatische Medizin. Diskussionsstand 04.10.2010.
- Leitner Anton (2010): *Handbuch der Integrativen Therapie*. Springer-Verlag Wien New York.
- Loeb Pierre (2003): Die psychosomatische Therapie. *Schweizerische Ärztezeitung / Bulletin des médecins suisses / Bollettino dei medici svizzeri* •2003; 84: Nr 12.
- Loeb Pierre (2008): Psychosomatische und Psychosoziale Medizin in der Schweiz. Online: www.appm.ch/pdf/Psychosomatik_Schweiz.pdf (15.1.2008).
- Marcel Gabriel (1967): *Die Menschenwürde und ihr existentieller Grund*. Frankfurt/M: Knecht.
- Mayo (2007): Are Treatments for Common Mental Disorders Also Effective for Functional Symptoms and Disorder? *Psychosomatic Medicine*, 69/2007, 876-880.
- Merleau-Ponty M. (1945, 1966): *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter.
- Möller Heidi (2000): *Esoterische Heilerwartungen*. *Praktische Theologie* 2, 126-137.
- Möller Heidi (2003): *Reinkarnation und Rebirthing – Esoterikboom und postmoderne Heilerwartungen*. Skriptum Donau-Universität Krems.
- Morris R. (2004): Specified psychosocial interventions for somatizing patients by the general practitioner: a randomized controlled trial. *J Psychosom Res*, 57: 507-514.
- Morris, R., Gask, L., Dowrick, C., Dunn, G., Peters, S., Ring, A., Davies, J. and Salomon Peter (2010): Randomized trial of reattribution on psychosocial talk between doctors and patients with medically unexplained symptoms. *Psychological medicine*, 40(2), 325-333.
- Netzwerk Psychosomatik Österreich <http://www.netzwerk-psychosomatik.at/>
- Nickel Cerstin et al. (2006): Treatment results from inpatient psychosomatic rehabilitation of Turkish migrants: a prospective study. *Gesundheitswesen*, 2006; 68(3): 147-53.
- Österreichische Ärztekammer (2009): *Berufsausübende Fachärzte und Fachärztinnen nach Fachrichtungen und Bundesländern (Dezember 2009)*.
- Österreichische Ärztekammer (2010): *Befragung der EU-Mitgliedsstaaten zum Thema „Needs assessment for quality requirements, quality assurance and structure of care provision in the field of psychosomatics in the intramural and extramural sector in the European countries“*. Rückmeldungen von Belgien, Tschechien, Deutschland, Estland, Luxemburg, Niederlande, Rumänien, Slowakei.
- Österreichische Ärztekammer (o. J.): *ÖAK-Diplom Psychosoziale Medizin*.
- Österreichische Ärztekammer (o. J.): *ÖAK-Diplom Psychosomatische Medizin*.

Österreichische Ärztekammer (o. J.): ÖAK-Diplom Psychotherapeutische Medizin.

Probst T. et al. (2009): Effektivität stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung – Ergebnisse einer multizentrischen Katamnesestudie. *Z Psychosom Med Psychother*, 55: 409-420.

Rose Matthias et al. (2004): DRG-Vergütung und Kosten stationärer integrierter psychosomatischer Behandlung. *Psychotherapeut* 2004, 49: 148–154.

Rumpold Gerhard, Lettner Sandra, Konrad Ulla (2009): Strukturqualität der Klinischen Psychologie im Krankenhaus. *Zeitschrift ÖKZ*, 50. Jg. (2009), 10.

Online:http://www.boep.or.at/fileadmin/editor_upload/Presse/2009_10_01_OEKZ_Strukturqualitaet.pdf (31.01.2011) 2009;55(1): 3-26.

SAPPM: Der Fähigkeitsausweis.

Online: <http://www.appm.ch/de.php?site=sappm&sappm=faeh> (15.11.2010).

SAPPM / ASMPP: Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPPM. Académie Suisse pour la Médecine Psychosomatique et Psychosociale ASMPP.

Online: <http://www.appm.ch> (15.11.2010).

Schubert Christian et al. (2009): Psychoneuroimmunology: an update. *Z Psychosom Med Psychother*.

Sobel D. S. (1995): Rethinking medicine: Improving Health Outcomes With Cost-Effective Psychosocial Interventions. *Psychosomatic Medicine*, 57: 234-244.

Spahn Claudia et al. (2002): Psychosomatic liaison service in medicine – need for psychotherapeutic interventions and their realization. *SWISS MED WKLY* 2002; 132: 166–173.

Statistik Austria (2009): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008. Wien: Statistik Austria. Online: http://www.statistik.at/web_de/dynamic/services/publikationen/ (15.11.2010).

Statistik Austria (2010): Gesundheitsausgaben in Österreich.

Online:http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.htm (15.11.2010).

Stone Evelyn M. compiled and edited (1988) American psychiatric glossary Am. Psychiatric Press in Washington, DC.

Strain J. J., Lyons J. S., Hammer J. S. et al. (1991): Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients. *Am J Psychiatry* 148(8):1044–1049.

Sumathipala A. et al. (2007): What is the evidence for the Efficacy of Treatments for Somatoform Disorders? A Critical Review of Previous Intervention Studies. *Psychosomatic Medicine*, 69: 889-900.

Tritt, Karin; von Heymann, Fritz; Joraschky, P. et al. (2005): Was verändert sich bei stationären Psychotherapien? Darstellung der Veränderungen anhand zehn relevanter Problembereiche. In: T. H. Loew, K. Tritt & P. Joraschky (Hrsg.) Stationäre Behandlungen in der Psychosomatik – wer, wann, wie? Hamburg: Verlag Dr. Kovac, 233-253.

Tritt Karin, Heyman Fritz v., Cojocar Laura, Loew Thomas H. (2010): Synope der Basisdokumentation aus dem Psych-Bereich. Universität Regensburg, Abteilung Psychosomatik (karin@tritt.de).

Walch Sylvester (1991): *Subjekt, Realität und Realitätsbewältigung*. München: Minverva.

Wancata Johannes (2006), in: *CliniCum* 1/2006.

Online: <http://www.clinicum.at/dynasite.cfm?dsmid=72691&dspaid=561736> (31.01.2011).

WHO (2009): Health Impact of Psychosocial Hazard at Work: An Overview. 2009. Online: http://www.who.int/occupational_health/publications/hazardpsychosocial/en/index.html (15.1.2011).

Wittchen Hans-Ulrich, Jacobi Frank (2004): aus DGPM: Berliner Deklaration für eine qualifizierte psychosomatische Versorgung.

Online: http://www.dgpm.de/uploads/media/Berliner-Deklaration_AEP-Beilage_0210.pdf (01.02.2011).

Zielke Manfred et al. (2004): Fehlversorgung bei psychischen Erkrankungen.

<http://www.presse.dak.de/ps.nsf/DruckFormSeite?OpenForm&ParentUNID=828702540CEDD7A3C1256EAE00447AFA> (16.01.2011).

AutorInnen:

Univ.-Prof. Dr. Anton Leitner, MSc: Donau-Universität Krems

Univ.-Prof. DI Dr. Karl P. Pfeiffer: Fachhochschule Joanneum Graz

Dr. Mag. Sigrid Nindl: 3s Unternehmensberatung GmbH Wien

PD Dr. Christian Fazekas: Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie der
Medizinischen Universität Graz

Mag. Alexandra Koschier: Donau-Universität Krems

Kontakt:

Univ.-Prof. Dr. Anton Leitner, MSc

anton.leitner@donau-uni.ac.at

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Berufsausübende ÄrztInnen in Österreich, 2007 bis 2009.....	12
Tabelle 2: ÄrztInnen in Krankenanstalten in Österreich, 2007 bis 2009.....	13
Tabelle 3: Beschäftigungsentwicklung in relevanten Wirtschaftsklassen (ÖNACE-4-Steller) in Gesamtösterreich, Jahresdurchschnittswerte, 2005 bis 2009.....	13
Tabelle 4: Anzahl der Krankenanstalten und Betten in Österreich, 2009.....	13
Tabelle 5: Berufsausübende FachärztInnen nach Fachrichtungen, Dezember 2009*.....	14
Tabelle 6: Additivfächer in Österreich.....	15
Tabelle 7: Aufenthalte in Krankenanstalten (gesamt und mit Psychosomatischem Hintergrund) 1. Hj 2010.....	17
Tabelle 8: Planungsrichtwerte – Normalpflege-/Intensivbereiche in Akut-KA (Planungshorizont 2020).....	18
Tabelle 9: Häufigkeit von spezifischen psychosomatischen Haupt- und Zusatzdiagnosen von stationären Aufnahmen in Österreich 2009.....	26
Tabelle 10: Lehrinhalte des ÖAK-Diploms „Psychosoziale Medizin“ (PSY1).....	48
Tabelle 11: Modifizierte Lehrinhalte des ÖAK-Diploms "Psychosoziale Medizin" (PSY1), PSY-TurnusärztInnen (Tiroler Modell).....	62
Tabelle 12: Lehrinhalte des ÖAK-Diploms „Psychosomatische Medizin“ (PSY2).....	49
Tabelle 13: Lehrinhalte des ÖAK-Diploms „Psychotherapeutische Medizin“ (PSY3).....	50
Tabelle 14: Entwicklung der PSY3-Diplome, 1991–2008*.....	50
Tabelle 15: Entwicklung der PSY3-Diplome in den Jahren 2000–2008*.....	51
Tabelle 16: Anteil der PSY1-, PSY2- und PSY3-Diplome, 2008.....	52
Tabelle 17: Anzahl und Ausbildung der PSY3-Diplom-InhaberInnen in Österreich, November 2008*.....	52
Tabelle 18: Aus- und Weiterbildungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin in Europa.....	54
Tabelle 19: Curriculum ZusatzfachärztInnen Ausbildung für Psychosomatische Medizin.....	57
Tabelle 20: Psychosomatische Leistungen für den stationären Bereich (neu).....	65
Tabelle 21: TARMED Positionen für psychosomatische Behandlung in der Schweiz, 2010.....	67
Tabelle 22: Behandlungsdokumentation A bis C.....	87
Tabelle 23: Behandlungsdokumentation D bis F.....	88

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Häufigkeit der 3-stelligen F-Hauptdiagnosen in Österreich 2009.....	25
Abbildung 2: Häufigkeit der 3-stelligen F-Zusatzdiagnosen in Österreich 2009.....	26
Abbildung 3: Aktualisierte Entwicklung der Psy-Diplome bis 2010.....	53
Abbildung 4: MEL32.01.....	66
Abbildung 5: MEL32.02.....	66

Anhang 1: Methodik der Erhebungen

Methodik der Arbeitsmarktanalyse

Die Arbeitsmarktanalyse basierte auf der Analyse von sekundärstatistischen Daten und Studien. Auf dieser Grundlage wurde die Größenordnung des potenziellen Ausbildungs- bzw. Arbeitsmarktes für das Zusatzfach „Psychosomatische Medizin“ untersucht. Neben strukturellen Indikatoren (z. B. Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP), arbeitsmarktrelevanten Studien zum Gesundheitsbereich und der Beschäftigungsentwicklung in relevanten Wirtschaftsklassen im Gesundheitsbereich wurde auch die Entwicklung der Anzahl von berufsausübenden ÄrztInnen u. a. in Krankenanstalten dargestellt. Die Daten wurden jeweils für Gesamtösterreich analysiert. Wo entsprechende Daten verfügbar waren, wurden Indikatoren für den Bereich Psychosoziale / Psychosomatische / Psychotherapeutische Medizin gesondert ausgewiesen (z. B. Anzahl der Krankenanstalten / Betten für psychosomatische Versorgung). Zentrale Quellen für Daten waren (in alphabetischer Reihenfolge): AMS-Qualifikationsbarometer, BM:ASK, Gesundheit Österreich, Österreichische Ärztekammer, Österreichischer Strukturplan Gesundheit und Statistik Austria.

Methodik der Bedarfsanalyse

Um den Bedarf bzw. die Rahmenbedingungen für die Einführung einer ZusatzfachärztInnen-ausbildung für Psychosomatische Medizin* abzuklären, wurden im November und Dezember 2010 bzw. Jänner 2011 16 ExpertInnengespräche mit EntscheidungsträgerInnen aus einschlägigen Einrichtungen, Organisationen bzw. Institutionen durchgeführt. Die Interviews wurden nach vorheriger Terminvereinbarung telefonisch durchgeführt, ein Gespräch dauerte in der Regel zwischen 60 und 80 Minuten (in Ausnahmefällen auch länger). Die befragten ExpertInnen kommen aus ganz Österreich sowie Deutschland bzw. der Schweiz und stammen aus folgenden Tätigkeitsbereichen:

- AllgemeinmedizinerInnen mit niedergelassener Praxis und Schwerpunkt für Psychosomatik oder Psychotherapeutische Medizin
- InstitutsleiterInnen und Vorstände von Universitätskliniken und öffentlichen bzw. privaten Krankenhäusern mit Angeboten für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
- übergeordnete VertreterInnen aus dem Gesundheitsbereich, z. B. Ärztekammer
- klinische PsychologInnen bzw. PsychotherapeutInnen
- leitende/r Arzt/Ärztin eines Ambulatoriums mit Psychosomatikangebot
- niedergelassene FachärztInnen für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
- ärztliche LeiterInnen von Spezialkliniken für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin

Den befragten Personen wurde im Vorfeld eine Kurzinformation zur geplanten ZusatzfachärztInnen-ausbildung für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin zugesandt. Die Kurzinformation umfasste den Hintergrund und die zentralen Fragestellungen zur Studie, die Eckdaten zur geplanten ZusatzfachärztInnen-ausbildung, die bisherigen Inhalte der ÖAK-Diplomweiterbildungen „Psychosoziale Medizin“ (PSY1), „Psychosomatische Medizin“ (PSY2) und „Psychotherapeutische Medizin“ (PSY3) sowie, zur Vorbereitung für die InterviewpartnerInnen, die Kernthemen der Interviews.

Die Interviews wurden durch einen schriftlichen Interviewleitfaden unterstützt. Inhaltlich orientierten sich die Interviews an folgenden Fragestellungen:

* Der klinische Fachbereich der den bio-psycho-sozialen kulturellen und ökologischen Aspekt in der Befunderhebung und Diagnosestellung gleichermaßen in den Blick nimmt und der interventionelle (Versorgung, Behandlung) Bereich Psychotherapeutische Medizin bzw. Psychotherapie umfassen gemeinsam den Gegenstandsbereich Psychosomatische Medizin.

- berufliche Tätigkeit und Funktion des befragten Experten bzw. der befragten Expertin sowie Funktion in der Einrichtung/Organisation/Institution
- aktuelle Trends und Entwicklungen im Bereich Psychosoziale Medizin, Psychosomatische Medizin bzw. Psychotherapeutische Medizin
- Bewertung des Vorhabens, eine ZusatzfachärztInnenausbildung für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin einzuführen
- Einschätzung der inhaltlichen/gesetzlichen/organisatorischen Rahmenbedingungen für die Einführung einer solchen ZusatzfachärztInnenausbildung
- Einschätzung der zu berücksichtigenden strukturellen Voraussetzungen für die Einführung einer solchen ZusatzfachärztInnenausbildung, damit die Leistungen mit einer entsprechenden Qualität erbracht werden können (Ausbildung an sich, Infrastrukturmerkmale wie z. B. Raumausstattung etc.)
- ggf. vorhandene Defizite aufgrund der noch nicht vorhandenen Ausbildung
- Bedarf an entsprechend ausgebildeten ZusatzfachärztInnen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin in Österreich bzw. im eigenen Fachbereich bzw. in der eigenen Institution; Differenzierung zwischen dem Bedarf im stationären, tagesklinischen und ambulanten Bereich bzw. in Rehabilitationseinrichtungen
- Beschäftigungsmöglichkeiten für AbsolventInnen dieser ZusatzfachärztInnenausbildung in der eigenen Institution bzw. am Arbeitsmarkt (im Gesundheitswesen) in Österreich
- Anzahl der PatientInnen, die im Umfeld des/der Befragten jährlich eine Behandlung durch qualifizierte ZusatzfachärztInnen in diesem Bereich benötigen würden
- Vorteile/Nutzen bzw. ggf. zu berücksichtigende Nachteile der Einführung einer solchen Ausbildung
- vorhandene relevante Studien oder Befragungen zum Thema Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin und zu Bedarf bzw. Kosten/Nutzen der Einführung einer solchen ZusatzfachärztInnenausbildung
- vorhandene PatientInnenbefragungen zum Thema Bedarf an Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
- Länder mit Vorbildwirkung für diese Ausbildung
- mögliche Formen der Finanzierung der durch diese ZusatzfachärztInnen erbrachten Leistungen im ambulanten und stationären Bereich
- Bewertung der Dringlichkeit einer solchen Zusatzausbildung (unnötig, wünschenswert, dringend)
- weitere aus Sicht des Interviewpartners bzw. der Interviewpartnerin relevante Aspekte zu diesem Thema

Die Interviews wurden (teil)transkribiert. Die Auswertung der qualitativen Interviews erfolgte nach Kriterien einer qualitativ orientierten Inhaltsanalyse (in Anlehnung an Mayring), in welcher die obigen Fragestellungen jeweils als Kernfragen definiert wurden und die Antworten aus den ExpertInneninterviews mittels Kodierung (teilweise unter Zuhilfenahme der Software MAXQDA für qualitative Datenanalyse) den Kernfragen zugeordnet wurden. Auf diese Weise konnten Kernthemen (auf der Basis von Mehrfachnennungen) und Spezialthemen (auf der Basis von Einzelnennungen) herausgearbeitet und zusammenfassend pro inhaltlichem Kernbereich dargestellt werden. Die Darstellung in der Analyse folgt im Wesentlichen den oben angeführten Themenclustern; für jeden Bereich wurden Zitate aus ExpertInneninterviews zur besseren Veranschaulichung ausgewählt, in welchen Kern- oder Spezialthemen erörtert wurden. Die Darstellung der Zitate basiert auf der (Teil-)Transkription der Interviews, die Wiedergabe in der Studie erfolgte in anonymisierter Form. Durch den Begleit- bzw. Kommentartext zum Zitat wurde jeweils eine Kontextualisierung der Zitate vorgenommen (z. B. hinsichtlich thematischer Repräsentativität des Zitats, hinsichtlich der Provenienz des Interviewpartners in fachlicher Hinsicht).

Methodik der Akzeptanzanalyse

Im Rahmen der Akzeptanzanalyse erfolgte auf der Basis der Untersuchung verschiedener Nachfrageindikatoren eine Schätzung des künftigen Nachfragepotenzials für die geplante ZusatzfachärztInnenausbildung „Psychosomatische Medizin“. Anhand der vorhandenen

Informationen zur geplanten Ausbildung erfolgte eine Definition der Zielgruppen sowie eine Detailanalyse zur Nachfrage beim bisher hierzu verankerten Weiterbildungsangebot (PSY-Diplomweiterbildung) in Österreich.

Die Lehrinhalte der ÖAK-Diplome „Psychosoziale Medizin“ (PSY1), „Psychosomatische Medizin“ (PSY2) und „Psychotherapeutische Medizin“ (PSY3) wurden beschrieben, da diese die Grundlage einer ZusatzfachärztInnenausbildung darstellen und zum Zeitpunkt der Studie als Referenz für mögliche Lehrinhalte des Zusatzfaches und somit als Ausgangspunkt für den inhaltlichen Vergleich mit anderen Bildungsangeboten in diesem Bereich dienten. Weiters erfolgte eine quantitative Analyse der Diplome über den Zeitraum 1991 bis 2008, aufgeschlüsselt nach Bundesländern und für Gesamtösterreich.

In einer Kohärenzanalyse wurde in einem Screening (mittels Schlagwortsuche in Datenbanken zu Bildungsangeboten bzw. allgemein über Suchmaschinen im Internet) untersucht, in welchen europäischen Ländern bereits vergleichbare Ausbildungen eingeführt wurden. Auf nationaler Ebene wurden hierfür insbesondere Datenbanken zu akademischen Ausbildungen genutzt, wie z. B. die Website des Fachhochschulrates (www.fhr.ac.at), die Website www.fachhochschulen.at, Websites zum Studienangebot an Universitäten und Fachhochschulen des bm:wf (www.bmwf.gv.at), von Unikat (www.wegweiser.ac.at) und Studieren.at (www.studieren.at), die FH-Informationsplattform (www.fh-studium.at) und das Akademische Portal Österreich (www.portal.ac.at). Für Deutschland wurden z.B. Informationsportale wie Studieren.de (www.studieren.de) oder der Hochschulkompass (www.hochschulkompass.de) verwendet, für statistische Informationen die Website des Statistischen Bundesamts (www.destatis.de). Auf europäischer Ebene wurden Metadatenbanken wie z.B. Study Portals (www.bachelorsportal.eu, www.mastersportal.eu, www.phdportal.eu, www.shortcoursesportal.eu) herangezogen. Darüber hinaus wurde die Suche über allgemeine Suchmaschinen, z. B. www.google.com, erweitert. Die Suche wurde auf der Basis von Schlagwörtern wie „Psychosoziale Medizin“, „Psychotherapeutische Medizin“, „Psychosomatische Medizin“, „psychosozial“, „Psychotherapie“, „Psychosomatik“, „Facharztausbildung“, „Zusatzfach Medizin“ u. a. durchgeführt.

Darüber hinaus wurden die Ergebnisse einer von der Österreichischen Ärztekammer im Jahr 2010 durchgeführten Befragung der EU-Mitgliedstaaten zum Thema „Needs assessment for quality requirements, quality assurance and structure of care provision in the field of psychosomatics in the intramural and extramural sector in the European countries“ herangezogen. An dieser Befragung haben sich über das Ausfüllen eines Fragebogens bzw. zumindest eine kurze schriftliche Stellungnahme die folgenden Länder beteiligt: Belgien, Tschechien, Deutschland, Estland, Luxemburg, Niederlande, Rumänien, Slowakei. In den Rückmeldungen waren auch Informationen zu Aus- und Weiterbildungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin enthalten. Die Ergebnisse der Recherche wurden tabellarisch zusammengefasst; im Detail erfolgte eine Analyse der in Deutschland bereits verankerten FachärztInnenausbildung mit der Gebietsbezeichnung „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ (auf Basis der Weiterbildungsverordnung wurden Ziel, Zeitrahmen, Inhalte der Ausbildung dargestellt). Auf Grundlage der verschiedenen Nachfrageindikatoren sowie der Arbeitsmarkt- und Bedarfsindikatoren wurde abschließend eine Schätzung des InteressentInnenpotenzials vorgenommen.

Methodik der Kosten-Nutzen-Analyse

Die Kosten-Nutzen Analyse beruht auf Literaturdaten, wobei der MeSH-Term „Psychosomatik“ sehr weit zu fassen ist bzw. vielfach nicht als solcher verwendet wird. Es geht meist um Krankheitsbilder aus den Bereichen „medizinisch unerklärbare Symptome, somatoforme Störungen“. Die Kosten für medizinisch unerklärte Symptome und somatoforme Störungen werden in der Literatur als sehr hoch eingeschätzt, wobei zwischen Lang- und Kurzzeitergebnissen unterschieden werden muss. Auch wenn derzeit nur wenige Langzeitstudien mit der Untersuchung von Kosten-Nutzen-Relationen vorliegen, so zeigen diese einen klaren Trend in Richtung von kosteneffizienten psychosomatischen Therapieformen, insbesondere bei Behandlung in spezialisierten Einrichtungen

Anhang 2: Behandlungsdokumentationen 1. Teil

Konkrete Behandlungsdokumentationen:

Auch aus der im Folgenden dargestellten Behandlungsdokumentation geht hervor, dass der Nutzen einer psychosomatischen Behandlung ungleich weniger Kosten verursacht, als eine herkömmliche medizinische Behandlung – jeweils bezogen auf den-/dieselbe/n PatientIn: linke Spalte herkömmliche Diagnose und Kosten, rechte Spalte psychosomatische Diagnosen, Behandlung und Kosten (nach Leistungskatalog der § 2 Krankenversicherungsträger).

Die nachfolgenden gegenüberstellenden Behandlungsdokumentationen stammen von niedergelassenen AllgemeinpraktikerInnen, die seit Jahren im Feld der Allgemeinmedizin und der psychosomatischen Grundversorgung tätig sind (siehe auch die näheren Ausführungen im Anhang 2, S. 90ff).

Tabelle 22: Behandlungsdokumentation A bis C

Diagnose (herkömmlich)	Kosten der medikamentösen Behandlung (insgesamt pro Jahr)	Diagnose (Psychosomatische Medizin)	Kosten der psychosomatischen Behandlung (insgesamt pro Jahr)
A (Anhang S. 89)			
Zerebrale Krampfanfälle und epileptische Absenzen Essentieller Tremor Tachycardie Gangstörung Depression Hypothyreose Hypercholesterinämie <i>Therapieangebot</i> 12 verschiedene Medikamente	€4.654,58	Dissoziative Zustände nach sexuellem Missbrauch Tachycardie Depression in Remission Hypothyreose Hypercholesterinämie <i>Therapieangebot</i> 7 verschiedene Medikamente Biopsychosoziale Anamnese Beziehungs- und Gesprächsmedizin Ressourcenarbeit	€585,40
B (Anhang S. 91)			
Pseudostenocardien Römheld-Syndrom Recidivierende hypertone Krisen Depression <i>Therapieangebot</i> 4 verschiedene Medikamente	€9.632,35	Panikattacken Neigung zu Hyperventilation Paroxysmale Tachycardien <i>Therapieangebot</i> 1 Medikament Biopsychosoziale Anamnese Aufklärung Hyperventilationsübungen Autogenes Training	€98,55

Diagnose (herkömmlich)	Kosten der medikamentösen Behandlung (insgesamt pro Jahr)	Diagnose (Psychosomatische Medizin)	Kosten der psychosomatischen Behandlung (insgesamt pro Jahr)
C (Anhang S. 93)			
Verdacht auf Hyperventilation <u>Therapieangebot</u> KH-Aufenthalt EKG Thorax-Röntgen Labor Facharzt-Ordination Gastroskopie Coloskopie	€323,06	Hyperventilation-tetanie Akute Belastungs-reaktion <u>Therapieangebot</u> Hausbesuch (+ km) Injektion Psychotherapeutische Medizin Patientengespräch (mehrfach) Ressourcenarbeit Angehörigengespräch (mehrfach)	€79,13

Quelle: Behandlungsdokumente (Die Dokumentation findet sich im Anhang)

Tabelle 23: Behandlungsdokumentation D bis F

Symptomatik	Herkömmliche Behandlung	Psychosomatische Behandlung	Kosten der psychosomatische Behandlung
D (Anhang S. 95)			
Oraler Diabetes (nicht einstellbar) Ständige Hitzewallungen Zucken der rechten Gesichtshälfte mit unwillentlichem Lidschluss Anspannung Fehlende Information über die Befunde	OB Sonographie (mehrfach) Nieren-sonographie Pelvine Sonographie Internistische Untersuchung EKG (mehrfach) Rektoskopie Histologie Chirurgische Untersuchung Szintigramm Laboruntersuchungen (mehrfach) HNO Untersuchung Thorax Röntgen Karotis-Sonographie Neurologische Untersuchung (mit Botoxinjektion) <u>Therapieangebot:</u> Stationärer Aufenthalt und umfangreiche medikamentöse Behandlung: * Euthyrox 100 * Hypren 10 * Simvastatin 40 * Pantoloc 40 * Januvia 100 bzw. Metformin 850	Szenische Information Patientengespräch(mehrfach) Körperliche Untersuchung <u>Therapieangebot:</u> Bestrahlungstherapie zur Muskel-entspannung Entspannungstechnik mit Biofeedback Psychosomatik-sprechstunde Medikamentöse Behandlung	Ordination (inkl. Zuschlag Erst-ordination) Neurologischer Status Therapeutische Anamnese €20,10

Symptomatik	Herkömmliche Behandlung	Psychosomatische Behandlung	Kosten der psychosomatische Behandlung
E (Anhang S. 97)			
Thoraxbeschwerden Koronare Herzkrankheit Hoher Arbeitseinsatz Kündigung Angst bei Komplikationen während der Stent Implantation Energiedefizit (subjektiv erlebt) Thoraxschmerzen Gesundheits-bezogene Ängste	Belastungs-EKG mit ST Streckensenkung Koronarangiographie <i>Therapieangebot: Stentimplantation</i>	Szenische Information Patientinnengespräch(meh rfach) Ressourcenorientierte biopsychosoziale Anamnese <i>Therapieangebot: Psychosomatisch- psychotherapeutische Gespräche (mehrfach) Lebensstilmodifikation</i>	
F (Anhang S. 98)			
Reizdarmsyndrom (seit 20 Jahren) Plötzlicher, unbeherrschbarer Stuhlgang Massive Blähungen Durchfall Verstopfung Chronischer Bauchschmerz	<i>Therapieangebot: Koloskopie (mehrfach) Abdomensonographie (mehrfach) Abdomen-CT Gastroskopie (mehrfach) Laboruntersuchungen (mehrfach)</i>	<i>Therapieangebot: Medikamentöse Therapie Psychosomatikgruppe mit Entspannungs-training (6 Sitzungen bis 12 geplant)</i>	1 Sitzung €35,--

Quelle: Behandlungsdokumente (Die Dokumentation findet sich im Anhang)

Anhang 3: Behandlungsdokumentationen 2 Teil

Behandlungsdokumentation A:

▪ **Erstkontakt:** Visite, April 2009

Die seit 12 Jahren frühpensionierte Volksschullehrerin (63 Jahre) öffnet nach langem Warten die Türe, gestützt auf ein Rollmobil, kaum gehfähig mit grobschlägigem Tremor am ganzen Körper und einem periodischen, plötzlichen Einknicken des Oberkörpers nach links oder rechts. Sie könne nicht mehr aus dem Haus gehen, werde von einer Nachbarin mit dem Nötigsten versorgt, sei depressiv und hätte seit 50 Jahren „Anfälle“, die, als Epilepsie diagnostiziert, mit drei verschiedenen antikonvulsiven Medikamenten behandelt werde.

Diagnosen:

▪ **Diagnosen I:**

- Zerebrale Krampfanfälle und epileptische Absenzen
- Essentieller Tremor
- Tachycardie
- Gangstörung
- Depression
- Hypothyreose
- Hypercholesterinämie

- **Behandlung:** Die Patientin wird nun alle 2 bis 4 Wochen visitiert. Mit Visiten von jeweils 20 bis 30 Minuten und dem Einsatz der „Soft Skills“ - der Psychosomatischen Grundversorgung im Sinne einer Beziehungs- und Gesprächsmedizin unter Berücksichtigung des achtsamen Umganges mit Emotionen (Langewitz W.) - erzählt die Patientin bei der 3. Visite ihre Leidensgeschichte. Sie habe den ersten „Anfall“ mit 12 Jahren bekommen, als ihr Onkel sie sexuell missbrauchte. Dieser Missbrauch habe in den Jahren danach mehrmals stattgefunden. „Anfälle“ hätte sie dann bei ihrer Menarche gehabt, worauf sie auf die ersten Antiepileptica eingestellt wurde. Weitere und anhaltende „Anfälle“ habe sie in der Schwangerschaft bekommen, wobei sie sich an einen Geschlechtsverkehr gar nicht erinnern habe können. Nicht einmal ihrem Ehemann, der vor einem Jahr nach schwerer Krankheit verstorben ist, habe sie von diesen Missbräuchen erzählt. Die unzähligen EEG's waren stets als „am Rande der Norm“ beschrieben.

- **Krankheitsverlauf:** Die Patientin wird ermutigt, sich kreativ mit ihren Erinnerungen und Zuständlichkeiten auseinanderzusetzen. Sie beginnt zu zeichnen und Gedichte zu schreiben, die bei den Visiten respektvoll beachtet werden. Nach zwei Jahren ist die Patientin nunmehr seit 7 Monaten „anfallsfrei“, kann nach dem Absetzen der Antikonvulsiva selbständig – wohl noch mit dem Rollmobil und Nachbarschaftshilfe – auf die Straße und einkaufen gehen, kann wieder ohne Tremor schreiben und zeichnen und ist lebensfroh.

- Erarbeitung der Ressourcen der Patientin
- Wechselspiel von Arbeit (Verdrängung) und Ruhe (mir etwas Gutes tun) notwendig
- Besuche im Krankenhaus nach eigenem Ermessen
-

▪ **Diagnosen II:**

- Dissoziative Zustände nach sexuellem Missbrauch
- Tachycardie
- Depression in Remission
- Hypercholesterinämie
- Hypothyreose

Kosten:

Medikamente		12.Apr.09	
Euro / Packung	für Tage	pro Tag €	
€ 192,00	30	€ 6,40	Keppra
€ 13,45	30	€ 0,45	Mirtabene
€ 12,50	28	€ 0,45	Pantoloc 40
€ 14,70	30	€ 0,49	Simvastatin20
€ 39,15	56	€ 0,70	Co-Diovan
€ 8,90	60	€ 0,15	Cal-D-Vita
€ 7,05	200	€ 0,04	Euthyrox
€ 16,50	20	€ 0,83	Movicol
€ 13,65	30	€ 0,46	Efectin 75
€ 44,65	75	€ 0,60	Trileptal 300
€ 53,95	25	€ 2,16	Lamictal 100
€ 5,15	100	€ 0,05	Temesta 1mg
		€ 12,75	Pro Tag
		€ 89,27	pro Woche
		€ 382,57	pro Monat
		€ 4.654,58	pro Jahr
		€ 232.729,21	50 Jahre

Medikamente		14.Apr.11		
Euro / Packung	für Tage	pro Tag €		
€ 192,00	30		Keppra	ex
€ 13,45	30	€ 0,45	Mirtabene	
€ 9,70	28	€ 0,35	Pantoloc 20	
€ 14,70	30	€ 0,49	Simvastatin20	
€ 39,15	56		Co-Diovan	ex
€ 8,90	60	€ 0,15	Cal-D-Vita	
€ 7,05	200	€ 0,04	Euthyrox	
€ 16,50	20		Movicol	ex
€ 13,65	30		Efectin 75	ex
€ 44,65	75		Trileptal 300	ex
€ 53,95	25		Lamictal 100	ex
€ 5,15	100	€ 0,05	Temesta 1mg	
€ 8,40	100	€ 0,08	Concor Cor	
		€ 1,60	pro Tag	
		€ 11,23	pro Woche	
		€ 48,12	pro Monat	
		€ 585,40	pro Jahr	
		€ 29.270,18	50 Jahre	
mögliche Einsparung		€ 203.459,03	in 50 Jahren	

(ergibt sich aus: € 232.729,21 zu € 29.270,18)

Behandlungsdokumentation B:

- **Erstkontakt:** Ordination, November 2010
Der Patient kommt schwitzend, zittrig und erregt mit Stechen in der Brust, Atemnot und Oberbauchbeschwerden gehetzt in die Ordination. Er sei bereits bei drei Internisten und einer Lungenfachärztin gewesen und alle hätten ihn mehrfach untersucht und nichts gefunden und ihm mitgeteilt, er hätte es „auf den Nerven“. Er habe β -Blocker, mehrere Antidepressiva (wegen Nebenwirkungen im Beipacktext nicht genommen) und Tranquilizer erhalten, was seine Atemnot verstärkt, aber die periodisch auftretenden Zustände nicht behoben hätte. Er fühle sich ausgebrannt und erschöpft. Wegen der anhaltenden Beschwerden und der Angst, einen Herzinfarkt zu erleiden, habe er die Frühpensionierung eingereicht.
- **Diagnosen I:**
 - Pseudostenocardien
 - Römheld-Syndrom
 - Recidivierende hypertone Krisen
 - Depression
- **Untersuchung:** In 6 Sitzungen zu je ca. 30 Minuten hat der Patient die Möglichkeit, die genauen Umstände seiner „Herzanfälle“ von der Symptomatik bis zur jeweiligen Lebenssituation zu beschreiben. Es erfolgt eine dem Patienten verständliche Aufklärung über die physiologischen neurologischen und hormonellen (Stresshormone) Vorgänge bei Panikattacken und Hyperventilation. Gemeinsam werden Hyperventilationsübungen gemacht, um zu zeigen, welche Symptome dabei auftreten und dass diese nach Einatmen der eigenen Atemluft aus einem Nylonsack wieder verschwinden. Jeweils am Ende der Sitzungen werden die Übungen des autogenen Trainings (J. H. Schultz) vermittelt und zum selbständigen Üben daheim motiviert. Durch das gemeinsame Üben entwickelt sich eine vertrauensvolle, tragfähige, therapeutische Beziehung in ruhiger Atmosphäre. Im Laufe von ca. 8 Wochen werden die Attacken deutlich weniger und schwächer und der Patient kann gut damit umgehen und leben. Wegen einer relativen Tachycardie wird täglich $\frac{1}{2}$ Tab eines β -Blockers verschrieben.
- **Diagnosen II:**
 - Panikattacken
 - Neigung zur Hyperventilation
 - Paroxysmale Tachycardien

Kosten:

Medikamente 24.11.2010			
Euro / Packung	für Tage	pro Tag €	
€ 54,50	30	€ 1,82	Wellbutrin
€ 2,65	10	€ 0,26	Xanor
€ 9,70	28	€ 0,35	Pantoloc 20
€ 94,70	30	€ 3,16	Seretide Diskus
		€3,77	pro Tag
		€26,39	pro Woche
		€105,56	pro Monat
		€9.632,35	pro Jahr

Medikamente 27.04.2011			
Euro / Packung	für Tage	pro Tag €	
€ 16,50	60	€ 0,27	Nebivolol
		€0,27	pro Tag
		1,89	pro Woche
		8,10	pro Monat
		98,55	pro Jahr
mögliche Einsparung		9.533,80	pro Jahr

(ergibt sich aus: € 9.632,35 zu € 98,55)

Behandlungsdokumentation C:

- **Kontaktaufnahme:** Tochter (Altenbetreuerin, 2 Kinder, 41) nimmt telefonisch persönlich mit dem Arzt Kontakt auf und ersucht um Hausbesuch bei der Mutter (Pensionistin, verheiratet, 4 Kinder, 65). Sie erbricht seit gestern alle Nahrungsmittel, auch Enkelkinder hatten Durchfallserkrankung, wegen der Kreislauftsituation nicht transportfähig, Hausbesuch nach der Ordination vereinbart.
- **Hausbesuch:** Tochter begrüßt Arzt bei Ankunft vor dem Haus, sagt sie müsse noch etwas mit ihm besprechen. Sie erzählt, dass ihr das Verhalten der Mutter auffallend gedämpft vorkommt. Sie arbeitet sonst sehr viel im Haus und der Landwirtschaft, hat gestern noch Zaun gestrichen, nachts ist dann das Erbrechen losgegangen.
- **Symptomatik:** Patientin liegt im Bett, daneben Eimer. Sie ist blass, angespannte Mimik. Zwei der drei Töchter sind anwesend. Das Zimmer ist sehr ordentlich aufgeräumt. Ihr Mann scheint nicht zu Hause zu sein.
- **Untersuchung:** Die klinische Untersuchung ergibt keinen pathologischen Befund. Nachfrage der jüngeren Tochter, ob die Beschwerden mit der Wirbelsäule zu tun haben können.
Die Patientin hat Zustand nach dorso-ventraler Fusion L3 - S1 mit Erweiterung der instrumentierten Strecke im Segment L3/4 (2006)
Die Nachuntersuchung ergibt einen Hartspann im Bereich der LWS.
- **Patientinnengespräch I:** die Patientin wird vom Arzt gebeten, die Beschwerden selbst zu schildern: „Ich ´kopfe´ an etwas herum. Ich will aber nicht sagen, was. Gestern nach der Arbeit ging es beim Schlafengehen wieder los... Dann verkrampfen sich bei mir die Finger und mir wird elendiglich schlecht. Ich muss brechen.“
- **Verdachtsdiagnose:** Hyperventilation
- **Patientinnengespräch II:** „Was wäre, wenn das ´Kopfen´ für das Verständnis der Krankheit und der Behandlung wichtig wäre?“ Jüngere Tochter erzählt, dass der Gatte der Patientin vor 4 Tagen an einer Darmkrebserkrankung operiert wurde und gestern eine Nach-OP wegen Undichtheit der Anastomose notwendig war.
- **Diagnoseergänzung:** Hyperventilationstetanie; akute Belastungsreaktion.
- **Therapie:**
 - Erarbeitung der Ressourcen der Patientin
 - Wechselspiel von Arbeit (Verdrängung) und Ruhe (mir etwas Gutes tun) notwendig
 - Besuche im Krankenhaus nach eigenem Ermessen
- **Patientinnengespräch III:** Die Patientin teilt die Hypothese zur Krankheitsentstehung und ist mit den Maßnahmen einverstanden. Sie hätte gerne etwas zur Beruhigung und erinnert sich, dass sie diese Belastungsreaktion schon einmal bei einer kritischen Situation vor ein paar Jahren hatte.
Gabe von Valium

- **Angehörigengespräch I:** Die ältere Tochter begleitet den Arzt zum Auto. Nachfrage des Arztes: „Habe ich das richtig in Erinnerung, dass sich vor 15 Jahren Dein Bruder mit dem Jagdgewehr des Vaters erschossen hat? Denkst Du, das könnte mit der jetzigen Situation noch einen Zusammenhang haben?“
Antwort der Tochter: „Das ist sehr wahrscheinlich. Sie hat das nie verwunden, verarbeitet und immer wenn eine Belastung da ist, wie jetzt beim Papa, arbeitet sie wie wild. Bis sie nicht mehr kann...“
- **Angehörigengespräch II:** Der Arzt bittet die Tochter um Rückmeldung über Befinden der Mutter am folgenden Tag. Anruf der Tochter: „Der Zaun ist fertig gestrichen. Dem Vater geht es gut.“
- **Abschluss:** Gesprächsangebot an die Patientin bei Nachkontrolle.

Kosten:

Verrechnet wurden: (Zeitaufwand 45 min) Kosten Stand 01.04.2011 in €

▪ 1 Hausbesuch	37,85
▪ 3 Doppelkilometer	04,36
▪ 1 im Injektion	00,92
▪ 1 psychotherapeutische Medizin (25 min) Pos.:36e	<u>36,00</u>
Gesamtkosten	79,13

Einsparung:

▪ Krankenhausaufenthalt, ca. 3-5 stat. Tage	?
▪ EKG (34A, 34B,34C,34F)	62,63
▪ Thorax Röntgen	27,94
▪ Labor nach Aufwand	?
▪ Ordination <u>ein</u> Facharzt	25,70
▪ Gastroskopie	22,15
▪ Coloskopie	<u>184,64</u>

Gesamtkosten ohne Labor und stationärem Aufenthalt **323,06**

Behandlungsdokumentation D:

- **Kontaktaufnahme:** Patientin kommt in die Arztordination.
- **Symptomatik:**
 - Oraler Diabetes nicht einstellbar
 - ständige Hitzewallungen
 - Zucken der rechten Gesichtshälfte mit unwillentlichem Lidschluss
 - Anspannung
 - sie wird seit Monaten von einem Arzt zum anderen geschickt, niemand erzählt ihr, was sie hat
- **Medikation:**
 - Euthyrox 100 microg
 - Hypren 10 mg
 - Simvastatin 40 mg
 - Pantoloc 40 mg
 - Januvia 100 mg
 - nach neuerlichem stat. Aufenthalt innerhalb von 7 Tagen
 - statt Januvia nun Metformin 850
- **Untersuchungen (von Dezember 2010 bis April 2011):**
 - OB Sonographie mehrfach
 - Nierensonographie
 - Pelvine Sonographie
 - internistische Untersuchung
 - EKG mehrfach
 - Rektoskopie
 - Histologie
 - Chirurgische Untersuchung
 - Szintigramm, Sonographie der Schilddrüse
 - bei allen Kolleginnen Laboruntersuchungen
 - HNO Untersuchung
 - Thorax Röntgen
 - Carotissono
 - neurologische Untersuchung mit Botoxinjektion

Behandlungsdokumentation	
D OB-Sono 4x	€ 80,00
Nieren-Sono	€ 25,00
pelv.-Sono	€ 25,00
Internist	€ 55,00
Ekg 4 x	€ 140,00
Recto	€ 46,00
Histo	€ 55,00
Ord. Chirurg	€ 55,00
Szinti SD	€ 110,00
Labor 4x	€ 1.600,00
HNO	€ 50,00
Rö-Thorax	€ 35,00
Car-Sono	€ 35,00
Neuro + Botox	€ 100,00
	€2.411,00

Frühere
Stationäre Aufenthalte ???

Medikamente pro Quartal:

Euthyrox	€ 8,60
Hypren 10	€ 44,55
Simvast.40	€ 48,30
Pantoloc 40	€ 37,50
Januvia	€ 208,95
Metform.850	€ 12,30
	€ 360,20

Summe 3 Monate

Behandlung und Med. = **€ 2.771,20**

Diese Kosten werden problemlos von der SV übernommen.

- **Szenische Information:** Motorisch unruhige Patientin; zappelt am Stuhl herum; spricht hektisch und abgehakt, mit kurzen Sätzen: der Blepharospasmus (Zucken der Gesichtshälfte mit Lidschluss) rechts sistiert, wenn die Patientin ruhiger wird; Anspannung; Wut auf Ärzte.
- **Patientinnengespräch I:** Mitteilung, dass die mitgebrachten Befunde eine gründliche, körperliche Vorgangsweise abbilden. Vermutung, dass sie selbst etwas anderes mit ihrer Unzufriedenheit sagen will. Bitte, alle Befunde aus der Vorgeschichte beim nächsten Mal mitzubringen.
- **Körperliche Untersuchung:**
 - Ergebnis: Verdacht auf Hypertonie, aktuell RR 155/100
 - klinische Untersuchung bis auf einen positiven Babinsky Reflex rechts unauffällig
 - muskuläre Anspannung der HWS und LWS Muskulatur
 - Mitteilung des Untersuchungsergebnisses ohne Verwendung von Fachausdrücken: guter Allgemeinzustand, der pathologische Reflex rechts muss abgeklärt werden; das Zucken der Gesichtshälfte hört auf, wenn die Patientin ruhiger erscheint.
- **Patientinnengespräch II:** Stress über unklaren Gesundheitszustand erhöht den Blutzucker, den Blutdruck und die Muskelspannung. Zudem verschlechtert sich das Zucken der Gesichtshälfte.
Vereinbarung darüber:
 - dass die Blutwerte kontrolliert werden, vor allem Langzeitzucker (älter als 3 Monate)
 - beim nächsten Mal Sichtung und Besprechung der Ergänzungsbefunde
 - Rücksprache mit dem Neurologen wegen des Babinsky Reflexes
 - Möglichkeit des Erlernens einer Entspannungstechnik zur besseren Selbstkontrolle nach Erarbeitung aller noch notwendigen Befunde; Beendigung des ständigen Untersuchungskreislaufes.
- **Therapieangebot:**
 - Bestrahlungstherapie zur Muskelentspannung
 - Entspannungstechnik mit Biofeedback zur Angstreduktion und Selbstkontrolle
 - Psychosomatiksprechstunde: Zeit für erweiterte Anamnese und Nachfragemöglichkeit durch die Patientin
 - Fortsetzung der medikamentösen Behandlung.

Kosten - verrechnet wurden: (Zeitaufwand 20 min) in €

▪ 1 Ordination	03,72
▪ 1 Zuschlag Erstordination	00,93
▪ 1 neurologischer Status	03,72
▪ 1 Therapeutische Anamnese	<u>11,73</u>
▪ Gesamtkosten	20,10

Behandlungsdokumentation E:

- **Kontaktaufnahme:** Patientin kommt in die Arztordination.
- **Krankheitsgeschichte:**
 - 50jähriger Patient wird nach über 20 Jahren in mittlerer Führungsebene gekündigt
 - kommt wegen Thoraxbeschwerden zum Hausarzt
 - Patient berichtet vom hohen Arbeitseinsatz
 - Internist: Belastungs-EKG mit ST Streckensenkung; Koronarangiographie;
 - KHK, Indikation für Stent
 - während Stentimplantation zieht der behandelnde Arzt seinen Vorgesetzten bei, da Probleme aufgetreten sind. Der Patient erlebt dabei ein ausgeprägtes Angstgefühl, glaubt, sterben zu müssen. Stent erfolgreich eingesetzt, nach Stent 150 W im Belastungs-EKG
 - subjektiv Energiedefizit, deutliche Thoraxschmerzen und gesundheitsbezogene Ängste
 - Zuweisung an psychosomatischen Spezialisten (Allgemeinmediziner).

Behandlungsdokumentation

E

Ekg + Ergo	€ 120,00
Stent	€ 5.000,00
	€ 5.120,00
Stationärer Aufenthalt	€ 5.000,00

- **Psychosomatischer Behandlungsansatz:**
 - Die Grundidee des zuweisenden Arztes: Zusammenhang mit Burn-out und kränkender Kündigung nach langer Betriebszugehörigkeit?
 - Aus Patientenperspektive (subjektive Krankheitstheorie) liegt das Problem beim Herzen und am Leistungsmangel
 - Anamnestisch: Das eigene 2-jährige Kind ist an Myocarditis verstorben; kompensatorisch seit damals extrem hohe Leistungsorientierung im Beruf, aus dem der Patient als zu teuer gekündigt wurde; außerdem belastende Verlusterfahrung im Alter von 5 Jahren (Scheidung der Eltern)
 - Patient öffnet sich im Zuge psychosomatisch-psychotherapeutischer Gespräche (4 Mal) der empfohlenen Lebensstilmodifikation. Angst schwindet.
- **Spezifika einer psychosomatischen Behandlung:**
 - Anmeldung (z. B.) in allgemeinmedizinischer Ordination
 - Ein Termin außerhalb der Ordinationszeit, dadurch erweiterter Rahmen (**Spezifikum**)
 - Patient wird eingeladen, das Setting für das Gespräch zu wählen (wer soll am Gespräch teilnehmen?) (**Spezifikum**)
 - Ausgangspunkt: aktuelle Krankheit/Beschwerden (wie sonst auch üblich)
 - Sichtung aller somatischen Befunde (wie sonst auch üblich)
 - Gespräch ermöglichen; Zuhören (wie sonst evtl. auch üblich)
 - Klinische Untersuchung (wie sonst auch üblich)
 - Ressourcenorientierte biopsychosoziale Anamnese (Beispiel: 8 Felder Anamnese; Probleme – Ressourcen) (**Spezifikum**)
 - Entwicklung einer gemeinsamen Krankheitstheorie (**Spezifikum**)
 - Zielsetzung des Gesprächs 1: Anschlussfähigkeit an aktuelle subjektive Krankheitstheorie, evtl. Erweiterung dieser Sichtweise (**Spezifikum**)
 - Zielsetzung des Gesprächs 2: Aufbau einer tragfähigen Beziehung (**Spezifikum**)
 - Bekenntnis zu Arbeitshypothesen in der ärztlichen Vorgangsweise (**Spezifikum**)

- Bewusste Akzeptanz der Geschwindigkeit des Patienten / der Patientin / des Familiensystems (**Spezifikum**)
 - Gezielte Förderung von Selbstverantwortung, Autonomie, Kontrolle (wie sonst evtl. auch üblich)
- Vorrangige Ausrichtung des ärztlichen Handelns auf die (Wiederherstellung / Förderung der) gesunde(n) Funktion der (somatisch) erkrankten Person bzw. des Familiensystems. Gleichzeitige (allerdings evtl. nachrangige) Ausrichtung auf Diagnose und Krankheit (**Spezifikum**)

Behandlungsdokumentation F:

- **Anamnese:** 65-jährige Patientin leidet seit 20 Jahren an einem Reizdarmsyndrom mit folgenden Symptomen: plötzlicher, unbeherrschbarer Stuhlgang, massiven Blähungen und abwechselnd Durchfall und Verstopfung, weiters beschreibt sie einen chronischen Bauchschmerz. Aufgrund dieser jahrelangen, täglichen Beschwerden ist sie in ihrer Lebensqualität und in ihren Aktivitäten sehr eingeschränkt.

Reizdarmsyndrom: Störung der Motorik der Muskeln des Verdauungstraktes, die Kommunikation zwischen „Bauch- und Kopf“ ist gestört und damit die Schmerzempfindlichkeit in Bezug auf den Bauch wesentlich erhöht.

Im Herbst 2010 erstmalige Ordination bei Internistin mit ÖÄK-Diplom für Psychosomatische Medizin (PSY2)

- **Erhobene Befunde bis Herbst 2010:**

- 2 x Koloskopie
- 3 x Abdomensonographie
- 1 x Abdomen – CT
- 3 x Gastroskopie
- 10 x Laboruntersuchungen

Kosten für Behandlung und KH =	€10.120,00
-----------------------------------	-------------------

Behandlungsdokumentation F

Koloskopie 3x	€ 255,00
OB-Sono 4x	€ 80,00
Abdomen-CT	€ 65,00
Gastroskopie 3x	€ 255,00
Labor 4x	€ 1.600,00
	€2.255,00

- **Intervention:** Seither keine Untersuchungen mehr veranlasst; Einladung der Patientin in die Gruppe für „Bauchbezogene Hypnose“, die die Internistin gemeinsam mit einer Kollegin mit ÖÄK- Diplom für Psychotherapeutische Medizin (PSY3) durchführt.
- **Behandlungsverlauf:**
 - Medikamentöse Therapie: Mutaflor für 3 Monate, Colofac täglich
 - „Bauchbezogene Hypnose“: Selbsthypnose ist ein natürlicher und aktiver Prozess, um die Kontrolle über die eigene Darmfunktion wieder zu erlangen. In 12 Sitzungen (wöchentlich, je 1 ½ Stunden) wird eine Selbsthypnose erlernt mit Entspannung und nachfolgender Vorstellung von der Normalisierung der Funktionen des Verdauungstraktes mit Verminderung der Schmerzempfindung.

- Nach 6 Sitzungen berichtet die Patientin folgendes: nach 20 Jahren zum 1. Mal wieder in einem Konzert – ohne Beschwerden eine Woche danach Besuch einer 6-stündigen Veranstaltung – ohne Beschwerden weiters ist eine Bergwanderung demnächst geplant – war nicht mehr möglich deutliche Reduktion der Schmerzempfindlichkeit und Normalisierung der Darmbewegungen
- Bereits nach der Hälfte der geplanten Sitzungen verbesserten sich die Lebensqualität und das subjektive Wohlbefinden der Patientin so, dass sie Aktivitäten, die jahrelang nicht möglich waren, wieder durchführen kann. Weiters ist eine Entspannung der gesamten Körperhaltung und vor allem der Gesichtsmimik deutlich sichtbar.

Kosten:

für eine Sitzung: 35 € (12 Sitzungen: 420 €)

Anhang 4: Behandlungsdokumentationen 3. Teil

In den nachstehenden konkreten drei Behandlungsdokumentationen werden auch Lebensstil- und Lebensqualitätsaspekte deutlich sichtbar, die durch eine psychosomatisch-psychotherapeutische Intervention eingeleitet werden. PatientInnen kommen in der Regel aus krankmachenden Atmosphären, an den psychosomatisch ausgebildeten ÄrztInnen liegt es neben der medizinischen Grundausbildung auch den bio-psycho-sozio-kulturellen Kontext einzubeziehen und darüber hinaus „so etwas wie“ heile Atmosphäre anzubieten.

Behandlungsdokumentation 1 (Leitner 2010)

Der 31-jährige Sohn eines Landwirts wird mit Verdacht auf Herzinfarkt von der Rettung auf die Medizinische Abteilung eines Krankenhauses eingeliefert. Er leidet unter massivem präkoridalem Druckschmerz. Eine gründliche körperliche Untersuchung zeigt, dass er organisch gesund ist. Bei der Durchuntersuchung wird auch der Verdacht auf eine psychosomatische Störung ausgesprochen. Eine Psychotherapie wird in Erwägung gezogen und dem Patienten empfohlen.

Beim ersten Kontakt tritt mir ein mittelgroßer, stämmiger junger Mann entgegen, der mich freundlich-ängstlich anlächelt. Bei der Begrüßung reicht er mir nur seine Fingerspitzen; sie fühlen sich zitterig und schweißig an. Nachdem ich ihm einen Platz angeboten habe, setzt er sich auf die vordere Kante des Stuhles. Bei „eingezogenem“ Kopf wölbt er seinen Rücken wie den Panzer einer Schildkröte. Die Arme liegen kraftlos auf seinen Oberschenkeln, die Hände sind krampfhaft aneinandergedrückt, ebenso die Beine. Er beginnt sofort mit der Erklärung, dass er sich nicht vorstellen könne, dass „dies alles nur nervlich“ sei, denn er spüre ja die Schmerzen und bilde sich das wirklich nicht ein. Auf meine Frage, wie er sich jetzt gerade erlebe, sagt er: „Wie eingeklemmt“. Eine treffendere Beschreibung hätte es für diesen Augenblick wohl nicht gegeben. Auf die weitere Frage, wo er sich sonst noch wie eingeklemmt erlebe, kommt nach einem bitteren Lächeln ein detaillierter Lebenslauf, der für ihn durchwegs einengend war. Als jüngstes von vier Geschwistern, die inzwischen alle verheiratet sind und auswärts wohnen, ist er vom Vater dafür bestimmt worden, einmal den Hof zu übernehmen. Der Vater ist zu Hause der unumschränkte Herrscher und denkt noch nicht daran, die Landwirtschaft seinem Sohn zu übergeben. Dieser fühlt sich daher als Knecht seines Vaters, als Befehlsempfänger, und kann keine einzige eigenständige Idee gegen ihn durchsetzen. Die Beziehung zu einer Frau scheiterte, weil seine Freundin sich nicht dem zukünftigen Schwiegervater unterordnen wollte. Einige Tage vor der Einlieferung ins Krankenhaus kam es wieder zu einer „einsamen Entscheidung“ des Vaters, die aber in ihrer Tragweite die Zukunft des Sohnes betraf (es ging um den Zukauf einer weiteren Landwirtschaft). Beim Abschluss dieses Geschäftes, mit dem der Patient überhaupt nicht einverstanden war, aber auf ausdrücklichen Wunsch seines Vaters anwesend sein musste, verspürte er plötzlich einen stechenden, bohrenden Schmerz in der Brust, und zwar von der Stelle ausgehend, wo er schon immer eine Berührungsangst gehabt hatte (am Übergang vom Corpus sterni zum Processus xiphoideus). Auf die Frage, seit wann genau er diese Berührungsangst dort habe, kann er keine Antwort geben. Während seines Berichtes spricht er mehrmals die Vermutung aus, dass bei der organischen Untersuchung „etwas übersehen“ worden sei. Auffallend ist auch, dass sich der Patient während des Erzählens immer wieder zur Tür umblickte, als würde er jemanden erwarten. Darauf hingewiesen, erwidert er, dass es seinem Vater wohl nicht recht wäre, wenn er wüsste, worüber er hier rede. Am Ende dieser ersten Begegnung sage ich dem Patienten, dass ich in seinen Lebensumständen sehr wohl die Ursache seiner Schmerzen vermute und bereit wäre, ihn zu behandeln, wenn er wolle. Einen stationären Aufenthalt hielt ich nicht mehr für notwendig, er könne nach Hause gehen und müsse sich, falls er sich dafür entscheide, selbst um einen weiteren ambulanten Termin bemühen. Der Patient sagt, dass er dieses Gespräch sehr angenehm erlebt habe, seine Schmerzen jedoch seien im Vergleich zum

Zeitpunkt der Aufnahme zwar nicht mehr so gravierend, aber dennoch da. Er könne sich überhaupt nicht vorstellen, dass der Zustand „nur durch Reden“ zu verändern sei. Ich bleibe bei meinem Angebot, und wir verabschieden uns.

Wenige Tage später bittet der Patient um einen ambulanten Termin und kommt in die zweite Stunde. In der Zwischenzeit habe ihn, wie er mir mitteilt, unser letztes Gespräch sehr beschäftigt, insbesondere die Frage, seit wann er die Berührungsangst an der beschriebenen Stelle habe. Dabei erinnerte er sich nach einer Plauderei mit seiner Mutter verschwommen an eine Bedrohung durch ein Rind auf der Weide, die er als kleines Kind erlebt habe. Ich frage ihn, ob er zu einem Experiment bereit sei. Er willigt ein, und wir gehen in den unmittelbar an den Therapieraum angrenzenden Gymnastikraum. Dort bitte ich ihn, die Szene auf der Weide durch das Aufbreiten von Matten nachzustellen und mir jene Teile zu erzählen, an die er sich erinnern kann. Dann schlage ich ihm vor, sich wie damals auf den Boden (auf die vorbereiteten Matten) zu legen. Durch seine Erzählung stimmt er sich auf die Szene ein und führt sich so der erlebten Situation näher. Ich halte ein Polster so gegen seine Brust, wie er in seiner Erinnerung (oder der Erinnerung seiner Mutter) durch den Kopf eines Rindes bedroht und gedrückt wurde und verharre trotz Gegenwehr. Er drückt seine Angst aus und versucht mit seinen Händen, das Polster wegzudrücken. Nach geraumer Zeit in dieser für ihn bedrohlich empfundenen Situation beende ich die Szene so abrupt, wie er sie mir vorher beschrieben hat. (In der Realität befreite ihn damals seine Mutter aus der ihn beängstigenden Lage.) Nach dieser Anstrengung bleibt der Patient mehrere Minuten auf der Matte liegen, setzt sich dann langsam auf und berichtet über die Eindrücke, die er jetzt wieder erlebt, wieder empfunden hat. Dabei streift er mit der rechten Handfläche über den gesamten Brustbereich. Nach der vollzogenen Handbewegung sagt er verwundert, er verspüre im Augenblick keinen Schmerz und nennt dies (für den Moment) „Zauberei“. Er wiederholt diese Handbewegung mehrmals, auch mit der linken Hand.

Der Patient ist am Ende der zweiten Stunde sehr froh über die erlebte Erfahrung und betont, dass er jetzt wisse, dass Psychotherapie nicht nur „Reden“ sei und sich bei ihm „wirklich etwas verändert“ habe. Er entscheidet sich dafür, wieder zu kommen, weil er sich jetzt auch Bewältigungsstrategien für das Leben mit seinem Vater erhofft.

Die Therapie wird weitergeführt, wobei besonders die Vaterthematik im Mittelpunkt steht. Nach einem halben Jahr wird die Behandlung auf Wunsch des Patienten beendet. Er fühlt sich jetzt nicht mehr wie „eingeklemmt“; das ist auch an seiner veränderten Körperhaltung erkennbar.

Interpretative Auswertung: Der Patient kommt durch Transferierung zur prozessualen Diagnostik. Die schon lange anhaltende Lebenssituation des Patienten drückt sich konkret in seiner Sitzhaltung (Lebenshaltung) aus. Aus dem Erkennen und der daraus erfolgten Einsicht, dass es Zusammenhänge zwischen seiner Lebenssituation und seiner Körperhaltung gibt, wächst eine Erwartungshaltung bezüglich dieser unbekannteren Therapieform. Die „Neugier“, der Leidensdruck und die von mir angebotene freie Entscheidung zur Therapie lassen in ihm nach einer kurzen Bedenkzeit den Entschluss reifen, wiederzukommen.

In der Aktionsphase kommt es auf der Affektebene zu der kathartischen Abreaktion eines leiblich gespeicherten Erlebnisses. Dabei fällt auf, dass ihm während der Regressionsarbeit nicht die volle Kraft eines erwachsenen Mannes zur Verfügung steht. Sein Leib ist während dieser Arbeit sichtbar die Brücke zwischen dem Damals und dem Hier und Heute. Die existenzielle Bedrohung damals bekommt Bezug zur Ohnmachtssituation jetzt. Das Leibgedächtnis, hier verstanden als Reservoir alter Szenen, die die Zeit überdauern und in seinem Fall als Residuum nur mehr eine Berührungsangst an der einst bedrohten Körperstelle zeigen, wird durch das aktuelle Angebot an der gegenwärtigen Stelle des Zeitkontinuums wieder lebendig.

Hat der Patient über die Jahre an dem durch das Trauma von einst ausgelösten „punctum maximum“ als chronifizierenden Fortbestand – durch viele auch im übertragenen Sinne immer wiederkehrende Einengungen – eine Berührungsphobie behalten, so empfindet er durch die sich jetzt zuspitzende Lebenssituation die nicht auszutragende Auseinandersetzung mit dem Vater, einen Bedrohung verheißenden Schmerz.

Um die Erfahrung nach der Abreaktion für sich annehmen zu können, erklärt der Patient das gerade Erlebte zunächst für „Zauberei“. Dieses Erlebnis bestätigt ihm aber auch, dass es sinnvoll ist, sich auf eine weiterführende Therapie einzulassen. Wir können daher an die gelungene leibzentrierte Fokalintervention eine Therapie anschließen, in der es möglich wird, an dem für ihn schwierigen Vaterproblem zu arbeiten und die Entfaltung und Bereicherung seines eigenen personalen Potenzials zu erreichen.

Behandlungsdokumentation 2 (Leitner 2010)

Eine 13-jährige Schülerin wird von der Kinderabteilung eines Krankenhauses mit der Verdachtsdiagnose Anorexia nervosa zur Begutachtung geschickt. Sie ist die Tochter von Kaufleuten und hat noch vier ältere Brüder. Die Patientin kommt in Begleitung ihrer Mutter zu mir. Das großgewachsene Mädchen wirkt sehr scheu und zurückhaltend. Ihre Mutter strahlt Wärme und Fürsorglichkeit aus. Sie beginnt auch gleich zu berichten, dass die Tochter seit einem halben Jahr nach der Behandlung bei einer Logopädin ihre Essengewohnheiten vollkommen geändert habe. Sie nehme keinen Bissen mehr zu sich, ohne sofort von Tee oder Wasser nachzutrinken und komme so pro Mahlzeit auf bis zu über zwei Liter Flüssigkeitsaufnahme. Danach erbreche sie regelmäßig und habe daher ständig Gewicht verloren. Seit drei Monaten sei auch die Menstruation, die sie seit zwei Jahren habe, wieder vollständig ausgeblieben. Während dieses Berichts fühle ich die großen, braunen Augen des Mädchens auf mich gerichtet und nehme in Abständen von sieben bis zehn Sekunden ritualisierte Schluckbewegungen wahr, wobei sie den Kopf zunächst leicht nach vor neigt, in der weiteren Folge langsam zurückbewegt und dabei leicht die Schultern hebt. Ich teile ihr meine Beobachtung mit, worauf mir die Mutter antwortet, dass ihre Tochter das jetzt immer so mache. Ich frage daraufhin die Patientin, was sie mir dazu sagen könne. Sie erzählt mir, dass sie das Verhalten seit dem „Elektroschock“ vor einem halben Jahr habe. Mir scheint diese Antwort höchst ungewöhnlich; darum lasse ich mir den „Elektroschock“ genau beschreiben. Es stellt sich heraus, dass das Mädchen bei der Logopädin eine Elektrotherapie erhalten hat!? Ich bitte sie, diese Schluckbewegungen in kürzeren Abständen zu wiederholen und dabei etwas zu übertreiben. Während der Übung rege ich sie an, nachzudenken, wo sie solche Schluckbewegungen schon einmal erlebt hat, worauf sie sofort von einem Film erzählt, den sie vor zweieinhalb Jahren im Fernsehen gesehen hat. Ein Mann erhielt in dem Film Elektroschocks, worauf er nicht mehr schlucken konnte.

Spätestens ab diesem Zeitpunkt schien es klar zu sein, dass es sich hierbei nicht um Anorexia nervosa handelt. Zudem besteht keine Furcht davor, dick zu werden; es liegt keine Störung des Körperschemas vor. Der Gewichtsverlust entspricht nicht dem einer Anorexia nervosa. Es besteht auch keine Weigerung, das nach Alter und Größe berechnete Normalgewicht zu halten.

Daraufhin ersuche ich die Mutter, sie möge etwas zu essen kaufen, von dem sie weiß, dass ihre Tochter es sonst sehr gerne mag. Etwas verwundert über meine Aufforderung geht sie ins Krankenhausbuffet und besorgt einen Kuchen.

In der Zwischenzeit beschreibe ich der Patientin genauestens den Schluckvorgang und betone dabei, dass alles, was die Speiseröhre einmal erfasst hat, auch ohne zusätzliche Flüssigkeitszufuhr in den Magen befördert wird. Dabei fordere ich sie auf, das Beschriebene in Gedanken mitzuvollziehen. Als die Mutter wieder zurückkommt, bitte ich die Patientin, das eben Besprochene und von ihr gedanklich Mitvollzogene auszuprobieren. Die Mutter sieht sich sofort nach einem Glas Wasser um, weil sie ja weiß, dass ihre Tochter nach jedem Bissen trinken muss. Ich halte die Mutter vom Weitersuchen ab und rege an, ihre Tochter möge es einmal ohne zusätzliches Wassertrinken versuchen. Zu ihrer Überraschung isst die Tochter den Kuchen ohne unterstützendes Nachtrinken auf.

Nach dieser Fokalintervention vereinbare ich mit der Patientin noch ein paar Begegnungen. Sehr bald hat sie an Gewicht zugenommen, die Menstruation hat sich wieder eingestellt und die Essgewohnheiten sind unauffällig geblieben.

Versuch einer Interpretation: Das Aufgreifen des leiblichen Signals (auffallende Schluckbewegungen) führt zum Kern des erinnerten Evidenzerlebnisses (Film). Indem ich die Patientin in ihrer Sichtweise ernst nehme und zunächst auch ihre Annahme aufgreife, einen Elektroschock bekommen zu haben, entsteht eine Atmosphäre des Vertrauens. So gelingt es der Patientin durch die entsprechende Information (genaue Beschreibung eines Schluckvorganges) – möglicherweise auch über den Weg „mnestischer Bahnung“ und real gemachter Erfahrung –, die Identifikation mit der Person im Film aufzugeben. Die unmittelbar angebotene praktische Kontrolle der neuen Information ermöglicht ihr eine Neuorientierung durch Umsetzung des Gelernten in die Praxis.

Behandlungsdokumentation 3 (Leitner 2010)

Abschließend möchte ich noch die Arbeit mit einem weiteren Patienten vorstellen: Herrn K. Er ist 55 Jahre alt, von Beruf technischer Angestellter, verheiratet und Vater von drei erwachsenen Kindern, die bereits auswärts in einem eigenen Haushalt leben. Der Patient wird wegen starken Schwindels mit der Rettung auf Einweisung des Hausarztes in eine klinische Fachabteilung eingeliefert, wo eine gründliche neurologische Durchuntersuchung lediglich einen rechtsbetonten, endlagig erschöpfbaren, horizontalen Nystagmus und im EEG unregelmäßige, rasche Alphawellen mit häufigen Übergängen in den Betabereich erbringt. Das entspricht einem leicht abnormen Befund. Alle sonstigen organischen Befunde einschließlich der cranialen Computertomographie sowie der Vestibularapparatuntersuchung durch die Hals-Nasen-Ohren-Fachabteilung (HNO) sind unauffällig. Diagnose: Vertigo (eine subjektive Störung der Orientierung des Körpers im Raum).

Herr K. erhält eine rheologische Infusionstherapie (mit initial zwei Aderlässen mit isovolämischer Hämodilution, weil der Hämatokrit 47,7 beträgt). Zusätzlich bekommt er eine orale antiemetische Medikation. Nach einer Woche medikamentöser Behandlung und unveränderter Symptomatik wird Herr K. auf Intervention der Tochter, die als Diplomkrankenschwester in dieser Klinik tätig ist, dem Psychotherapeuten zu einer prozessualen Diagnostik vorgestellt. Beim Erstkontakt wird der Patient im Sitzwagen in den Therapieraum geführt, da es ihm vor Schwindel unmöglich ist, selbst zu gehen. Er wirkt müde und sein Gesicht ist maskenhaft angespannt. Bei der Begrüßung reicht er kaum die Fingerspitzen, die sich zitterig anfühlen. Er legt danach die Arme kraftlos auf seine Oberschenkel und presst dann die Hände krampfhaft aneinander, ebenso die Beine. Er beginnt sofort mit der Erklärung, dass er seine Tochter, die diese Begegnung vorgeschlagen hat, nicht verstehe, denn er könne sich nicht vorstellen, dass sein Zustand „nur psychisch bedingt“ sei, denn er leide ja wirklich unter seinem Schwindel und bilde sich diesen nicht ein. Nach seinen Angaben war Herr K. bis zum Zeitpunkt seiner Schwindelattacke immer gesund. Der Schwindel trat für ihn und seine Familie aus unerklärlichen Gründen am Sonntagvormittag nach dem Messbesuch auf dem Kirchplatz seiner Heimatgemeinde auf. Auch aus der erweiterten Anamnese durch den Aufnahmekrankenarzt und der bereits erfolgten Außenanamnese mit der Ehefrau und den Kindern tauchen keine wie immer gearteten belastenden Faktoren aus der Biografie auf. Alle bestätigen, dass innerhalb der Familie alles in Ordnung sei, und auch sonst gebe es keinerlei Belastung, z. B. finanzieller Natur. Auch der Arbeitsplatz sei gesichert, und es gebe dort keine Spannungen. Es liegt also anscheinend eine blande Anamnese vor.

Therapieverlauf: Die erste Behandlungsstunde ist ganz darauf gerichtet, die kritische Einstellung des Patienten zu diesem Gespräch zuzulassen. Durch das respektvolle Eingehen auf seine angstvolle Frage, ob der Schwindel ein Dauerzustand bleibe und er vielleicht auch noch „nervenkrank“ sei, wird es möglich, im Gespräch eine „Übersetzungsarbeit“ zu leisten, durch die der Patient erfährt, was Psychotherapie überhaupt ist. Bei der Verabschiedung betont er, dass er das Gespräch zwar sehr angenehm erlebt habe, sein Schwindel aber weiter unverändert sei. Er könne sich überhaupt nicht vorstellen, dass sein Zustand „durch Gespräche“ anders werden könne. Ich verweise auf die gründlichen Untersuchungsergebnisse und erwähne nebenbei, dass wir Menschen wohl nicht nur einen Körper haben, sondern mehr sind und uns daher in dieser Komplexität doch

ernst nehmen dürfen. Ich biete ihm die Möglichkeit eines nochmaligen Gesprächs an. Wenn er zu einer weiteren Therapiestunde kommen will, soll er es bei der Visite dem Stationsarzt mitteilen.

Wenige Tage später kommt er in die zweite Stunde. Mir fällt auf, dass er mir bei der jetzigen Begrüßung bereits die „ganze“ Hand reicht. In der Zwischenzeit habe ihn das letzte Gespräch sehr beschäftigt, teilt er mir mit, aber er wisse noch immer keinen logischen Grund für seinen unverändert vorhandenen Schwindelzustand. Ich sage ihm, dass ich ihm glaube, ich habe jedoch schon oft die Erfahrung gemacht, dass unser Körper oft „mehr weiß“, als uns momentan bewusst zugänglich ist. Ein leises Nicken von ihm ermuntert mich zu der Frage, ob er zu einem Experiment bereit sei. Herr K. willigt ein. Nachdem ich weiß, dass sein Schwindel erstmals im Stehen aufgetreten ist, bitte ich ihn, trotz der momentanen Beschwerlichkeit aufzustehen. Ich helfe ihm beim Aufstehen und führe ihn ein paar Schritte in die Mitte des Raumes auf eine Bodenmatte. Jetzt stelle ich mich ihm gegenüber und halte ihn leicht an seinen Unterarmen. Nun ersuche ich Herrn K., sich die Situation um die Zeit des aufgetretenen Schwindelanfalles zu vergegenwärtigen und sich den gesamten szenischen Hintergrund leibhaftig vorzustellen. Nach einiger Zeit zieht er die Schultern hoch, rollt sie nach vor und einwärts und faltet dabei die Hände. Während ich ihn noch leicht stütze, ermuntere ich ihn, seiner Körperbewegung weiter zu folgen und sie noch deutlicher zu machen, worauf der Patient den Rücken nun noch stärker zu einer Kugel wölbt, das Kinn auf das Brustbein legt und die gefalteten Hände dann zu Fäusten ballt und unters Kinn auf die Brust drückt. Ich nehme wahr, wie er Anzeichen macht, die Knie zu beugen, worauf ich ihn wieder ermuntere, dem eigenen Impuls zu gehorchen und durchaus ein Stück zu übertreiben. Er kauert sich wie zu einer Kugel zusammen, dreht sich in der Hockstellung, kippt, noch immer von mir assistiert, langsam auf die rechte Körperseite und bleibt in der kleinstmöglichen Körperhaltung auf dem Boden liegen. In dieser Position berühre ich ihn mit meiner rechten Hand am Rücken und nehme leichte, ruckartige Bewegungen, die von seiner Atmung stammen, wahr. Auf die Einladung, er möge zulassen, was auch immer komme, beginnt er zuerst zu schluchzen, was anschließend ein Weinen übergeht. Dabei berühre ich ihn leicht stützend am Rücken und reiche ihm Taschentücher. Nach einer Weile streckt er sich auf der Matte und setzt sich auf. Ich setze mich auch auf den Boden ihm gegenüber. „Was ist jetzt?“, frage ich. Er antwortet, er fühle sich „freier“ und verspüre im Moment auch keinen Schwindel, was er seltsam finde. Einige Momente später frage ich ihn, ob er mir erzählen wolle, welche Bilder, Szenen und Erinnerungen ihm eingefallen sind. Kopfschüttelnd leitet er den Bericht ein, dass ihm die Situation vor dem Schwindelanfall in der Kirche „aufgetaucht“ sei: Er war, wie immer, sonntags bei der Messe. Einem Brauch folgend, reichen einander im Rahmen der Feier die Menschen in der Kirche die Hände zum Friedensgruß. Dabei, so erinnert er sich, bemerkte er, dass links knapp hinter ihm jene Nachbarin stand, mit der er vor wenigen Tagen eine ernsthafte Auseinandersetzung mit hässlichen Beschimpfungen gehabt hatte. Danach hatte er sich und später auch seinen Angehörigen geschworen, mit dieser Frau niemals wieder ein Wort zu sprechen. Auch in der besonderen Situation in der Kirche, die die Wertvorstellung des Friedensschließens unterstreichen soll, gab er ihr nicht die Hand zum Friedensgruß, sondern drehte sich wieder zurück und spürte dabei, wie sich „in ihm alles zusammenzog“. „Wäre es möglich gewesen, hätte ich mich zu einer kleinwinzigen Kugel zusammengerollt“, sagt er dann. Er hat damals auch das Gefühl gehabt, dass ihm das Blut stocke und der Blutkreislauf in seinem Fluss fast innehalte. Dieses Gefühl hielt für den Rest der Messe an, und mit den ersten Schritten beim Hinausgehen aus der Kirche bemerkte er zunächst ein leichtes Schwindelgefühl, welches sich auf dem Kirchplatz so verschlimmerte, dass er von dort direkt zu seinem Hausarzt geführt werden musste, der ihn sofort ins Krankenhaus einwies. Auf meine Frage, wie endgültig für ihn ein im Zorn ausgesprochenen Schwur wirklich ist, nie mehr mit einem Menschen zu reden, mit dem er einen so massiven Streit hatte, sagt er mir, dass es Charakterstärke sei, so etwas durchhalten zu können.

Im weiteren Gespräch kommen die Themen christliche Nächstenliebe, das Verzeihen können und anschließend die Vergänglichkeit von uns Menschen auf, was Herrn K. sehr nachdenklich stimmt. Vor der Beendigung der Therapieeinheit bitte ich ihn noch einmal, auf das, was er jetzt erlebt hat, zurückzuschauen und es zu benennen. Er reagiert spontan: „Ich

habe mir – Ihrer Anregung folgend – nur die Situation vor dem Auftreten meines Schwindels vorgestellt, dann kamen diese Gefühle hoch und alles ging wie von selbst. Jetzt sehe ich erstmals Zusammenhänge.“ Abschließend steht er selbst auf. Da er im Moment schwindelfrei ist, begleite ich ihn auf die Station und spreche auf dem Weg dorthin über Alltägliches.

Bei unserer nächsten Begegnung am Tag darauf geht es ihm gut. Das Symptom ist so schwach, dass er selbstständig kommen kann. Er bezieht sich sofort auf das Gespräch über das Verzeihen und betont, dass eine weitere Begegnung mit der Nachbarin aufgrund der Verletzungen, die er einstecken musste, sehr schwer sei und ihm wohl Übermenschliches abverlangen würde. Um einen anderen Zugang zu diesem belastenden Thema zu finden, schlage ich ihm ein Rollenspiel vor. Ich biete ihm einen Stuhl an und bitte ihn, sich vorzustellen, auf dem ihm gegenüber befindlichen leeren Stuhl säße diese Nachbarin. Seine gute Imaginationsfähigkeit ermöglicht es ihm, die Szene der damaligen Auseinandersetzung so deutlich in den Raum zu holen, dass sich durch den immer wiederkehrenden Rollenwechsel eine lautstarke Wiederholung der damaligen Situation entspinnt. Ich stehe ihm immer wieder bei und ermuntere ihn, seine Sichtweise klar, deutlich und auch lautstark auszusprechen. Herr K. wird dabei sichtlich lebendiger. Er kann sich auch erstaunlich gut in die Rolle der Nachbarin versetzen. Am Ende dieser Dialogarbeit fühlt er sich sehr gut und verspürt überhaupt keinen Schwindel mehr. Der erfreuliche Zustand hält an, sodass er drei Tage später entlassen werden kann. Vorher teilt er mir noch seinen Entschluss mit, einen Versuch zu unternehmen, mit der Nachbarin „ins Reine“ zu kommen. Zwei Monate später besucht er mich mit seiner Frau auf der Station. Es geht ihm nach wie vor gut, d. h. er ist beschwerdefrei. Beim Händedruck zum Abschied teilt er mir lächelnd mit: „Mit meiner Nachbarin habe ich auch Frieden geschlossen.“ Ein Jahr später erfahre ich von seiner Tochter, dass es ihm nach wie vor gut geht.

Epikrise: Dem diagnostisch-therapeutischen Procedere auf der Ebene objektiver somatischer Fakten folgt nach einer Woche ein intersubjektiver Ansatz im Rahmen einer leiborientierten Arbeit. Angeregt wird der Schritt durch die Tochter von Herrn K., die als Krankenschwester schon mehrfach miterleben konnte, dass Psychotherapie anderen Patienten geholfen hat (eine Anregung, die für ihren Vater zum „protektiven Faktor“ wird.) In der Initialphase des therapeutischen Geschehens liegt eine anamnestisch-diagnostische und vertrauensbildende Zielsetzung, die darin besteht, dass beim ersten Treffen über einen Kontakt eine Begegnung hergestellt wird, die die Grundlage für eine therapeutische Beziehung bildet. Die kritische Einstellung des Patienten ist als positive Ressource aufzufassen, die ihm in dieser Situation hilft, eine realitätsgerechte Auseinandersetzung zu führen. Zwischen Herrn K. und mir gelingt eine direkte und ganzheitliche Begegnung, eine Auseinandersetzung über die Themen seines derzeitigen Krankseins und seiner Ängste unter Einbeziehung des Umfeldes und der Lebenszeit des Patienten. Diese Begegnung führt zu einem Konsens, der die Grundlage für eine Ko-operation wurde, auch wenn der Konsens zunächst nur darin lag, dass es sinnvoll sein könne, sich offen und ehrlich um der Gesundheit willen auf Lebenszusammenhänge einzulassen. Das gelingt auch, denn aufgrund der Beschreibung, was Psychotherapie ist, kann Herr K. sich vorstellen, dass es Zusammenhänge zwischen Lebenssituationen und körperlichen Manifestationen gibt. So wächst beim Patienten eine Erwartungshaltung bezüglich der ihm bisher unbekanntem Therapieform. Diese „Neugier“, der Leidensdruck und die von mir angebotene freie Entscheidung zur Therapie lassen in ihm nach einer kurzen Bedenkzeit den Entschluss reifen, weiterzumachen. Der Patient spricht davon, dass er sich Gedanken gemacht, aber noch keine logische Erklärung für sein Symptom gefunden hat. In der Initialphase und der unmittelbar sich anschließenden Aktionsphase werden über das thematische Fokussieren hinaus Stimuli gesetzt, die biografisches Material aktivieren. Schon in der Eingangsphase werden immer auch therapeutische Prozesse ausgelöst. Das „theragnostische“ Verfahren (Frank 1976) ermöglicht es dem Patienten und dem Therapeuten, das Konfliktfeld zu erfassen, die Konfliktkerne aufzufinden und die jeweils relevanten Konfliktkonstellationen deutlich werden zu lassen, um im Prozess zu verstehen und zu begreifen. In der folgenden Aktionsphase werden diese Konfliktausdrucksformen vertieft und differenziert.

Es kommt auf der Affektebene – über Schluchzen und dann lösendes Weinen – zu einer emotionalen Erfahrung, worin sich Trauer, Zorn und Schmerz über den Konflikt mit der Nachbarin und, wie er mir später sagt, über viele in seinem Leben ähnlich verlaufende Situationen ausdrückt. Seine Vorstellung vom „charaktervollen Handeln“ ist zu einer einengenden, chronischen Verhaltensstrategie geworden. Aus salutogenetischer Sicht hingegen ist seine tief gegründete religiöse Wertvorstellung, zu der auch gehört, dass er letztlich mit seinen Mitmenschen in Frieden leben will, eine gesundheitsfördernde Quelle. Die imaginierte szenische Evokation der Ereignisse in der Kirche ermöglicht es Herrn K., sich den Zusammenhang zwischen den gegenwärtigen Beschwerden und dem konkreten Erlebnis, der Auseinandersetzung mit der Nachbarin, bewusst zu machen. Die Imaginationsfähigkeit des Patienten hilft ihm, seine vorhandene Ich-Stärke – frei von kräftebindendem Hass und Zorn – wieder als positive Ressource zu nützen.

In der konfliktorientierten Leibarbeit erfolgt demnach über Weinen das Durchleben eines leibgespeicherten Lebensgeschichtsereignisses. Die aufgewühlten körperlichen Reaktionen – das Weinen und andere Emotionen – müssen sich aber auch wieder beruhigen, der gesamte Prozess muss sich „setzen“. Das geschieht in der Integrationsphase, in welcher der Patient sein Erleben in der vorhergehenden Aktionsphase durchsprechen kann und einzuordnen versucht. Als Therapeut begeben wir uns auch leibhaftig auf dieselbe Ebene, ich setze mich ihm gegenüber auf die Matte. Auch das Erleben von guter Alltäglichkeit (die Gespräche mit mir auf dem Rückweg zur Station) und die Zeit zwischen den Therapiestunden sind Erfahrungen, die zur körperlichen, emotionalen und kognitiven Integration beitragen.

In einer solchen intersubjektiven, reflexiven Arbeit geht es um das Erkennen und in der Folge um das „Infragestellen“ von alten Mustern in der individuellen und sozialen Realität eines Menschen. Über die Herstellung einer gemeinsamen Auslegung gelingt es, neuen Sinn zu stiften.

Durch die vielfache Stimulierung – vom Gespräch bis zur Ermunterung, Bewegungen und Weinen zuzulassen, die er im Rahmen dieser leiborientierten Therapie erfahren hat – kann Herr K. Evidenzerfahrungen machen. Darunter verstehen wir in der Psychosomatischen Medizin das Zusammenwirken von Körpererleben, gefühlsmäßigen Erfahrungen und rationalen Einsichten, wobei das umfassende Geschehen ein gründliches „Aha-Erlebnis“ für den Patienten sein kann. In seinem Fall führt diese Phase der Neuorientierung zu einer Konsequenz, die zunächst nur gedanklich erfasst, dann mir gegenüber ausgesprochen und schließlich in der Realität mit der Nachbarin umgesetzt wird.

Leiborientierte Psychotherapien vollziehen sich auf mehrere Ebenen der Tiefung. Darunter verstehen wir das Maß an rational reflektierter Kontrolle, das der Patient während des therapeutischen Geschehens hat. Der Therapeut soll die Ebenen vom Phänomen her, das der Patient „leibhaftig“ bietet, erkennen, um die jeweils angemessene Interventionsstrategie einzusetzen, d. h. er muss – wie es ein Kerngedanke der Phänomenologie ausdrückt – vom Leibe her Sinn aus den Sinnen schöpfen.

Herr K. blieb in der ersten Behandlungsstunde, wo es grundsätzlich um Überlegungen bezüglich Psychotherapie ging, auf der Reflexionsebene. Auf dieser Ebene verblieb er bis zur zweiten Begegnung mit mir, einschließlich der Zeit auf der Station, wo er sich offensichtlich gedanklich weiter mit dem Thema auseinandergesetzt hatte. Schon in der folgenden Stunde war der Boden des Vertrauens offensichtlich ausreichend, um über die Ebene der Vorstellungen zu einer noch weiteren „therapeutischen Tiefung“ zu gelangen. Durch die Intervention, die in der Einladung lag, zuzulassen, was immer auch komme, kam der Patient mit seinem Schluchzen und Weinen auf die Ebene der Involvierung. Die Therapie endete dann wieder auf der Ebene der Reflexion, wo sich die Integration vollziehen konnte.

Während die somatische Medizin in erster Linie eine Funktionsstörung durch pathologisch-anatomische Veränderungen und ihre Ausformungen zu orten versucht und dem Patienten medikamentös beisteht, wurde in der Psychosomatischen Medizin ein subjektiver Sinnzusammenhang gesucht. Die Einbeziehung und Mitverwendung des Subjektiven (beim Patienten und beim Therapeuten) ist das grundlegend Andere gegenüber den herkömmlichen naturwissenschaftlichen Disziplinen. Diese Art von therapeutischer Beziehung gestattet eben keine vom Geschehen losgelöste, „reine“ Objektivität. Auch

erschließen sich wesentliche Teile der therapeutischen Prozesse, die im Rahmen einer intersubjektiven Ko-responzenz erfolgen, einem außen stehenden (externen) Beobachter nicht. Es ergibt sich eine Art Unschärferelation: Je mehr sich der Therapeut dem Erleben in der therapeutischen Beziehung entzieht, desto mehr verschließt er sich dem heilenden Faktor der Beziehung. Veränderung (Heilung) kann beim Patienten auch nicht erfolgen, wenn der Therapeut keine kritische, theoriegeleitete Reflexion seines eigenen Wahrnehmens und Erlebens in der therapeutischen Beziehung leistet. Als Therapeut, der alle sich zeigenden Phänomene beim Patienten und bei sich selbst beachtet, bin ich immer in die Ereignisse meiner Beobachtungen involviert. Ich bin Teil einer Handlung, die sich als Interaktion zwischen mir und dem Patienten abspielt, ich bin somit in einer unauflösbaren Dialektik zwischen dem „In-Beziehung-Sein“ und der exzentrischen Betrachtung des Patienten und meiner eigenen Person.

Der phänomenologische Zugang versteht sich als das, was von mir als Therapeut wahrgenommen, erkannt und erfasst wird und was ich mir und anderen erklären kann. Ich zeige mich als Mensch, der die Tatsache, selbst Krankheit und Leid erlebt zu haben, in seine Arbeit mit kranken Menschen miteinbringt, um so durch die eigenen Anmutungen zu einer Erhellung der inneren Sinn- und Motivationszusammenhänge bei meinen Patienten zu gelangen (Walch 1991).

Weil sich die Phänomenologie auf Beschreibungen der menschlichen Existenz versteht, verhält sie sich neutral gegenüber Unterscheidungen von Psychischem und Physiologischem. Das bedeutet, auch Beschreibungen von Strukturen über den naturwissenschaftlichen Weg wie EEG, MRT oder CT miteinzubeziehen. Die Phänomenologie lässt also breiten Raum für naturwissenschaftliche Erkenntnisse und sichert sich damit gegen den Vorwurf bloßer Spekulationsfreudigkeit und billigen Intuitionismus'. Die phänomenologisch ausgerichtete Behandlerin soll Zeugnisse jederlei Art zur Kenntnis nehmen (und soll dies auch können). Neben wissenschaftlichen Ergebnissen muss sie sich auch an die unwillkürliche Lebenserfahrung in ihren leisesten, oft unmerklich erscheinenden Entwürfen von Gesten und Bewegungen herantasten – und das noch Unverfügbare verfügbar machen.

Abschließend noch einige Überlegungen zu den Risiken einer solchen Behandlung:

Wenn wir in Anlehnung an die Phänomenologen, insbesondere Merleau-Ponty (1966), davon ausgehen, dass der Leib (Körper-Seele-Geist-Subjekt) die jeweilige Person ist, wirken Manipulationen am Leib unmittelbar verändernd auf die Person. Wenn, wie Gabriel Marcel (1967) schreibt, die ganze Biografie – alles Positive und alles Negative – im Leib eingefangen ist, d. h. das Schicksal von Menschen die Geschichte ihres Leibes ist, dann ist der Leib Fleisch gewordene Geschichte. Damit wird jede Körperintervention zu einer existenziellen Intervention, die die Integrität der Patientinnen fördern, stören oder zerstören kann. Sie verlangt deshalb von der Therapeutin, vom Therapeuten persönliche Integrität und ausreichendes Können. Wenn wir in der leiborientierten Therapie einen Leidenden berühren, gilt es, sich dieser weitreichenden Auswirkungen gewahr zu sein, denn „es wird ein Mensch in die Hand genommen“ (Dürckheim 1974).

Entscheidend ist bei allen lehr- und lernbaren psychosomatisch / leiborientierten psychotherapeutischen Behandlungen unter den vielen bekannten Wirkfaktoren die zwischenmenschliche Dimension, die getragen sein soll von der Verantwortung für den anderen.

Anhang 5: PSY Leistungen in Österreich (Stand 1/2012)

ÖÄK-Diplom Psychosomatische Medizin (Psy2)

Versicherungs-träger	Leistungsnamen	Positionsnummer in der Abrechnung	Leistungsbeschreibung im Abrechnungskatalog	Honorarhöhe in €
BKK	Keine, nur Leistungen für FA Psychiatrie Pos Nr 432 10 min ca 9 Euro			
SGKK	Psychosomat. Diagnosegespräch (20 min)	Pos. 085	Psychosomat. Orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch (20 min), Erg. Pos. 373, 374	20,85
TGKK	keine			
StGKK	keine			
NÖGKK	keine			
OÖGKK	keine			
VGKK	Psychosomatisch orientiertes Behandlungsgespräch	3d/33 bzw. 7d/73	25 Punkte	22,11
KGKK	Eingehende Beratung und Betreuung bei psychiatr. Erkrankungen mit erhöhtem Zeitaufwand	11z für Allgemeinmediziner	In max. 3 % der Fälle verrechenbar; keine Anwendung des Limits bei Nachweis von PSY 1 oder 2 oder 3	15 Punkte = 5,36 1 Punkt = 0,3573 € ab 01.01.2012
KGKK	Ausführliches psychosoz-psychosomat. Gespräch, min. 20 Min.	10j für alle Fachgruppen	Nur mit Sondervereinbarung bei Nachweis von PSY 2 Modul, nicht gleichzeitig mit einer Ord. verrechenbar	50 Punkte = 17,86 € 1 Punkt = 0,3573 €
WGKK	Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch	91 (für PÄ)	max. 20 % der Fälle/Quartal, 20 Min. außerhalb Ordinationszeit	11,11
WGKK	Psychosomat. orient. Diagnose- und Behandlungsgespräch	91 (für FÄ)	max. 5 % der Fälle/Quartal, 20 Min. außerhalb Ordinationszeit	19,47

PSY Leistungen in Österreich

ÖÄK-Diplom Psychotherapeutische Medizin (Psy3)

Versicherungs-träger	Leistungsnamen	Positions-nummer in der Abrechnung	Leistungsbeschreibung im Abrechnungskatalog	Honorarhöhe in €
BKK	keine			
NÖKK	Eingehende psychiatrische Exploration	682	Einmal pro Fall und Quartal.	37,52
NÖKK	Psychotherapeutische Sitzung	683	20 Min, 10 x Pro Quartal	15,01
OÖGKK	Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch	10b	Einzelgespräch 20 min, nur bei eigenen Patientinnen verrechenbar, Zuweisung unzulässig	22,79
OÖGKK	Psychotherapeutische Sitzung	272a	30 min	41,60
OÖGKK	Psychotherapeutische Sitzung	272b	60 min	66,56
OÖGKK	Psychotherapeutische Sitzung	272c	Mindestens 90 Minuten, Gruppentherapie	17,75 / PatientIn
SGKK	Psychotherapie, große Psychotherapeutische Einzelsitzung 30 min.	Pos. 376	Psychotherapie 30 Minuten	37,50
SGKK	Psychotherapie, 60 Minuten	Pos. 377	Psychotherapie 1 Stunde	63,75
TGKK	Keine			
StGKK	Psychotherapeutische Medizin, Dauer der Sitzung 25 Minuten	337	Psychotherapeutische Medizin, Dauer der Sitzung 25 Minuten	29,54
StGKK	Psychotherapeutische Medizin in der Gruppe pro Patient, Mindestaufwand 90 Minuten	338	Psychotherapeutische Medizin in der Gruppe pro Patient, Mindestaufwand 90 Minuten	12,93
StGKK	Psychotherapeutische Medizin, Dauer der Sitzung 50 Minuten	339	Psychotherapeutische Medizin, Dauer der Sitzung 50 Minuten	59,09
VGKK	Psychotherapeutische Behandlung - mindestens 1 Stunde	36a1/430	80 Punkte	70,74
VGKK	Psychotherapeutische Behandlung - mindestens 15 Minuten	36a2/431	30 Punkte	26,53
VGKK	Psychotherap. Gruppenbehandlung - Mindestdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	36a3/432	20 Punkte	17,69

Versicherungs-träger	Leistungsnamen	Positions-nummer in der Abrechnung	Leistungsbeschreibung im Abrechnungskatalog	Honorarhöhe in €
VGKK	Psychotherapeutische Behandlung - mindestens 30 Minuten	36a4/433	46 Punkte	40,68
VGKK	Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie - 1 Stunde für alle	36a5/434	100 Punkte	88,43
VGKK	Psychiatr. psychopharmakologische, parenterale Akutbehandlung	36b/435	30 Punkte	26,53
VGKK	Psychiatrische Notfallmaßnahmen	36d/436	30 Punkte	26,53
KGKK	Keine	Keine	Sondereinbarung notwendig: PT-Gesetz!	Über Antrag des Pat. ist ein Zuschuss von ca 20,- € pro Sitzung an ihn möglich
WGKK	Psychotherapeutische Medizin in der Gruppe	755	FÄ für Psych., mind. 1,5 Std., max. 10 Pat.	15 Punkte = dzt. € 9,90
WGKK	Psychotherapeutische Medizin	758	FÄ für Psych., einzeln, 60 Min., Ermächtigung durch WGKK und ÄK, vorherige Genehmigung durch med. Dienst der WGKK	92 Punkte = dzt. € 60,72
WGKK	Keine für PSY 3			

Anmerkungen:

- VGKK: Die obige Berechnung ist mit dem gemittelten Punktwert erfolgt, zusätzlich wirken sich Punktequoten limitierend aus.
- OÖGKK: Notwendigkeit die Protokolle 3 Jahre aufzubewahren, die Leistungen gelten für PSY 2 und 3.
- BGKK: nur Leistungen für FA Psychiatrie Pos Nr 432 10 min. ca. 9 Euro.
- NÖGKK: Positionen bei allen ICD-10-F.... Diagnosen geltend.