



© mapoli-photo – Fotolia.com

Leserbriefe sind in keinem Fall Meinungsäußerungen der Redaktion. Wir behalten uns die Kürzung der Texte vor. Es können nur Zuschriften veröffentlicht werden, die sich auf benannte Artikel im „Bayerischen Ärzteblatt“ beziehen. Bitte geben Sie Ihren vollen Namen, die vollständige Adresse und für Rückfragen auch immer Ihre Telefonnummer an.

Bayerisches Ärzteblatt,
Redaktion Leserbriefe, Mühlbauerstraße 16,
81677 München, Fax 089 4147-202,
E-Mail: aerzteblatt@blaek.de

Neues aus der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

Zum Titelthema von Privatdozentin Dr. Constanze Hausteiner-Wiehle und Professor Dr. Peter Henningsen in Heft 3/2012, Seite 74 ff.

Mit Interesse habe ich Ihren Artikel in der März-Ausgabe des *Bayerischen Ärzteblattes* gelesen und freue mich über den Stellenwert, der der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin seitens dieser Kollegen aller Fachrichtungen erreichenden Blattes eingeräumt wird. Sie geben einen bemerkenswerten Überblick über die Breite und Differenzierung unseres Fachs – über Schwerpunktsetzungen kann man natürlich immer streiten.

Aber, was mich bewogen hat, Ihnen zu schreiben, ist ein Anderes: Sie würdigen zu Recht die Bedeutung der Haus- und somatischen Fachärzte, erwähnen die Konsiliar- und Liaisondienste und beschreiben ausführlich die spezifischen Möglichkeiten der stationären psychosomatischen Behandlung. Hingegen bleiben die niedergelassenen Psychosomatiker und Psychotherapeuten völlig unerwähnt. Natürlich ist die Richtlinien-Psychotherapie mit ihren vielmonatigen Wartezeiten ein dringend reformbedürftiges Feld – die Rahmenbedingungen machen es schwer, als niedergelassener Psychosomatiker das so dringend notwendige rasch zugängliche Versorgungsangebot zu formulieren. Dennoch kann ich mir (gerade als langjähriger Klinik- und inzwischen niedergelassener Facharzt) auch in unserem Gebiet ein adäquates Versorgungsangebot nur auf diesen drei Säulen: Hausarzt – niedergelassener Psychosomatiker und Psychotherapeut – Klinik, vorstellen.

Die besonderen, für andere vorbildhaften Züge unseres psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems erhalten wir aus meiner Sicht nur durch eine wertschätzende Zusammenarbeit aller an der Versorgung Beteiligten. Ausgrenzungen gibt es in unserem Bereich, wie die fatalen Grabenkämpfe zwischen Psychiatrie und Psychosomatik/Psychotherapie bzw. zwischen Psychologischer Psychotherapie und Psychosomatik/Psychotherapie zeigen, leider zur Genüge.

*Dr. med. univ. Peer Arndt,
Facharzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie, 84489 Burghausen*

Zum gleichen Thema

Als niedergelassene Fachärztin für Psychosomatische Medizin habe ich die März-Ausgabe des *Bayerischen Ärzteblattes* zuerst mit erfreutem Erstaunen in die Hand genommen: endlich wurde dem Thema der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie sogar ein Schwerpunkt gewidmet!

Beim Lesen des Titelthemas schlug meine anfängliche Freude jedoch um in Verärgerung. Laut den Verfassern besteht die psychosomatische Versorgung in Deutschland aus drei Komponenten, nämlich „einer weit verbreiteten Basis-Versorgung durch niedergelassene Ärzte der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin; einem gut ausgebauten Konsil- und Liaisondienst in Krankenhäusern sowie einem Netz spezialisierter Fachabteilungen und Kliniken“. Nach einigen Seiten der Erläuterung psychotherapeutischer Methoden schließt der Artikel mit dem Satz: „Die Übergänge ... sind fließend, ebenso wie ... die fachgebundene Psychotherapie durch den Hausarzt bzw. somatischen Facharzt.“

Für die Kollegen aus der Klinik scheint es uns niedergelassene Fachärzte für Psychotherapie und Psychotherapeuten gar nicht zu geben! Wir sind mittlerweile eine der stärksten Facharztgruppen und versorgen sicherlich die meisten psychosomatisch kranken Patienten, und zwar an der Basis, während die Kliniken immer eine Auswahl an Patienten versorgen. Und wenn man als niedergelassener Psychotherapeut wirklich mal versucht, einen Patienten in eine Psychosomatische Klinik einzuweisen, gibt es monatelange Wartezeiten und oft ein Aufnahmeverfahren, das die schwerkranken Patienten überfordert. Auch von einem „gut ausgebauten Liaisondienst“ habe ich noch nie etwas gehört – nach wie vor werden psychosomatisch Kranke in den Kliniken zuerst durch alle somatisch-diagnostischen Mühlen gedreht, bis ein Kollege einmal eine psychosomatische Krankheitsdynamik in Erwägung zieht. Vielleicht gibt es die-

sen Liaisondienst im unmittelbaren Umkreis der Klinik, wo die Verfasser arbeiten – wobei ich auch aus den Abteilungen dieses Krankenhauses schon Patienten in ambulante Therapie bekam, die eindeutig psychosomatisch krank waren, aber in den verschiedenen Abteilungen der Klinik nur somatisch behandelt wurden. Soviel zu dem „gut ausgebauten Liaisondienst“.

Warum die Verfasser uns als niedergelassene Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapeuten nicht in der Versorgung der psychosomatischen Patienten wahrnehmen, möchte ich Ihrer professionellen Reflexionsbereitschaft überlassen. Gott sei Dank verleugnen mittlerweile die Patienten unsere Existenz nicht mehr – wir haben als niedergelassene alle Hände voll zu tun, um die psychosomatisch kranken Patienten an der Basis zu versorgen.

*Dr. Ingrid Pfanzelt,
Fachärztin für Psychotherapeutische
Medizin, 80538 München*

Zum gleichen Thema

Hoherfreut nahm ich zur Kenntnis, dass das *Bayerische Ärzteblatt* sich in seiner Ausgabe 3/2012 der „Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie“ widmet. Als Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie schien es mir interessant zu lesen, was der Lehrstuhlinhaber und seine Mitarbeiterin Neues aus Forschung und Lehre mitzuteilen hätten. Als ich den Artikel jedoch genauer las, musste ich leider hochirritiert feststellen, dass es für die beiden die niedergelassenen Vertreter unseres Fachgebietes offenbar gar nicht gibt.

In der Tat ist die Versorgung mit Psychosomatik dreigliedrig: Sie besteht einmal aus einer großen Zahl von Allgemein- oder Fachärzten mit der Qualifikation „Psychosomatische Grundversorgung“. Hinzu kommen die Kolleginnen und Kollegen, welche den Zusatztitel Psychotherapie (fachgebunden), das heißt neben der psychotherapeutischen auch noch weitere psychosomatische Kompetenzen erworben haben. Der am besten qualifizierte Psychosomatiker und Psychotherapeut schließlich ist der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (rund 500 in Bayern). Letzterer wird in dem Artikel nirgendwo erwähnt, allenfalls sprechen die Kollegen von „somatischen Fachärzten“. Es wäre wünschenswert, wenn sie an dieser Stelle näher erläutert hätten, welche Fachärzte mit welcher Kompetenz sie darunter verstehen.

*Dr. Irmgard Pfaffinger,
Fachärztin für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie, 80799 München*

Antwort

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

In der Einleitung unseres Beitrags „Neues aus der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie“ haben wir die wichtige Rolle der niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten bzw. der Fachärzte für Psychosomatische Medizin nicht genügend betont.

Es muss natürlich heißen:

In Deutschland gibt es eine lange Tradition psychosomatischer Medizin; sie besteht heute aus drei Komponenten: Einer glücklicherweise immer weiter verbreiteten Basisversorgung durch Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ärztliche (zum Beispiel psychiatrische) und Psychologische Psychotherapeuten sowie Haus- und somatische Fachärzte mit Zusatzqualifikationen (Psychotherapie bzw. Psychosomatische Grundversorgung); aus Konsil- und Liaisondiensten in Krankenhäusern sowie aus spezialisierten psychosomatischen Fachabteilungen und -kliniken.

Wir bedauern den Fehler und möchten uns ausdrücklich für das Versehen entschuldigen, bedanken uns an dieser Stelle aber auch für die zahlreichen positiven Rückmeldungen!

Privatdozentin Dr. Constanze Hausteiner-Wiehle und Professor Dr. Peter Henningsen, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, 81675 München

Vorsicht Sackgasse!

Zum Leitartikel von Dr. Heidemarie Lux in Heft 4/2012, Seite 147.

Chefärzte der bayerischen Notaufnahmen plädieren: „Facharzt für Notfallmedizin“ sichert die Zukunft!

Als Chefärzte der eigenständigen Notaufnahmen großer Kliniken Bayerns, die sich im Arbeitskreis Klinische Notfallmedizin Bayern zusammengeschlossen haben, widersprechen wir der im *Bayerischen Ärzteblatt* geäußerten Meinung von Dr. Heidemarie Lux, Vizepräsidentin der Bayerischen Landesärztekammer. Sie hat in Ihrem Leitartikel die Meinung vertreten, dass eine Facharztbezeichnung für Notfallmedizin für die auszubildenden Ärzte eine Sackgasse darstelle.

Demgegenüber stellen wir als Chefärzte der eigenständigen Notaufnahmen fest: Die moderne Notfallmedizin ist eine junge, vielseitige und interessante Fachdisziplin, die für viele Mediziner eine hohe Anziehungskraft ausübt. Das hat kürzlich eine Umfrage bei Berliner Medizinstudenten ergeben, die gefragt wurden, ob sie sich vorstellen könnten, eine Facharztausbildung in der Notfallmedizin anzustreben. Hier äußerten viele Medizinstudenten großes Interesse, diese Facharztbezeichnung zu erwerben. Auch eine Online-Umfrage im Rahmen des Deutschen Interdisziplinären Notfallkongresses (DINK) ergab eine mehrheitliche Forderung für einen Facharzt für Notfallmedizin bei jungen Ärzten.

Weiterhin möchten wir unterstreichen, dass in Deutschland in dem Berufsfeld der Notfallmedizin ein hoher Nachholbedarf besteht. Obwohl höchste Anforderungen an die Notfallmediziner in Notaufnahmen gestellt werden, wird anders als in den meisten europäischen und den angelsächsischen Ländern in Deutschland keine Facharztweiterbildung für Notfallmedizin angeboten. Dies kann zu einer Patientengefährdung führen und ist für die Ärzte, die langjährig in einer Notaufnahme arbeiten, ein großer beruflicher Nachteil.

Dass die Vizepräsidentin der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) sich nun gegen die Interessen der Ärzte in den Notaufnahmen stellt, ruft bei uns Erstaunen hervor. Eine berufliche Sackgasse sehen wir als unmittelbar Betroffene für Ärzte in der Notaufnahme in keiner Weise. In keinem Bereich des Krankenhauses werden mehr diagnostische und therapeutische Entscheidungen in so kurzer Zeit gefällt. Deswegen ist die Notaufnahme ein idealer Ausbildungsort und eine Tätigkeit in diesem Bereich bietet eine attraktive langfristige berufliche Perspektive. Die stetige fachliche Spezialisierung der etablierten medizinischen Fächer benötigt den „Generalisten mit Notfallkompetenz“. Dies mit einer eingeschränkten beruflichen Perspektive im „Schichtdienst“ gleichzusetzen ist zu kurz gedacht. Es werden sich viele, heute noch nicht in ihrem Umfang absehbare berufliche Perspektiven, auch für Tätigkeiten in dem kassenärztlichen Bereich auf tun. Die modulare Ausbildung zum Facharzt für Notfallmedizin, die von der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA), die deutschlandweit die Interessen der Notfallmediziner in Notaufnahmen vertritt, vorgeschlagen wird, bezieht solche Möglichkeiten ausdrücklich ein. Perspektiven für Fachärzte für Notfallmedizin zu entwickeln, erfordert politischen Willen und stellt die gegenwärtige Herausforderung an die ärztliche Selbstver-

waltung dar. Dass diese Herausforderungen zu bewältigen sind, hat die Berliner Ärztekammer in ihrem kürzlich vorgestellten Antrag für den Facharzt für Notfallmedizin in vorbildlicher Weise aufgezeigt.

Wir möchten als Chefärzte bayerischer Notaufnahmen Dr. Lux ausdrücklich ermutigen, ihre persönliche Perspektive bezüglich des Facharztes für Notfallmedizin zu revidieren. Als Vizepräsidentin der BLÄK und Vorsitzende des Weiterbildungsausschusses sollte sie die drängenden Belange der Patienten in den Notaufnahmen und der sie behandelnden Ärzte positiv unterstützen. Einen Standpunkt zu vertreten, der weit hinter den europäischen Forderungen an eine professionelle Notfallmedizin zurückbleibt, bedeutet, die Weichen in eine Sackgasse zu stellen.

Die Chefärzte des Arbeitskreises Klinische Notfallmedizin Bayern: Dr. Michael Bayeff-Filloff, Rosenheim; Professor Dr. Michael Christ, Nürnberg; Dr. Andreas Dauber, Weiden; Dr. Florian Demetz, Ingolstadt; Professor Dr. Christoph Dodt, München; Privatdozent Dr. Harald Dormann, Fürth; Dr. Thorsten Keil, Bamberg; Dr. Felix Rockmann, Regensburg; Privatdozent Dr. Markus Wehler, Augsburg; Dr. Markus Zimmermann, Regensburg

Antwort

Ich weiß sehr wohl, von was ich spreche, habe ich doch selbst 25 Jahre in der Notfallmedizin gearbeitet; 15 Jahre davon im Schichtdienst. Die Pro- und Contra-Argumente habe ich in meinem Leitartikel im *Bayerischen Ärzteblatt* 4/2012 sachlich und ausgewogen dargestellt. Für mich liegt der Fokus bei dieser Thematik auf den Weiterbildungsassistenten und weniger auf dem „Standing“ der Chefärzte. Ich lade Sie ein, die Komplexität der notwendigerweise interdisziplinären Arbeit in der Notfallmedizin nicht auf die bloße Diskussion über den Facharzt Notfallmedizin zu reduzieren. Für ein persönliches Gespräch stehe ich den Autoren des Leserbriefes gerne zur Verfügung.

Dr. Heidemarie Lux, Vizepräsidentin der BLÄK