



**Wohin gehört die psychosomatische Therapie?  
Zur aktuellen Debatte über die medizinische  
und die delegierte Psychotherapie sowie  
die Psychosomatik**

Ausgelöst durch TARMED, doch eigentlich schon lange unter den Nägeln brennend, zudem verstärkt durch Interventionen und Entscheidungen von Vertrauensärzten, stellt sich die Frage, was Psychosomatik eigentlich sei und wohin sie gehöre.

Der Mensch in seiner leib-seelischen Einheit ist per definitionem ein psychosomatisches Wesen, das diese Verbindung mehr oder weniger wahrnimmt. Als dieses Sammelsurium von Gefühlen, Empfindungen, Vermutungen und Beschwerden, häufig gepaart mit einer mehr oder minder ausgeprägten Portion Verunsicherung, sucht er uns Ärztinnen und Ärzte auf, auf dass wir helfen, dieses Chaos etwas zu entwirren oder zu ordnen. Etwas sei nicht «in Ordnung», lautet die Klage, als Ausdruck des Gefühls, «nicht mehr in der Ordnung gehalten und eingebunden» zu sein. Manchmal ist die Fragestellung nach kürzerer oder längerer Zeit klar, manchmal scheint sie versteckt oder bedeckt durch (im eigentlichen Sinne des «personare»). Diese Begegnung mit dem Chaos, dieses Aushalten des Noch-Nicht-Durchscheinenden oder Unklaren ist das Wesen und eine der Hauptaufgaben in der Grundversorgung. Hier geschieht – im wahrsten Sinne des Wortes – personenzentrierte Medizin, Medizin in Beziehung und im Bezug zur Patientin oder zum Patienten. Möglicherweise ergibt sich daraus eine organzentrierte Fragestellung, welche dann in den Fachbereich der organbezogenen Spezialistinnen und Spezialisten fällt. Möglicherweise ergibt sich daraus eine psychiatrisch-psychotherapeutische Fragestellung, welche in den Fachbereich der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Spezialistinnen und Spezialisten fällt. Möglicherweise aber bleibt der Patient auch zwischen diesen beiden «Polen» hängen oder verneint oder torpediert gar eine weitere spezialärztliche Abklärung oder Begleitung. Dann kreist er weiter in der Psychosomatik, und die Kunst des Begleitenden ist es, ihn auch darin (aus-)zu(-)halten und zu schützen, sei es vor «eingreifenden» Abklärungen oder heilsversprechenden, gefährdenden anderweitigen Lösungsansätzen. Auch wenn eine psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung erfolgt, ist die Psychosomatik doch ein Bereich, der sich immer wieder ausserhalb dieses spezialisierten Raumes ereignet und abspielt, wobei die grundver-

sorgenden Ärztinnen und Ärzte die erste Anlaufstelle bleiben. Es ist also sehr wohl möglich, dass eine psychiatrische und eine psychosomatische Behandlung nebeneinander und im besten Falle sich ergänzend stattfindet.

Fazit: Die Psychosomatik findet in der Grundversorgung statt. Sie ist personenzentriert, aufwendig und höchst anspruchsvoll. Sie endet nicht mit der Überweisung an organspezialisierte oder psychotherapeutisch-psychiatrisch tätige Fachärztinnen und Fachärzte, diese beiden Ansätze können sich aber im besten Fall optimal ergänzen.

*Dr. med. U. Aemissegger, Winterthur*



**Psychotherapie und die Aufhebung  
des Kontrahierungszwangs**

Nun ist also auch im Nationalrat der Kontrahierungszwang aufgehoben worden. Als ausschliesslich psychotherapeutisch und psychosomatisch tätiger Psychiater, welcher Psychotherapien nach Gesetz (KLV Art. 3) mit ein oder zwei Wochenstunden durchführt, sind meine Arztkosten pro Patient pro Jahr dreimal so hoch wie im Durchschnitt. Nach der unhaltbaren «Statistik» der santésuisse, welche wider besseres Wissen bewusst Äpfel mit Birnen vergleicht, bin ich ein brandschwarzes Schaf, das absolut unwirtschaftlich arbeitet. Ich werde sicherlich keinen Vertrag bekommen. Was gedenkt die FMH in dieser Situation zu tun? Ergreift sie das Referendum? Lässt es die FMH zu, dass Kassenfunktionäre bestimmen, was lege artis ist? Eine Psychotherapie, welche diesen Namen verdient, ist in der Schweiz in akuter Gefahr. Dies ist nicht nur für uns, die seit vielen Jahren engagiert eine sehr anspruchsvolle, aber auch befriedigende psychoanalytische Arbeit machen, welche eine über Jahrzehnte (sic!) überdurchschnittlich intensive und aus dem eigenen Sack bezahlte Fortbildung notwendig macht, eine Katastrophe, sondern v.a. auch für die Patienten, welchen eine qualitativ hochstehende Psychotherapie vorenthalten wird.

*Dr. med. Willy A. Stoller, Bern*



**Schaut ihnen aufs Maul!  
Noch genauer auf die Schreibe!**

Worte entlarven. Da wird der hehre Begriff der «Dignität», zu deutsch «Würde», dazu missbraucht, in Zukunft Leistungen einer Ärztin, eines Arztes verrechenbar zu machen. Wer noch muss sich in unserer Welt als würdig erweisen, bevor seine Arbeit entlohnt wird? Diplome sind beizubringen, Lehrbriefe, Zeugnisse, usw. Aber ein Ausweis über die Würde? Mir wurde doch immer eingetrichtert, die Würde des Menschen sei unantastbar, also einfach gegeben!

Wenige Tage, nachdem ich mir darüber den Kopf zerbrochen hatte, wurde mir mit einem Schlag alles klar. Natürlich müssen Mediziner und Medizinerinnen ihre Würde nachweisen! Sie sind ja auch keine Menschen mehr. Sie sind still und leise zu Artikeln geworden. Auf Tüten, Geräten, Präservativen, Bleistiften finden sich schwarze Strichbilder mit langen Nummern, EAN-Nummern! Auch Ärztinnen und Ärzte haben jetzt eine EAN-Nummer. Abkürzungen haben es in sich. EAN heisst «Europäische Artikelnummer». Na also. Deshalb nicht mehr FMH, sondern FAH, nämlich Foederatio Articularum Helveticorum! Und wann ändert die 76 am Anfang? 76... steht immerhin noch für einen Schweizer Artikel. Non sum dignus ...

*Dr. med. M. Etzensberger, Brugg*



**Guideline Abstrich der Cervix Uteri [1]**

In der entsprechenden Guideline sind einleitend die Evidenzgrade für den Nutzen medizinischer Massnahmen entsprechend einer kanadischen Einteilung aufgeführt.

Sie schreiben in der Folge «idealerweise wird der Abstrich jährlich vorgenommen», räumen aber ein, dass in verschiedenen Ländern Abstände von drei bis fünf Jahren zwischen den Abstrichen vorgesehen sind. Wie gross ist nun die Evidenz, dass mit jährlichen anstelle von dreijährlichen Abstrichen die Mortalität an Zervixkarzinomen gesenkt werden kann?

Ähnlich stellt sich mir die Frage bei den Frauen nach Hysterektomie wegen eines benignen Uterusleidens. Welche Evidenz gibt es, dass auch nach totaler Hysterektomie ein Pap-Abstrich aus dem Scheidengewölbe Sinn macht? Ich habe etwas Mühe mit der Vorstellung, einen Tumor in einem Organ zu suchen, das gar nicht mehr vorhanden ist.

Ich bitte Sie, zu meinen zwei Fragen Stellung zu nehmen, damit ich besser beurteilen kann, ob es wirklich wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist, jährlich einen Pap-Abstrich bei Frauen mit Uterus und alle drei Jahre bei den hysterektomierten Frauen durchzuführen.

*Dr. A. Bleisch, Niedergösgen*

1 Arbeitsgruppe «Guideline Zervixabstrich». Guideline zum Vorgehen bei suspektem und positivem zytologischen Abstrich der Cervix Uteri. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(3):82-92.

**Replik**

Im Namen der Kommission «Guideline Zervixabstrich» möchte ich auf die Fragen von Herrn Dr. A. Bleisch, Niedergösgen, wie folgt Stellung beziehen.

Die erste Frage bezieht sich auf die Evidenz bezüglich des Abstrichintervalls. Diese ist Grad IV. Nebst der gleichen Empfehlung durch die Deutschen und Österreichischen Experten [1, 2] kam die Kommission auch aus pragmatischen Gründen zu dieser Einschätzung. Bei rein biologischer Betrachtung – vor allem der Entwicklungszeiten eines Zervixkarzinoms – wäre es ausreichend, bei Frauen ohne Risiko den Abstrich alle drei, evtl. nur alle fünf Jahre zu entnehmen. Bei Risikoverhalten ist jedoch die häufigere Abstrichentnahme nötig und wird deshalb empfohlen. Heute haben jedoch sehr viele Frauen ein Risikoverhalten, z.B. alle Raucherinnen, und bei einem Grossteil ist das Risikoverhalten oft nicht eruierbar, z.B. Frauen mit Partnern, welche mehrere Sexualpartnerinnen haben. Es ist somit einfacher und sicherer, sie in das jährliche Screeningprogramm – wie auch vom KVG («erhöhte Untersuchungsfrequenz bei Vorliegen von Risikofaktoren») vorgesehen – einzubeziehen. Zum anderen ist das Vorsorgeverhalten in der Schweiz beim gegenwärtigen opportunistischen Screening nicht optimal. In einer in Basel durchgeführten Studie haben Frauen einer Poliklinik im Mittel nur alle drei Jahre – trotz gegenteiliger Empfehlung – an der Vorsorge teilgenommen [3]. Diese Gründe bewogen die Kommission, den jährlichen Abstrich «idealerweise» zu empfehlen. Besteht jedoch sicher kein Risiko, kann in diesen Fällen selbstverständlich auf das dreijährige Intervall umgeschaltet werden.

Zur zweiten Frage bezüglich der Evidenz des Zervixabstrichs nach Hysterektomie wegen benigner Erkrankung besteht die Evidenz III. Diese Empfehlung wird auch von der ACS (American Cancer Society) wie auch von der ACOG (American College of Obstetricians and Gyne-

cologists) abgegeben [4, 5]. Auch sind Studien bekannt, welche dies unterstreichen. So fand Pearce immerhin 0,42 High-grade-Läsionen pro tausend PAP-Abstriche nach Hysterektomie wegen gutartiger Befunde [6]. Eine andere Studien von Fox fand bei 2561 Frauen innerhalb von vier Jahren 110 abnormale Abstrichresultate [7].

Wenn auch die Evidenz in diesen zwei Punkten nicht sehr hoch ist, so ist sie aber dennoch gegeben. Die Empfehlungen sind begründet.

*Prof. Dr. Siegfried Heinzl, Bruderholz / Basel*

- 1 Arbeitsgemeinschaft für Kolposkopie der ÖGGG. Zytologie. <http://akh-wien.ac.at/gyn/colposcopy/kolpozytologie.htm>.
- 2 AWMF-Leitlinie. Stellungnahme zur Früherkennung der Karzinome von Zervix, Endometrium, Vulva und Vagina. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/onko-040.htm>.
- 3 Heinzl S, Hirsbrunner AG. Vorsorgeverhalten der Patientinnen an der Universitäts-Frauenklinik Basel. Schweiz Med Wochenschr 1991; 121(11):378-84.
- 4 American College of Obstetricians and Gynecologists. Routine cancer screening: ACOG committee opinion no. 247. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2000.
- 5 Saslow D, Runowicz C, Solomon D, et al. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. CA J Clinicians 2002;53(6):542-62.
- 6 Pearce K, Haefner H, Sarwar S, et al. Cytopathological findings on vaginal Papanicolaou smears after hysterectomy for benign gynecologic disease. N Engl J Med 1996;335:1559-62.
- 7 Fox J, Remington P, Layde P, et al. The effect of hysterectomy on the risk of an abnormal screening Papanicolaou test result. Am J Obstet Gynecol 1999;180:1104-9.

Siehe auch ausführliche Replik auf Seite 1631 in dieser Ausgabe.