

Sigmund Freud Privatuniversität Wien

Psychotherapiewissenschaft

FORSCHUNGSARBEIT
ANGEBORENE HERZFEHLER

Sommersemester 2019

KOIS Katja, SFUWI17011351

PRELEUTHNER Dolores, SFUWI18011152

KATSCHNIG Moritz, SFUWI15011284

LAUDA Anie, SFUWI18011131

INHALTSVERZEICHNIS

1. ABSTRACT.....	3
2. EINLEITUNG.....	4
3. FALLVIGNETTE	5
4. SOMA & PSYCHE: EINE KRITISCHE AUSEINANDERSETZUNG	8
5. PLÄDOYER: INTERDISZIPLINÄRE KRANKENVERSORGUNG	13
6. RESÜMEE.....	17
7. LITERATURVERZEICHNIS	19

1. ABSTRACT

This project is a critical group reflected discussion on the psychological and the psychosomatic co-morbidities affecting a patient with cardiological diseases. Specifically to closely examine obstacles and benefits of the collaboration between the medical and psychotherapeutic departments when treating this disease.

Our topic for this research project was developed from discovery that a close friend of one of our study group was diagnosed with a cardiological disease and the subsequent accompanying fears that affected the patient.

A special emphasis was placed on the centrally perceived aspects of psychotherapy, which is a helpful and an unavoidable supportive treatment option that the Medical profession use to support the recovery of the cardiac patient.

This goal was mainly achieved by our interview with Univ.-Prof. Dr.^{med}. Harald GABRIEL.

The sustainability of interdisciplinary patient care should be highlighted. This sustainability is the focal point of the contemplation within the context of psychotherapeutic dynamics of relations which is a projection site for (un-)conscious and conflict prone needs of the concerned patients.

Central aspects concerning the focal problem will be summarised and critically reflected upon.

The goal of this project is to highlight the potential benefits of interdisciplinary collaboration between the medical and psychotherapeutic profession, also to discover the subjective needs and experiences of patients with cardiac disease.

This is accompanied by our personal concern to display a necessary self-reflecting tenor that is needed for psychotherapists, psychologists, as well as for medical doctors, since the well being of their patients is their common responsibility.

2. EINLEITUNG

Das im Lehrplan der SFU Wien für B5 festgeschriebene Forschungsprojekt, beschäftigt sich mit dem Thema „angeborene Herzfehler“. Konfrontiert mit der kardiologischen Erkrankung eines Bekannten innerhalb unserer Forschungsgruppe und der damit einhergehenden Angstsymptomatik des betroffenen „Herzpatienten“, soll mit der hier vorliegenden Forschungsarbeit eine kritische und gruppenreflektierte Auseinandersetzung hinsichtlich der Relevanz kardiologisch-organischer Erkrankungen unter Bezugnahme psychischer und/oder psychosomatischer Komorbiditäten in der medizinischen und psychotherapeutischen Zusammenarbeit vorgenommen werden.

In Auseinandersetzung mit spezifischer Fachliteratur sowie anhand von Daten und Fakten über angeborene Herzfehler und mithilfe interdisziplinärer Referenzen, ist der Inhalt unserer Forschungsarbeit methodisch geleitet.

Unter Berücksichtigung der Fallvignette werden sowohl die Hindernisse als auch die Potentiale einer Zusammenarbeit der jeweiligen Professionen aus der Medizin und Psychotherapie im klinischen Bereich näher dargestellt. Dabei gilt es insbesondere anhand unseres Interviews mit Herrn Univ.-Prof. Dr.^{med} Harald GABRIEL, die für unsere Forschungsgruppe zentral befundenen Aspekte der Psychotherapie, als unausweichliche und unterstützende Behandlungsmethode innerhalb der Medizin und zugunsten der Genesung von HerzpatientInnen, aufzuzeigen. Markiert werden soll die Nachhaltigkeit einer interdisziplinären PatientInnenversorgung, die im Kontext der psychotherapeutischen Beziehungsdynamik als Projektionsfläche für (un-)bewusste und konfliktuöse Bedürfnisse der betroffenen PatientInnen im Fokus der Betrachtung liegt. Abschließend werden nochmals zentrale Aspekte hinsichtlich der fokussierten Fragestellung zusammengefasst und kritisch reflektiert.

Ziel der Forschungsarbeit ist, die Potentiale einer interdisziplinären Versorgung zwischen Medizin und Psychotherapie im Allgemeinen und für HerzpatientInnen im Besonderen aufzuzeigen, um ein besseres Verständnis für die subjektiven Bedürfnisse und Erfahrungen betroffener PatientInnen zu erhalten. Dabei ist es uns insbesondere ein persönliches Anliegen, eine für PsychotherapeutInnen, PsychologInnen sowie MedizinerInnen notwendige selbstreflektierte Grundhaltung aufzuzeigen, liegt doch gerade in deren gemeinsamer Verantwortung, das gesundheitliche Wohl der PatientInnen.

3. FALLVIGNETTE

Im Frühling 2018 erlitt ein 33 Jahre junger Mann aus unserem Bekanntenkreis einen Insult, während er nachts alleine zu Hause war und sich mit einer Spielkonsole beschäftigte. Seine im Nachhinein hochemotionale Berichterstattung über sein subjektives Erlebnis dieser Nacht, hat uns außerordentlich mitgenommen und mitfühlen lassen.

Starke Schmerzen waren nicht vorhanden, allerdings bemerkte der Betroffene im Zuge des Play Station Spielens, dass sein rechter Arm für ihn weder fühlbar, noch führbar war, dass sich also eine Hemiparese der rechten oberen Extremität entwickelt hat. Nachdem es ihm auch nicht mehr möglich war mit dem Mobiltelefon um Hilfe zu bitten, weil auch Prozesse des Handlungsablaufes gestört waren, verließ er von Angstgefühlen geleitet seine Wohnung, um auf der Straße Hilfe zu suchen. Erfolgreich war dieses Vorgehen nicht, denn aufgrund der mittlerweile entstandenen motorischen Aphasie konnte sich der Betroffene nicht mehr verständigen, PassantInnen wendeten sich von ihm ab, geholfen hat niemand. Das Bewusstsein, kein klares Wort mehr formulieren zu können, beschrieb der Betroffene als äußerst furchterregend. Erst als der Betroffene eine Tankstelle aufsuchte und sich mit voller Vehemenz dagegen wehrte weggeschickt zu werden, bekam er die notwendige Hilfe und der Tankwart alarmierte die Rettung.

Folglich wurde der Betroffene in ein Krankenhaus des Wiener Krankenanstaltenverbundes eingeliefert, wo er auf der Neurologie (Stroke Unit) aufgenommen und akut behandelt wurde. Die Suche nach der Ursache ergab als Befund, ein Persistierendes Foramen Ovale (PFO) – ein häufiger angeborener Herzfehler, der nur selten zu Komplikationen führt.

Ein interventioneller Verschluss wurde ihm nicht empfohlen, ebenso keine kardiologische Kontrolle. Aufgrund der motorischen Aphasie bekam der Betroffene im Zuge des Krankenhausaufenthaltes eine logopädische Therapie, in der sich die Symptome rasch zurückbildeten. Als Dauermedikation wurde dem Patienten Thrombo Ass verschrieben und ein Antidepressivum gegen die Angstgefühle, von Kraftsport wurde ihm aufgrund der hohen Belastung abgeraten und er wurde nach Hause entlassen. Das einzige noch vorhandene Symptom zu diesem Zeitpunkt waren Parästhesien der rechten oberen Extremität, sowie eine ängstlich-dysphorische Grundstimmung. Ein Re-Insult sei von Seiten der NeurologInnen nicht zu erwarten.

In den folgenden Monaten alarmierte der Patient zwei weitere Male die Rettungskräfte und ließ sich selbst mit Verdacht auf Re-Insult abermals hospitalisieren, beide Male war aber eine Panikattacke Auslöser der Symptomatik und der Patient wurde wieder entlassen. Eine psychiatrische Begutachtung, psychotherapeutische Behandlung oder psychologische Beratung erhielt der Patient im Zuge des Krankenhausaufenthaltes nicht, jedoch wurde ihm eine psychotherapeutische Behandlung im niedergelassenen Bereich nahegelegt.

Aufgrund des finanziellen Hintergrundes des Patienten, war eine private Psychotherapie ausgeschlossen, ein Therapieplatz auf Krankenkassenbasis war akut, doch ohne monatelange Wartezeit, nicht zu bekommen. Auch Therapieangebote zu Sozialtarifen waren hinsichtlich seiner schlechten finanziellen Situation nicht handelbar. Indes flüchtete sich der Betroffene zunehmend in den sozialen Rückzug und nahm auch neuerliche Angebote, auf einer Kardiologie vorstellig zu werden, von FreundInnen nicht an.

Da der oben beschriebene Fall in unserem Bekanntenkreis zeitlich nicht lange zurücklag und gleichsam eine Kollegin unserer Forschungsgruppe beruflich eine enge Zusammenarbeit mit KardiologInnen pflegt, galt unser gemeinsames Interesse der Frage, wie häufig wohl angeborene Herzfehler erst im Erwachsenenalter entdeckt werden. Dementsprechend lautete unsere Forschungsfrage wie folgt:

Wie häufig werden angeborene Herzfehler erst in der Adoleszenz entdeckt?

Im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien (AKH Wien) befindet sich eine Spezialambulanz für angeborene Herzfehler im Erwachsenenalter, die eng mit der pädiatrischen Kardiologie zusammenarbeitet und von Herrn Univ. Prof. Dr.^{med} Harald GABRIEL geleitet wird.

„Diese Ambulanz, die die größte dieser Art in Österreich ist, wurde im Jahr 1993 eingerichtet, weil gerade die Behandlung und Nachsorge von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (EMAH) nur von ÄrztInnen durchgeführt werden sollten, die über fundierte Kenntnisse des jeweiligen Herzfehlers, der durchgeführten Behandlungsverfahren, möglicher Spätfolgen und neu entwickelter interventioneller und operativer Techniken verfügen“ (Müller 2019a).

Die Versorgung der PatientInnen beinhaltet neben dem ärztlichen Gespräch, der klinischen Untersuchung und dem EKG auch regelmäßige echokardiographische Kontrollen. Wenn indiziert (z.B. zur Planung eines Eingriffs), wird eine weiterführende Abklärung z.B. mittels Langzeit-EKG, 24-Stunden-Blutdruckmessung, (Spiro-) Ergometrie, Röntgen, kardialer Magnetresonanz und Computertomographie eingeleitet. Indes wird durch die enge fächerübergreifende Zusammenarbeit mit anderen Kliniken und Abteilungen eine optimale Betreuung gewährleistet. Darüber hinaus besteht neben den rein medizinischen, ein spezifischer Beratungsbedarf für Fragen des alltäglichen Lebens und der Lebensplanung der Betroffenen.

Angeborene Herzfehler zählen zu den häufigsten Organfehlbildungen bei Neugeborenen, wobei ca. 7-10 Kinder von 1000 davon betroffen sind. Besonders häufig tritt der Ventrikelseptumdefekt auf, bei dem ein kleines Loch in der Kammerscheidewand offenbleibt, das sich normalerweise im Zuge des Wachstums des Kindes selbstständig verschließt. Bei dem von uns in unserer Fallvignette beschriebenen Persistierenden Foramen Ovale (PFO) handelt es sich um einen Atriumseptumdefekt, ein Loch in der Herzscheidewand der beiden Vorhöfe des Herzens. Operative Maßnahmen sind hier selten indiziert, ein interventioneller Verschluss ist ohne hohe Komplikationen auch im Erwachsenenalter durchführbar. Bleibt das Foramen Ovale bis ins Erwachsenenalter durchlässig, besteht das Restrisiko einer Thrombose, die ihrerseits einen Insult auslösen kann. Nachstehend listen wir die häufigsten angeborenen Herzfehler anhand ihrer Inzidenz auf (vgl. Müller 2019b):

Herzfehler	Inzidenz
Ventrikelseptumdefekt	31%
Atriumseptumdefekt	7%
Persistierender Ductus Botalli	7%
Pulmonalklappenstenose	7%
Aortenisthmusstenose	5-8%
Aortenklappenstenose	3-6%
Fallot-Tetralogie	5,5%
AV-Kanal	4,8%
Transposition der großen Gefäße	4,5%
Hypoplastisches Linksherzssyndrom	3,8%

Herr Univ. Prof. Dr.^{med} Harald GABRIEL erklärte sich nach unserer Anfrage sofort bereit uns im Zuge unserer Forschungsarbeit als Interviewpartner zur Verfügung zu stehen.

4. SOMA & PSYCHE: EINE KRITISCHE AUSEINANDERSETZUNG

Im Zuge unseres vereinbarten Termins mit Herrn Univ.-Prof. Dr. ^{med} Harald GABRIEL gab er uns initial einen allgemeinen Einblick in die aktuelle europäische kardiologische Versorgungsstruktur für PatientInnen mit angeborenen Herzfehlern im Erwachsenenalter und widmete sich im Anschluss intensiv unserer Forschungsfrage.

Dabei war es für uns sehr verwunderlich, dass der Anteil der betroffenen PatientInnen sehr gering sei und es sich dabei zumeist lediglich um sehr einfache, von Herrn Univ.-Prof. Dr. ^{med} Harald GABRIEL als „gutartig“ beschriebene Herzfehler handelt. Auf die Diagnose „angeborener Herzfehler“ scheinen laut Herrn Univ.-Prof. Dr. ^{med} Harald GABRIEL die meisten PatientInnen im Erwachsenenalter sehr verwundert zu reagieren, zumal die Erkrankung bisher nie entdeckt wurde. Folglich erfragten wir, ob die Betroffenen sich um ihre Prognose sorgen, demzufolge wir diese Antwort erhielten:

IP: Nein, die sind eher, nachdem ich das den Patienten so ähnlich schildere, wie ich es ihnen schildere, dass das ja gutartige Herzfehler sind, dass das eine Normvariante ist, und dass nichts Dramatisches ist, wenn es was Dramatisches wäre, würde ich sagen: sie bleiben jetzt da, das gehört bald gemacht. Sondern ich sage: es ist im Prinzip egal, ob man es heute oder morgen macht, oder in einem, zwei oder drei Monaten macht, ich würde jetzt nicht fünf oder zehn Jahre zuwarten wollen, weil es nicht besser wird, aber es gibt genug Zeit um das zu diskutieren. Meist gibt es eine zweite Gesprächsrunde, wo auch Familienangehörige, Beziehungspartner dabei sind oder wenn es sprachliche Schwierigkeiten gibt, dann Angehörige, die die Sprache ein bisschen übersetzen können oder mit Dolmetscher natürlich. Wenn es dann in Richtung einer Entscheidung geht, dass man sagt, das gehört jetzt gemacht, dann möchte ich sicher sein, dass die Patienten das verstehen und dann brauche ich eben einen Dolmetscher dazu, der das so klarmacht und damit nicht die Angehörigen irgendwelche Geschichten drucken, von denen ich nichts weiß.

IV: Das heißt jetzt, dass von den Patienten, die Sie sehen, die Diagnose niemanden aus der Bahn wirft, oder dass sie von einem Tag auf den anderen in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt sind?

IP: Nein, das sind ein paar Wenige, die da etwas sensibler reagieren und sagen: oh, hoppla, ja, ich spür was, aber es ist keine Einschränkung der Lebensqualität, wie wenn jemand eine Tumorerkrankung hat [...].

IV: Haben Sie persönlich die Erfahrung gemacht, dass aus der Anamnese die ersten Symptome [...] der Erkrankung mit der psychischen Belastung korrelieren? Also gleichzeitig auftreten?

IP: Nein, gar nicht. Wir haben über den Herzfond auch ein Beratungszentrum [...], wo auch die Patienten hingeschickt werden, die, wenn sie das speziell auch brauchen, also die Komplexeren, die dort dann eben auch betreut werden psychologisch und psychotherapeutisch.

IV: Das merken Sie dann aus dem Gespräch heraus?

IP: Das ist überhaupt so. Ich habe meine Ausbildung ja mit Psychologie begonnen, dann auf Medizin geschwenkt, hab die Psychologie nicht fertiggemacht und dann eine psychosomatische Ausbildung auf der Kardiologie gemacht. Das heißt, mir ist das alles sehr vertraut und bekannt. Ich mach das sehr gerne und bei uns ist das dermaßen gestaltet, dass wenn wir draufkommen, dass da ein Behandlungsbedarf ist, dann sagen wir ok, wir nehmen wahr, dass da ein Bedarf ist [...]. Manchmal genügt es ja, dass man sagt, ja ok jetzt ist mal alles abgeklärt in zehn Minuten oder einer viertel Stunde oder wenn ein größerer Beratungsbedarf da ist, dann bitte ich die Frau Mag.^a Behnke, dass sie uns da unterstützt.

Gerade diese Informationen des Interviews haben uns überrascht, da wir bisher den Ausdruck „gutartige“ Herzfehler nicht kannten. Nach unserem Verständnis war allein der Begriff „Herzfehler“ immer als eine sehr ernst zu nehmende Erkrankung verankert, daher auch in seiner Bedeutung mit Angst besetzt. Da aber natürlich auch angeborene Herzfehler in ihrer Ausprägung hinsichtlich gesundheitlicher Einschränkungen stark variieren, werden in der Medizin scheinbar auch die Ausprägungen umgangssprachlich als „gut- oder bösartig“ bezeichnet.

Im Zuge des Interviews hatten wir den Eindruck, dass alle angeborenen Herzfehler, die in ihrer Ausprägung und Symptomatik ein „normales“ Leben möglich machen und relativ einfach durch Intervention oder Operation korrigiert werden können, als „gutartig“ bezeichnet werden. Daher erst recht alle angeborenen Herzfehler, die erst im Erwachsenenalter entdeckt werden, weil sie bis dahin asymptomatisch waren. Also all jene, mit denen sich unsere Forschungsfrage beschäftigt. Hinsichtlich dieser Erkenntnis war die Tatsache, dass für Herrn Univ.-Prof. Dr.^{med} Harald GABRIEL derartige Herzfehler keine Besonderheit darstellen, nicht weiter verwunderlich. Demzufolge ist es eine logische Konsequenz, dass für das kardiologische Alltagsgeschehen innerhalb einer spezialisierten Klinik derartige Herzfehler nichts Außergewöhnliches darstellen, da sie einerseits alltäglich und andererseits aus kardiologischer Expertise einfach zu behandeln sind. Die PatientInnen erfahren ihre Diagnose, ihnen werden alle möglichen Therapieoptionen erklärt, dann werden sie entlassen oder eventuell noch zu einem zweiten Beratungsgespräch eingeladen.

Aufgrund beruflicher Kernkompetenzen einer weiteren Kollegin unserer Forschungsgruppe zeigen jedoch die Erfahrungen der letzten Jahre, dass all jene PatientInnen, die nicht hospitalisiert und stationär aufgenommen werden, dann zu eigenverantwortlichem Handeln aufgefordert sind und ihre extramural fortsetzende Nachsorgetherapie in ihrer eigenen Verantwortung liegt. Indes wäre ein individuell auf die PatientInnen abgestimmtes Vorgehen aus gesundheitspolitischen und ökonomischen Gründen nicht anders möglich.

Herr Univ.-Prof. Dr.^{med} Harald GABRIEL betonte im Interview auch, dass den PatientInnen, mit denen sich unsere Forschungsfrage beschäftigt, nahezu nie eine psychologische oder psychotherapeutische Beratung oder Therapie empfohlen wird, weil diese aus seiner fachlichen Expertise mit ihrer Diagnose meist gut zurechtkommen. Um uns in die Situation von Betroffenen hineinzusetzen, versuchten wir zu mentalisieren, welche Emotionen die Diagnose eines angeborenen Herzfehlers bei uns auslösen würde. Dabei schlussfolgerten wir, dass für PatientInnen, die keine medizinischen Grundkenntnisse haben, eine derartige Diagnose, auch wenn sie als „gutartig“ bezeichnet wird, doch ein zumindest kleines „Schockerlebnis“ darstellen muss.

In nahezu jeder Vorstellung ist das Herz eines der wichtigsten, lebenserhaltenden Organe, das vom Laien zusätzlich mit einer hohen emotionalen Bedeutung besetzt ist. Wären wir in der Situation betroffener PatientInnen, würden wir uns nach einer solchen Diagnose tatsächlich große Sorgen um unsere Lebenserwartung, um unseren Lebensstil, um mögliche zukünftige Einschränkungen machen und hätten einen großen Redebedarf. Viele dieser HerzpatientInnen haben innerhalb der eigenen Familie möglicherweise schon die leidvolle Erfahrung gemacht einen nahestehenden Menschen aufgrund einer kardialen Erkrankung zu verlieren oder einen langen Leidensweg hilflos mitanschauen zu müssen. Laien können hier wohl nicht differenzieren, welche Prognosen innerhalb kardialer Erkrankungen oder Dysfunktionen vorliegen und können somit auch in ihrer emotionalen Bewertung keinen Unterschied ziehen (vgl. Farau 2008: 99 ff.).

Daher wäre für uns eine ängstliche Reaktion auf eine derartige Diagnose keine Besonderheit, sondern vielmehr eine logische Konsequenz auf eine mögliche subjektive „lebensbedrohliche“ Erkrankung. Für psychologische oder auch psychotherapeutische Nachbehandlung wird in dieser Indikation, besonders wenn es sich um einen „gutartigen“ Herzfehler handelt, intramural aber selten gesorgt, wie auch aus dem Gesprächsinhalt mit Herrn Univ.-Prof. Dr.^{med} Harald GABRIEL zu entnehmen ist.

Aus der medizinischen Expertise ist ein erst im Erwachsenenalter entdeckter Herzfehler keine Besonderheit, denn das Herz war bisher gut in der Lage sowohl morphologisch, als auch funktionell, alle Voraussetzungen für ein „normales“ Leben zu gewährleisten.

Der Fokus wird hier daraufgelegt, Symptome weiterhin so gut wie möglich gering zu halten, wenn vorhanden zu korrigieren und auch hinsichtlich der Prognose Überlegungen anzustellen. Diese Grundhaltung wird in ihrer Bedeutung auch auf die PatientInnen projiziert, die tatsächliche subjektive Bedeutungszuschreibung ihrerseits wird aber nicht weiter hinterfragt, wie es in der Medizin auch in anderen Indikationen alltäglich und notwendig ist.

Aus tiefenpsychologisch-psychodynamischer Sicht sind wir der Meinung, dass eine derartige Diagnose sehr wohl ein Gefühl der körperlichen Minderwertigkeit bedeuten kann und somit eine Bedrohung des Lebensstils oder auch des Lebensziels darstellen kann, die es zu berücksichtigen gilt (vgl. Stephenson 2011: 64 ff.). Denn wer hat das Recht, das subjektive Leiden oder auch Ängste in ihrer Qualität und Quantität zu beurteilen?

Auch wenn den Betroffenen im Bedarfsfall eine externe Unterstützung angeboten wird, nimmt nur ein Bruchteil erkrankter Personen tatsächlich Hilfe in der psychologischen bzw. psychotherapeutischen Beratung und/oder (Weiter-)Betreuung in Anspruch. Menschen ohne medizinisch-therapeutischen Hintergrund wissen meist nicht, dass organische Erkrankungen auch von psychischen Phänomenen begleitet werden, ebenso wie psychische Störungen mit einer Körperveränderung einhergehen, also die Psychodynamik beeinflusst wird. Dementsprechend zeigen sich nach wie vor in der breiten Bevölkerungsgruppe nicht selten große Hemmungen, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, auch beherrscht von der Angst etwas von sich preisgeben zu müssen oder von der Gesellschaft als „verrückt“ stigmatisiert und folglich marginalisiert werden zu können. So könnte gerade die Diagnose „gutartiger“ Herzfehler bei Betroffenen zur Sorge führen, dass ihre Problematik nicht als schwerwiegend genug empfunden wird, das eigene Leiden also von Schamgefühlen besetzt ist.

Wissend, dass Furcht eine der Basisemotionen des Menschen ist, kann aus tiefenpsychologisch-psychodynamischer Sicht auch ein Rückschluss auf das Gefühl des Unheimlichen gezogen werden. Einst Vertrautes wurde verdrängt oder als überwunden geglaubt, dass in unheimlichen Situationen, etwa dem Angebot einer psychotherapeutischen Behandlung, in entfremdeter Form wiederkehrt, das oftmals zu besagtem Vermeidungsverhalten führt (vgl. Freud 1919/2000: 241 ff.).

Angesichts dessen sehen wir gerade hier die Notwendigkeit eines ganzheitlich medizinisch-therapeutischen Ansatzes im Sinne der Human-Based-Medicine, um potentiellen Hemmungen vor einer psychotherapeutischen Begleitung entgegenzuwirken.

Uns ist vollkommen klar, dass Human-Based-Medicine im klinischen Alltag aus ökonomischen und gesundheitspolitischen Gründen nicht konsistent möglich ist, zudem sehen wir hier auch die Sinnhaftigkeit der Evidence-Based-Medicine. Trotzdem gehen wir davon aus, dass ein interdisziplinärer Zugang aus Human-Based-Medicine und Evidence-Based-Medicine in dieser Indikation zu einem nachhaltigeren Erfolg zugunsten der PatientInnen führen würde.

5. PLÄDOYER: INTERDISZIPLINÄRE KRANKENVERSORGUNG

IP: Also [...] der Wunsch wäre, wenn man nun das Thema angeborene Herzfehler betrachtet im Kindes- und Erwachsenenalter, so sollte das nicht trennbar sein. Das wo der Gap ist, ist sozusagen der Übergang vom Kindes-/Jugendalter, zum Erwachsenenalter. Diese sogenannte Transition, das Hinübergehen, und nicht Transfer, das heißt es klopft an der Tür und draußen steht ein 18-jähriger und sagt „Hallihallo, mich schickt die Kinderklinik“. In anderen Häusern [...] gibt es Pflegepersonal oder ausgebildete Persönlichkeiten, die sich dahingehend befassen, diese Transfersituation, nicht für die einfachen Herzfehler, nicht nur, weil die laufen sozusagen unter eh nicht dramatisch, sondern die komplexen, ja, eine Vertrauensbasis zu schaffen oder eine Basis schafft, dass die von der Betreuungseinheit als Kind/ Jugendlicher, zum Erwachsenen schaffen, ja? Das heißt, da gibt es eine eigene Nurse, die sich darum kümmert und diese Transitionsphase fängt nicht mit der Pubertät an, sondern mit dem 12. oder 13. Lebensjahr, so grob. Natürlich können Sie sich vorstellen, dass bei den Kindern sehr häufig Entwicklungsretardationen dabei sind, Verzögerungen, es kann auch anders sein, nur da sollte es anfangen, also nicht mit 16, 17 oder 18. Das ist bei uns überhaupt nicht abgedeckt, das ist nur abgedeckt in Einzelfällen, wo wir uns halt zusammensprechen, uns einmal pro Woche treffen und sagen: „Hör zu, ich hab da jemanden für dich oder können wir das durchbesprechen, ich kann nur von meiner Seite sagen, wenn jemand vor meiner Tür steht, wo ich sage, das ist aber eine komplexe Geschichte, das möchte ich durchbesprochen haben, dann geht das wieder zurück, aber das wäre sozusagen der Idealzustand dass man eine eigene Einheit hätte, eine Unit, wo darüber steht: angeborene Herzfehler, das war auch vor Jahrzehnten angedacht, wurde dann auf die Kinderkardiologie hinüber gewiftet oder gedriftet[...]und das ist das, was wir bräuchten [...]. Also eine Psychologin [...].

IV: Psychotherapeutin?

IP: Psychotherapeutin sowieso ja, da bräuchten wir wahrscheinlich mehrere. Ja, aber das ist ja auch auf der Kinderklinik nicht, ich glaub die haben eine oder zwei.

IV: Da fehlt es überall, oder? Ich glaube es sind auf der Homepage der Kinderkardiologie zwei aufgelistet, aber wie es sich tatsächlich verhält weiß ich nicht.

IP: Ja, das ist ein Problem mit dem Krankenanstalten-Gesetz, weil da ist ja eine gewisse Quote für Psychologen und Psychotherapeuten vorgeschrieben pro Patienten. Müsste im AKH eigentlich an jeder Ecke etwas passieren.

IV: Ja, das würde Sinn machen, ist aber kostentechnisch derzeit sicher nicht angedacht, oder?

IP: Also das kostentechnische brauchen Sie mit mir deswegen nicht diskutieren, weil es ein Blödsinn ist, das bräuchte man, das ist ja ein völliger Blödsinn [...].

IV: Ja schade, das ist auch für unseren Berufsstand für später nicht gut, man würde sich wünschen auch als Psychotherapeut klinisch zu arbeiten. Natürlich sind in den Kliniken hauptsächlich Psychologen gefragt aufgrund der Testungen etc. Es ist leider nach wie vor so. Mit der Zusatzausbildung Psychotherapie oft, als reiner Psychotherapeut ist das gar nicht so einfach.

IP: Ich habe auch ein bisschen Vorbehalte, ob rein Psychotherapie, also ob Psychologen und Psychotherapeuten alleine das ohne Spezialausbildung covern könnten [...].

IV: Mit Sicherheit nicht, aber [...].

IP: Sag ich ja, mit Sicherheit nicht, vorsichtig formuliert. Sie können sich vorstellen, dass ich sehr oft Diskussionen darüber geführt habe, nicht aus Arroganz heraus, sondern einfach deswegen, weil einfach es wie überall im Leben viele Bereiche gibt. Ich kann mich halt nicht auf alles spezialisieren, sondern ich muss sagen: Okay, ich gehe in den Sport, dann gehe ich wieder Leichtathletik, Schwimmen, Radfahren, aber ich kann nicht sagen, ich bin Psychologe und Psychotherapeut und ich kenn mich aus. Es gibt Leute, die das spannend finden, aus Ihrem Leben heraus, das find ich spannend, finde ich spannender als alles andere. Ich finde zum Beispiel Onkologie total fad. Ja, heißt aber nicht, dass das keine superwichtige Sache ist und dass es dort nicht jemanden gibt [...].

IV: Auch, wenn ich als Psychotherapeutin in die Onkologie gehen würde, würde ich mich ausgiebig mit der Onkologie beschäftigen.

IP: Das meine ich ja damit, und was mir daraus folgt, darum habe ich das Curriculum auch erwähnt. Ja, man muss schon ein kardiologisches Vorwissen haben. Man muss schon wissen, was für Begrifflichkeiten, das ist ja alles erlernbar [...]. Man muss sich da hineinarbeiten, damit man weiß, wovon rede ich da [...], wenn ich das den Patienten gegenüber nicht vermitteln kann, dass ich zumindest weiß, in welche Richtung das geht, oder mich vorher erkundige und mich damit auseinandersetze, dann ist es völlig sinnlos.

IV: Mit Sicherheit. Ich habe vorhin gemeint, dass es generell in Österreich wenige Psychotherapeuten in Krankenhäusern gibt, nicht nur in diesen speziellen Indikationen [...].

Wie aus dem Interview mit Herrn Univ.-Prof. Dr.^{med} Harald GABRIEL hervorgeht, stimmt er dem von uns als notwendig befundenen Zuwachs an PsychotherapeutInnen im klinischen Setting zu, obgleich die derzeit vom Gesetz vorgeschriebene Quote für Planstellen von PsychologInnen oder PsychotherapeutInnen den tatsächlichen Bedarf nicht decken kann und es zudem schwierig

sei, die Finanzierung solcher Ideen zu diskutieren. Vice versa fordert Herr Univ.-Prof. Dr.^{med} Harald GABRIEL einschlägige Fachkenntnisse auch von psychotherapeutischer oder psychologischer Seite, da nur dann, aus seiner Expertise, ein sinnvolles interdisziplinäres Setting zur umfassenden PatientInnenbetreuung gewährleistet werden kann. Ohne Vorwissen mit organisch kranken Menschen zu arbeiten, wäre seiner Meinung nach in der Sinnhaftigkeit stark anzweifelbar.

Im Bewusstsein, dass auch auf Seiten der PsychotherapeutInnen ein fachkundiges Grundwissen unabdingbar ist, um verschiedene Diagnosen, deren Mortalitätsraten sowie die damit einhergehenden Symptome zu erkennen und zu verstehen, wenn man mit besagter PatientInnenpopulation arbeitet, möchten wir nicht die wahre Qualifikation der psychotherapeutischen Arbeit verkennen:

Die Beziehung zwischen PsychotherapeutInnen und PatientInnen steht im Vordergrund, die eine Behandlung wirksam macht und zu einer Bewältigung ihrer Leidenszustände verhilft. Es gilt die subjektiven Ängste von PatientInnen von psychotherapeutischer Seite ernst zu nehmen. Die therapeutische Beziehung stellt den größten Wirksamkeitsfaktor einer Psychotherapie dar, was den Rückschluss zulässt, dass der Sicherheitsanker, in einer beängstigenden Situation nicht allein gelassen zu werden, einer folgenden Angststörung nachhaltig entgegenwirken kann. Zugunsten einer heilsamen Beziehungsdynamik bedarf es insbesondere einer authentischen Persönlichkeit der TherapeutInnen, da sie die Art des Umgangs mit den PatientInnen maßgeblich mitbestimmt und unweigerlich Gefühle von Sympathie und Antipathie beeinflusst. Mit einem angemessenen Verständnis für die Beschwerden der PatientInnen und im Bemühen um eine Linderung beziehungsweise Heilung, verfügen TherapeutInnen über ein Konzept, um die in der Symptomatik enthaltenen Informationen zu dechiffrieren, zu übersetzen und PatientInnen bei der Bewältigung ihres emotionalen Leidensdrucks zu unterstützen. Indes erweist sich eine spezifische Intervention aber auch nur dann als wirksam, sofern die Behandlung von Seiten der PatientInnen als hilfreich befunden wird.

Die möglicherweise durch einen therapeutischen Prozess verbesserte Sinnzuschreibung des eigenen Lebensstils oder der eigenen Aufgabenbewältigung, könnte folgend auch positive Auswirkungen auf sozioökonomische und gesundheitspolitische Aspekte haben. Es ist für uns zumindest denkbar, dass ein dem biopsychosozialen Konzept entsprechender Therapieansatz vielen PatientInnen, die gefährdet sind, sich durch innerpsychische Konflikte auf eine soziale Isolation hinzubewegen, eine veränderte Expertise bietet, wodurch sie wieder neuen Lebensmut

finden, der sie mitunter bei der Bewältigung ihrer Lebensaufgaben unterstützt (vgl. Sindelar 2011: 87 ff.).

Um dies gewährleisten zu können, bedarf es einem ausgewogenen Verhältnis aus Evidence-Based-Medicine und Human-Based-Medicine. Human-Based-Medicine ist wohl im fachärztlichen Alltag nicht vollständig umsetzbar, allerdings sehen wir hier auch die Notwendigkeit von Evidence-Based-Medicine. Doch könnte eine intensivere Zusammenarbeit von unterschiedlichen Professionen genau diesen Ausgleich schaffen, der notwendig wäre, um einen für die PatientInnen kontextbezogenen Behandlungsablauf zu gewährleisten, dessen Erfolg aller Voraussicht gewinnbringend wäre. Idealerweise beginnt dieser Zugang nicht erst bei der Behandlung, sondern nimmt bereits bei der Diagnose einen Stellenwert ein.

Mithilfe von ganzheitlichen Konzepten wie dem biopsychosozialen Modell können Komorbiditäten schnell erkannt und holistisch behandelt werden. Demnach sind biologische, psychologische und soziale Faktoren in ihrer Gesamtheit zu betrachten und in ihren komplexen Wechselwirkungen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten zu berücksichtigen. Insbesondere für die Erforschung wie auch Diagnostik und Therapie chronischer Erkrankungen mit psychosomatischer Komponente, reicht das traditionelle, rein biomedizinisch orientierte Krankheitsverständnis mit seiner dichotomen Betrachtung nicht mehr aus: Chronische Krankheiten, deren Dynamik sowohl Soma als auch Psyche beeinflussen, lassen sich nicht auf einen somatogenen oder psychogenen Kern oder eine bloße Addition somatischer und psychischer Faktoren reduzieren (vgl. Egger 2015: 247 ff.).

6. RESÜMEE

Ausgehend von einer Tätigkeit im klinischen Bereich, liegt unser Pareto-Optimum in der Vorstellung eines interdisziplinären Teams vor Ort, sowohl für medizinisches, psychotherapeutisches und psychologisches Personal, als auch für die PatientInnen.

Diesem Weg der Wahl folgend, wären insbesondere HerzpatientInnen nicht weiter gezwungen, die Einrichtung zu wechseln und sich niedergelassene PsychotherapeutInnen zu suchen. Somit könnte das Angebot einer möglichen Kostenübernahme für eine psychotherapeutische Behandlung im klinischen Bereich, einen der stärksten Hemmfaktoren für PatientInnen sich in eine Therapie zu begeben, deutlich minimieren. Gleichsam sehen wir durch die Überwindung der Aufspaltung zwischen Psyche und Soma auch eine Prophylaxe für mögliche psychosomatische oder somatopsychische Folgeerkrankungen, die auf lange Sicht gesehen auch eine mögliche Kostenreduktion für das Gesundheitssystem darstellen, wodurch Langzeitkrankenstände vermieden werden könnten. Festgehalten sei, die gerade für PsychotherapeutInnen zutreffende pädagogische Gesamtverantwortung, mit der sich alle angehenden PsychotherapeutInnen eindeutig auseinanderzusetzen haben. Das innerhalb des therapeutischen Prozesses angestrebte Ziel der psychischen Gesundheit inkludiert in erster Linie, die Betroffenen dahingehend zu unterstützen, ein freudvolles und autonomes Leben führen zu können. Nicht zuletzt schließt dieser Leitvorschlag auch gesellschaftliche Aspekte mit ein, dergestalt auch der Lebensstil, die Lebensaufgabe und die Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz innerhalb eines nicht änderbaren Systems zur Grundlage des Diskurses werden sollte.

Ein derart holistischer Behandlungsansatz, innerhalb dessen eine Berücksichtigung auf individuelle Bedürfnisse und Ansprüche möglich wäre, kann nur bereitgestellt werden, wenn die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Psychotherapie intensiviert und als selbstverständlich angenommen wird. Der Einwand monetärer Grenzen ist für uns gerechtfertigt, doch wie bereits erläutert, gehen wir hier auch davon aus, dass die Unmöglichkeit der Durchführung innovativerer Konzepte aus rein finanziellen Aspekten begründet, in dieser Causa auf lange Sicht einen trügerischen Rückschluss darstellt.

Eine präventive PatientInnenbegleitung könnte innerhalb unseres Gesundheitssystems häufig sogar eine kostensenkende Wirkung haben. Dies lässt sich dadurch erklären, dass Folgeerkrankungen, wie etwa Depressionen oder Angststörungen vermieden werden könnten und Krankenstände sowie weitere, durch die psychischen Krankheiten verursachten Kosten, für das Gesundheitssystem erspart blieben.

Dabei liegt es auch an unserer eigenen Profession, insbesondere an uns jungen PsychotherapeutInnen, umfassende Verantwortung zu übernehmen, um dieses System sinnvoll zu stützen. Ein respektvoller Umgang innerhalb der hier doch sehr eng vernetzten Disziplinen wie Medizin und Psychotherapie, ist für uns unumgänglich und stellt eine Ebene dar, die es für uns zu fördern gilt, ganz unter dem Vorsatz: „Wir sind vielleicht alle in verschiedenen Schiffen angereist, doch jetzt sitzen wir im selben Boot“ (Martin Luther King).

7. LITERATURVERZEICHNIS

- Egger, Josef W.** (2015): Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin. Ein biopsychosoziales Modell. Wiesbaden: Springer. 247-250
- Farau, Alfred** (2008): Der Aufstieg der Psychoanalyse. Alfred Adler und die Individualpsychologie. Die Organminderwertigkeit. Minderwertigkeitsgefühl und Minderwertigkeitskomplex. Lebensstil, Charakterformung und Geschwisterreihe. In: Cohn, Ruth C. (u.a.): Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Zwei Perspektiven. Konzepte der Humanwissenschaften. 4. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta. 99-105
- Freud, Sigmund** (1919/2000): Das Unheimliche. In: Strachey, James (u.a.): Sigmund Freud: Studienausgabe. Psychologische Schriften. 4. Bd., Frankfurt am Main: Fischer. 241-274
- Müller, Markus** (2019a): Medizinische Universität Wien. In: Ambulanz für angeborene Herzfehler im Erwachsenenalter. Verfügbar unter: <https://www.meduniwien.ac.at/hp/kinderherzzentrum-wien/ueberuns/funktionsbereiche/emah-ambulanz> (25.03.2019)
- Müller, Markus** (2019b): Medizinische Universität Wien. In: Angeborene Herzfehler. Verfügbar unter: <https://www.meduniwien.ac.at/hp/kinderherzzentrum-wien/fachinformation-herz-abc/angeborene-herzfehler> (26.03.2019)
- Sindelar, Brigitte** (2011): Kriterien psychischer Gesundheit. In: Rieken, Bernd (u.a.): Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis. Psychotherapie, Pädagogik, Gesellschaft. Wien: Springer. 87-95
- Stephenson, Thomas** (2011): Lebensstil, Lebensstilanalyse und tendenziöse Apperzeption. In: Rieken, Bernd (u.a.): Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis. Psychotherapie, Pädagogik, Gesellschaft. Wien: Springer. 64-70