

Warum psychosomatische Grundversorgung?

Werner Geigges, Kurt Fritzsche

- 2.1 Psychische und psychosomatische Erkrankungen
sind häufig – 20
- 2.2 Versorgungssituation bei Patienten mit psychischen
und psychosomatischen Krankheiten – 21
- Literatur – 22

2.1 Psychische und psychosomatische Erkrankungen sind häufig

Im Schatten der großen Erfolge der naturwissenschaftlich-technischen Medizin des 20. Jahrhunderts finden sich in Studien zur Qualität medizinischer Versorgung in den letzten Jahrzehnten regelhaft eine hohe Inzidenz psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in Haus- und Facharztpraxen und gleichzeitig erschreckende Mängel in der Diagnostik und Behandlung dieser Krankheitsbilder. Nach den Daten des Bundes-Gesundheitssurvey (Jacobi et al. 2014) lagen die 12-Monats-Prävalenzen psychischer Störungen bei Erwachsenen bei 27,7 % (33,3 % für Frauen und 22 % für Männer). Am häufigsten sind dabei die affektiven Störungen und Angststörungen, gefolgt von den somatoformen Störungen und Suchterkrankungen. Dementsprechend hoch ist auch der Anteil von Patienten mit psychischen Erkrankungen innerhalb der gesamten medizinischen Versorgungssysteme, also in der hausärztlichen Praxis, in internistischen oder allgemeinen Krankenhäusern und in der Notfallmedizin. Auch weisen Patienten mit zusätzlicher Depression in internistischen Krankenhäusern eine höhere Liegedauer auf (Friedrich et al. 2002). In einer Studie »Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen« anhand der Routinedaten von drei Ersatzkassen und Daten der Deutschen Rentenversicherung Bund hatten 33 % der Versicherten wegen einer psychischen Störung Kontakte zum Versorgungssystem (Gaebel et al. 2013). 50,4 % dieser Versicherten litten an mindestens zwei psychischen Störungen. Bei nahezu allen Versicherten mit einer psychiatrischen Index-Diagnose (98,8 %) wurde zusätzlich mindestens eine somatische Diagnose kodiert.

Ob seelische Erkrankungen zunehmen oder nur verstärkt wahrgenommen und diagnostiziert werden, lässt sich mit epidemiologischen Untersuchungen derzeit nicht eindeutig belegen. Möglicherweise werden diese Erkrankungen schneller und sicherer diagnostiziert, möglicherweise ist auch die Bereitschaft der Betroffenen gestiegen, sich in Behandlung zu begeben, d. h. das Problem der gesellschaftlichen Stigmatisierung psychisch Kranker ist evtl. kleiner geworden. Nach Hochrechnungen der Weltbank und der US amerikanischen Harvard Univer-

sity »Global burden of disease« (Murray u. Lopez 1996) werden depressive Erkrankungen im Jahr 2020 an zweiter Stelle aller Erkrankungen stehen, wenn man deren sozioökonomische Bedeutung für die Gesellschaft betrachtet. All dies belegt, dass psychische und psychosomatische Erkrankungen längst zu Volkskrankheiten geworden sind, die die Lebensqualität der Erkrankten und ihrer Familien nachhaltig beeinträchtigen. Zu der Anerkennung als gesellschaftliches Problem trugen entscheidend auch die ökonomischen Folgen dieser Erkrankungen bei: während die Arbeitsunfähigkeitszeiten in Deutschland insgesamt rückläufig sind, steigen Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen stetig an. Ebenso die Zunahme der Frühberentungen infolge psychischer Erkrankungen.

In den epidemiologischen Querschnittsuntersuchungen und Langzeitverlaufsuntersuchungen konnte zwischenzeitlich auch für mehrere der häufigsten Erkrankungen zahlreiche Wechselwirkungen zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen nachgewiesen werden. Beispielsweise erhöhen psychische Erkrankungen das Risiko für koronare Herzkrankheit, Schlaganfall und Diabetes mellitus (Salaycik et al. 2007; Lustman et al. 2000; Abas et al. 2002). Für Personen im mittleren Alter findet sich ein um mehr als 3fach erhöhtes kardiovaskuläres Mortalitätsrisiko, wenn diese an einer schweren psychischen Erkrankung leiden (Osborn et al. 2007). Umgekehrt sind schwere körperliche Erkrankungen, z. B. Herzinfarkt oder Schlaganfall, mit einer hohen Rate sekundärer psychischer Störungen, vor allem Depression verbunden (Deuschle u. Lederbogen 2002). Das Auftreten einer schweren körperlichen Erkrankung geht häufig mit Ängsten, tiefgreifender Verunsicherung und gravierenden Folgen für die Lebensqualität einher, die das Risiko einer psychischen Störung, welche über das übliche, normale Ausmaß einer seelischen Reaktion hinausgeht, deutlich erhöhen. So ist z. B. ein Herzinfarkt ein häufig typischer Auslöser für eine erstmalig auftretende schwere depressive Episode oder eine Angsterkrankung.

Für diese hochbedeutsame Komorbidität psychischer und somatischer Erkrankungen lassen sich häufige Grundmuster darstellen (Schüßler et al. 2011):

1. Die seelische Störung ist organisch mitbedingt (somatopsychisch). Die seelische Störung ist

2.2 · Versorgungssituation bei Patienten

begründet in organischen Auswirkungen der körperlichen Erkrankung oder der Auswirkung der körperlichen Behandlung (v. a. pharmakogen auf das ZNS).

2. Seelische Störungen und ihre biologischen Auswirkungen verursachen die körperlichen Erkrankungen mit und beeinflussen deren Verlauf (psychosomatisch).
3. Gemeinsame Ursache der körperlichen Erkrankung und der seelischen Störung, z. B. bei schweren Missbrauchserfahrungen in der Kindheit, die sowohl die Wahrscheinlichkeit einer seelischen Störung als auch körperlichen Erkrankung erhöhen.
4. Seelische Störungen als Folge der körperlichen Erkrankung, im Sinne von reaktiven seelischen Anpassungsstörungen als nicht gelungene Bewältigungsfolge der körperlichen Erkrankung bzw. im Zusammenhang mit Missbrauch oder Abhängigkeit von Suchtstoffen und Medikamenten bei körperlichen Erkrankungen, um den Symptomdruck dieser Erkrankung zu lindern.
5. Wiederauslösung (Verstärkung) einer bereits früher aufgetretenen seelischen Störung durch die körperliche Erkrankung.
6. Keine anamnestiche seelische Erkrankung, jedoch erhöhte psychosoziale Risikobedingungen werden durch die Auseinandersetzung mit der körperlichen Erkrankung zur manifesten seelischen Störung.
7. Multikausale Störung: zirkuläre Wechselwirkungen zwischen organischen, pharmakogenen und psychischen Faktoren. So kann ein HIV-Patient eine zentralnervöse Beteiligung im Rahmen der Grunderkrankung aufweisen, medikamentöse Nebenwirkungen zeigen und gleichzeitig eine depressive Reaktion auf die Erkrankung ausbilden.

2.2 Versorgungssituation bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Krankheiten

Die hohe Prävalenz psychischer, psychosomatischer und somatopsychischer Störungen in der Bevölkerung stehen große Defizite und Probleme in der

Versorgung dieser Patienten gegenüber: Mehr als 84 % dieser Patienten werden ausschließlich ambulant versorgt und fast drei Viertel der aufgrund einer psychiatrischen Diagnose behandelten Versicherten ausschließlich durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für somatische Medizin (Gaebel 2013). Auch im stationären Bereich wird ein relativ hoher Anteil an Patienten (27–64 %) mit psychiatrisch/psychosomatischer Hauptdiagnose durch Fachabteilungen für somatische Medizin versorgt. Bei schweren Depressionen erfolgte die initiale Versorgung überwiegend (74 %) ambulant bei einem Arzt für Allgemeinmedizin oder einem Facharzt einer Fachrichtung für somatische Medizin, 53 % dieser Patienten hatten keinen Zugang zu einem anderen Versorgungsbereich bzw. einer anderen Fachdisziplin wie etwa Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. In Anbetracht des hohen ambulanten Versorgungsanteils ist eine verstärkte sektoren- und disziplinübergreifende Kooperation sowie die Sicherstellung einer adäquaten psychosomatischen Grundversorgung im hausärztlichen Bereich sowie im übrigen Facharztbereich somatischer Fächer daher dringend erforderlich.

Diese besondere Versorgungssituation und der damit verbundene medizinische Versorgungsnotstand führten zur Aufnahme der sogenannten **psychosomatischen Grundversorgung** in die ambulante Versorgung und die Fort- und Weiterbildung (Psychotherapievereinbarung der kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Krankenkassen 1987, Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer 1992). Psychosoziale und naturwissenschaftlich-technische Leistungen sollen in einem ausgewogenen Verhältnis stehen (Autorengruppe Psychosomatische Grundversorgung 2001).

Nach dem Curriculum der Bundesärztekammer müssen auch von primär somatisch orientierten Ärzten psychische Probleme und Erkrankungen sicher erkannt und angemessen berücksichtigt werden. Dies gilt sowohl für den Hausarzt wie für den in Klinik oder Praxis tätigen Facharzt.

Die **psychosomatische Grundversorgung** stellt einen notwendigen Baustein in einem »4-Ebenen-Modell« einer zukunftsfähigen Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker dar (Heuft et al. 2014):

1. Ebene: psychotherapeutische Kenntnisse sollten bereits im Medizinstudium erworben werden.
2. Ebene: alle ärztlichen Fachgebiete sollten Kompetenzen in der psychosomatischen Grundversorgung erwerben (obligat für Hausärzte und Gynäkologen).
3. Ebene: klarere Positionierung der fachgebundenen Psychotherapie und Angebote von Kurzzeit-Psychotherapie.
4. Ebene: differenzielle Behandlung durch Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Der Begriff »**Psychosomatische Grundversorgung**« wird im Rahmen der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer zur Bezeichnung eines in die vertragsärztliche Versorgung eingeführten Tätigkeitsbereiches verwendet. Aus systematischen Gründen werden vier Gruppen von Erkrankungen unterschieden (Autorengruppe Psychosomatische Grundversorgung 2001):

- Psychische Erkrankungen, die geläufige Krankheitsbilder (z. B. Angsterkrankungen, depressive Syndrome) umfassen.
- Funktionelle Störungen, die somatoforme Erkrankungen, also körperliche Beschwerden ohne organischen Befund darstellen.
- Psychosomatische Krankheiten, als diejenigen körperlichen Erkrankungen, bei deren Entstehung oder Verlauf psychosoziale Faktoren wesentlich beteiligt sind (wie etwa koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale).
- Somatopsychische Störungen, die dann vorliegen, wenn bei der Bewältigung schwerer somatischer Erkrankungen psychische Probleme auftreten (z. B. Angststörungen bei Patienten mit schweren Herzrhythmusstörungen und implantiertem automatischen Defibrillator).

Literatur

- Abas M, Hotopf M, Prince M (2002) Depression and mortality in a high-risk population. II-Year follow-up of the Medical Research Council Elderly Hypertension Trial. *Brit J Psychiatr* 181: 123–8
- Autorengruppe Psychosomatische Grundversorgung (2001) In: Curriculum Psychosomatische Grundversorgung. 2. Aufl. Hrsg.: Bundesärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
- Deuschle M, Lederbogen F (2002) Depression und koronare Herzerkrankung: pathogenetische Faktoren vor dem Hintergrund des Stresskonzeptes. *Fortschr Neurol Psychiatr* 70: 268–75
- Friedrich HC, Hartmann M, Bergmann G, Herzog W (2002) Psychische Komorbidität bei internistischen Krankenhauspatienten. Prävalenz und Einfluss auf die Liegedauer. *Psychother Psych med* 52: 323–328
- Gaebel W, Kowitz S, Fritze J, Zielaseck J (2013) Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen, *Deutsch Arztebl* 110: 799–808
- Heuft G, Freyberger HJ, Schepker R (2014) 4-Ebenen-Modell einer personalisierten Medizin: Epidemiologische Bedeutung, historische Perspektive und zukunftsfähige Modelle aus Sicht von Patienten und Ärzten. Schattauer, Stuttgart
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 85 (1): 77–87
- Lustman PJ, Anderson RJ, Freeland KE et al. (2000) Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 23: 934–942
- Murray CJL, Lopez AD (1996) The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank. Global burden of disease an injury series, Vol I
- Osborn DP, Levy G, Nazareth I et al. (2007) Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's general practice research database. *Arch Gen Psych*. 64: 242–249
- Salaycik KJ, Kelly-Hayes M, Beiser A et al. (2007) Depressive symptoms and risk of stroke. The Framingham Study. *Stroke* 38:16–21
- Schüßler G, Joraschky P, Söllner W (2011) Depression, Angst und Anpassungsstörung bei körperlichen Erkrankungen. In Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiak W (Hrsg) UeXkülli Psychosomatische Medizin 7. Aufl. Elsevier, München S 605–606

Psychosomatische Grundversorgung

Fritzsche, K.; Geigges, W.; Richter, D.; Wirsching, M.

(Hrsg.)

2016, XXIII, 379 S., Softcover

ISBN: 978-3-662-47743-4