

Bauer J, Kächele H (2005) Das Fach "Psychosomatische Medizin": Seine Beziehungen zur Neurologie und zur Psychiatrie. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie 10: 14-21

)

Bauer J, Kächele H (2005) Das Fach "Psychosomatische Medizin": Seine Beziehungen zur Neurobiologie und zur Psychiatrie

Joachim Bauer⁺ und Horst Kächele^{*}

Abteilung Psychosomatische Medizin der Uniklinik Freiburg

^{*}Abteilung Psychosomatische Medizin der Uniklinik Ulm/Donau

⁺korrespondierender Autor:

Univ.- Prof. Dr. Joachim Bauer

Abteilung Psychomatische Medizin Uniklinik Freiburg

Hauptstrasse 8 79104 Freiburg

(0761) 270 6539

Joachim_Bauer@psysom.ukl.uni-freiburg.de

Namhafte Vertreter der Psychiatrie fordern die Abschaffung des Faches Psychosomatische Medizin. Die zur Stützung dieser Forderung vorgetragenen Argumente betreffen zum einen die Frage, ob die beiden Fächer ein jeweils spezifisches Diagnosespektrum behandeln, zum anderen, ob und inwieweit sie sich in ihren therapeutischen Strategien unterscheiden. Weitere Argumente betreffen die Verteilung der knapper gewordenen Ressourcen für den Bereich seelische Gesundheit sowie die Frage, wie sich ein nebeneinander von Psychiatrie und Psychosomatischer Medizin auf die immer noch vorhandene Stigmatisierung seelischer Gesundheitsstörungen auswirkt. Der vorliegende Beitrag kommt zu dem Ergebnis, daß die Koexistenz der beiden Fächer in Deutschland zu einem vorbildlichen Situation geführt hat, in der – anders als in zahlreichen anderen Ländern – für das breite Spektrum seelischer Gesundheitsstörungen ein einzigartig differenziertes Behandlungsangebot vorgehalten wird. Insbesondere sollte verhindert werden, daß sich die beiden Fächer unter dem Stichwort „leitlinienorientierte integrierte Versorgung“ in einen Wettlauf in Richtung kostengünstiger Disease Management Programme begeben, bei denen die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der Versorgung psychisch Erkrankter nur noch eine nachgeordnete Stellung einnimmt.

Es war das Ringen um die Erkenntnis, dass Seele und körperliche Gesundheit einen Zusammenhang bilden, das im Verlauf einer inzwischen etwa 60-jährigen Geschichte zur heutigen „Psychosomatischen Medizin“ führte. Für diese Entwicklung stehen die Namen namhafter Mediziner, unter ihnen die psychosomatischen Pioniere Helen Dunbar, Franz Alexander, Thure von Uexküll und Herbert Weiner (1). Ihre wissenschaftlichen Grundlagen fand die Psychosomatische Medizin zunächst in der Beobachtung konditionierter Körperreaktionen durch Iwan Pawlow sowie in Sigmund Freuds klinischer Analyse von pseudoneurologischen Symptomen, wie sie insbesondere bei dissoziativen (Konversions-) Störungen zu beobachten waren. Die Aufklärung der psychophysiologischen Hintergründe der Stressreaktion durch Walter Cannon und dessen Schule führte dann zu einer bedeutenden Erweiterung der wissenschaftlichen Basis der Psychosomatik. - Wie ihre Schwesterdisziplin Psychiatrie, so war auch die Entwicklung der Psychosomatischen Medizin nicht frei von Irrtümern. Das zwischen 1950 bis in die 70er Jahre hinein favorisierte Konzept

einer reinen Psychogenese, verbunden mit der Annahme daß spezifische seelische Konflikte zu spezifischen Erkrankungen führen, wurde weitgehend aufgegeben zugunsten eines neuen psychosomatischen Modells: Genetische Dispositionen und die durch sie beeinflussten organische Prozesse stehen im ständigen Wechselspiel mit den interpersonellen Beziehungserfahrungen sowie mit dem Erleben und Verhalten des Individuums und schreiben so dessen individuelle Gesundheits- bzw. Krankheitsgeschichte (1,2). Die neue Muster- Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer definiert die Psychosomatische Medizin als eine Medizin für „Krankheiten und Leidenszustände, an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind“ (3). Diese Beschreibung entspricht der gültige Definition des Fachgebietes „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“.

Unterschiede im Krankheitsverständnis der Psychosomatischen Medizin und der Psychiatrie

Es blieb der modernen Neurobiologie vorbehalten, den ultimativen Nachweis zu führen, dass zwischenmenschliche Beziehungserfahrungen biologische Spuren hinterlassen (Auswahl siehe 2, 4-7). Wie seelisches Erleben körperliche Strukturen verändern kann, wurde besonders eindrucksvoll für Trauma- Folgeerkrankungen und die Depression gezeigt. Emotionale Erfahrungen haben Einfluß auf die Genregulation (siehe u. a. 8-11). Der modernen Neurobiologie verdanken wir nicht nur die Erkenntnis, daß das Gehirn spezialisierte neurobiologische Systeme für die Dekodierung und Regulierung zwischenmenschlicher Beziehungserfahrungen bereithält (Übersichten siehe 12-14). Wir wissen auch, wie Beziehungserfahrungen in biologische Signale konvertiert werden (12-14). Mit ihren faszinierenden Beiträgen lieferte die moderne Neurobiologie damit eine unerwartete Bestätigung für eine ganze Reihe älterer psychosomatischer Grundannahmen.

Die Beziehungsgeschichte des Individuums und die sich aus ihr ergebenden psychobiologischen Aspekte haben in der psychosomatischen Medizin sowohl für das Erkrankungsverständnis als auch für die Therapie zentrale Bedeutung. Hier liegt

wohl auch einer der entscheidenden Unterschied zum psychiatrischen Krankheitsverständnis, welches biologische Veränderungen weniger als *Folge*, sondern vor allem als *Ausgangspunkt* des Krankheitsgeschehens betrachtet: „Die der Psychiatrie zugeordneten Störungen des Verhaltens und Erlebens werden zunehmend zu Gehirnerkrankungen und rücken in die unmittelbare Nähe zu neurologischen ZNS- Erkrankungen. Konzepte wie Psychogenese werden folglich fragwürdig und eignen sich nicht mehr zur Kennzeichnung der größten Gruppe psychischer Störungen“, wie es jüngst Wolfgang Maier formulierte (15), der zu den führenden Repräsentanten der Psychiatervereinigung DGPPN zählt (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde).

Zur Geschichte der Psychotherapie in der Medizin und die Etablierung des Facharztes für Psychosomatische Medizin

Die seit ihren Anfängen überwiegend traditionell- biologische Sichtweise seelischer Störungen in der deutschen Psychiatrie hatte zu Folge, dass sich eine psychotherapeutisch orientierte Medizin über Jahrzehnte hinweg nur *außerhalb* der Psychiatrie entwickeln konnte. Es war alles andere als ein Zufall, daß die Anfänge und lange Phasen der weiteren Entwicklung der Psychosomatik daher in der Inneren Medizin lagen. Den Zusatztitel „Psychotherapie“ gab es in Deutschland seit 1956. Die Psychotherapieausbildung war nicht Teil der Psychiatriebildung. Ärzte – auch Psychiater! – die sich psychotherapeutisch ausbilden lassen wollten, konnten dies bis Anfang der 90er Jahre in Deutschland nur an nichtuniversitären, meist psychoanalytischen Instituten erlernen. Die Umstände unter denen diese Ausbildung erfolgte, wurden in den 70er und 80er Jahren zurecht Gegenstand von Kritik. Trotzdem waren es diese Institute, welche – beginnend in den 20er und 30er Jahren - die einzige Ausbildungsstätte von Psychotherapeuten darstellten, und die diese Ausbildung zu einem Zeitpunkt ermöglichten, als sich die Verhaltenstherapie gerade erst zu etablieren begann (Es war erst im Jahre 1958 bzw. 1959, als Wolpe und Eysenck erstmals den Begriff der „behavior therapy“ prägten). Der tatsächlich unbefriedigende Zustand der seinerzeitigen Monopols der Institutsausbildung wurde beendet, nachdem der Deutsche Ärztetag 1992 die Einrichtung eines Fachgebietes „Psychotherapeutische Medizin“ - inzwischen in „Psychosomatische Medizin und

Psychotherapie“ umbenannt - beschlossen hatte. Zeitgleich wurde der Stellenwert der Psychotherapie auch in der Psychiatrie zunehmend erkannt, was seinen Ausdruck darin fand, dass das Fach 1992 in „Psychiatrie und Psychotherapie“ umgetauft wurde. Allerdings hatte diese neue Regelung nun seither erheblichen ärztlichen Streit zur Folge.

Die Forderung der DGPPN nach Abschaffung des Fachgebietes Psychosomatische Medizin

Die Forderung, das Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin abzuschaffen, wurde von einzelnen namhaften Psychiatern bereits seit 1992 immer wieder vertreten. Neuerdings haben sich nun aber Vertreter aus der Spitze der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in offizieller Mission – unter anderem im Rahmen von „Mitteilungen der DGPPN“ in der Fachzeitschrift „Nervenarzt“ – in dieser Richtung geäußert (16,17). Die DGPPN-Spitze fordert nicht nur die Abschaffung des Faches Psychosomatik, sondern droht inzwischen auch mit Konsequenzen, falls die Psychosomatiker sich dem weiterhin widersetzen sollten (16,17). Begründet wird die Forderung mit folgenden Argumenten:

- Es gebe nur wenige Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen. Diese Einschätzung ergibt sich aus einer psychiatrieeigenen Definition dessen, was als psychosomatische Erkrankung anzusehen sei. Abweichend von der Definition der Bundesärztekammer betrachtet die DGPPN nur „somatische Erkrankungen“, also Erkrankungen *mit körperlichem Befund*, und nur wenn dabei auch psychische Faktoren eine Rolle spielen, als psychosomatisch. Da psychosomatische Patienten zwar häufig körperliche Beschwerden, oft aber *keinen körperlichen Befund* haben, vertritt die DGPPN die Auffassung, dass es sich damit nicht um psychosomatische, sondern um psychiatrische Patienten handele (16, 17).
- Die psychosomatische Medizin habe „keine eigenständigen therapeutischen Strategien“. Psychiatrische und psychosomatische Behandlungen seien nahezu identisch, zum einen weil Psychotherapie inzwischen auch in die

Psychiatrie Einzug gefunden habe, zum anderen, weil umgekehrt auch psychosomatische Ärzte gelegentlich Psychopharmaka einsetzen (15, 16).

- Das Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin entziehe dem Fachgebiet der Psychiatrie nicht nur finanzielle Ressourcen, sondern auch Ärzte, was zur Folge habe, dass die psychiatrische Versorgung ernsthaft gefährdet sei.
- Die Existenz des Faches Psychosomatische Medizin führe zu Aufrechterhaltung der Stigmatisierung psychiatrischer Patienten. Die Begründung lautet, daß die Klientel der Psychosomatik sich von derjenigen der Psychiatrie lediglich dadurch unterscheide, daß es sich bei psychosomatischen Patienten um angeblich weniger schwer erkrankte Fälle handele. Die Psychosomatik sei also eine Art „Psychiatrie light“ und überlasse der Psychiatrie die schweren Patienten und damit auch das Stigma gegen psychische Störungen (16,17).

Diese Vorwürfe wiegen schwer und bedürfen daher einer näheren Betrachtung.

Sind psychosomatische Patienten eine „Minorität“?

Daß „psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne ... eine Minorität“ (16) darstellen, wie seitens der DGPPN konstatiert wird, ist kaum aufrecht zu erhalten. Mit 11% Betroffenen in der Allgemeinbevölkerung bilden Patienten mit krankheitswertigen, voll ausgeprägten somatoformen Störungen (d. h. mit körperlichen Beschwerden ohne erklärenden Organbefund im klassischen Sinne) eine der größten Patientengruppen überhaupt. Dies zeigte sich jüngst im „Bundesgesundheits- Survey“, einer großen, bevölkerungsbasierten, repräsentativen, vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebenen Studie (18), deren Ergebnisse in einer der DGPPN- Mitteilungen (16) im übrigen mehrfach falsch wiedergegeben sind.

Patienten mit somatoformen Störungen leiden unter körperlich faßbaren – und mit modernen Methoden meistens auch objektivierbaren - Symptomen. Diese Patienten zeigen zwar keinen organpathologischen Befund im klassischen Sinne, trotzdem erfüllen sie aber die Forderung der DGPPN, an einer „somatischen Krankheit“ zu

leiden. Dies gilt auch für die größte Gruppe der somatoformen Patienten, die somatoformen Schmerzpatienten. Auch sie haben einen organischen Befund, wenn auch nicht da, wo die Patienten den Schmerz empfinden, sondern im Bereich der zentralen kortikalen Repräsentanzen. Da es sich bei den somatoformen Erkrankungen also ohne Zweifel um psychosomatische Erkrankungen im eigentlichen Sinne handelt, und da diese Erkrankungen zu den häufigsten überhaupt zählen, ist schon von daher die Behauptung unzutreffend, dass psychosomatische Patienten „kein spezielles von psychiatrischen Kliniken differenzierbares psychosomatisches Diagnosespektrum“ aufweisen (16).

Aber auch weitere Patientengruppen müssen zur psychosomatischen Klientel gerechnet werden. Bei einem erheblichen Teil der Patienten, die an depressiven oder Angststörungen sowie an Traumfolgen leiden, stehen körperliche bzw. körperlich erlebte Symptome (z. B. Schwindel, vegetative Unruhe, Kreislaufsymptome, Magen- und Darmsymptome) ganz im Vordergrund. Diese Patienten sind manchmal erst im Laufe der (psychotherapeutischen) Behandlung in der Lage, die affektive, emotionale Seite ihrer Störung zu erleben. Aus welchem Grunde sollten solche wahrlich psycho-somatische Störungsbilder nicht durch einen Arzt für Psychosomatische Medizin behandelt werden? Nicht ohne Grund gehören Patienten mit Depression, Angststörungen, Trauma- Folgekrankheiten oder Essstörungen seit Jahrzehnten zur psychosomatischen Klientel. Diese Patienten als der Psychiatrie gehörend zu bezeichnen, stellt tatsächlich einen „Herrschaftsanspruch“ dar, wie es Paul Janssen, der langjährige Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM), kürzlich formulierte (19). Wenn sich die Störungsbilder von psychiatrischen und psychosomatischen Patienten heute stärker als in früherer Zeit überlappen, dann nicht wegen des Fehlens eines eigenen psychosomatischen Diagnosespektrums, sondern vor allem deswegen, weil das Fach der Psychiatrie seine Zuständigkeiten in den letzten 15 Jahren ausgedehnt hat und sich inzwischen auf Störungsbilder eingestellt hat, die weit über den ursprünglichen psychiatrischen Kernbereich der Psychosen hinausgehen. Dies ist nicht zu kritisieren, berechtigt aber nicht dazu, eine antipsychosomatischen Kreuzzug zu führen.

Hat die Psychosomatische Medizin „keine eigenständigen therapeutischen Strategien“?

Ein weiteres der gegen die Psychosomatische Medizin vorgebrachten Argumente lautet, daß sie „keine eigenständigen therapeutischen Strategien“ habe (17). Dieser Vorwurf ist insofern kurios, als es ausgerechnet eine solche therapeutische Besonderheiten war, nämlich ihre überwiegend tiefenpsychologische bzw. psychodynamische Orientierung, derentwegen die Psychosomatik lange Zeit heftiger psychiatrischer Kritik ausgesetzt war. Jahrelang hatte der Psychotherapieforscher Klaus Grawe den Eindruck erweckt, tiefenpsychologische bzw. psychodynamische Psychotherapie sei wissenschaftlich weniger gut begründet und weniger effektiv als Verhaltenstherapie. Hartmann und Zepf weisen am Rande einer jüngst publizierten Arbeit darauf hin (21), daß sich eine Reihe von Grawes Einschätzungen u. a. dadurch ergaben, daß er teilweise völlig unqualifizierte Behandlungsverfahren unter „psychoanalytisch“ bzw. „psychodynamisch“ einstufte und deren Ergebnisse mit der Verhaltenstherapie verglich. Inzwischen stellen neuere Studien (siehe u. a. 20,21) und eine kürzlich an hervorragender Stelle publizierte Metaanalyse (23) der tiefenpsychologischen bzw. psychodynamischen Psychotherapie hinsichtlich Wirksamkeit und Patientenzufriedenheit allerbeste Zeugnisse aus und widerlegen den jahrelangen Vorwurf einer geringeren Effektivität im Vergleich zur Verhaltenstherapie.

Richtig ist sicher dieses: Psychotherapeutische Verfahren bilden den Schwerpunkt psychosomatischer Therapie, wobei die meisten Psychosomatiker inzwischen sowohl psychodynamische als auch verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden anwenden. In den meisten psychosomatischen Kliniken überwiegen die psychodynamisch orientierten Verfahren. Psychotherapeutische Einzel- und Gruppenbehandlungen werden dort ergänzt durch tiefenpsychologisch orientierte Körpertherapie wie etwa die Konzentrative Bewegungstherapie KBT. Diese beiden Anwendungen bilden den Kern einer eigenständigen therapeutischen Strategie vieler psychosomatischer Kliniken. Sie werden ergänzt durch weitere therapeutische Verfahren, die sich teilweise auch in psychiatrischen Kliniken finden. Was sicher dringend geboten und zu fordern ist, sind Studien zur Art und Effektivität der Behandlung in stationären psychosomatischen Krankenhausabteilungen. Eine erste

solche Studie, wie sie jüngst von psychiatrischer Seite erstmals vorgelegt wurde (24, siehe dazu noch unten), berechtigt allerdings kaum dazu, das Ausstehen solcher Untersuchungen auf psychosomatischer Seite bereits jetzt im Sinne eines Vorwurfs zu präsentieren (16,17).

Ungeachtet noch ausstehender Studien dürfte es schwer sein, einen Patienten einer psychosomatischen Klinik zu finden, der – neben zahlreichen weiteren Therapieangeboten - nicht eine psychotherapeutische Einzelbehandlung erhält. Hier aber unterscheidet sich die Situation in der Psychosomatik erheblich von derjenigen in psychiatrischen Kliniken. Dies zeigte sich jüngst in einer Studie zur Behandlung in stationären psychiatrischen Krankenhäusern, in die 24 psychiatrische Kliniken einbezogen waren (16). Über 46 % der wegen einer Depression stationär behandelten Psychiatriepatienten erhielten während ihres gesamten Aufenthaltes keine Einzelpsychotherapie. Mehr als 32% bekamen weder Einzel- noch Gruppenpsychotherapie. Dagegen erhielten mehr als 93% aller depressiven Patienten antidepressive Psychopharmaka. Dies ist bemerkenswert, da über 26% der Patienten an einer nur leichtgradigen Depression (gemäß Definition nach der Hamilton- Skala) und weitere 36% an einer mittelgradigen Depression litten. Für die psychopharmakologische Behandlung leichtgradiger Depressionen besteht nach Studienlage keine Notwendigkeit, ebenso wie eine antidepressive Therapie bei mittelgradiger Depression zwar erfolgen *kann*, aber keineswegs zwingend geboten ist. Der für die Pharmakotherapie ins Feld geführte schnellere Wirkungseintritt wird durch ihre Nachteile aufgewogen. Zu diesen Nachteilen, auf die in psychiatrischen Publikationen meist nur wenig eingegangen wird (siehe auch 16,17), gehören Nebenwirkungen (12,5% der Patienten in 24 hatten „erhebliche Nebenwirkungen“). Die Nebenwirkungen ergeben sich u. a. aufgrund der Nichtbeachtung der individuellen, genetisch bedingten Medikamentenverträglichkeit (10% bis 30% der Bevölkerung sind „poor metabolizer“, siehe 25). Zu den Nebenwirkungen von Antidepressiva zählen außerdem Absetzphänomene am Ende der Therapie. Einige große NIMH-Studien aus den USA weisen schließlich darauf hin, daß die medikamentöse Therapie der Depression das Risiko für spätere Rezidive tendenziell erhöht (während die Psychotherapie dieses Risiko signifikant senkt)(Übersicht siehe 2)

Die Verteilung finanzieller und personeller Ressourcen für psychisch und psychosomatisch Erkrankte

Seitens der DGPPN wird beklagt, daß die – nicht zuletzt aufgrund des Psychotherapeutengesetzes PTG - nun endlich durchgesetzte bessere psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung einen deutlich gewachsenen Anteil der Ausgaben der Kostenträger ausmacht (16). „Daß 52 % aller Kosten für Leistungen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen für Richtlinienpsychotherapie ausgegeben“ werde (16), sei schuld daran sei, daß in den nichtpsychotherapeutischen Psychiater- und Nervenarztpraxen pro Patient weniger Geld (als für einen Psychotherapiepatienten) zur Verfügung stehe (16). Gleichzeitig wird aber konzediert, daß in nichtpsychotherapeutischen Psychiater- und Nervenarztpraxen „Medizin im 5-Minutentakt“ stattfinde (16). Den Umstand den Psychotherapeuten und Psychosomatikern zum Vorwurf zu machen, daß psychotisch erkrankte Patienten beim Psychiater bzw. Nervenarzt keine bessere medizinische Versorgung als derzeit erhalten (16), ist schwer nachvollziehbar. Vielleicht könnte die von der DGPPN beklagte psychiatrisch-nervenärztliche „Medizin im 5-Minutentakt“ (16) auch als ein Hinweis darauf verstanden werden, daß der Entwicklung neuer (psycho-) therapeutischer Strategien für Psychosepatienten in den letzten Jahren weniger Aufmerksamkeit geschenkt wurde als dem Bemühen, seitens der Psychiatrie Zugang zu früher von der psychosomatischen Medizin versorgten Patientengruppen (Angstpatienten, Dysthymien, somatoforme Patienten) zu finden.

Ein weiteres gegen die Psychosomatik neuerdings vorgebrachtes Argument versucht, den im Fachgebiet der Psychiatrie bestehenden Ärztemangel dem Nachbarfach Psychosomatik anzulasten (17). „Durch die psychosomatischen Abteilungen droht eine ernsthafte Gefährdung der Pflichtversorgung für psychisch Kranke in psychiatrischen Fachkrankenhäusern“ (17). Zunächst fällt hier auf, daß die neuerdings genannten Zahlen über den Mangel an psychiatrischen Ärzten (17) erheblich von anderen diesbezüglichen psychiatrischen Angaben aus jüngerer Zeit abweichen (26). Viel bedeutsamer ist jedoch, daß übersehen wird, daß auch im Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin ein Ärztemangel herrscht, der bezogen

auf die insgesamt geringere Betten- und Ärztezahl in der Psychosomatik anteilmäßig sogar noch schwerwiegender ist (17). Legt man die in (17) genannten Zahlen zugrunde, dann sieht die Lage wie folgt aus: Für insgesamt 56.000 Psychiatriebetten, für die 8.480 Ärzte zur Verfügung stehen (Fachärzte und Assistenten), fehlen 1.240 Ärzte. Für 19.000 Psychosomatikbetten (davon 4.000 Akutbetten), für die etwa 900 Ärzte zur Verfügung stehen, fehlen mindestens weitere 900 Ärzte. Die pure Existenz der Psychosomatik für den Ärztemangel in der Psychiatrie verantwortlich zu machen, ohne daß Untersuchungen über eine tatsächliche Abwanderung dies belegen würden, muß als polemische Stimmungsmache bezeichnet werden. Das wirkliche Problem ist ein bedrohlicher Rückgang an Psychomedizinern insgesamt, und dies ist kein spezifisch deutsches Phänomen, sondern zeigt sich auch in anderen Ländern, auch in den USA (27-29). Hier in Deutschland das Nachbarfach für den Mangel an Ärzten für psychisch Kranke haftbar zu machen, ist abwegig.

Fördert die Psychosomatische Medizin das Stigma gegen psychisch Kranke?

Schließlich wird seitens der DPGGN allen Ernstes der Vorwurf vorgebracht, die Psychosomatische Medizin fördere das Antipsychiatrie- Stigma. *„In Deutschland gibt es (im Zusammenhang mit dem Thema Stigma) ein besonderes Problem: die Etablierung eines zweiten Versorgungssystems unter dem neutraler wahrgenommenen Namen „Psychosomatik“. Dieses ist jedoch für die weitgehend gleichen Diagnosen, jedoch nur in schwächerer Ausprägungsform zuständig. Schlagzeilen in breit gelesenen Zeitschriften wie: „Zum Psychiater? Dann doch lieber erst einmal in die psychosomatische Tagesklinik!“ verschärfen das Problem einer Ausgrenzung von schwerer Erkrankten und führen zu einer zusätzlichen Stigmatisierung dieser Patientengruppe“* (16, Seite 204). Im besten Falle ist dies als Unkenntnis anzusehen, im schlimmsten Falle handelt es sich bei solchen Worten um zynische Mißachtung der teilweise schweren Leidenszustände derer, die sich als Patienten in psychosomatischen Krankenhausabteilungen aufhalten. Außerdem wird verkannt, daß in der Bevölkerung gehegte Vorurteile gegen psychisch Kranke sich gleichermaßen gegen die Psychosomatische Medizin wie gegen die Psychiatrie erstrecken. Wo Vorurteile gegen die Psychiatrie bestehen, bestehen sie auch gegen

die Psychosomatische Medizin. Innerhalb der Ärzteschaft sind diese Vorurteile gegen letztere sogar noch stärker ausgeprägt als gegen erstere.

Dem Vorwurf, die Psychosomatik fördere das Antipsychiatrie- Stigma, läßt die DGPPN nun eine Drohung hinterher folgen: *„Eine Zusammenführung beider Fachärzte wäre zweifelsfrei ein geeigneter Schritt auf dem Weg zur Entstigmatisierung aller psychisch Erkrankten und ihrer Behandlungsinstitutionen. Falls dieser Weg weiterhin von der Facharztgruppe der psychotherapeutischen Mediziner/Psychosomatiker abgelehnt werden sollte, wird innerhalb der DGPPN und der Berufsverbände dann zumindest als „Schadensbegrenzung“ eine Alternativbenennung des Faches „Psychiatrie und Psychotherapie“ als „Medizin psychischer Erkrankungen“ bzw. „Facharzt für psychische Erkrankungen und Psychotherapie“ diskutiert“* (16, Seite 204). Der Ton dieser Worte läßt vorausahnen, wie sich das Zusammenleben unter einem gemeinsamen Facharztdach gestalten würde.

Gründe für den Erhalt eines differenzierten Angebots für psychisch bzw. psychosomatisch Erkrankte

Die Existenz der beiden Fachgebiete „Psychiatrie und Psychotherapie“ und „Psychosomatische Medizin“ bietet den Patienten in Deutschland ein differenziertes Behandlungsspektrum, wie es weltweit vorbildlich ist. Anstatt das in vielen Ländern *nicht* vorhandene psychosomatische Fachgebiet gegen die deutsche Psychosomatik ins Feld zu führen, sollte kritisch bedacht werden, ob somatoforme Patienten, z. B. Patienten mit chronischen Schmerzen ohne Befund im Ausland die optimale Therapie erhalten, wenn sie mit primär psychiatrischen, und d. h. weithin: mit primär psychopharmakologischen Behandlungsstrategien therapiert werden. Eine Erkennung und Behandlung psychosomatischer Erkrankungen scheint in vielen Ländern der Erde nur begrenzt stattzufinden. Jedenfalls ist die Tatsache, daß die jährlichen World Healths Reports der WHO somatoforme Störungen nicht einmal erwähnen, keineswegs als Zeichen deutscher Rückständigkeit zu werten, sondern als Zeichen dafür, daß eine der vermutlich nicht nur hierzulande häufigsten Gesundheitsstörungen weltweit offenbar noch nicht wahrgenommen wird.

Wohin die Reise führt, wenn Festlegungen für die Behandlung psychischer bzw. psychosomatischer Gesundheitsstörungen unter Ausschluß der Psychosomatischen Medizin getroffen werden, zeigt ein soeben vom der DGPPN vorgelegtes „Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Depression“ (30). Das Konzept empfiehlt die Bildung von ärztlichen Versorgungsnetzen, in denen Behandlungswege für die ambulante Versorgung von Patienten mit Depression festgelegt sind. Der Eintritt in ein solches Netz erfolgt für den Patienten durch den Hausarzt. Als Gegenleistung für (z. B.) den Wegfall der Praxisgebühr sollen Patienten sich verpflichten, „sich bezüglich der depressiven Erkrankung ausschließlich von Akteuren aus dem ausgewählten Versorgungsnetz behandeln zu lassen“. Doch was sieht die „leitlinienorientierte Behandlung“ dieses Konzeptes für die Depression vor? „Bei leichten und mittelschweren depressiven Störungen kann eine *alleinige medikamentöse Behandlung durch den Hausarzt*“ erfolgen. Die Überweisung an einen Psychotherapeuten, wie sie aufgrund der tatsächlichen Studienlage hier eigentlich geboten wäre, erscheint nicht als erstrangige Empfehlung, sondern lediglich als gleichwertige Alternative. Eine zwingende Überweisung zum Spezialisten – und hier, wen wundert es, natürlich zum Psychiater, psychosomatische Kollegen werden nicht erwähnt - sieht das Konzept nur dann vor, wenn sich beim Hausarzt über zwei Monate hinweg (!) kein Therapieerfolg einstellt, wenn Komorbidität besteht oder wenn es sich um eine schwere Depression handelt.

Jahrelang wurde, auch von psychiatrischer Seite, kritisiert, daß Depressionen – wie auch andere psychische und psychosomatische Störungen - beim Hausarzt nur in einer Minderheit der Fälle erkannt und zudem wenig fachgerecht behandelt werden (16). Die gleichen Autoren, die jetzt das „Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Depression“ vorlegen, schrieben noch vor kurzem: „Studien belegen..., daß in der Allgemeinmedizin ein ausgeprägtes Problem der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen besteht. Dies wurde insbesondere ... für die Depression ermittelt“ (16, Seite 197). Weniger als 10% der Patienten mit psychischen Störungen werden von Hausärzten in Fachpsychotherapie überwiesen (31). Mit dieser Situation scheint die Psychiatrie jetzt innerhalb weniger Monate Frieden geschlossen zu haben. Man könnte für das Rahmenkonzept allenfalls argumentieren, daß Hausärzte depressive Patienten, falls sie die Depression überhaupt erkennen, bisher schon

ohnehin in 52% der Fälle psychopharmakologisch behandeln (31), daß also das, was die Leitlinien der DGPPN jetzt als gleichwertig gegenüber Psychotherapie empfehlen, ohnehin schon stattfindet. Allerdings wird die Hausarztbehandlung der Depression vom Patienten mit einem Behandlungsergebnis bezahlt, welches signifikant unter jenem einer Fachpsychotherapie liegt, wie u. a. auch die Untersuchungen von Hartmann und Zepf im Rahmen der deutschen Consumer Report Study zeigen (31).

Daß die Therapie von leicht- und mittelschweren Depressionen gemäß den Leitlinien der DGPPN in Form einer „alleinigen medikamentösen Behandlung durch den Hausarzt“ erfolgen darf, verwundert auch deshalb, weil 62% der Patienten, die wegen einer Depression in psychiatrischen Krankenhausabteilungen behandelt werden, leichte und mittelschwere Depressionen haben, wie in einer bereits oben erwähnten Studie – übrigens durch die gleichen Autoren - gezeigt wurde (26). Da depressive Störungen mehr als 30% der psychiatrischen Krankenhauspatienten stellen (17), würde sich dann, wenn wirklich nach den jetzt vorgelegten Leitlinien verfahren würde, ein erhebliches Potential zur Reduzierung psychiatrischer Krankenhausbetten (im Umfang von etwa 15%) ergeben.

Erhalt einer differenzierten Versorgung für psychisch Kranke anstatt Minimalmedizin im Kleide von Disease Management Programmen

Die erwähnten Leitlinien entsprechen dem, was in den angloamerikanischen Ländern als Disease Management Programme bereits seit längerem die medizinische Versorgung in Schwierigkeiten bringt. Welche längerfristigen Probleme sich aus Disease Management- Programmen für psychisch erkrankte Patienten ergeben, zeigen Erfahrungen in den USA. Da solche Programme einheitliche, und leider meistens nur am jeweils sparsamsten Vorgehen orientierte Behandlungswege definieren, gehen die Kostenträger dazu über, nur noch jene Leistungen zu erstatten, die dem Minimum dessen entsprechen, was in den Programmen vorgesehen ist. U. a. als Folge davon ist in den USA die Zahl der Ärzte, die psychisch Kranke behandeln, drastisch zurückgegangen. Namhafte Psychiater, unter ihnen auch der langjährige Vorsitzende der American Psychiatric Association, Paul Appelbaum, haben wegen der implosionsartigen Entwicklung der psychiatrischen Versorgung

inzwischen Alarm geschlagen (27-29). Eine besondere Gefahr liegt darin, daß es den Kostenträgern gelingt, im Rahmen von „leitlinienorientierten“ integrierten Versorgungskonzepten die Psychotherapie aus der Standardbehandlung psychisch Erkrankter herauszunehmen und zu einer Option zu machen. Wenn eines der beiden Fächer den Kostenträgern hierzu die Hand reicht, wird die Psychotherapie bald aus beiden Fächern wieder verschwunden sein. Was sich vor diesem Hintergrund in Deutschland für die beiden Nachbarfächer der Psychiatrie und Psychotherapie einerseits sowie der Psychosomatischen Medizin andererseits empfehlen dürfte, sollte alles andere sein als ein verzehrender, destruktiver Konkurrenzkampf. Statt dessen sollten die beiden Fächer Synergien erzeugen und das bisherige, vorbildlich differenzierte Behandlungsspektrum bei der medizinischen Versorgung psychisch und psychosomatisch erkrankter Menschen erhalten.

Literatur

1. Weiner H. Die Geschichte der psychosomatischen Medizin und das Leib-Seele-Problem in der Medizin. *Psychother med Psychol* 1986; 36: 361-391
2. Bauer J. Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Piper Verlag 2004
3. Neue Muster- Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer für das Facharztgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ (2004)
4. Eisenberg L. The Social Construction of the Human Brain. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1563-1575
5. Kandel ER. A New Intellectual Framework for Psychiatry. *Am J Psychiatry* 1999; 155: 457-469
6. Kandel ER. Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited. *Am J Psychiatry* 1999; 156:505-524
7. Meaney M. Nature, Nurture, and the Disunity of Knowledge. *Ann N Y Acad Sci* 2001; 935: 50-61
8. Cullinan WE, Herman JP, Battaglia DF, Akil H, Watson SJ. Pattern and Time Course of Immediate Early Gene Expression in Rat Brain Following Acute Stress. *Neuroscience* 1995; 64: 477-505
9. Bierhaus A, Wolf J, Andrassy M, Rohleder N, Humpert PM, Petrov D, Ferstl R, von Eynatten M, Wendt T, Rudofsky G, Joswig M, Morcos M, Schwaninger M,

- McEwen B, Kirschbaum C, Nawroth PP. A mechanism converting psychosocial stress into mononuclear cell activation. PNAS 2003; 100: 1920-1925
10. Weaver ICG, Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR, Dymov S, Szyf M, Meaney M. Epigenetic programming by maternal behavior. Nature Neuroscience 2004; 7: 847-854
11. Bauer J. Gene sind keine Autisten. Psychologie Heute 2004; Heft 3: 50-53
12. Panksepp J. At the Interface of the Affective, Behavioral, and Cognitive Neurosciences: Decoding Emotional Feelings in the Brain. Brain Cogn 2003; 52: 4-14
13. Insel TR. Is Social Attachment an Addictive Disorder? Physiol Behav 2003; 351-357
14. Bauer J. Warum ich fühle was Du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hofmann und Campe 2005. Hamburg
15. Maier W. Psychiatrie als Beruf – Wie sieht die Zukunft aus? Nervenarzt 2002; 73: 96-97
16. Berger M Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland. Nervenarzt 2004; 75: 195-204
17. Berger M. Bettenführende Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin und ihre Auswirkungen auf die stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Nervenarzt 2004; 75: 832-843
18. Wittchen H U. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Psychotherapeutenjournal 2002; Heft 0, Seite 6-15
19. Janssen PL. Stellungnahme zu dem Artikel von M. Berger „Bettenführende Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin und ihre Auswirkungen auf die stationäre psychiatrisch- psychotherapeutische Versorgung. 2004; unveröffentlichtes Manuskript
20. Hartmann S, Zepf S. Effectiveness of Psychotherapy in Germany: A Replication of the Consumer Report Study. Psychotherapy Research 2003; 13: 235-242
21. Hartmann S, Zepf S. Einflüsse auf die Symptombesserung in der Psychotherapie bei Patienten mit unterschiedlichen Beschwerdebildern. Psychother Psych Med 2004; 54: 445-456

22. Puschner B, Kordy H. Die TRANS-OP Studie der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart 2002; [www. psyres-stuttgart.de](http://www.psyres-stuttgart.de)
23. Leichsenring F, Rabung S, Leibin E. The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders. Arch Gen Psychiatry 2004; 61: 1208-1216
24. Härter M, Sitta P, Keller F, Metzger R, Wiegand W, Schell G, Stieglitz RD, Wolfersdorf M, Felsenstein M, Berger M. Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Depressionsbehandlung. Nervenarzt 2004; 75: 1083-1091
25. Bauer J. Arzneimittelunverträglichkeit – Wie man Betroffene herausfischt. Deutsches Ärzteblatt 2003; 100:A1654-A1656
26. Fritze J, Schmauß M. Psychiatrie und Psychotherapie - Bedarfsplanung überdenken. Deutsches Ärzteblatt 2001; 98: A2630-A2631
27. Lipton L. Few Safeguards Govern Elimination of Psychiatric Beds. Psychiatric News 2001; 36: 9-12
28. Hausman K. NIMH Director Expresses Hope for Future of Psychiatry. Psychiatric News 2003; 38: 1-3
29. Appelbaum P S. The Quiet Crisis in Mental Health Services. Health Affairs 2003; 22: 110-116
30. Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Depression der DGPPN. 2004. www.dgppn.de/stellungnahmen/IV-Rahmenkonzept-Dez2004.pdf
31. Hartmann S, Zepf S. Psychische Erkrankungen in der primärärztlichen Versorgung. Psychother Psych Med 2003; 53: 446-454