

# **Das Fach „Psychosomatische Medizin“ aus dem Blickwinkel der modernen Neurobiologie**

## **Psychosomatic Medicine and Modern Neurobiology**

Joachim Bauer und Horst Kächele\*

**Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Universitätsklinik Freiburg, Hauptstrasse 8, 79104 Freiburg**

**\*Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Universitätsklinik Ulm, Am Hochsträß 8, 89081 Ulm**

Korrespondierender Autor:

Univ.- Prof. Dr. Joachim Bauer

Abteilung Psychosomatische Medizin

Uniklinikum Freiburg

Hauptstrasse 8

79104 Freiburg

(0761) 270 6539

Joachim\_Bauer@psysom.ukl.uni-freiburg.de

Zwischenmenschliche Beziehungserfahrungen, dies ist eine der wesentlichen Erkenntnisse der modernen Neurobiologie, hinterlassen biologische, insbesondere neurobiologische Spuren. Seelisches Erleben kann, dies zeigen unter anderem die Untersuchungen zur neuronalen Plastizität, körperliche Strukturen verändern. Emotionale Erfahrungen haben, wie neueste Untersuchungen zeigen, sogar Einfluss auf die Genregulation. Die moderne Neurobiologie liefert damit eine unerwartete Bestätigung für eine 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. Zu den in psychosomatischen Krankhausabteilungen behandelten Störungsbildern zählen somatoforme Erkrankungen sowie Somatisierungsstörungen, darüber hinaus aber auch körperlich erlebte Symptome im Zusammenhang mit Angsterkrankungen, Traumafolge- Erkrankungen sowie mit dysthymen und reaktiv-depressiven Störungsbildern. Der vorliegende Beitrag kommt zu dem Ergebnis, daß die Koexistenz der beiden Fächer Psychiatrie und Psychosomatische Medizin in Deutschland zu einer vorbildlichen Situation geführt hat, in der – anders als in zahlreichen anderen Ländern – für das breite Spektrum seelischer Gesundheitsstörungen ein einzigartig differenziertes Behandlungsangebot vorgehalten wird.

Schlüsselwörter: Neurobiologie, Neuronale Plastizität, Psychosomatische Medizin, Psychiatrie, Psychotherapie, Körpertherapie

What modern neurobiology teaches us is that interpersonal experiences, as a consequence of neuronal plasticity are accompanied by biological, and in particular neurobiological, changes. Mental experiences may, therefore, cause changes of bodily structures. Emotional experiences, as has recently been demonstrated, may even affect gene regulation. Thus, modern neurobiology provides us with empirical evidence for several psychosomatic assumptions and hypotheses. In psychosomatic medicine, a distinct medical discipline in Germany, the personal history of the

patient and its resulting psychobiological consequences are of central importance, both for the understanding of the symptomatology and for the therapeutic approach. Disorders treated in psychosomatic departments include somatoform and somatization disorders, but also somatic symptoms that appeared in the context of anxiety disorders, posttraumatic disorders and reactive depression. This paper comes to the conclusion that, in Germany, the coexistence of the distinct medical disciplines psychiatry and psychosomatic medicine has led to a positive situation characterized by a differentiated spectrum of therapies for patients with mental health disorders.

Key words: : Neurobiology, Neuronal plasticity, Psychosomatic Medicine, Psychiatry, Psychotherapy, body-focused psychotherapy

Erste wissenschaftliche Vorläufer dessen, was wir heute als „Psychosomatische Medizin“ bezeichnen, waren die Beobachtungen konditionierter Körperreaktionen durch Iwan Pawlow sowie Sigmund Freuds klinische Analysen von Symptomen bei dissoziativen bzw. Konversions- Störungen (1). Die Aufklärung der psychophysiologischen Hintergründe der Stressreaktion durch Walter Cannon und dessen Schule führte dann zu einer bedeutenden Erweiterung der wissenschaftlichen Basis eines Zweiges der Medizin, der sich schwerpunktmäßig seelisch-körperlichen Zusammenhängen zuwandte. 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 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 gültigen 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 Unterschiede 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 Psychiatrieausbildung. 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 zu Recht 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 im Jahre 1958 bzw. 1959, als Wolpe und Eysenck erstmals den Begriff der „behavior therapy“ prägten). Der tatsächlich unbefriedigende Zustand des 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 Infragestellung des Fachgebietes Psychosomatische Medizin**

Die Forderung, das Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin abzuschaffen, wurde seit 1992 immer wieder vertreten. Neuerdings haben sich Vertreter aus der Spitze der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) – unter anderem im Rahmen von „Mitteilungen der DGPPN“ in der Fachzeitschrift „Nervenarzt“ – in dieser Richtung pointiert geäußert (16,17). Vertreter der DGPPN fordern nicht nur die Abschaffung des Faches Psychosomatik, sondern drohen auch mit verschiedenen 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 handle (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 handle. 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).

### **Sind psychosomatische Patienten eine „Minorität“?**

Daß „psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne ... eine Minorität“ (16) darstellen, 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, siehe Abbildung).

Patienten mit somatoformen Störungen leiden unter körperlich faßbaren – und mit funktioneller Bildgebung und anderen modernen Verfahren inzwischen meistens auch objektivierbaren - Symptomen. Diese Patienten zeigen zwar keinen organopathologischen Befund im klassischen Sinne, trotzdem würden sie, da sich meist zentralnervöse neurobiologische Korrelate darstellen lassen, die Forderung der DGPPN erfüllen, 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 z. B. im Bereich der zentralen kortikalen Repräsentanzen. Da es sich bei den somatoformen Erkrankungen 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 einer (z. B. psychotherapeutischen) Behandlung in der Lage, die affektive, emotionale Seite ihrer Störung zu erleben. Aus welchem Grunde sollten solche psycho-somatischen Störungsbilder nicht durch einen Arzt für Psychosomatische Medizin behandelt werden? Nicht ohne Grund gehören Patienten mit nichtpsychotischen reaktiven oder dysthymen Depressionen, mit Angststörungen, Trauma- Folgekrankheiten oder Essstörungen seit Jahrzehnten zur psychosomatischen Klientel. Diese Patienten als der Psychiatrie gehörend zur 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 so sehr 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 zu einer antipsychosomatischen Argumentation.

### **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). Eine solche therapeutische Besonderheit war ohne Zweifel ihre überwiegend tiefenpsychologische bzw. psychodynamische Orientierung, derentwegen die Psychosomatik – unter Berufung auf Psychotherapieforscher wie Klaus Grawe – lange Zeit psychiatrischer Kritik ausgesetzt war. Jahrelang hatte man 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 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, dass psychotherapeutische und daraus abgeleitete körpertherapeutische Verfahren wie die Konzentrative Bewegungstherapie (KBT) auch heute noch den absoluten Schwerpunkt psychosomatischer Therapie bilden, wobei die meisten Psychosomatiker inzwischen sowohl psychodynamische als auch verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden anwenden. In vielen psychosomatischen Kliniken stehen psychodynamisch orientierten Verfahren jedoch

nach wie vor im Zentrum und bilden, da sie im Bereich der Psychiatrie so gut wie nicht mehr angeboten werden, eine eigenständige psychosomatische Therapiestrategie.

### **Studien zur Effektivität stationärer psychosomatischer und psychiatrischer Behandlung**

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 vorgelegt wurde (24), berechtigt noch nicht 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 der soeben erwähnten 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 gehören u. a. die Nebenwirkungen: 12,5% der Patienten in (24) hatten „erhebliche Nebenwirkungen“. Die Nebenwirkungen ergeben sich dabei u. a. aus der Nichtbeachtung der individuellen, genetisch bedingten Medikamentenverträglichkeit (10% bis 30% der Bevölkerung sind „poor metabolizer“, siehe 25). Zu den weiteren Nachteilen von

Antidepressiva zählen Absetzphänomene am Ende der Therapie. Einige große Studien aus den USA (einschließlich solcher des NIMH) 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 angeführt, 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 konzidiert, 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 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 zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde, jedenfalls weniger 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 genannten Zahlen zum Mangel an psychiatrischen Ärzten nicht einheitlich sind (17, 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, wäre genauso problematisch, wie wenn die Innere Medizin den psychomedizinischen und anderen Fächern vorwerfen würde, sie zögen Internisten in ihre Bereiche ab. 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).

### **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. Man sollte jedenfalls Aussagen vermeiden, die sich als zynische Missachtung der teilweise schweren Leidenszustände psychosomatischer Patienten interpretieren lassen. Tatsächlich richtet sich das in der Bevölkerung

gehegte Vorurteile gegen psychisch Kranke gleichermaßen gegen die Psychosomatische Medizin wie gegen die Psychiatrie. Wo Vorurteile gegen die Psychiatrie bestehen, bestehen sie auch gegen die Psychosomatische Medizin. Innerhalb der Ärzteschaft sind diese Vorurteile gegen letztere teilweise sogar stärker ausgeprägt als gegen erstere.

Dem Vorwurf, die Psychosomatik fördere das Antipsychiatrie- Stigma, folgt eine Drohung: *„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 macht es schwierig, sich ein Zusammenleben unter einem gemeinsamen Facharztdach vorzustellen.

### **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 Health 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 ausreichend als eigene Störungsgruppe 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 von 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“. Als „leitlinienorientierte Behandlung“ sieht das Konzept für die Depression Folgendes 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 – gemäß den Kriterien der ICD 10 - 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. 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 scheinen einige 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 nur 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. 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 der bereits oben erwähnten Studie gezeigt wurde (26). Da depressive Störungen als Gruppe mehr als 30% der psychiatrischen Krankenhauspatienten insgesamt 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**

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 lediglich zu einer Option zu machen. Wenn eines der beiden Fächer Psychiatrie bzw. Psychosomatische Medizin den Kostenträgern hierzu die Hand reicht, wird die Psychotherapie bald aus beiden Fächern 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. Stattdessen 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

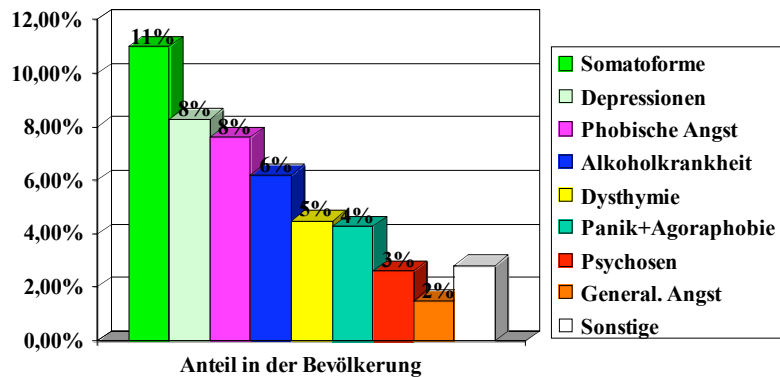


5. Kandel ER. A New Intellectual Framework for Psychiatry. *Am J Psychiatry* 1999; 155: 457-469
6. Kandel ER. Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited. *Am J Psychiatry* 199; 156:505-524
7. Meaney M. Nature, Nurture, and the Disunity of Knowledge. *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](http://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

## Abbildung

Wie häufig sind voll ausgeprägte psychische und psychosomatische Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung  
(12-Monatsprävalenz, Bundesgesundheits-Survey 1998.  
Wittchen: Psychotherapeutenjournal 2002)



N=4.100; 18 bis 65 Jahre; nur klinisch relevante, voll ausgeprägte Störungen;  
Insgesamt 32,1% haben eine voll ausgeprägte, klinische psychische/psychosomatische Störung