

DAS FACH „PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN“: SEINE BEZIEHUNGEN ZUR NEUROBIOLOGIE UND ZUR PSYCHIATRIE

„PSYCHOSOMATIC MEDICINE“ IN GERMANY: ITS POSITION BETWEEN NEUROBIOLOGY AND PSYCHIATRY

J. Bauer, H. Kächele

Zusammenfassung

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 einer 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 der psychosomatischen Medizin behandelten Störungsbildern zählen somatoforme Erkrankungen und körperliche Erkrankungen mit zusätzlicher Beteiligung seelischer Faktoren, 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 – im Gegensatz zu zahlreichen anderen Ländern – für das breite Spektrum seelischer Gesundheitsstörungen ein einzigartig differenziertes Behandlungsangebot zur Verfügung steht.

Schlüsselwörter Neurobiologie - Psychosomatische Medizin - Psychiatrie - Psychotherapie - Körpertherapie - somatoforme Störung - Somatisierung - Depression

Summary

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 disorders, coping problems with organic diseases, but also somatic symptoms that appeared in the context of anxiety disorders, posttraumatic disorders and dysthymic or 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.

Keywords neurobiology - psychosomatic medicine - psychiatry - psychotherapy - body-focused psychotherapy - somatoform disorder - somatization - depression

Erste wissenschaftliche Vorläufer dessen, was wir heute als „Psychosomatische Medizin“ bezeichnen, waren die Beobachtungen konditionierter Körperreaktionen von Iwan Pawlow sowie Sigmund Freuds klinische Analysen von Symptomen bei dissoziativen bzw. Konversionsstörungen (Weiner, 1986). 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 von 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 organischen Prozesse zeigen eine ständige Wechselwirkung mit den interpersonellen Beziehungserfahrungen sowie mit dem Erleben und Verhalten des Individuums und schreiben so dessen individuelle Gesundheits- bzw. Krankheitsgeschichte (Weiner, 1986; Bauer, 2004a). 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“ (Bundesärztekammer, 2004). 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 (Übersichten siehe Eisenberg, 1995; Kandel, 1998, 1999; Meaney, 2001; Bauer, 2004a). Wie seelisches Erleben körperliche Strukturen verändern kann, wurde besonders eindrücklich für Trauma- Folgeerkrankungen und die Depression gezeigt. Emotionale Erfahrungen haben Einfluss auf die Genregulation (siehe u. a. Cullinan et al., 1995; Bierhaus et al., 2003; Weaver et al., 2004; Übersicht bei Bauer, 2004b). 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 Panksepp, 2003; Insel, 2003; Bauer, 2005). Wir wissen auch, wie Beziehungserfahrungen in biologische Signale konvertiert werden (Bauer, 2004a, 2005). Mit ihren faszinierenden Beiträgen lieferte die moderne Neurobiologie damit eine unerwartete Bestätigung einer ganzen 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, das biologische Veränderungen weniger als *Folge*, sondern mehr 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 der Psychiater Wolfgang Maier formulierte (Maier, 2002), Mitglied des Bundesvorstandes der Psychiatervereinigung DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde). Die psychosomatische Medizin hat in diesem Punkt ein wesentlich anderes Krankheitsverständnis.

Zur Geschichte der Psychotherapie in der Medizin: Die Etablierung des Facharztes für Psychosomatische Medizin

Die seit ihren Anfängen überwiegend traditionell-biologische Sichtweise seelischer Störungen in der deutschen Psychiatrie hatte zur 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“ gibt es in Deutschland seit 1956, die ersten Psychotherapie-Richtlinien datieren auf das Jahr 1967. Die Psychotherapieausbildung war damals kein Teil der Psychiatriebildung. Ärzte – auch Psychiater! –, die sich psychotherapeutisch ausbilden lassen wollten, konnten dies bis Anfang der 90er Jahre in Deutschland fast nur an nichtuniversitären, meist psychoanalytischen Instituten erlernen. Die Umstände, unter denen diese Ausbildung erfolgte, wurden später, 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 einzigen Ausbildungsstätten von Psychotherapeuten darstellten und die diese Ausbildung zu einem Zeitpunkt ermöglichten, als sich die Verhaltenstherapie gerade erst zu etablieren begann (der Begriff der „Behavior Therapy“ wurde erstmals 1958 von Joseph Wolpe [Wolpe, 1958] bzw. 1959 von Hans Jürgen Eysenck geprägt [Eysenck, 1959], also z. B. Jahre nach der 1949 erfolgten Gründung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik DGPT). 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.

Zur Infragestellung des Fachgebietes Psychosomatische Medizin

Die Forderung, das Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin abzuschaffen, wurde seit 1992 immer wieder gestellt. Neuerdings haben sich Vertreter aus der Spitze der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) – unter anderem im Rahmen von „Mitteilungen der DGPPN“ in der Fachzeitschrift „Nervenarzt“ – in dieser Richtung pointiert geäußert. Vertreter der DGPPN fordern dabei nicht nur die Abschaffung des Faches Psychosomatik, sondern drohen auch mit verschiedenen Konsequenzen, falls die Psychosomatiker sich dem weiterhin widersetzen sollten (Berger, 2004a, b). 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 (Berger, 2004a, b).

- 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 (Berger, 2004a, b).
- 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 zur Aufrechterhaltung der Stigmatisierung psychiatrischer Patienten. Die Begründung lautet, dass die Klientel der Psychosomatik sich von derjenigen der Psychiatrie lediglich dadurch unterscheidet, 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 (Berger, 2004a, b)

Sind psychosomatische Patienten eine „Minorität“?

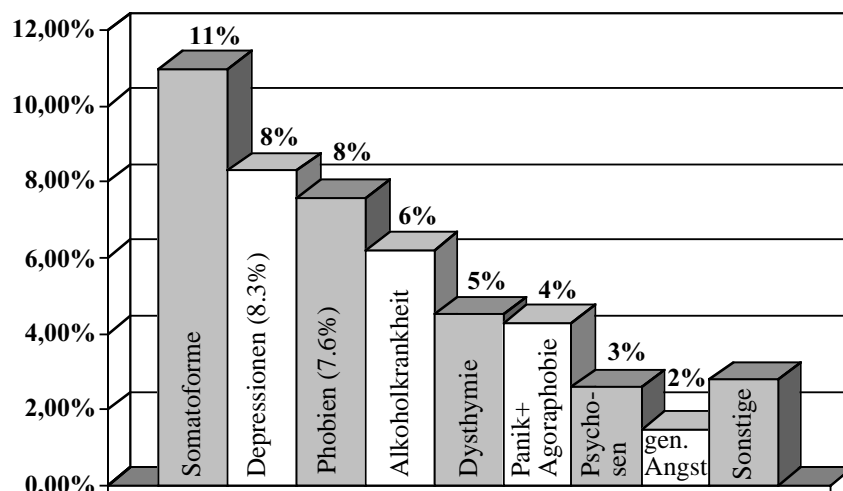
Dass „psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne ... eine Minorität“ (Berger, 2004a) darstellen, ist kaum aufrechtzuerhalten. Mit 11% in der Allgemeinbevölkerung bilden Patienten mit krankheitswertigen, voll ausgeprägten somatoformen Störungen (d. h. mit körperlichen Beschwerden ohne erklärenden Organbefund im klassischen Sinne) eine der größ-

ten Patientengruppen überhaupt. Dies zeigte sich jüngst im „Bundesgesundheits-Survey“, einer großen, bevölkerungsbasierten, repräsentativen, vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebenen Studie (Wittchen, 2002, siehe Abb.).

Patienten mit somatoformen Beschwerden zeigen zwar keinen organopathologischen Befund im klassischen Sinne, trotzdem lassen sich in vielen Fällen mit Methoden der modernen Bildgebung zentralnervöse neurobiologische Korrelate darstellen, die sich, wie in empirischen Studien gezeigt wurde, z. B. bei erfolgreicher psychotherapeutischer Behandlung auch wieder zurückbilden können. 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 spinalen oder 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 (Berger, 2004a). Untersuchungen zeigen, dass etwa 30% der Patienten in psychosomatischen Rehabilitationskliniken an psychosomatischen bzw. funktionellen körperlichen Beschwerden leiden (Nübling et al., 2000). Die in psychosomatischen Krankenhausabteilungen behandelten Patienten leiden nach einer Untersuchung (Tritt et al., 2003) zu 58 % an körperlichen Beschwerden mit organischem Befund, und in über 25 % an somatoformen Störungen.

Aber auch weitere Patientengruppen müssen zur psychosomatischen Klientel gerechnet werden. Bei einem erheblichen Teil der Patienten, die an depressiven oder Angststörungen

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;
32,1% haben eine voll ausgeprägte, klinische psychische/psychosomatische Störung

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 psychosomatischen Störungsbilder nicht durch eine Abteilung bzw. 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. Etwa 40% der Patienten in psychosomatischen Reha-Kliniken leiden an einer dysthymen (neurotischen) Depression (Nübling et al., 2000). In psychosomatischen Krankenhausabteilungen sind 47 % der Patienten – unter anderem! – von einer depressiven Störung betroffen (Tritt et al., 2003). Diese Patienten als ausschließlich 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 (Janssen, 2004). 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 und sich inzwischen auf Störungsbilder eingestellt hat, die weit über den ursprünglichen psychiatrischen Kernbereich der Psychosen, der neuropsychiatrischen Erkrankungen und der hirnrorganischen Störungen hinausgehen. Dies ist nicht zu kritisieren, berechtigt aber nicht zu einer antipsychosomatischen Argumentation.

Die Behandlungsverfahren der Psychosomatischen Medizin

Ein weiteres der gegen die Psychosomatische Medizin vorgebrachten Argumente lautet, dass sie „keine eigenständigen therapeutischen Strategien“ habe (Berger, 2004b). Eine solche therapeutische Besonderheit war und ist ohne Zweifel ihre primär psychotherapeutische Orientierung. Dabei überwog in vielen Kliniken eine tiefenpsychologische bzw. psychodynamische Orientierung, derentwegen die Psychosomatik – unter Berufung auf den Klinischen Psychologen und Psychotherapieforscher 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 (2004) weisen am Rande einer jüngst publizierten Arbeit darauf hin, dass sich eine Reihe von Grawes Einschätzungen u. a. dadurch ergaben, dass er teilweise unqualifizierte Behandlungsverfahren unter „psychoanalytisch“ bzw. „psychodynamisch“ einstuft und deren Ergebnisse mit der Verhaltenstherapie verglich. Inzwischen stellen neuere Studien (siehe u. a. Puschner und Kordy, 2002; Hartmann und Zepf, 2003a, 2004) und eine kürzlich an hervorragender Stelle publizierte Metaanalyse (Leichsenring et al., 2004) der tiefenpsycho-

logischen bzw. psychodynamischen Psychotherapie hinsichtlich Wirksamkeit und Patientenzufriedenheit allerbeste Zeugnisse aus und widerlegen den jahrelangen Vorwurf einer geringeren Effektivität im Vergleich zur Verhaltenstherapie.

Obwohl die meisten stationären psychosomatischen Einrichtungen inzwischen in multimodaler Weise sowohl psychodynamische als auch verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden anwenden, bilden psychodynamisch orientierte Verfahren und daraus abgeleitete körpertherapeutische Verfahren wie die Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) in vielen psychosomatischen Abteilungen auch heute noch den Schwerpunkt psychosomatischer Therapie. Da psychodynamische Behandlungsverfahren im Bereich der stationären Psychiatrie so gut wie nicht (mehr) angeboten werden, bilden sie inzwischen eine eigenständige psychosomatische Therapiestrategie. Die Effekte stationärer psychosomatischer Therapie wurden in zahlreichen Studien belegt (siehe u. a. Schmidt, 1991; Schmidt et al., 1994; Nübling et al., 1995, 1999, 2000; Tritt et al., 2003).

Zur Effektivität stationärer psychosomatischer und psychiatrischer Behandlung

Nachdem eine neuere Untersuchung eine hervorragende Effektivität der Behandlung in stationären (akut-)psychosomatischen Krankenhausabteilungen ausweist (Tritt et al., 2003), ähnlich einer Studie, wie sie jüngst von psychiatrischer Seite vorgelegt wurde (Härter et al., 2004), besteht kein Anlass, das Ausstehen solcher Untersuchungen auf psychosomatischer Seite im Sinne eines Vorwurfs zu präsentieren (Berger, 2004a, b). Es dürfte schwer sein, einen Patienten einer psychosomatischen Klinik zu finden, der – neben zahlreichen weiteren Therapieangeboten – nicht eine psychotherapeutische Behandlung erhält. So hatten 100% der stationären psychosomatischen Patienten bei Nübling et al. (2000) Psychotherapie erhalten. Hier aber unterscheidet sich die Situation in der Psychosomatik erheblich von derjenigen in psychiatrischen Kliniken. Dies zeigte sich jüngst in der bereits erwähnten Studie zur Behandlung in stationären psychiatrischen Krankenhäusern, in die 24 psychiatrische Kliniken einbezogen waren (Härter et al., 2004). 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 hatten „erhebliche Nebenwirkungen“ (Härter et al., 2004). Die Ne-

benwirkungen ergeben sich dabei u. a. aus der Nichtbeachtung der individuellen, genetisch bedingten Medikamentenverträglichkeit (10% bis 30% der Bevölkerung sind so genannte *poor metabolizer*, siehe Bauer, 2003). 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 Bauer, 2004a).

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 (Berger, 2004a). „Dass 52 % aller Kosten für Leistungen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen für Richtlinienpsychotherapie ausgegeben“ werde, sei schuld daran, dass in den nichtpsychotherapeutischen Psychiater- und Nervenarztpraxen pro Patient weniger Geld (als für einen Psychotherapiepatienten) zur Verfügung steht. Gleichzeitig wird konzediert, dass in nichtpsychotherapeutischen Psychiater- und Nervenarztpraxen „Medizin im 5-Minutentakt“ stattfindet (Berger, 2004a). Die Regelung, nach der überwiegend in der psychiatrischen Grundversorgung tätige Psychiater bzw. Nervenärzte keine Antragspsychotherapien durchführen dürfen (die so genannte 90%-Regelung) wurde inzwischen angeschafft. 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, war und ist schwer nachvollziehbar. Vielleicht könnte die beklagte psychiatrisch-nervenärztliche „Medizin im 5-Minutentakt“ 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. „Durch die psychosomatischen Abteilungen droht eine ernsthafte Gefährdung der Pflichtversorgung für psychisch Kranke in psychiatrischen Fachkrankenhäusern“ (Berger, 2004b). Zunächst fällt hier auf, dass die genannten Zahlen zum Mangel an psychiatrischen Ärzten nicht einheitlich sind (Fritze und Schmauß, 2001; Berger 2004b). Viel bedeutsamer ist jedoch, 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. Legt man die bei Berger (2004b) 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 ebenfalls in anderen Ländern, auch in den USA (Lipton, 2001; Hausman, 2003; Appelbaum, 2003).

Fördert die Psychosomatische Medizin das Stigma gegen psychisch Kranke?

Schließlich wird seitens der DPGGN 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“ (Berger, 2004a, S. 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 richten sich die in der Bevölkerung gehegten Vorurteile gegen psychisch Kranke gleichermaßen gegen die Psychosomatische Medizin wie gegen die Psychiatrie. Innerhalb der Ärzteschaft sind diese Vorurteile gegen erstere teilweise sogar stärker ausgeprägt als gegen letztere.

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“ (Berger, 2004a, S. 204). Der Ton dieser Worte macht es schwierig, sich ein Zusammenleben unter einem gemeinsamen Facharzt Dach vorzustellen.

Differenzierte Angebote für psychisch bzw. psychosomatisch Erkrankte: Die Gefahr „leitlinienorientierter“ Behandlungsnormen

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, in anderen Ländern 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“ (DGPPN, 2004). Das Konzept empfiehlt die Bildung ärztlicher Versorgungsnetze, 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 ärztlichen oder psychologischen 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, denn 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, schreiben noch vor kurzem: „Studien belegen ..., dass in der Allge-

meinmedizin ein ausgeprägtes Problem der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen besteht. Dies wurde insbesondere ... für die Depression ermittelt“ (Berger, 2004a, S. 197). Weniger als 10% der Patienten mit psychischen Störungen werden von Hausärzten in Fachpsychotherapie überwiesen (Hartmann und Zepf, 2003b). 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 behandelten (Hartmann und Zepf, 2003b), 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, das signifikant unter jenem einer Fachpsychotherapie liegt, wie u. a. die Untersuchungen von Hartmann und Zepf (2003b) im Rahmen der deutschen Consumer Report Study zeigen.

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 stationär behandelt werden, leichte und mittelschwere Depressionen haben, wie sich in der bereits oben erwähnten Studie zeigte (Härter et al., 2004). Da depressive Störungen als Gruppe mehr als 30% der psychiatrischen Krankenhauspatienten insgesamt stellen (Berger, 2004b), würde sich dann, wenn wirklich nach den jetzt vorgelegten Leitlinien verfahren würde, ein erhebliches Potenzial zur Reduzierung psychiatrischer Krankenhausbetten (im Umfang von etwa 15%) ergeben.

Erhaltung einer differenzierten Versorgung für psychisch Kranke statt Minimalmedizin

Die erwähnten Leitlinien entsprechen dem, was in den anglo-amerikanischen 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 implorationsartigen Entwicklung der psychiatrischen Versorgung inzwischen Alarm geschlagen (Lipton, 2001; Hausman, 2003; Appelbaum, 2003). 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

- Appelbaum P S (2003) The Quiet Crisis in Mental Health Services. *Health Aff* 22:110-116
- Bauer J (2003) Arzneimittelunverträglichkeit – Wie man Betroffene herausfischt. *Deutsches Ärzteblatt* 100:A1654-A1656
- Bauer J (2004a): Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. München: Piper
- Bauer J (2004b): Gene sind keine Autisten. *Psychologie Heute* 3:50-53
- Bauer J (2005): Warum ich fühle was Du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hamburg: Hoffmann und Campe
- Berger M (2004a): Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland. *Nervenarzt* 75:195-204
- Berger M (2004b): Bettenführende Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin und ihre Auswirkungen auf die stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. *Nervenarzt* 75:832-843
- 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 (2003): A mechanism converting psychosocial stress into mononuclear cell activation. *PNAS* 100:1920-1925
- Bundesärztekammer (2004): Neue Muster- Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer für das Facharztgebiet “Psychosomatische Medizin und Psychotherapie”
- Cullinan WE, Herman JP, Battaglia DF, Akil H, Watson SJ (1995): Pattern and Time Course of Immediate Early Gene Expression in Rat Brain Following Acute Stress. *Neuroscience* 64:477-505
- DGPPN (2004): Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Depression der DGPPN. www.dgppn.de/stellungnahmen/IV-Rahmenkonzept-Dez2004.pdf
- Eisenberg L (1995): The Social Construction of the Human Brain. *Am J Psychiatry* 152:1563-1575
- Eysenck HJ (1959): Learning Theory and Behavior Therapy. *J Ment Sci* 105:61-75
- Fritze J, Schmauß M (2001): Psychiatrie und Psychotherapie - Bedarfsplanung überdenken. *Deutsches Ärzteblatt* 98:A2630-A2631
- Härter M, Sitta P, Keller F, Metzger R, Wiegand W, Schell G, Stieglitz RD, Wolfersdorf M, Felsenstein M, Berger M (2004): Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Depressionsbehandlung. *Nervenarzt* 75:1083-1091
- Hartmann S, Zepf S (2003a): Effectiveness of Psychotherapy in Germany: A Replication of the Consumer Report Study. *Psychother Res* 13:235-242
- Hartmann S, Zepf S (2003b): Psychische Erkrankungen in der primärärztlichen Versorgung. *Psychother Psych Med* 53:446-454
- Hartmann S, Zepf S (2004): Einflüsse auf die Symptombesserung in der Psychotherapie bei Patienten mit unterschiedlichen Beschwerdebildern. *Psychother Psych Med* 54:445-456
- Hausman K (2003): NIMH Director Expresses Hope for Future of Psychiatry. *Psychiatr News* 38:1-3
- Insel TR (2003): Is Social Attachment an Addictive Disorder? *Physiol Behav* 79:351-357
- Janssen PL (2004): Stellungnahme zu dem Artikel von M. Berger “Bettenführende Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin und ihre Auswirkungen auf die stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Unveröffentlichtes Manuskript
- Kandel ER (1998): A New Intellectual Framework for Psychiatry. *Am J Psychiatry* 155:457-469
- Kandel ER (1999) Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited. *Am J Psychiatry* 156:505-524
- Leichsenring F, Rabung S, Leibing E (2004): The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 61:1208-1216
- Lipton L (2001) Few Safeguards Govern Elimination of Psychiatric Beds. *Psychiatr News* 36:9-12
- Maier W (2002): Psychiatrie als Beruf – Wie sieht die Zukunft aus? *Nervenarzt* 73:96-97
- Meaney M (2001): Nature, Nurture, and the Disunity of Knowledge. *Ann N Y Acad Sci* 935:50-61
- Nübling R, Puttendorfer J, Wittmann WW, Schmidt J, Wittich A (1995): Evaluation psychosomatischer Heilverfahren. *Die Rehabilitation* 34:74-80
- Nübling R, Schmidt J, Wittmann WW (1999): Langfristige Ergebnisse psychosomatischer Rehabilitation. *Psychother Psychol Med* 49:343-353
- Nübling R, Bürgy R, Meyerberg J, Oppl M, Kieser J, Schmidt J, Wittmann WW (2000): Stationäre psychosomatische Rehabilitation in der Klinik Bad Herrenalb. In: Bassler M (Hrsg.): Empirische Forschung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Gießen: Psychosozial Verlag
- Panksepp J (2003): At the Interface of the Affective, Behavioral, and Cognitive Neurosciences: Decoding Emotional Feelings in the Brain. *Brain Cogn* 52:4-14
- Puschner B, Kordy H (2002): Die TRANS-OP Studie der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart. www.psyres-stuttgart.de
- Schmidt J (1991): Evaluation einer psychosomatischen Klinik. Frankfurt/Main: Verlag für Akademische Schriften VAS
- Schmidt J, Lamprecht F, Nübling R, Wittmann WW (1994): Veränderungsbeurteilung von Patienten nach psychosomatischer Rehabilitation. *Psychother Psychol Med* 44:108-114
- Tritt K, von Heymann F, Loew TH, Benker B, Bleichner F, Buchmüller R, Findeisen P, Galuska J, Kalleder W, Lettner F, Michelitsch B, Pfitzner F, Stadtmüller G, Zaudig M (2003): Patienten in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung. *Psychother Psych Med* 8: 244-251
- Weaver ICG, Cervoni N, Champagne FA, D’Alessio AC, Sharma S, Seckl JR, Dymov S, Szyf M, Meaney M (2004): Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature Neurosci* 7:847-854
- Weiner H (1986): Die Geschichte der psychosomatischen Medizin und das Leib-Seele-Problem in der Medizin. *Psychother Psychol Med* 36:361-391
- Wittchen HU (2002): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Psychotherapeutenjournal* 0:6-15
- Wolpe J (1958): Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. Stanford: University Press

Univ.-Prof. Dr. Joachim Bauer

Uniklinikum Freiburg

Abteilung Psychosomatische Medizin

Hauptstraße 8 • 79104 Freiburg • Tel.: (0761) 270 6539

E-Mail: Joachim_Bauer@psysom.ukl.uni-freiburg.de