



# Hausärztliche Leitlinie Psychosomatische Medizin in der Hausarztpraxis

Konsentierung Version 2.00  
23.07.2014

Erstfassung 09. April 2008

Version 2.00 vom 23.07.2014

Revision bis spätestens  
November 2018

F.W. Bergert  
M. Braun  
K. Ehrenthal  
J. Feßler  
J. Gross  
U. Hüttner  
B. Kluthe  
A. Liesenfeld  
G. Vetter  
C. Muth (DEGAM)  
M. Beyer (DEGAM)  
  
K. Born (Ärztlicher  
Psychotherapeut)

- 03 Kontext und Kooperation**
- 05 Einleitung**
  - Einführung
  - Ziele der Leitlinie
- 06 Epidemiologie psychischer Störungen
- 07 Ganzheitlicher Ansatz
- 08 Voraussetzungen für die psychosomatische Grundversorgung
- 09 Hausärztliche Schlüsselfragen**
  - Einbeziehung der Psychosomatik in hausärztliches Handeln
- 10 Bauchschmerzen im Kopf: Ein Fallbeispiel aus den Medien
  - Fallbeispiel 1: Unterleibsschmerzen
- 11 Diskussion des Fallbeispiels
- 12 Störungsentstehung
- 13 Stressmodell
  - Akute Stressreaktion
- 14 Chronische Stressreaktion
- 16 Diagnostik**
  - Erkrankungen und Störungen nach ICD 10
- 17 Diagnostik und Differentialdiagnostik somatischer, psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder
- 18 Psychischer Befund
  - Hinweise auf akuten und/oder chronischen Stress
- 19 Orientierende diagnostische Fragen in der Hausarztpraxis
- 20 Testdiagnostik
- 21 Diagnostikflussdiagramm
- 22 Biographische Anamnese**
  - Krankheitsauslösende Problembereiche und Beispiele für Fragen
- 24 Psychische Störungen: vorwiegend somatoform**
  - Welche körperlichen Symptome werden vom Patienten dargeboten?
- 25 Somatoforme Störung
- 26 Fallbeispiel 2: Magenkrämpfe
- 27 Ausgestaltung der Patientenbeschwerden
  - Handlungsvorschlag
- 28 Behandlungskonzept
- 29 Nicht-ulzeröse Dyspepsie
  - Reizdarm (Reizdarm-Syndrom, Colon irritabile, Irritable-Bowel-Syndrome)
- 30 Herzphobie (ohne organische Ursachen)
  - Fallbeispiel 3: Herzrasen
- 31 Psychische Störungen: somatopsychisch**
  - Risikofaktoren für die Entwicklung einer KHK
  - Orientierende Fragen auf Depressivität bei KHK
- 32 Herzinfarkt
  - Fallbeispiel 4: Wiedereingliederung nach Herzinfarkt
- 33 Fallbeispiel 5: Akutes Koronarsyndrom
- 34 Krankheitsverarbeitung/-leugnung
  - Fallbeispiel 6: Herzinfarkt
- 35 Diabetes mellitus
- 36 Asthma bronchiale
- 39 Psychische Störungen: psychosomatische Anteile**
  - Tinnitus
- 41 Schwindel
- 42 Schwindel im Alter
  - Sturzrisiko
- 43 Fallbeispiel 7: Schwindel
- 44 Dermatologie
- 45 Frauenheilkunde
- 46 Rückenschmerzen
  - Fibromyalgie
- 47 Fallbeispiel 8: Schmerzen

- 48** Psychische Störung: Verhaltensstörungen und psychische Auffälligkeiten
  - Konversionsstörungen
- 50 Essstörungen: Anorexia nervosa, Bulimie
- 51 Adipositas
  - Binge Eating
- 52 Fallbeispiel 9: Anorexie
- 53 Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)
- 55 Fallbeispiel 10: PTSD nach Herzinfarkt
  - Fallbeispiel 11: PTSD nach Verkehrsunfall
- 56 Mobbing
- 58 Fallbeispiel 12: Mobbing
- 61 Angststörung, Soziale Phobie
- 62 Diagnostische Kriterien der Sozialen Phobie
  
- 63** Risikofaktoren und ihre psychosomatischen Ursachen
  - Traumatische Kindheitserlebnisse
  
- 65** Suchtprobleme
  - 66 »Genussmittel«-Missbrauch
  - 67 Alkoholkrankheit
  - 68 Alltägliches Risikoverhalten
    - Nikotinsucht, Kaffeemissbrauch, Spielsucht
  - 69 Tablettenabhängigkeit
  - 70 Therapie bei Einnahme psychotroper Stoffe
  - 71 Maßnahmen zur Suchtbehandlung
    - Substitution Opiatabhängiger
  - 72 Maßnahmen zur Suchtbehandlung (Forts.)
    - Ergebnisse von Suchtpräventionsmaßnahmen
  - 73 Fehler und Gefahren bei einer BTM-Substitution
    - Allgemeine Empfehlungen im Umgang mit Suchtkranken
  
- 75** Therapeutische Konzepte in der Psychosomatik
  - Allgemeine Behandlung
  - Medikamentöse Behandlung
  
- 76** Psychotherapie
  - Psychotherapie allgemein
- 80 Psychotherapie
- 81 Ablauf und Vorgehen
- 82 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
  - Organisatorisches zum Vorgehen
- 83 Verhaltenstherapie
- 84 Genehmigungsverfahren nach Psychotherapierichtlinien
- 85 Probleme bei der Therapie
  
- 86** Die Balint-Gruppe
  
- 87** Die Supervisionsgruppe
  
- 88** Schnittstellen
  
- 89** Zusammenfassung
  
- 90** Literatur
  
- 97** Anhang
  - Glossar
- 103 Adressen
- 104 ICD-10 Checklisten (IDCL, SCL)
- 105 Depressionsdiagnostik
- 109 Berufsbezeichnungen
  
- 110** Evidenzkategorien
  
- 111** Informationen zur Leitliniengruppe Hessen
  
- 113** Internetadressen und Disclaimer
  - Links
  - Disclaimer



## Bisher veröffentlichte Leitlinien

### ↳ Psychosomatische Medizin

Antikoagulation  
Asthma bronchiale und COPD  
Chronische Herzinsuffizienz  
Diabetes mellitus Typ 2  
Fettstoffwechselstörung  
Geriatric Teil 1: Allgemeine Geriatrie  
Geriatric Teil 2: Spezielle Geriatrie  
Hausärztliche Gesprächsführung  
Hypertonie  
Multimedikation  
Palliativversorgung  
Schmerzen  
Stabile Angina pectoris  
Venöse Thromboembolien

Die Leitliniengruppe Hessen ist daran interessiert, Rückmeldungen und Anregungen von Kollegen und Kolleginnen zur Anwendung der Leitlinie in der Praxis zu erhalten. Bitte teilen Sie Ihre Meinung und Vorschläge der PMV forschungsguppe mit. Vielen Dank.

PMV forschungsguppe  
Stichwort »Leitlinien«  
Herderstraße 52-54  
50931 Köln  
Fax: 0221-478-6766  
Email: [pmv@uk-koeln.de](mailto:pmv@uk-koeln.de)  
<http://www.pmvforschungsguppe.de>

Die **Leitliniengruppe Hessen** wurde 1998 mit dem Ziel gegründet, hausärztliche Leitlinien zu ausgewählten Themen der Pharmakotherapie für die Arbeit in Pharmakotherapiezentren zu erstellen. Die Verantwortung für die Inhalte der Leitlinie liegt bei der Leitliniengruppe.

Das Update der Leitlinie Psychosomatik wurde in Kooperation mit Mitgliedern der »Ständigen Leitlinien-Kommission der **Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin**« (DEGAM), der einzigen wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin in Deutschland, erarbeitet.

Die Moderation der Leitliniensitzungen, die wissenschaftliche Begleitung und Konzeption hausärztlicher Leitlinienerarbeitung erfolgt durch die **PMV forschungsguppe**, Universität zu Köln.

Die erarbeiteten Leitlinien werden über das ÄZQ [[www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de)] und die PMV forschungsguppe regelmäßig im Internet veröffentlicht.

Die erste Fassung der Leitlinie Psychosomatik wurde unter Mitwirkung der **ärztlichen Psychotherapeuten** Herrn Dr. med. Born (Eltville), Herrn Jochen Klauenflügel (Wiesbaden) und Herrn Dr. med. Herbert Neubig (Frankfurt/Main) erarbeitet. Neben redaktionellen Änderungen wurden im Update die Themen Burnout, Müdigkeit, Sucht, Mobbing und Supervision überarbeitet bzw. neu aufgenommen.

Personen- und Berufsbezeichnung gelten für beide Geschlechter.

- Zusammensetzung der Leitliniengruppe
- Unabhängigkeit
- Ziele und Arbeitsweise

## Zusammensetzung der Leitliniengruppe

Die Mitglieder der »Leitliniengruppe Hessen – Hausärztliche Pharmakotherapie« sind vor allem praktizierende Hausärzte aus dem Bereich der KV Hessen und seit ca. 20 Jahren als Moderatoren hausärztlicher Pharmakotherapie zirkel tätig. Sie entwickeln zu ausgewählten hausärztlich relevanten Indikationsgebieten Leitlinien. Die Leitlinien waren Bestandteil des Projektes »Hausärztliche Qualitätszirkel Pharmakotherapie«. Sie unterstützen Moderatoren der Pharmakotherapie zirkel und dienen Teilnehmern zur Schulung. Die Leitlinien werden in gedruckter Form (KVH aktuell Pharmakotherapie) und im Internet [[www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de), [www.pmvforschungsgruppe.de](http://www.pmvforschungsgruppe.de)] veröffentlicht.

## Unabhängigkeit

Die inhaltliche Arbeit der Leitliniengruppe geschieht selbstständig und ohne äußere Einflussnahme. Die Mitglieder der Leitliniengruppe Hessen sind ehrenamtlich und seit 2009 ohne Spesen erstattung durch die KV Hessen tätig. Die KV Hessen entsendet weder Mitglieder in die Leitliniengruppe, noch werden ihr Leitlinien vor der Veröffentlichung vorgelegt. Es bestehen keine finanziellen oder inhaltlichen Abhängigkeiten der »Hausärztlichen Leitliniengruppe Hessen« zu irgendwelchen weiteren Einrichtungen oder anderen Interessenten.

## Ziele und Arbeitsweise

Die Leitliniengruppe Hessen versteht die Leitlinien als **Orientierungs- und Entscheidungshilfen** für die Versorgungsaufgaben des Hausarztes. Die Leitlinien enthalten therapeutische Handlungsempfehlungen **für typische Beschwerdebilder und Behandlungssituationen** – für den »Normalfall«. Patienten, die Besonderheiten aufweisen, müssen bedarfsgerecht nach ihren individuellen Gegebenheiten behandelt werden. Die Empfehlungen werden – soweit möglich – durch Studien und mit Evidenzgraden (s. u.) versehen. Besonderen Wert legt die Leitliniengruppe auf nichtmedikamentöse und patientenaktivierende Maßnahmen. Deren niedrigere Evidenzbewertung bedeutet nicht, dass sie weniger relevant sind, sondern zeigt nur, dass sich diese Maßnahmen weniger für die Standarduntersuchungsmethoden der evidenzbasierten Medizin (wie randomisierte klinische Studien, doppelblind) eignen und dass es schwierig ist, für diese Untersuchungen Sponsoren zu gewinnen. Die in den Leitlinien formulierten Grundsätze beruhen auf einer sorgfältig durchgeführten Leitlinien- und Literaturrecherche [139]. Bestehen bereits evidenzbasierte Leitlinien zur Thematik, werden die für die hausärztliche Pharmakotherapie wichtigen Empfehlungen übernommen. Soweit entsprechende Untersuchungen fehlen, werden aufgrund von therapeutischen Erfahrungen der praktizierenden Hausärzte im Konsens verabschiedete Empfehlungen gegeben. Zu einzelnen Fragen werden Expertenmeinungen eingeholt. Erst dieses pragmatische Vorgehen ermöglicht eine Leitlinienarbeit durch Hausärzte und schont die knappen Ressourcen.

- Einführung
- Ziele der Leitlinie

## Einführung

Als Hausärzte sind wir in unserer täglichen Arbeit nicht nur mit körperlichen Symptomen und Erkrankungen konfrontiert, sondern auch mit den Auswirkungen von Erkrankungen auf das psychische Befinden wie auch umgekehrt mit den Folgen psychischer Belastung auf das körperliche Befinden. In der hausärztlichen Praxis werden wir vielfach zunächst körperbezogen die Krankheitsursachen abklären, nicht zuletzt, da uns für eine ganzheitliche Betrachtungsweise oftmals handhabbare Strategien im Praxisalltag fehlen. Uns ist jedoch bewusst, dass eine Trennung von Körper und Psyche ein methodische Konstrukt ist und eine für unseren hausärztlichen Alltag pragmatische Vorgehensweise darstellt. In der hier vorliegenden Leitlinie geben wir unter Bezugnahme auf das bio-psycho-soziale Verständnis von Gesundheit und Krankheit für ausgewählte Behandlungsanlässe Hilfestellungen für die Praxis.

Bei den ausgewählten Erkrankungen orientieren wir uns am »Curriculum psychosomatische Grundversorgung«, herausgegeben von der Bundesärztekammer (2001), in dem vier Gruppen von Krankheiten unterschieden, werden [86]:

- Psychische Erkrankungen wie etwa Angsterkrankungen, depressive Syndrome, Psychosen.
- Funktionelle Störungen, die somatoforme Erkrankungen, also körperliche Beschwerden ohne organischen Befund, darstellen.

- Psychosomatische Krankheiten als diejenigen körperlichen Erkrankungen, bei deren Entstehung oder Verlauf psychosoziale Faktoren wesentlich beteiligt sind.
- Somatopsychische Störungen, die dann vorliegen, wenn schwere somatische Erkrankungen psychische Probleme auslösen.

## Ziele dieser Leitlinie:

Mit dieser Leitlinie sollen Hausärzte dafür sensibilisiert werden,...

- den Patienten nicht nur körperlich, sondern auch psychisch, und damit ganzheitlich zu betrachten,
- bei der Abklärung der Beschwerden Soma und Psyche möglichst »parallel« zu beachten,
- dem Patienten rechtzeitig eine Mitbehandlung durch einen psychotherapeutischen Spezialisten anzubieten, um eine weitere Somatisierung und Chronifizierung zu verhindern,
- psychische Aspekte bei chronischen Erkrankungen zu erkennen,
- Über- und Underdiagnostik zu vermeiden.

Die Leitlinie will darüber hinaus über die Arbeitsweise und Konzepte der Psychosomatik und Psychotherapie informieren. Durch die Vermittlung von Hilfestellungen sollen die Behandlungsergebnisse beim Patienten verbessert und nicht zuletzt auch die Arbeitszufriedenheit des Arztes erhöht werden.

## Psychische Störungen in der Bevölkerung

Aktuelle repräsentative Erhebungen psychischer Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung ergaben folgendes Bild [76]:

- Innerhalb der letzten vier Wochen wies ca. jede fünfte Person eine psychische Störung auf.
- Die 12-Monats-Prävalenz für eine psychische Störung lag bei etwa 33%.
- Bezogen auf die Lebenszeitprävalenz berichtete nahezu jede zweite Person aktuell bzw. zurückliegend von einer psychischen Störung (43%). Die häufigsten psychischen Störungen sind Angststörungen (15%), affektive Störungen (12%) und somatoforme Störungen (11%).
- Die Komorbidität ( $\geq 2$  psychische Störungen) lag bei 40% [127, 160].

Der typische Beginn der Störung liegt zwischen dem 16. und 30. Lebensjahr. Somatisierungssymptome sind in sozial schwachen Schichten häufiger vertreten als in Familien mit höherem Einkommen. Auch findet sich eine Häufung in bestimmten Kulturkreisen, obwohl das Gesamtsyndrom in allen Kulturen bekannt ist [128].

Die Wahrscheinlichkeit, innerhalb der letzten zwölf Monate eine affektive Störung, Angststörung oder somatoforme Störung aufzuweisen, ist besonders hoch, wenn die Person weiblich, unverheiratet, berentet oder arbeitslos ist sowie aus einer niedrigen sozialen Schicht stammt und eine hohe Anzahl von somatischen Erkrankungen aufweist.

**Depressionen und Angsterkrankungen** sind weit verbreitet. Frauen sind jeweils häufiger betroffen als Männer. Die Komorbidität von somatoformen Störungen mit depressiven Störungen liegt bei 75 bis 90%, mit Angststörungen bei 10 bis 70% [128]. Gefürchtete Folge der Depression ist der Suizid. Drei Viertel aller Suizide werden von Männern begangen (zit. nach [122]).

Aus der Analyse von **Arbeitsunfähigkeiten** ist bekannt, dass Frauen mit 10,4%, im Vergleich zu Männern mit 6,2% häufiger unter psychischen Erkrankungen leiden [134] bzw. dass diese häufiger diagnostiziert werden.

## Rehabilitationen und Berentung wegen psychischer Krankheiten

Rund ein Viertel (Männer 20%, Frauen 24%) der stationären Leistungen zur Rehabilitation entfielen auf psychische und Verhaltensstörungen [33]. Von allen Rentenzugängen aufgrund von verminderter Erwerbsfähigkeit entfielen auf die Diagnosegruppe »psychische Störungen« bei Männern 35,9%, bei Frauen 48,4% [34].

## Krankheitskosten

Mehrfachdiagnostik, häufige Hospitalisierung und Krankheitstage verursachen neben den materiellen und immateriellen Belastungen für den Patienten und seine Familie sehr hohe Kosten für die Sozialversicherungssysteme. Bei Patienten mit somatoformen Störungen entstehen im ambulanten Bereich im Mittel 14-fach höhere Kosten als die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben. Die stationären Kosten belaufen sich auf das Sechsfache. Patienten mit einer Somatisierungsstörung gehören zu den sogenannten »high utilizern« des Gesundheitsversorgungssystems [128].

Psychosomatische Medizin heißt, nicht etwa dem Körper weniger, sondern dem Seelischen mehr Beachtung schenken! (Viktor v. Weizsäcker)

### **Ganzheitlicher Ansatz**

Notwendig ist die parallele Durchführung der somatischen, neurologischen und psychischen Untersuchung. Es gilt, eine somatische oder psychiatrische Erkrankung, die ein anderes therapeutisches Vorgehen erfordern würde, auszuschließen. Unverzichtbar sind also Grundkenntnisse der psychischen und psychiatrischen Erkrankungen und ihrer Diagnostik (modifiziert nach [86]).

Somatoforme Störungen sind dadurch gekennzeichnet, dass die Betroffenen über vielfältige körperliche Symptome klagen und immer wieder medizinische Untersuchungen fordern trotz wiederholter negativer Untersuchungsbefunde und Zusage der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind [39]. Symptome können durchaus auch körperlich begründbar sein, sind aber nicht unbedingt durch eine Krankheit verursacht.

Im Gespräch mit dem Patienten ist es wichtig und hilfreich, die Körpersprache als (oft unbewusste) Ausdrucksform in der Kommunikation zu ent-

schlüsseln, um psychosomatische Zusammenhänge zu deuten. Dabei ist die »sichtbare« von der »nicht-sichtbaren« Körpersprache zu unterscheiden. Für Ärzte heisst dies: Wie teilt der Patient seine körperlichen Empfindungen mit? Es gibt sehr interessante bildhafte sprachliche Äußerungen:

- Das schlägt mir auf den Magen! Das muss ich erst mal verdauen!
- Diese Sache bereitet mir aber wirklich Kopfzerbrechen!
- Das ist mir sauer aufgestoßen!
- Das habe ich mir sehr zu Herzen genommen.
- Ich fühle mich so angespannt.
- Ich habe einen Kloß im Hals.
- Es schmerzt mich zu hören, dass ...
- Es bedrückt mich, dass ...
- Ich bin so verkrampft.

Oft verhalten wir uns so, als würden wir nur einen Körper »haben« und nicht so, dass wir ein Körper »sind«, beispielhaft beschrieben von Karl Valentin: »Mein Magen tut mir weh, die Leber ist geschwollen, das Kopfweh hört nicht mehr auf, und wenn ich von mir selbst reden darf: Ich fühl mich auch nicht wohl«.



- Voraussetzungen für die psychosomatische Grundversorgung

## Voraussetzungen für die psychosomatische Grundversorgung

Hierzu gehören:

- Differenzialdiagnostische Abschätzung: Welchen Anteil haben psychosoziale Belastungen und Probleme am Krankheitsbild?
- Die Vorbereitung (Aufklärung und Motivation) und Weitervermittlung und Mitbetreuung derjenigen Patienten, die spezielle psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe brauchen (mod. nach [86]).

Eine positive Diagnose kann nur sichergestellt werden, wenn einerseits der Hausarzt die Zeit und die Kompetenzen zur Psychosomatischen Grundversorgung besitzt (ggf. Erwerb des Zusatztitels Fachspezifische Psychotherapie) und andererseits der Patient einen hinreichenden Zugang zu seiner Innenwelt hat und entsprechend offen und ehrlich mitwirkt.

**Hinweis:** Der Hausarzt betreut auch Patienten aus dem schizophrenoformen und hirnorganischen Störungsbereich mit. Auf diese psychiatrischen Erkrankungen wird in der vorliegenden Leitlinie jedoch nicht eingegangen.

- » Einbeziehung der Psychosomatik in hausärztliches Handeln

Die Einbeziehung der Psychosomatik in hausärztliches Handeln erfordert eine Veränderung der Haltung und Einstellung zum Patienten. Hieraus leiten sich eine Reihe von Schlüsselfragen ab:

- **Wie vermeide ich als Hausarzt eine vorwiegend somatische Orientierung und komme zu einer ganzheitlichen Betrachtungsweise?**
- Wie erkenne ich die eigentlichen psychosomatischen Zusammenhänge? Wie lerne ich, diese wahrzunehmen? Worauf soll/kann ich beim Patienten achten, um psychosomatische Ursachen von Beschwerden oder individuellen Besonderheiten wahrzunehmen?
- Wie erkenne ich das eigentliche Begehren des Patienten? Gibt es einfache Fragen, anhand derer ich weitgehend ausschließen kann, dass eine psychische Komponente für das Krankheitsgeschehen von Bedeutung ist?
- Was sind häufige, überwiegend psychosomatische Krankheitsbilder?
- Wie vermeide ich es, organische Ursachen von Patientenbeschwerden zu übersehen? Wie vermeide ich eine somatische Über- oder Underdiagnostik?
- Wie begegne ich unzufriedenen Patienten mit Beschwerden ohne somatische Organbefunde oder mit unklaren Problembildern bei Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen?
- Wie schärfe ich meine eigene (Selbst-)Beobachtung zur vorurteilsfreien Wahrnehmung des Patienten? Wie kann ich einem Patienten vorurteilsfrei begegnen und ihn so annehmen, wie er ist?
- Wie erreiche ich eine Balance zwischen Empathie und Distanz?

Neben der Vermittlung von Kenntnissen und Einstellungsveränderungen auf Seiten des Arztes will die Leitlinie mit der Beantwortung folgender Fragen Hilfestellungen für die Durchführung der psychosomatischen Versorgung geben:

- Wie kann ich für den Patienten akzeptable Formulierungen zur Aufdeckung psychosomatischer Zusammenhänge finden?
- Wen behandle ich selbst als Hausarzt (Kurzintervention)? Wann überweise ich?
- Wie kann ich meine knappe Zeit möglichst gezielt in Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen einbringen?
- Wie finde ich den geeigneten Spezialisten (ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychiater)? Wie findet der Patient seinen geeigneten Therapeuten, was kann ich ihm dazu raten?
- Wie ist der formale Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu organisieren? Gibt es noch probatorische Sitzungen sowie das Konsil beim Psychotherapeuten?
- Wie können beim Spezialisten freie Plätze zur Psychotherapie ambulant oder stationär gefunden und organisiert werden? Wie gehe ich mit langen Wartezeiten um?
- Welcher Informationsfluss findet zwischen Spezialisten/Kliniken und dem Hausarzt statt: Was interessiert den Hausarzt?

- Bauchschmerzen im Kopf: Ein Fallbeispiel aus den Medien
- Fallbeispiel 1: Unterleibsschmerzen

## **Die Bauchschmerzen im Kopf** ([65] modifiziert), **Fallbeispiel 1: Unterleibsschmerzen**

Die Patientin hat Unterleibsschmerzen seit dem 14. Lebensjahr, zunächst nur perimenstruell, später andauernd, im 18. Lebensjahr erste Operation mit Lösen von Unterbauchverwachsungen bei »Entzündungen der Ovarien«, im 20. Lebensjahr 2. Operation, danach so starke Schmerzen, dass die Patientin im 21. Lebensjahr die Uterusentfernung forderte. Dies verweigerte die behandelnde Gynäkologin als unethisch bei einer so jungen noch kinderlosen Frau.

Im 24. Lebensjahr fand die Patientin eine Klinik, die ihren Wunsch erfüllte. Dort wurden 2 Jahre später auch noch die Ovarien entfernt. Bis zum 30. Lebensjahr folgten fünf weitere Laparaskopien und zwei weitere größere Bauchoperationen, um die zunehmenden Verwachsungen im Unterbauch zu beseitigen. Die Schmerzen blieben. Doch eine psychotherapeutische Behandlung, die ihr von ihrem inzwischen achten Frauenarzt nahegelegt wurde, lehnte sie ab.

10-15% aller Frauen, die einen Frauenarzt aufsuchen, leiden wie die Patientin unter »chronischen Unterbauchschmerzen«, einem Schmerzzustand, der über sechs Monate anhält oder immer wiederkehrt, unabhängig vom Menstruationszyklus oder Geschlechtsverkehr. Nach den Ursachen wird meist auf dem Op.-Tisch gesucht: Ein Drittel aller Laparaskopien wird wegen chronischer Unterbauchschmerzen durchgeführt. »Die Erwartungen werden besonders beim ersten Eingriff meist enttäuscht« berichtete Dr. Friederike Siedentopf (Berliner DRK-Frauenklinik) auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe 2007 in Mün-

chen. »Wiederholte chirurgische Eingriffe führen meist zu keiner Schmerzfreiheit sondern zu neuen Verwachsungen. Nach durchschnittlich einem Jahr sind die Schmerzen wieder da. Auch Hormontherapie, Antibiotika, Schmerzmittel helfen nur anfangs«.

Das führt nach Dr. Gerlinde Debus, (Chefärztin am Städtischen Klinikum München-Neuperlach) zu dem Schluss, dass die Beschwerden nicht organische Ursachen haben können: »Bei mindestens einem Viertel, möglicherweise sogar bei 75% aller Frauenarztbesuche sind die Beschwerden der Frau psychischer Natur oder mindestens mit dadurch begründet.« Sie schlägt als Grundregel vor, diese Patientinnen immer ernst zu nehmen: »Sätze, wie ‚Da ist nichts‘ oder ‚Das ist nur psychisch‘ helfen der Frau nicht weiter und treiben sie höchstens zur nächsten verstümmelnden Operation«.

Dr. Markus Weber (Frauenarzt in Münster) berichtet dazu: »In der Lebensphase zwischen 20 und 45 Jahren fallen der Aufbau einer Partnerschaft, Heirat, Schwangerschaft und Geburt der Kinder. Wenn die Beziehungs- und Bindungsfähigkeit durch negative Erfahrungen gestört ist, können diese Ereignisse zu auslösenden Situationen für chronische Schmerzen werden.« und: »Häufig treten diese Patientinnen ihren Ärzten gegenüber aggressiv und fordernd auf. ... Der Grad der eigenen Frustrationstoleranz entscheidet darüber, ob wir solche Patientinnen immer wieder in die Klinik einweisen oder ertragen, dass unser Können infrage gestellt wird, weil die Besserung ausbleibt.« (Ende des bearbeiteten Zitats [65])

## Diskussion des Fallbeispiels

Wäre eine solche »Patientenkariere« vermeidbar gewesen oder war der aufgezeigte Verlauf schicksalhaft vorgegeben? Wurde von den zahlreichen involvierten Ärzten die Problematik der Patientin erkannt und wurden – falls erkannt – entsprechende Behandlungsmaßnahmen eingeleitet?

Wesentliche Voraussetzungen, die psychosomatische Dimension einer Erkrankung zu erfassen sind:

- Einfühlsames Zuhören
- Verständnisvolles Fragen
- Vorurteilsloses Akzeptieren des Patienten

Aber: Der Patient (und der Arzt) sagt nicht immer, was er meint, und denkt mitunter etwas anderes, als er sagt. Deshalb gilt es, auch auf die Körpersprache des Patienten und die Art der Verbalisierung zu achten:

- Achten Sie beispielsweise auf sogenannte »vegetative Zeichen« beim Patienten, wie beispielsweise Erröten bei bestimmten Gesprächsinhalten, feuchte kalte Hände beim Kontakt, unsichere leise und zitterige Stimme, angstvolle Blässe, die Körperhaltung usw.
- Achten Sie auf formulierte Körpersprache (»Es schlägt mir auf den Magen«)
- Achten Sie darauf, ob der Patient Blickkontakt vermeidet.

Im weiteren Verlauf des Gespräches sind folgende Aspekte wichtig:

- Die Reaktion des Patienten auf den ersten Eröffnungssatz (»Was führt Sie zu mir?«) bei der ärztlichen Konsultation ist oftmals sehr aufschlussreich.
- Wie stellen die Betroffenen ihre Beschwerden dar? Wird evtl. bagallisiert? Welche Erklärungen werden für die Beschwerden formuliert?

Es kann sich lohnen, diese ersten Sätze voller Hinweise in der Akte festzuhalten.

Verhalten des Arztes:

- Zeigen Sie Empathie und Verständnis.
- Sind in der Anamnese Auffälligkeiten? War der Patient mit dem Anliegen schon bei anderen Ärzten?
- Fragen Sie den Patienten/ die Patientin, eigenen Erklärungen er /sie für die Beschwerden hat und was er/sie von Ihnen wünscht.

Die Herausforderung besteht darin, psychosoziale Faktoren in das Gespräch zu integrieren, ohne eine Abwehrhaltung beim Patienten auszulösen:

- Mögliche Fragen an den Patienten sind: Was gibt/gab es für besondere Belastungen im Leben bzw. im psycho-sozialen Umfeld? Wenn Sie jetzt noch nicht darüber sprechen können, könnten Sie sich vorstellen, zu einem späteren Zeitpunkt mit jemandem darüber zu sprechen?
- Patienten aufklären, dass die somatische Untersuchungen keine ausreichende Erklärung für seine Beschwerden ergeben und deshalb nach weiteren Ursachen gesucht werden muss.

Möglicher typischer Verlauf: Verweigerung der Akzeptanz einer psychosomatischen Diagnose durch den Patienten mit der Folge einer Überbetonung somatischer Beschwerden, die sich aber nicht bessern. Dies kann bis zum sogenannten »Münchhausensyndrom« und zur Entwicklung eines Patienten als »Korrryphänenkiller« und damit zu einem Hamsterrad der vergeblichen somatischen Krankheitsuche mit immer wieder neuen Arztkontakten führen.

### Störungsentstehung

In der Psychotherapie gibt es so viele Störungsentstehungsmodelle wie es Therapieschulen gibt. Es gibt eine beginnende Bewegung hin zu einer »Allgemeinen Psychotherapie«, die sich auf empirisches Störungs- und Veränderungswissen stützt und sich mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen weiterentwickelt [60, 61]. Die Allgemeine Psychotherapie geht als Grundlage der Störungsentstehung von den Grundbedürfnissen des Menschen und deren Erfüllung aus (körperliche Grundbedürfnisse, Bindung, Selbstwert, Kontrolle und Autonomie, Sinn und Orientierung). Gelingt es, diese Grundbedürfnisse gut und nachhaltig zu erfüllen, entsteht psychisches Wohlbefinden. Gelingt dies nicht – aufgrund äußerer Schwierigkeiten und/oder ungünstiger vor allem in der Kindheit erlernter Denk- und Verhaltensmuster, bzw. ungelöster bewusster und unbewusster Konflikte – können psychische Probleme und im weiteren Verlauf psychische Störungen entstehen.

Das Gefühl **Angst** und die Erwartung, eine Situation erfolgreich zu bewältigen, spielen bei der Störungsentstehung eine entscheidende Rolle. Je mehr Angst und je weniger Selbstwirksamkeitserwartungen (d. h. Handlungskompetenz, um eine Aufgabe bewältigen zu können) in einer Situation vorhanden sind, desto mehr Stress entsteht, wobei sich die persönliche Selbstwirksamkeitserwartung auf die Zusammensetzung der sezernierten Stresshormone auswirkt [80]. Dem Umgang mit der auftretenden Angst und den körperlichen Symptomen kommt nun im weiteren Verlauf eine

entscheidende Bedeutung in der Entstehung von psychischen Erkrankungen zu: Die Betroffenen erleben nun die Angst und die körperlichen Symptome selbst als aversiv und versuchen nun gegen diese zu kämpfen. Dabei kann das eigentliche zugrundeliegende Problem aus dem Blickfeld geraten. Dieser Kampf gegen das Symptom führt entgegen der Erwartung nicht zu einer Besserung der Symptome, sondern langfristig zu einer Verstärkung und Aufrechterhaltung der Erkrankung: Durch die Entwicklung von Erwartungsängsten und dem damit verbundenen Vermeidungsverhalten wird das Auftreten der Symptome wahrscheinlicher. Sie treten dadurch öfter und in immer mehr Situationen auf.

Chronische Bedrohung und/oder defizitäre Erfüllung der Grundbedürfnisse, z. B. Selbstwertprobleme und Existenzprobleme, und/oder Konflikte führen zu chronischem Stress, z. B. Abhängigkeit versus Autonomie, Unterwerfung versus Dominanz, Versorgung versus Autarkie, Konflikte zwischen bestimmten Werten und Zielen, die sich gegenseitig ausschließen; Ziele, die gleichzeitig angenehme und unangenehme Aspekte vereinen; Entscheidungen, bei denen alle Optionen unangenehme Folgen haben. Dieser Stress führt dann weiter zu psychosomatischen Symptomen und kann im weiteren Verlauf in psychosomatischen und somatischen Erkrankungen münden. Hierbei spielt es keine Rolle, ob die Bedrohungen nun real oder nur – was weit häufiger ist – virtuell erlebt werden.

- Stressmodell
- Akute Stressreaktion

## Stressmodell

Die psychosomatischen Symptome und Erkrankungen basieren auf akutem und/oder chronischem Stress. Stress kann im Individuum durch objektive Faktoren von außen kommen (Krankheit, starker Lärm, chemische Noxen, Hunger etc.) und durch subjektive innere Bedeutungs- und Bewertungsprozesse (Fehlinterpretationen, dysfunktionale Grundannahmen, Konflikte, innerer Leistungsdruck, mangelnde Abgrenzungsfähigkeit etc.) entstehen. Letztere überwiegen in unserem Kulturkreis. Die ausgeschütteten Stresshormone erzeugen eine Vielzahl von Symptomen und Veränderungen im Körper. Es wird eine akute und eine chronische Stressreaktion unterschieden, die auf unterschiedliche Mechanismen zurückzuführen sind. Im Folgenden werden beide Reaktionstypen als vereinfachte Übersicht dargestellt [81].

## Akute Stressreaktion

Die akute Stressreaktion wird endokrinologisch überwiegend von der Sympathikus-Nebennierenmark-Achse bestimmt. Wenn Zentren im Gehirn eine Situation als gefährlich interpretieren, wird im Hirnstamm Noradrenalin (NA) ausgeschüttet, wodurch einerseits eine direkte Aktivierung des sympathischen Nervensystems und andererseits die Ausschüttung von Adrenalin (A) im Nebennierenmark verursacht wird. Dies hat die folgenden körperlichen Auswirkungen:

- **Atmungssystem:** Bronchienerweiterung, Atemfrequenzsteigerung, Erhöhung der O<sub>2</sub>-Aufnahme
- **Herzkreislaufsystem:** Steigerung der Herzfrequenz, des Herzminutenvolumens und der koronaren Durchblutung, Steigerung der Durchblutung der großen Muskeln, Verringerung der peripheren, intestinalen und der Hautdurch-

blutung, Verbesserung der Energieversorgung von Gehirn, Herz und Muskulatur

- **Muskulatur:** Erhöhung der Grundspannung, Steigerung der Reflexgeschwindigkeit, Erhöhung der Durchblutung
- **Stoffwechsel:** Erhöhung des Blutzuckers durch Glukoneogenese für das Gehirn, Erhöhung des Fettsäurespiegels durch Lipolyse für die Muskeln, katabole Stoffwechsellage, erhöhte Gerinnungsfähigkeit des Blutes
- **Verdauungssystem:** Drosselung des gesamten Verdauungssystems, Abnahme des Speichelflusses
- **Fortpflanzungssystem:** Drosselung der Durchblutung der Sexualorgane, Abnahme der Libido
- **Immunsystem:** Erhöhung der Anzahl und Funktion der Killerzellen (Drosselung nach 30-60 Minuten!)
- **Schmerzsystem:** Senkung der Schmerzempfindlichkeit durch Ausschüttung von Endorphinen (Stressanalgesie)
- **Gehirn:** Bahnung und Stabilisierung bestehender neuronaler Strukturen, Erhöhung der Durchblutung, der Glukoseaufnahme, des Stoffwechsels und neurotroper Substanzen (Wachstumsfaktoren), Synthese von Synapsen: Bewältigungsmuster werden ausgebaut und gespeichert.

Der Organismus stellt sich auf **Kampf** und **Flucht** ein. Jedoch wird diese Reaktion in der zivilisierten Welt kaum noch körperlich ausgenutzt, so dass die Bereitstellung dieser Energie nicht in Bewegung umgesetzt wird. Diese Reaktionen sind reversibel und klingen dementsprechend ab, wenn die Belastung erfolgreich bewältigt wird.

- Stressmodell (Fortsetzung)
- Chronische Stressreaktion

## Chronische Stressreaktion

Wenn die akute Stressphase nicht nachlässt, kommt es zu weiteren Anpassungsvorgängen im Körper. Nun übernimmt die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (H-H-NNR) die Führung. Der Hypothalamus schüttet den Corticotropin-Releasing-Factor (CRF) aus und regt damit die Hypophyse zur Ausschüttung des Adrenocorticotropen Hormons (ACTH) an. Das ACTH wiederum verursacht die Ausschüttung von Kortisol durch die Nebennierenrinde. Das Kortisol führt im Körper zu verschiedenen Veränderungsprozessen:

- **Stoffwechsel:** Senkung der Insulinwirkung mit konsekutivem Hyperinsulinismus und Blutzuckeranstieg
- **Immunsystem:** Immunsuppression mit entsprechenden Folgen (chronische Infekte, Krebsentwicklung etc.). Manche Menschen reagieren mit einer Hemmung der Kortisolbildung, was zur Überaktivierung des Immunsystems und in Folge zu Allergien, Entzündungen und Autoimmunerkrankungen führen kann.
- **Gehirn:** Destabilisierung und Degeneration bestehender Strukturen, Verminderung der Synthese und der neurotrophen Substanzen, Abnahme der Rezeptordichte (Serotonin, Dopamin, NA) führen zu Kommunikationsstörungen zwischen den Neuronen.

Bei anhaltendem Stress kommt es zur weiteren Anpassung an die Anforderungssituation:

- Verstellung des Inneren SOLL-Wertes: z. B. Erhöhung der Grunderregung mit erhöhtem Blutdruck und/oder erhöhter Pulsfrequenz.
- Nichtverbrauch der gestellten Energie und schädigende Stoffwechselprodukte: Glukose, Fettsäuren und Mikrothromben fördern Arteriosklerose und Infarkte.

Im weiteren Verlauf kommt es dann zu einer zunehmenden Erschöpfung des Systems mit

- Verlust der Fähigkeit zur Selbstregulation,
- Elastizitätsverlust der Gefäße, so dass der Blutdruck hoch bleibt,
- verspannten Muskeln, die nicht mehr zu lockern sind und Schmerz verursachen, was wiederum zu mehr Verspannungen führt (Teufelskreis),
- die H-H-NNR-Achse bleibt aktiviert, der Regelkreis verliert seine Funktion.

Die folgenden Symptome können auftreten:

- Energiemangel, chronische Müdigkeit, Schwäche
- Psychosomatische Symptome: Kopf- und Rückenschmerzen, Magen-Darm-Beschwerden, Herz-Kreislaufstörungen, Schlafstörungen
- Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, innere Leere möglicherweise im Wechsel mit Reizbarkeit und Aggressivität
- Abbau kognitiver Leistungen, Negativismus, Sinnlosigkeitserleben, Zynismus
- Soziale Erschöpfung: Andere werden als »Aus-sauger« und Belastung erlebt, sozialer Rückzug (beruflich sowie privat), Empathieverlust.

... → ...

- Chronische Stressreaktion (Fortsetzung)
- Burnout-Syndrom

... → ...

Die folgenden Erkrankungen können verursacht oder verstärkt werden (Auswahl):

- Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit und des Gedächtnisses
- Erschöpfungsdepressionen
- Arteriosklerose, Hirninfarkt, Hypertonie, KHK und Herzinfarkt
- Kopf- und Rückenschmerzen, Fibromyalgie
- Störungen der Verdauung, Magen-Darm-Geschwüre
- Verschlimmerung eines Asthma bronchiale
- Gestörte Glukosetoleranz, Diabetes, erhöhter Cholesterinspiegel
- Verminderte oder erhöhte Immunkompetenz mit chronischen Infekten oder allergischen Reaktionen
- Verringerte Schmerztoleranz, erhöhtes Schmerzerleben
- Libidoverlust, Zyklusstörungen, Impotenz, Störungen der Fertilität

### **Burnout-Syndrom**

Zum Burnout-Syndrom gibt es noch keine einheitliche Definition. Es wurde im Zusammenhang mit chronischer Überarbeitung und Überforderung beschrieben. Die Symptome können in drei wesentliche Symptomkomplexe gegliedert werden:

- Emotionale Erschöpfung
- Zynismus und soziale Distanzierung („innere Kündigung“)
- Verringerte Leistungsfähigkeit

Die beschriebenen Symptome entsprechen den o.g. Symptomen des anhaltenden Stresses. Es kann sich um isolierte Erschöpfungszustände handeln, aber auch zu weiteren psychischen Störungen (v.a. Depressionen) und körperlichen Erkrankungen führen (s.o.). Zur Vertiefung wird das Positionspapier der deutschen Gesellschaft für

Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) empfohlen

(s. Anhang; [www.dgppn.de/Publikationen/stellungnahmen/detailansicht/browse/1/select/stellungnahmen-2012/article/141/Positionspap-1.html](http://www.dgppn.de/Publikationen/stellungnahmen/detailansicht/browse/1/select/stellungnahmen-2012/article/141/Positionspap-1.html))

### **Zusammenfassung**

Psyche und Körper sind untrennbar miteinander verbunden. Die Störungsursache wird in der anhaltenden Bedrohung und/oder in Defiziten der Fähigkeiten zur Erfüllung der Grundbedürfnisse gesehen, was allgemein zu einer Stressreaktion führt und zunächst vorwiegend mit Ängsten und den begleitenden Erregungssymptomen einhergeht. Diese Bedrohungen und Defizite können realer und/oder subjektiver Natur sein. Bleiben sie bestehen, können langfristig psychosomatische Symptome auftreten. Stress verursacht über endokrinologische Anpassungsvorgänge im ZNS und im Körper mannigfaltige Veränderungen. Sind die Folgen von akutem Stress reversibel, schädigt chronischer Stress den Organismus auf verschiedene Art und Weise und produziert damit die verschiedenen Symptome und Erkrankungen. Diese Symptome sind organisch, wenn auch nicht durch eine organische Krankheit verursacht. Die Patienten haben also weder »nichts« noch »nichts Organisches«. Die Ursache der psychosomatischen Symptome und Erkrankungen ist chronischer Stress, dem wiederum emotionale Probleme zugrunde liegen. Die Behandlung adressiert deshalb symptomatisch die körperlichen Veränderungen mit allgemeiner Umstellung der Lebensführung (Sport und Entspannung) und ggf. einer medikamentösen Therapie bei entsprechender Indikation. Schwerpunkt der Behandlung muss aber die Beseitigung der verursachenden psychischen Probleme mit Hilfe von psychotherapeutischen Strategien sein.



## **Aktuelles Klassifikationssystem**

Der folgende Auszug enthält die Diagnoseschlüssel psychischer Störungen des Kapitels F gemäß ICD-10 (International Classification of Diseases) [36]. Die Nomenklatur hat das Ziel, nur Begriffe, die nicht schulenspezifisch oder ätiologisch belegt sind, zu verwenden.

Für den hausärztlichen Bereich ist es wichtig zu wissen, dass in der Diagnostik psychischer Krankheiten Hilfsmittel zur Verfügung stehen (s. Folgeseiten und Anhang), wie

- Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebögen,
- ICD-10-Checklisten,
- strukturierte und standardisierte Interviews.

So soll eine Steigerung der Reliabilität und der Validität dieser klassifikatorischen Diagnosen erreicht werden [79].

## **F10-F19 Psychische und Verhaltensauffälligkeiten durch psychotrope Substanzen**

- F10 Störungen durch Alkohol
- F11 Störungen durch Opiode
- F12 Störungen durch Cannabinoide
- F13 Störungen durch Sedativa und Hypnotika
- F14 Störungen durch Kokain
- F15 Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein
- F16 Störungen durch Halluzinogene
- F17 Störungen durch Tabak
- F18 Störungen durch flüchtige Lösungsmittel
- F19 Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen

## **F30-F39 Affektive Störungen**

- F30 Manische Episode
- F31 Bipolare affektive Störungen
- F32 Depressive Episode
- F33 Rezidivierende depressive Störungen
- F34 Anhaltende affektive Störungen

## **F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen**

- F40 Phobische Störungen
- F41 Sonstige Angststörungen
- F42 Zwangsstörung
- F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- F44 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
- F45 Somatoforme Störungen

## **F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren**

- F50 Essstörungen
- F51 Nichtorganische Schlafstörungen
- F52 Nichtorganische sexuelle Funktionsstörungen
- F54 Psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei anderorts klassifizierten Erkrankungen
- F55 Missbrauch von nicht abhängigkeits-erzeugenden Substanzen

- Diagnostik und Differentialdiagnostik somatischer, psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder

## Diagnostik und Differentialdiagnostik

Die somatische Diagnostik folgt den Leitlinien der entsprechenden Krankheiten. Die psychischen und psychosomatischen Erkrankungen werden mit Hilfe der folgenden Prozeduren diagnostiziert (s. auch Anlagen):

- Erhebung des psychischen Befundes
- Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)  
<http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Materialien-zum-PHQ.6276.0.html>
- Internationale Diagnose Checklisten nach ICD-10 (IDCL)
- Ausgewählte Testverfahren

Psychische Diagnosen sind **keine** Ausschlussdiagnosen. Differentialdiagnostisch müssen immer organische Krankheiten **und** psychische Störungen **positiv** diagnostiziert oder ausgeschlossen werden.

Folgende Typen kommen vor:

- rein somatische Krankheiten,
- rein psychische Störungen,
- somatoforme Störungen,
- psychosomatische Erkrankungen (psychische Ursachen überwiegen) und
- somatopsychische Erkrankungen (somatische Ursachen überwiegen)

Bei einem **ganzheitlichen Ansatz** wird in psychosomatischen Zusammenhängen gedacht und eine entsprechende Diagnostik durchgeführt. Die somatische und psychische Diagnostik erfolgt entweder abhängig von den führenden Beschwerden und Symptomen der Patienten oder falls möglich, **besser parallel**. Ein striktes Nacheinander bei der Diagnostik („erst alles Körperliche ausschließen“) birgt die Gefahr der Somatisierung und Chronifizierung.

- Psychischer Befund
- Hinweise auf akuten und/oder chronischen Stress

## **Psychischer Befund [5]**

- Bewusstsein – klar/vermindert/eingeengt/verschoben
- Orientierung – zeitlich, örtlich, situativ und zur Person orientiert/desorientiert
- Kontakt – freundlich/unfreundlich; zugewandt/abgewandt; kooperativ/unkooperativ
- Aufmerksamkeit und Gedächtnis – Störungen der Auffassung/Konzentration/Merkfähigkeit des Gedächtnisses/Konfabulationen/Paranoiden
- Formale Denkstörungen – umständlich/eingeengt/perseverierend/Grübeln/Gedankenandrängen/ideenflüchtig/Vorbeireden/gesperrt/Gedankenabreißen/inkohärent/zerfahren/Neologismen
- Grundstimmung – euthym/traurig/ängstlich/ärgerlich-gereizt/niedergeschlagen-depressiv
- Schwingungsfähigkeit – normal/eingeschränkt/fehlend
- Pathologische Gedankeninhalte – wahnhaft/Sinnestäuschungen/Ich-Störungen
- Psychomotorik – unruhig/Parakinesien/maniert/bizarrr/theatralisch/mutistisch/logorrhöisch
- Antrieb – arm/gehemmt/gesteigert
- Suizidalität – keine Suizidalität/latente Suizidalität/akute Suizidalität
- Schlafstörungen – Einschlaf-/Durchschlafstörungen/verkürzte Dauer/morgendliches Erwachen/Müdigkeit

- Appetenzstörungen – Appetit vermehrt/vermindert; Durst vermehrt; Libido verstärkt/vermindert
- Andere – Mangel an Krankheitsgefühl/ Krankheitseinsicht; Selbstverletzungen

## **Hinweise auf akuten und/oder chronischen Stress [5]**

- Akute und/oder chronische berufliche Anforderungs- bzw. Überforderungssituation, beispielsweise hoher Arbeitsdruck, Arbeitsplatzunsicherheit, Mobbing, drohende oder eingetretene Arbeitslosigkeit
- Akute und/oder chronische Schwierigkeiten in der Partnerschaft und/oder in der Familie (Konflikte/Verluste)
- Schwellensituationen wie Pubertät, Verlassen des Elternhauses, Eintritt in die Arbeitswelt, berufliche Veränderungen, Umzug, Berentung
- Finanzielle Probleme (Überforderung/drohende Verluste)
- Akute und/oder chronische gesundheitliche Belastungen), auch anderer in der Familie, Todesfälle, abnorme Trauer
- Bekannte psychische bzw. psychosomatische Störungen

- Orientierende diagnostische Fragen in der Hausarztpraxis

## Orientierende diagnostische Fragen in der Hausarztpraxis

Für den hausärztlichen Bereich werden Fragen vorgeschlagen, die bei Verdacht auf Depression, Ängste oder somatoforme Störungen eingesetzt werden können und zur Ermittlung des Bedarfs an psychotherapeutischer Beratung bestimmt sind.

- Gibt es etwas, was sich in den letzten Monaten in Ihrem Leben gegenüber früher verändert hat?
- Gibt es Belastungen am Arbeitsplatz oder in der Familie?
- Gab es ein besonderes Ereignis in Ihrem Leben in den letzten Monaten?
- Gibt es irgendetwas, was Sie besonders beschäftigt?
- Machen Ihnen bestimmte Themen oder Menschen Ihrer Umgebung Sorgen?
- Mit welcher Stimmung wachen Sie morgens auf? Wie entwickelt sie sich im Laufe des Tages?
- Können Sie gut ein- und durchschlafen?
- Würden Sie sagen, dass Sie mit Ihrer Sexualität zufrieden sind?
- Gibt es noch irgendetwas Wichtiges, von dem Sie meinen, dass ich es wissen sollte, um Ihnen helfen zu können?

## Angststörungen

86% der Patienten mit Angststörungen (Generalized Anxiety Disorder, GAD) lassen sich nach Literaturangabe mit zwei Fragen (sog. GAD-2) erkennen [7, 85, 144]:

- Haben Sie sich in den vergangenen zwei Wochen häufig nervös, ängstlich oder gereizt gefühlt?
- Konnten Sie Ihre Sorgen oft nicht kontrollieren?

## Depression

Zur Problematik der psychischen Komorbidität bei chronischen Erkrankungen (z. B. Diabetes, KHK) s. Ausführungen zu den entsprechenden Krankheitsbildern im Folgenden und in der NVL Unipolare Depression [31] und in themenspezifischen hausärztlichen Leitlinien [92, 94].

Für eine Früherkennung auf Depression kann in der Praxis der sehr kurze Selbstbeurteilungsfragebogen (WHO 5 oder WHO 10 [14, 67]) eingesetzt werden.

## Die folgenden drei Fragen haben sich in der Hausarztpraxis als Screeningfragen für depressive Störungen bewährt [6, 8, 40]:

- Haben Sie sich im vergangenen Monat oft niedergeschlagen oder hoffnungslos gefühlt?
- Hatten Sie im letzten Monat häufig wenig Freude bei den Dingen, die Sie tun?
- Benötigen Sie deswegen Hilfe?

Werden die ersten beiden Fragen verneint, kann eine ausgeprägte Depression mit hoher Sicherheit ausgeschlossen werden (Sensitivität von 96%) [40]. Durch die dritte Frage wird die Spezifität des orientierenden Tests erhöht [6, 8].

Liegen Anzeichen für eine Depression vor, so ist immer die Suizidgefährdung des Patienten aktiv anzusprechen. Dem Patienten sollte rechtzeitig eine Mitbehandlung durch einen Spezialisten angeboten werden. Mitbehandlung durch Spezialisten kann sinnvoll sein.

(<http://www.problemkreis-sad.de/downloads/-WHO5.pdf>)

### Testdiagnostik, Checklisten

Die Kenntnis der in der Psychotherapie eingesetzten Fragebögen und Checklisten fördert das Verständnis für das Bemühen um Objektivierbarkeit der Diagnostik von psychischen Auffälligkeiten. Das Copyright verhindert eine Konkretisierung mit Abdruck von Mustern. Zur Darstellung der Aufgabengebiete und der Ziele wird eine Auswahl der über die Testzentrale Göttingen des Hogrefe Verlags (<http://www.testzentrale.de/>) verfügbaren und kostenpflichtigen Checklisten skizziert (s. Anhang).

Als Instrument für das Stellen einer Verdachtsdiagnose eignet sich der im englischsprachigen Raum speziell für die hausärztliche Praxis entwickelte Fragebogen *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)*. Dieser liegt in einer Kurz- und einer Langform vor.

Die erfassten Störungsbilder sind:

- Somatoforme Störungen
- Depressive Störungen
- Angststörungen
- Essstörungen
- Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit
- Hypochondrische Störung
- Posttraumatische Belastungsstörung

Der Fragebogen wurde übersetzt [69, 99] und ist über das Internet verfügbar (<http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Materialien-zum-PHQ.6276.0.htm>).

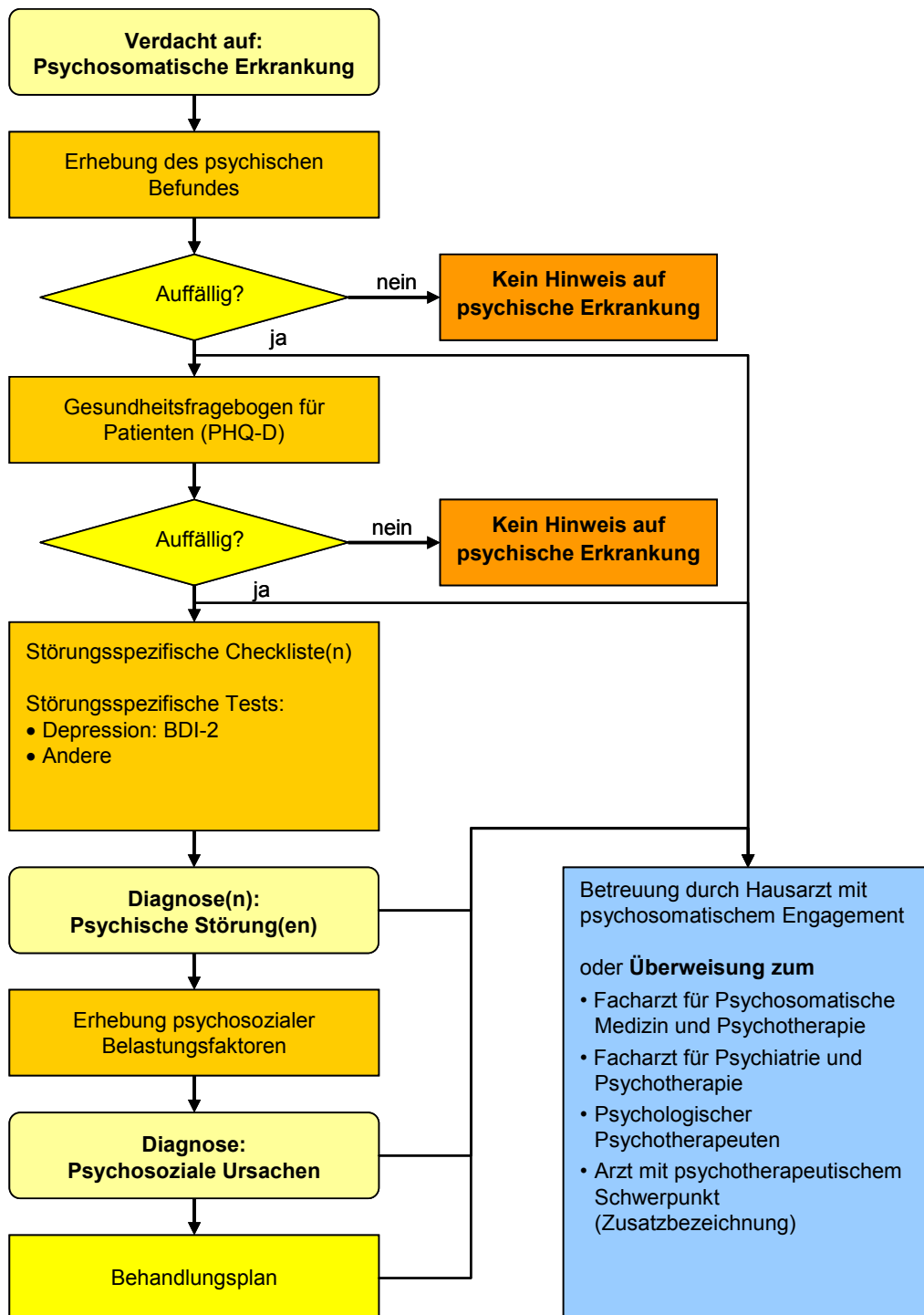
Die Diagnose wird mit Hilfe der ICD-Checklisten (IDCL) gestellt, die die störungsspezifischen Diagnosekriterien und -algorithmen enthalten.

Unterstützt wird die Diagnostik durch etablierte störungsspezifische Fragebögen, z. B.

- **Depressionen** – Beck'sches Depressionsinventar (BDI-2): Der BDI misst das Vorhandensein und die Ausprägung von depressiven Symptomen und dient zur Orientierung auch über den Verlauf depressiver Störungen (s. Anhang).
- **Andere** – Es gibt eine große Anzahl von störungsspezifischen Fragebogentests, die jedoch in der Auswertung oftmals aufwendig sind und zeiteffizient nur mit einer Auswertungssoftware sinnvoll einsetzbar sind. Hier lohnt sich die Überweisung an einen Psychotherapeuten, der umfangreiche Testuntersuchungen anbietet.

Im **Flussdiagramm** (s. folgende Seite) wird die diagnostische Prozedur bei einem Verdacht auf eine psychosomatische Erkrankung dargestellt. Je nach Kenntnissen und Erfahrungen sollte ein kompetenter ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut frühzeitig oder im weiteren Verlauf hinzugezogen werden, um die Diagnose abzusichern. Der Patient wird dann in gemeinsamer Kooperation entsprechend ganzheitlich psychosomatisch behandelt.

Je nach psychosomatischer/-therapeutischer Kompetenz kann eine erforderlich werdende Behandlung auch von einem entsprechend qualifiziert weitergebildeten Hausarzt erfolgen. Entscheidend für die Frage, wer die psychotherapeutische Behandlung übernimmt, sollten die Eignung des Therapeuten und natürlich die Wünsche des Patienten sein.



- Krankheitsauslösende Problembereiche und Beispiele für Fragen

Lebensgeschichten können, wenn sie auf einfache Fakten reduziert werden, oftmals (gewollt oder ungewollt) die wahren Gründe für Veränderungen im Empfinden und Verhalten des Menschen verschleiern. Um die emotionalen und kognitiven Entwicklungen eines Menschen seit seiner Kindheit richtig zu erkennen und zu deuten, ist es wichtig, gezielte Erhebungen zur biographischen Anamnese vorzunehmen und so die Wirkung des bisher gelebten Lebens auf die subjektive Wahrnehmung und die daraufhin entstandenen individuellen Reaktionen in Psyche und Soma verstehen zu lernen.

Zu den wesentlichen Gesichtspunkten einer biographischen Anamnese gehören die sogenannten **krankheitsauslösenden Problembereiche**

- Partnerwahl, Bindungsverhalten und Familienleben
- Herkunftsfamilie; Dreigenerationenkonzept
- Berufsprobleme, Arbeits-, Lern- und Leistungsverhalten
- Besitzverhältnisse
- Umgebender soziokultureller Raum
- Gruppenzugehörigkeit (religiöse, nationale, politische, künstlerische usw.)
- Fähigkeiten und Fertigkeiten, die als Ressourcen genutzt werden können, einzuschätzen.

Diese Bereiche wurden im Einzelnen ausführlich von Dührssen dargestellt [42] und können mit folgenden Fragen erhoben werden:

- Partnerwahl, Bindungsverhalten und Familienleben: Mit wem leben Sie zusammen in einem Haushalt? Wie lange leben Sie im eigenen Haushalt zusammen, ggf. wie lange getrennt? Wer lebt noch in der Wohnung, im Haus?
- Die Herkunftsfamilie, das Dreigenerationenkonzept [86], ggfs. ausführliche Darstellung der

persönlichen Entwicklung in der Familie (Beziehung zu Mutter, Vater, Geschwistern), in der Schule, in der Ausbildung, dabei Verhalten der Eltern, der Ausbilder usw. erfragen. Wie haben Sie sich dabei gefühlt? Waren Sie in der Gruppe integriert oder waren Sie eher Außenseiter, warum?

- Haben Sie als Kind Zeiten der Trennung von der Mutter, der Familie (z. B. durch Krankenhausaufenthalte) erlebt? Haben Sie traumatische Erfahrungen machen müssen (Gewalt, Missbrauch)? Darf ich dazu Fragen stellen?
- Welchen Schulabschluss haben Sie? Was haben Sie danach gemacht?
- Berufsprobleme, Arbeits-, Lern- und Leistungsverhalten: Was machen Sie beruflich? Seit wann? Gibt es Probleme dabei? Welche? Haben Andere diese Probleme auch?
- Besitzverhältnisse: Mietwohnung oder Eigenheim? Wie ist die finanzielle Situation?
- Der umgebende soziokulturelle Raum: Haben Sie einen Bekannten-, Freundeskreis? Haben Sie enge Freunde (wie viele?), mit denen Sie über Persönliches sprechen? Treffen Sie sich regelmäßig mit diesen? Oder ziehen Sie sich zurück? Warum? Was machen Sie in der Freizeit: Hobbys, andere Interessen?
- Gruppenzugehörigkeit (religiöse, nationale, politische, künstlerische, sportliche usw.). Wie engagiert nehmen Sie an Gruppenaktivitäten teil?
- Klärung der Sexualanamnese: nur wenn relevant: Erstkontakte, Zahl der wichtigen Partnerschaften, Orientierung, derzeitige Situation: Singledasein, ggf. nach Scheidung (wann?), nach Verlust des Partners (wann?), Ehe (seit/bis wann? Zufriedenheit mit der Partnerschaft oder Ehe?)

... → ...

## ➤ Krankheitsauslösenden Problembereiche (Fortsetzung)

... → ...

Zur Klärung der Krankheitsanamnese:

- Wann ist das Problem erstmalig aufgetreten?
- Was geschah davor? Was war ein Jahr zuvor?
- Können Sie mir die damalige Situation genauer schildern?
- Wann geschah das erneut?
- Wie ging es dann weiter?
- Wie erklären Sie sich den Verlauf?
- Wie haben Familienmitglieder, Freunde, Ärzte sich das erklärt?
- Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung (warum, wo, wann, wie lange)? Hat Ihnen das geholfen?

Zur Klärung einer Suchtanamnese:

- Wieviel rauchen Sie? Was?
- Welchen Alkohol nehmen Sie zu sich, bei welchen Anlässen oder regelmäßig, wieviel?
- Wieviel Kaffee trinken Sie am Tag, weswegen?
- Welche Medikamente nehmen Sie ein, regelmäßig, wann und wie oft am Tag?
- Essen Sie bei »Stress«, aus Frust, was, wieviel, wie oft? Tun Sie dies zur Entspannung, zur Beruhigung, zur Umstimmung? Wann geschah dies das letzte Mal?

- Nehmen Sie sogenannte leichte Drogen (Cannabis, aber auch Hypnotika, Sedativa, Analgetika) ein, wie viel, wie oft, warum? Nehmen Sie »harte Drogen« (Amphetamine, Ecstasy, Kokain, Heroin und andere) ein (wie viel, wie oft, warum, seit wann)? Wie ist der Einnahmeweg (Schniefen, Schlucken, Spritzen)?
- Haben Sie bisher eine suchtmmedizinische Betreuung benötigt (welche, wo, wann zuletzt, wie lange)?

Bei Abusus und/oder Abhängigkeit ist eine spezielle gezielte Suchtanamnese mit Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach stationärer Entgiftung eine länger dauernde suchtmmedizinische Spezialbehandlung erforderlich. Da Suchtkranke sehr häufig psychosomatische Krankheitsbilder zeigen, ist deren Mitbehandlung notwendig.

Erkrankungen werden als psychogen charakterisiert, wenn man einen schlüssigen Zusammenhang zwischen der vorgefundenen Persönlichkeit, der zugehörigen auslösenden Lebenssituation und den vorliegenden Krankheitszeichen gefunden hat, oder wenn deutlich geworden ist, dass die psychische Dynamik so dauerhaft wirksam ist, dass die Krankheit nicht ausheilen und die Beschwerden nicht abklingen können.



- » Welche körperlichen Symptome werden vom Patienten dargeboten?

## Somatisierung

Somatoform bedeutet, dass die vorhandenen körperlichen Beschwerden somatische Krankheiten nachformen [50].

## Somatoforme Störungen, F45.- nach ICD 10 [36, 37]

Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.

Die Kriterien für eine Somatisierung sind [50]:

- Der Patient ist durch körperliche Beschwerden belastet, für die keine ausreichende organische Ursache gefunden werden konnte.
- Der Patient glaubt, dass diese körperlichen Beschwerden Ausdruck einer organischen Erkrankung sind.
- Der Patient sucht Hilfe für seine Beschwerden bei primär somatisch ausgebildeten Ärzten.
- Die körperlichen Beschwerden stehen in Zusammenhang mit aktuellen oder zurückliegenden psychischen und sozialen Belastungen.

## Welche körperlichen Symptome werden vom Patienten dargeboten?

Von somatoformen Symptomen kann jeder Körperteil und jedes Organsystem betroffen sein. »Meistens bestehen 4-6 solcher Symptome gleichzeitig oder sind in den letzten 1-2 Jahren aufgetreten. In Einzelfällen werden bis über 20 verschiedene Körpersymptome ohne ausreichenden Organbefund geschildert. Am häufigsten handelt es sich dabei um **Schmerzen** unterschiedlichster Lokalisation« (s. nachfolgende Tab.) [50].

## Körperliche Beschwerden im Rahmen funktioneller Erkrankungen [mod. nach 50, 155]

Organbereich/ Funktionsstörung	Symptome
<b>Allgemeinsymptome</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abgeschlagenheit, Leistungsknick, außergewöhnliche Müdigkeit, Schweißausbrüche, Hitzewallungen, Schlafstörungen, Essstörung, Kreislaufbeschwerden, Konzentrationsstörung, Gedächtnisstörungen</li> </ul>
<b>Thorakale Beschwerden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Herzrasen oder Herzstolpern, Druckgefühl in der Herzgegend</li> <li>Atmungsstörungen z. B. Hyperventilieren</li> <li>Globusgefühl, Dysphagie, retrosternale Schmerzen</li> </ul>
<b>Abdominale Beschwerden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aerophagie, Meteorismus, Schluckauf, postprandiale dyspeptische Beschwerden, Völlegefühl, vermehrtes Aufstoßen, Sodbrennen</li> <li>Flatulenz, Diarrhöen, häufiger Stuhldrang, Obstipation, Pruritus ani</li> <li>Übelkeit, Druckgefühl, Kribbeln im Bauch, Erbrechen, Appetitverlust, Speisunenverträglichkeit, schlechter Geschmack im Mund oder stark belegte Zunge, Mundtrockenheit, Zungenbrennen</li> </ul>
<b>Nervensystem und Sinnesorgane</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Lähmungen, Muskelschwäche, Schwierigkeiten beim Schlucken oder Kloßgefühl, Flüsterstimme oder Stimmverlust, Sinnestäuschungen, Verlust von Berührungs- oder Schmerzempfindungen, unangenehme Kribbelempfindungen, Doppelbilder, Ohrgeräusche, Verlust des Hörvermögens, Krampfanfälle, Gedächtnisverlust, Bewusstlosigkeit</li> </ul>
<b>Muskuloskelettal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arthritische Beschwerden, WS-Syndrome, Verkrampfungen, Verspannungen, ticartige Erscheinungen</li> </ul>
<b>Urogenitalsystem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Miktionsbeschwerden, häufiges Wasserlassen, Harnverhaltung, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr,</li> </ul>
<b>- beim Mann</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pruritus, funktionelle Sexualstörungen, Impotenz oder Störungen des Samenergusses</li> </ul>
<b>- bei der Frau</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pruritus, schmerzhafte und unregelmäßige Regelblutungen, ungewöhnlicher oder verstärkter Ausfluss, sexuelle Gleichgültigkeit, unangenehme Empfindungen im oder am Genitalbereich, funktionelle Sexualstörungen</li> </ul>
<b>Schmerzen unterschiedlichster Lokalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerzen im Kopf- oder Gesichtsbereich, Magen-Darm-Bereich, Rücken, in Gelenken, in Armen oder Beinen, Brustschmerzen</li> </ul>

- Somatoforme Störung
- Fallbeispiel 2: Magenkrämpfe

## Fallbeispiel 2: Magenkrämpfe

»Herr S., 34 Jahre, wurde bereits mehrfach wegen heftigster krampfartiger Bauchschmerzen stationär in der inneren Abteilung eines Kreiskrankenhauses aufgenommen. Alle diagnostischen Maßnahmen blieben ohne pathologischen organischen Befund. Eine Behandlung mit Säureblockern brachte keine Besserung. Die Beschwerden traten mit einem Führungswechsel in der Firma auf. Seither ist dort eine unangenehme Stimmung. Selber in leitender Position, fühle er sich zwischen Leitung und Mitarbeitern hin- und hergerissen. »Ich bin aus dem Lot gekommen«. Neben Übelkeit, Erbrechen und krampfartigen Oberbauchschmerzen klagt der Patient über Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Appetitverlust, Unruhe, Anspannung und Angstgefühle: »Ich vertraue meinem Körper nicht mehr. Ich fühle mich elementar verunsichert«.

Nach mehreren Gesprächen war der Patient zu einer stationären Behandlung in einer psychotherapeutischen Klinik bereit« [50].

**Kommentar:** An diesem Beispiel zeigt sich:

- Typisch: wiederholte Diagnostik, lange bestehende Beschwerden,
- hoher Leidensdruck,
- der Patient hat sich dem Hausarzt gegenüber geöffnet und über seine berufliche Situation gesprochen,
- Bereitschaft zur Therapie,
- Herausforderung: Verkürzung des Leidensweges durch frühzeitige Diagnostik im psychosozialen Bereich.

Ca 30% aller Patienten im hausärztlichen Bereich leiden unter psychosomatischen Erkrankungen [156].

- Ausgestaltung der Patientenbeschwerden
- Handlungsvorschlag

Die Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen gilt als schwierig. Die Patienten erklären sich ihre Beschwerden durch eine noch nicht entdeckte körperliche Erkrankung und sind gegenüber psychosomatischen Erklärungsversuchen abwehrend [50].

Eine am jeweiligen organbezogenen Leitsyndrom orientierte Klassifizierung somatoformer Körperbeschwerden (als sogenannte »funktionelle Symptome«) entstigmatisiert die Patienten von der Vorstellung einer »Psycho-Krankheit« [128], birgt jedoch die »Gefahr von diagnostischen Scheuklappen« [79] in sich, da der Arzt dann die regelhafte Überlappung funktioneller Symptome untereinander sowie mit Angst und Depression nicht im Blick hat.

Die Ausgestaltung der Beschwerden ist zur Diagnostik der Zusammenhänge hilfreich [79]: Auffälligkeiten bei organisch nicht ausreichend erklärbaren Beschwerden sind diagnostisch wichtig.

Zu beachten sind:

- Zahl und Organverteilung der Beschwerden
- die Beschwerdetypen – z. B. Schmerz
- Funktionsstörung
- Erschöpfung
- der zeitliche Verlauf

Eine Vielzahl diffuser Beschwerden ohne greifbare organische Ursache sollte den Verdacht auf eine psychosomatische Erkrankung lenken.

## Wichtige Fragen an den Patienten

- »Was glauben Sie, ist die Ursache Ihrer Beschwerden?«
- Nach möglichen psychosozialen Ursachen als mögliche Beschwerdeursachen fragen (»Stress, Nerven, Belastungen«). Die Antwort kann Hinweise geben, ob der Patient für eine psychosomatische Erklärung (und eventuelle Behandlung) offen ist, oder im Gegenteil anhaltend weitere somatische Diagnostik und Therapie anstrebt.
- Fragen nach Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Nervosität und/oder Angstzuständen. Diese sind häufig mit psychosomatischen Beschwerden verbunden. Hier kann eine weiterführende Diagnostik erforderlich werden, um **Angststörungen** und/oder **Depressionen** zu erkennen und zu behandeln. Hierbei ist der zeitliche Verlauf mit den Beschwerden abzuklären, um Zusammenhänge zu erkennen oder auszuschließen.

Bei ausgeprägten somatoformen Beschwerden verstärkt sich ein dysfunktionales Krankheitsverhalten. Einerseits werden in den Therapeuten überzogene Hoffnung auf Linderung gesetzt, andererseits kommt es bei Nichterfüllen dieser Hoffnung zu großen Enttäuschungen und damit zum »Doktor-Hopping«, oft mit inkompatiblen Parallel-Behandlungen, von denen der einzelne Therapeut nichts erfährt. Arzt und Patient werden gleichermaßen voneinander enttäuscht (»Beziehungskrise im Gesundheitswesen«).

### **Behandlungskonzept [50]**

Das Behandlungskonzept basiert auf einer ärztlichen Grundhaltung, die folgende Elemente enthält: Geduld, Gelassenheit und das Wissen um die Begrenztheit der therapeutischen Möglichkeiten. Die Beschwerden des Patienten sollten in ein umfassendes bio-psycho-soziales Behandlungskonzept eingebettet werden, um eine vorschnelle Verknüpfung mit offensichtlichen psychosozialen Belastungen zu vermeiden.

So sind beispielsweise im Alter auftretende Persönlichkeitsveränderungen dringend hinsichtlich hirnorganischer oder anderer somatischer Störungen abzuklären, auch wenn sich psychosoziale Belastungsfaktoren – wie beispielsweise Pensionierung, Verlust von Angehörigen – als Erklärung anbieten.

Die einzelnen Behandlungsschritte sind stufenweise aufgebaut. Die **erste Stufe** umfasst die psychosoziale Anamnese, das Eingehen auf das subjektive Krankheitsverständnis und eine adäquate Rückmeldung der Untersuchungsergebnisse.

In der **zweiten Stufe** versucht der Arzt mit dem Patienten ein gemeinsames Krankheitsverständnis zu entwickeln, das auch psychosomatische Aspekte einschließt. Diese Phase wird durch ein Symptomtagebuch und Entspannungsverfahren ergänzt.

In der **dritten Stufe** werden Zusammenhänge zwischen belastenden Lebensereignissen und dem Auftreten der körperlichen Beschwerden eruiert und alternative Verhaltensweisen zur Reduktion von psychosozialen Belastungen entwickelt.

Sollte sich während der **hausärztlichen Gespräche** die Diagnose einer schweren Angststörung oder Depression bestätigen oder kommen schwere Traumatisierungen in der Vorgeschichte zur Sprache, so ist spätestens zu diesem Zeitpunkt die Überweisung in eine ambulante oder stationäre psychotherapeutisch/psychiatrische Behandlung indiziert [50].

- Nicht-ulzeröse Dyspepsie
- Reizdarm (Reizdarm-Syndrom, Colon irritabile, Irritable-Bowel-Syndrome)

Anhaltende Verdauungsstörungen und Bauchbeschwerden für die sich trotz angemessener Untersuchung kein organisches Korrelat (wie z. B. Entzündungen) findet, werden als funktionelle Störungen des oberen oder des unteren Verdauungstraktes bezeichnet.

## **Nicht-ulzeröse Dyspepsie**

Bei nicht-ulzeröser Dyspepsie (NUD, syn. Funktionelle Dyspepsie, Reizmagen, nervöser Magen, Oberbauchsyndrom) werden Übelkeit und Schmerzen im Oberbauch trotz negativer somatischer Bauchbefunde beklagt. Zur Fahndung nach Alarmzeichen und zur Abgrenzung von Refluxösophagitis, Lactoseintoleranz, Nahrungsmittelunverträglichkeit sowie Helicobacter-pylori-Diagnostik s. Leitlinien der Inneren Medizin [18],

## **Reizdarm [32]**

Das Reizdarm-Syndrom ist häufig und soll je nach Definition 9-12% der Bevölkerung betreffen. In gastroenterologischen Ambulanzen oder Praxen können bis zur Hälfte der Patienten hierzu gezählt werden [79]. Frauen sind etwas häufiger betroffen [32].

Der Reizdarm ist charakterisiert durch Bauchschmerzen, die sich nach Stuhlgang bessern mit initialem Wechsel der Stuhlfrequenz bei ausgeschlossenen entzündlichen Darmerkrankungen. Auch wenn bei Reizdarm anamnestisch eine Nahrungsmittelunverträglichkeit besteht, ist die diätetische Behandlung meist erfolglos [131]. Wenn der Bauchschmerz ganz im Vordergrund steht, muss auch an eine Schmerzstörung gedacht werden, die psychotherapeutisch/psychiatrisch behandelt werden kann.

Für die Diagnostik sind nach Ausschluss somatischer Ursachen die organischen Zeichen einer autonomen vegetativen Stimulierung (wie Herzklopfen, Schwitzen, Hitzewallungen usw.) wichtig

sowie eine anhaltende, auf Magen und Darm bezogene organische Ursachenüberzeugung des Patienten. Außerdem ist die gleichzeitige Beobachtung auch anderer psychosomatischer Beschwerden bedeutsam [79, 120].

Bei Patienten, die über Symptome eines Reizdarm-Syndroms klagen, findet sich eine familiäre Häufung, das Krankheitsbild ist aber eher auf Umweltfaktoren oder erlernte Verhaltensweisen als auf genetische Faktoren zurückzuführen [118] (auffallend ist, dass 70-80% der Patienten mit einer Fibromyalgie die typischen Reizdarmsymptome aufweisen).

Bezüglich der Medikation sind der Leitliniengruppe keine evidenzbasierten Studien bekannt.

- Symptomorientierte Medikamente (H<sub>2</sub>-Antagonisten, PPI, Prokinetika) sind wegen fraglicher Wirkung und möglicher Nebenwirkungen nicht indiziert.
- Placebos können in 20-50% der Fälle helfen.
- Trizyklische Antidepressiva können mitunter wirken, auch wenn keine Depression vorliegt [79].
- Spasmolytika helfen wenig bei Schmerzen und auch nicht gegen Stuhlnormregelmäßigkeiten.
- Einnahme von Ballaststoffen helfen gegen Verstopfung, nicht gegen Schmerzen und können Durchfallsymptome ggf. verschlimmern.

Der Nachteil einer medikamentösen Therapie ist die Fixierung der Vorstellung des Patienten, an einer organischen Erkrankung zu leiden, was den Blick auf die Beschwerde- und Belastungszusammenhänge verstellt. Körperorientierte Maßnahmen und Entspannungsverfahren können helfen. Psychotherapie ist indiziert, wenn durch Aufklärung über die Beschwerdeursachen und sonstigen Maßnahmen keine Besserung erreicht wird, wenn sich umfangreiche körperliche und psychische Beschwerden zeigen und besonders, wenn erhebliche psychosoziale Belastungen vorliegen.

- Herzphobie (ohne organische Ursachen)
- Fallbeispiel 3: Herzrasen

## Herzphobie (syn. Herzanxiety, Herzneurose)

Funktionelle Störungen des kardiovaskulären Systems sind definiert durch wiederkehrende, flüchtige Schmerzen und andere Beschwerden wie Herzstolpern, Herzrasen oder auch Schwindel, die vom Betroffenen als Ausdruck einer Herzerkrankung erlebt werden, ohne dass sich bei angemessener ärztlicher Untersuchung eine entsprechende Erkrankung des Herzens oder anderer Thoraxorgane (z. B. des Ösophagus) strukturell nachweisen lässt. Anders als im Rettungsdienst (69%) oder in der Notfallambulanz (45%) hat akuter Brustschmerz in der hausärztlichen Versorgung nur in 20% der Fälle eine kardiale Ursache [41, 110].

Differentialdiagnostisch ist der Ausschluss einer Angst- und Panikstörung wichtig, denn auch hier sind herzbezogene psychosomatische Symptome häufig. Zur Abgrenzung von Panikstörung und funktionellen Herzbeschwerden gilt:

- Eine Panikstörung liegt vor, wenn anfallsartige »Herzbeschwerden« mit anderen vegetativen und psychischen Begleitsymptomen auftreten und diese sich wiederholen.
- Bei kontinuierlichen »Herzbeschwerden« außerhalb von Panikattacken ist eine funktionelle Störung des kardiovaskulären Systems gegeben, auch i.S. einer autonomen somatoformen Funktionsstörung.
- Wenn »Herzbeschwerden« sowohl bei Panikattacken als auch ohne diese auftreten, muss eine Komorbidität angenommen werden. Wenn die Angst vor Bestehen einer Herzerkrankung mit einer starken Ursachenüberzeugung dominiert, muss auch an eine Angststörung gedacht werden.

## Fallbeispiel 3: Herzrasen

»Die 18-jährige Frau W. wurde bereits mehrfach notfallmäßig in verschiedenen Krankenhäusern der

Stadt wegen plötzlich auftretender linksthorakaler Beschwerden, des Gefühls von Herzrasen, Angst und Unruhezuständen stationär aufgenommen.

Von den Aufnahmeärzten wurde jedesmal auch eine deutliche Hyperventilation beschrieben. Die Patientin lebt mit Mutter, Stiefvater und 2 Halbschwestern im gemeinsamen Haushalt. Vom leiblichen Vater trennte sich die Mutter, als die Patientin 2 Jahre alt war. Erinnerunglich ist der Patientin eine Ablösungskrise im Kindergarten. Häufige Umzüge erschwerten es ihr, längerfristige Kontakte zu Gleichaltrigen aufzubauen. Ein Autounfall ihrer Eltern, 2 Monate vor Auftreten der Beschwerden, lösen bis heute bei ihr abendliche Verlustängste aus. Der Beginn der Symptomatik stand im zeitlichen Zusammenhang mit ihrem 18. Geburtstag und dem Erwerb des Führerscheins. In mehrwöchigen Gesprächen in der psychosomatischen Ambulanz, teilweise unter Einbeziehung der Eltern, gelang es langsam, ein psychosomatisches Krankheitsverständnis bei der Patientin zu entwickeln und sie für eine psychosomatische Behandlung zu motivieren« [50].

## Kommentar: Was zeigt das Beispiel?

- Somatische Abklärung und mehrfache Klinikaufenthalte ergaben keinen Hinweis auf eine kardiale Erkrankung.
- Fixierung auf Organbeschwerden: Wunsch nach wiederholten Untersuchungen zum Anlass nehmen, um Patienten für psychologische Faktoren zu sensibilisieren und eine Therapie einzuleiten. Gefahr: EKG als Ritual, das die Fixierung auf die Organbeschwerden fördert.
- Suche nach psychischem Trauma (ursprüngliches Trauma nicht mehr Erinnerung, Verdrängung der Leidensgeschichte) durch die psychosoziale Anamnese (z. B. Verlustängste, unbearbeitete Selbstwertprobleme).

- Risikofaktoren für die Entwicklung einer KHK
- Orientierende Fragen auf Depressivität bei KHK

## Risikofaktoren für die Entwicklung einer KHK

Psychosoziale Faktoren gehören zu den beeinflussbaren Risikofaktoren einer KHK.

### Psychosozialer Stress ... [1, 2]

- ist ein signifikanter Risikofaktor für die Entwicklung einer KHK,
- kann akute kardiale Ereignisse auslösen,
- ist mit spezifischen pathophysiologischen Prozessen und riskantem Verhalten verknüpft,
- führt zu Barrieren in der Verhaltensumstellung,
- ist bei kardiologischen Patienten häufig,
- ist häufig durch kardiale Symptome maskiert.

### Psychosoziale Risikofaktoren bei KHK [3, 59] (zitiert aus [4])

- Niedriger sozioökonomischer Status (geringe Schulbildung, ungelernte Arbeit, ungünstige Wohnlagen)
- Soziale Isolation oder Mangel an sozialer Unterstützung (Verlust des Partners, Mangel an vertrauten, hilfreichen Personen)
- Psychosozialer Stress am Arbeitsplatz [26, 46, 137] oder in der Familie: Dysbalance zwischen Anforderungen und Kontrolle; Perfektionismus, Gratifikationskrisen (Anerkennungsverweigerung), chronische Konflikte mit dem Partner
- Feindseligkeit (chronisches Misstrauen, Neigung zu Ärger)
- Depressivität

»Depressivität ist bei KHK häufig (ca. 25%) und verdoppelt das kardiovaskuläre Risiko. Depressivität wird bei höchstens 1/4 - 1/3 der Betroffenen identifiziert; noch weniger werden adäquat behandelt. Psychosoziale und medikamentöse Interventionen können depressive Symptome verbessern; eine Lebensverlängerung ist noch nicht nachgewiesen [4]«.

**Hinweis:** Bei KHK-Patienten auf Depression achten, bei depressiven Patienten das KHK-Risiko beachten!

### Orientierende Fragen auf Depressivität bei KHK [3, 17, 59] zitiert aus [4]

- Was sind Sie von Beruf/was haben Sie für eine Position? Haben Sie Probleme an Ihrem Arbeitsplatz?
- Haben Sie Personen, auf deren Unterstützung Sie zählen können?
- Fühlen Sie sich den Anforderungen ihrer Arbeit gewachsen?
- Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrem Partner oder in der Familie?
- Fühlen Sie sich häufig ärgerlich und angespannt?

Einfache Fragen sind gut geeignet und sollten routinemäßig eingesetzt werden:

- Fühlen Sie sich häufiger niedergeschlagen und hoffnungslos?
- Haben Sie Interesse und Freude am Leben verloren?

Für ein Erkennen der Depression hat sich der kurze Selbstbeurteilungsfragebogen (WHO 5 oder WHO 10) bewährt [14, 67]. Liegen Anzeichen für eine Depression vor, so ist immer die Suizidgefährdung des Patienten aktiv anzusprechen. Konsil und Mitbehandlung durch Spezialisten ist sinnvoll (<http://www.problemkreis-sad.de/downloads/WHO5.pdf>). Die Reduktion von psychosozialen Stress gehört zu den nichtmedikamentösen Maßnahmen der Therapie der stabilen Angina pectoris und der asymptotischen koronaren Herzkrankheit. Bei Patienten mit Depression, fehlendem sozialen und emotionalen Rückhalt können ggf. unterstützende psychotherapeutische und/oder medikamentöse Maßnahmen hilfreich sein [93].



- Herzinfarkt
- Fallbeispiel 4: Wiedereingliederung nach Herzinfarkt

## Herzinfarkt

Ein Patient nach Herzinfarkt muss sich mit vielfältigen Verlusten auseinandersetzen, die den Hauptgrund für seine depressive Symptomatik ausmachen können [50, S. 285]:

- Verlust von Autonomie,
- Verlust von körperlicher Unversehrtheit und Leistungsfähigkeit,
- Einbuße an Lebensqualität und Infragestellung bisheriger Gewohnheiten und Lebensformen,
- Verlust von sozialem Status, von Anerkennung und evtl. des Arbeitsplatzes,
- vermindertes Selbstwertgefühl mit reduzierten Kompensationsmöglichkeiten.

## Mögliche psychosomatische Probleme im Langzeitverlauf nach Herzinfarkt [50]

- Allgemeine emotionale Labilität mit Reizbarkeit, Aggressivität, Ruhelosigkeit und geringer Frustrationstoleranz
- Vermehrte Selbstbeobachtung und Grübeleien, Schonung und Vermeidungstendenzen, z. B. sozialer Rückzug
- Anspannung und Angst, vor allem in Bezug auf bleibende oder fortschreitende Behinderung, Reinfarkt und plötzlichen Herztod
- Depression
- Kognitive Beeinträchtigungen wie Störung des Erinnerungsvermögens und mangelnde Konzentrationsfähigkeit
- Psychosomatische Symptome wie Schwäche und verminderte Vitalität, Angst vor Sexualität, Brustschmerzen, Atemnot und gastrointestinale Symptome ohne ausreichenden organischen Befund

## Fallbeispiel 4: Wiedereingliederung nach Herzinfarkt

»Die 54-jährige Frau A. S. hatte einen Herzinfarkt erlitten, wirkte sehr ängstlich und voller Selbstzweifel. Im Gespräch mit dem Stationsarzt berichtete sie über starke Ängste in Bezug auf ihr Herz und einen weiteren Herzinfarkt. Der weitere Verlauf des Gesprächs drehte sich jedoch um einen chronischen Ehekonflikt. Sie sei eine eher gesellige Person, nehme auch gern am Leben teil, ihr Mann zügle sie aber permanent. Zeitweise habe er sie auch geschlagen. Sie traue sich praktisch nicht mehr richtig, ihr Leben zu leben, fühle sich permanent eingegrenzt und in ihrer Freiheit eingeschränkt. Sie befürchte, durch den Herzinfarkt nun noch mehr zu Hause bleiben zu müssen. Eigentlich wäre sie gerne wieder berufstätig. Es gehe ihr nicht um die Tätigkeit, aber sie sei gerne unter Leuten, möchte nicht den ganzen Tag zu Hause sitzen. Nachdem sie sich ihre Ängste von der Seele geredet hatte, fühlte sie sich wieder freier und lächelte den Stationsarzt an. Zwei Tage später saß sie wiederum sehr niedergeschlagen und traurig in ihrem Bett. Ein erneutes Gespräch über ihre Lebenssituation, die anstehende Anschlussheilbehandlung und ihre insgesamt positiven Aussichten auf eine ausreichende Wiederherstellung ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit stabilisierten ihr psychisches Befinden erneut. Sie hat auch gerne die Empfehlung, am Heimatort einen Psychotherapeuten aufzusuchen, angenommen. Bei der Entlassung betonte sie noch einmal gegenüber ihren Mitpatienten und dem Pflegeteam, wie gut ihr die Gespräche mit dem Stationsarzt getan hätten und dass sie jetzt optimistischer in die Zukunft blicke. Mit einem ansonsten seltenen Lächeln hatte sie sich von den Behandlern und ihren Mitpatienten verabschiedet« [50].

- Herzinfarkt (Fortsetzung)
- Fallbeispiel 5: Akutes Koronarsyndrom

## Fallbeispiel 5: Akutes Koronarsyndrom

Die 49-jährige Patientin ist Friseurin im eigenen geerbten Salon. Sie ist glücklich verheiratet und Mutter zweier Kinder. Sie ist sehr sportlich. Rauchen ist ihr einziger Risikofaktor.

Um 7 Uhr morgens an einem Donnerstag wird sie vom Hausarzt mit akutem Koronarsyndrom mit dem Notarztwagen in die Klinik eingewiesen. Da EKG und Enzyme normal sind, deutet man ihr an, die Überwachung bei weiterer Symptomlosigkeit gegen 12 Uhr zu beenden und sie nach Hause zu entlassen.

Noch in der Klinik folgt um 11.30 Uhr ein schwerer Angina pectoris Anfall. Im Katheterlabor kann ein Gefäß im letzten Augenblick dilatiert werden. Von Donnerstag bis Montag bleibt die Patientin ohne Stationsarzt und ärztliches Gespräch. Am Dienstag wird sie bei einer Echokardiographie arrogant und herablassend behandelt. Jetzt ist ihre Geduld zu Ende. Sie wünscht dem Arzt, der sie so unfreundlich behandelt hat, auch einen Herzinfarkt in bester Lebensphase. Sie fühlt sich in ihrer Krankheit allein gelassen. Tief enttäuscht und deprimiert wird sie entlassen.

Auch nach der Reha-Maßnahme fühlt sie sich noch gebrochen und alt, da sie immer noch nicht versteht, warum gerade ihr dieses Ereignis passiert ist. Sie wird einem Psychotherapeuten vorgestellt.

Die Therapie, der eigene Salon mit ihren mitfühlenden Kunden und der einfühlsame Ehemann verhindern eine chronische Depression nach dieser Lebenskrise.

## Kommentar zu den Fallbeispielen 4 und 5

- Schwere narzistische Kränkung (Herzinfarkt im besten Lebensalter)
- Eine iatrogene Kränkung (»zunächst unzureichende Behandlung«)
- Unbewusster Kränkungseffekt durch den Wiederholungseffekt
- Zur Krankheitsbewältigung und -annahme gehört das Bewusstsein für eine eingeschränkte »restitutio ad integrum«
- Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion
- Mangelnde Krankheitsverarbeitung
- Behandlung darf sich nicht in der Verordnung von Medikamenten erschöpfen (z. B. Antidepressiva).
- Zuhören und geduldiges wiederholtes Eingehen auf die Probleme des Patienten sind erforderlich.
- Hilfestellung für individuelle Krankheitsverarbeitung ist nötig.

- Krankheitsverarbeitung/-leugnung
- Fallbeispiel 6: Herzinfarkt

## **Krankheitsverarbeitung/-leugnung [50]**

Wie bei Krebserkrankungen spielt auch beim Herzinfarkt die Verleugnung die wichtigste Rolle als unbewusster Abwehrmechanismus. Vor allem in der Akutphase hat sie die Funktion eines Art Notfallmechanismus, bei dem die Realität der Erkrankung und die damit verbundenen Folgen partiell oder total ausgeblendet werden. Ziel der Verleugnung ist eine Verminderung der Angst und die Aufrechterhaltung der mentalen Funktionsfähigkeit.

Verleugnung des Herzinfarkts kann insbesondere in der Frühphase fatale Folgen haben.

## **Fallbeispiel 6: Herzinfarkt**

»Ein 53-jähriger Patient, bei dem sich im EKG ein Infarkt zeigte, verweigerte die Klinikeinweisung. Er stirbt, als er nach Hause kommend mehrere Treppen hochsteigt und zusammenbricht. Es hatte sich um einen Patienten gehandelt, der im Waisenhaus groß geworden und viel herumgestoßen worden war und für den Tüchtigkeit und Arbeitsfähigkeit ganz oben auf der persönlichen Werteskala standen. Krankheit konnte er zeitlebens nicht akzeptieren. Es wäre für ihn unerträglich gewesen, ein »Krüppel« zu sein. Die Infarktdiagnose war mit seinen Idealen nicht vereinbar« [50].

## **Kommentar:**

### **In akuter Situation**

- Bei Konflikt mit Patienten: deeskalieren!
- Versuch, Familienmitglieder einzubinden.
- Das ärztliche Bemühen kann an Grenzen stoßen (nicht jeder Patient nimmt die Behandlung an).

### **Bei Weiterbehandlung von Infarktpatienten**

- Mit Verleugnungstendenz muss gerechnet werden (z. B. Patienten, die nach Herzinfarkt weiterrauchen, ihre Medikamente nicht einnehmen), evtl. kann auch Aggressivität auftreten.
- Anforderungen für den Arzt: Krankheitseinsicht zu erreichen; aber: Patienten, die keinen Leidensdruck haben, sind schwer zu einer Therapie zu motivieren. Hier stößt der Arzt an seine Grenzen.
- Das Arbeitsbündnis mit Patienten beinhaltet, gemeinsame Ziele zu vereinbaren. Dafür ist es erforderlich zu klären, welche Vorstellungen der Patient von seinem weiteren Leben hat.
- Wichtig ist es, dem Patienten eine Einschätzung seiner Leistungsfähigkeit zu geben. Der Arzt sollte dem Patienten seine gesundheitlichen Perspektiven positiv vermitteln und über mögliche Ängste sprechen.

### **Anregung für die Praxis**

- Gesonderte Gesprächstermine vereinbaren.
- Psychosoziale Aspekte wiederholt thematisieren.

Chronische Erkrankungen, wie z. B. Diabetes mellitus, stellen den Betroffenen vor vielfältige körperliche, psychische und soziale Herausforderungen [79]:

- Emotionale Bewältigung der inneren und äußeren Bedrohung
- Verunsicherung hinsichtlich seiner sozialen Rolle und Aufgabe (Veränderung der Beziehung zu Familie, Freunden und im Arbeitsleben)
- Medizinische Anpassungsanforderung (Beziehung zum Medizinpersonal, neue Umgebung bei Hospitalisierung, Auswirkung der Therapie)
- Selbstintegrität und Wohlbefinden müssen wieder erarbeitet oder erhalten werden
- Ein verändertes neues Selbstbild mit ungewisser Zukunft hinsichtlich des Krankheitsverlaufes muss erarbeitet werden

## Diabetes und Essstörungen

Zu den psychosomatischen Ursachen s. Abschnitt zu den Risikofaktoren.

## Diabetes und Zwangsstörung

Patienten mit übertriebener Kontrolle der Stoffwechsellage sollten hinsichtlich des zwanghaften Verhaltens beraten werden, ggf. ist das Vorliegen einer Zwangsstörung abzuklären.

## Diabetes und Depression [94]

- Personen mit Diabetes weisen ein hohes Risiko für die Entwicklung einer Depression auf (3- bis 4-fach höhere Prävalenz im Vergleich zu Nichtdiabetikern) [54, 117]. Das Risiko, an einer Depression zu erkranken, steigt mit der Entwicklung und der Anzahl der diabetischen Spätkomplikationen. Umgekehrt haben auch

Patienten mit einer Depression ein hohes Risiko an Diabetes zu erkranken [87, 117].

- Eine Depression bei Personen mit Diabetes erhöht die Gefahr der Spätschäden. Mit einer geringeren Adhärenz, schlechteren Blutzuckereinstellung und geringeren aktiven Mitwirkung an der Therapie muss gerechnet werden.
- Die Depression wird oftmals nicht erkannt. Es besteht die Gefahr, dass Symptome einer schlechten Blutzuckereinstellung mit Anzeichen einer Depression verwechselt werden. Zentrales diagnostisches Instrument ist das Arzt-Patienten-Gespräch.

Ältere Personen mit Diabetes haben ein erhöhtes Risiko für Depression, wodurch die Adhärenz für die Therapie erschwert wird – hier sollte man rasch intervenieren [94].

Mit **drei einfachen Fragen** kann eine Verdachtsdiagnose auf Depression gestellt werden [6, 8]. Auch Fragebögen sind gut geeignet [4, 117]:

- Fühlen Sie sich häufiger niedergeschlagen und hoffnungslos?
- Haben Sie Interesse und Freude am Leben verloren?
- Benötigen Sie deswegen Hilfe?

Für ein Screening auf Depression hat sich in der Praxis besonders der kurze Selbstbeurteilungsfragebogen (WHO 5 oder WHO 10) bewährt [14, 67]. Liegen Anzeichen für eine Depression vor, so ist immer die Suizidgefährdung des Patienten aktiv anzusprechen. Konsil und/oder Mitbehandlung durch Spezialisten sind sinnvoll (<http://www.problemkreis-sad.de/downloads/WHO5.pdf>).

### **Asthma** [nach 156]

Asthma ist eine chronisch entzündliche Erkrankung der Atemwege und nicht primär psychisch verursacht. Zur Behandlung des Asthma stehen heute potente Medikamente mit gesicherter Wirkung zur Verfügung. Die standardisierte Stufentherapie wird durch Präventivmaßnahmen und allgemeine Maßnahmen ergänzt [91]. Wesentliches Element der Dauerbehandlung ist die antiinflammatorische Therapie, bei der inhalative Steroide das Mittel der Wahl sind [84, 108, 140].

Asthma kann die Lebensqualität der Betroffenen erheblich reduzieren, wobei Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit ebenso eine Rolle spielen wie emotionale und soziale Faktoren [91]. »Das Hauptsymptom »Atemnot« jedoch wirkt sich verständlicherweise durch Angst auf die Krankheitsgestaltung aus. Je besser ein Patient über seine Krankheitsursachen aufgeklärt und therapiert ist, um so mehr sind Verhaltenstherapien und Entspannungstechniken äußerst hilfreiche Maßnahmen. Selbsthilfegruppen sind dabei eine wertvolle Unterstützung [152].«

Unabhängig von der entzündlichen/allergischen Genese des Asthma bronchiale und der Möglichkeit einer kausalen Therapie, ist schon lange bekannt, dass Veränderungen psychosozialer Faktoren und emotionaler Befindlichkeit Zusammenhänge mit der Ausprägung von Asthmabeschwerden aufweisen. Positive und negative Stimmung verbessert bzw. verschlechtert signifikant den Peakflow und vermindern, respektive erhöhen die Intensität der wahrgenommenen Asthmasymptome.

Das Zusammensein mit Menschen, die nicht zum bekannten privaten Umfeld gehören, vermindert die Schwere der Asthmasymptome und verbessert den Peakflow, was mit einer Verschiebung der Aufmerksamkeit vom eigenen Körper zum fremden Gegenüber erklärt wird.

Dies spricht dafür, dass innerfamiliäre Belastungsfaktoren beim Asthma, z. B. unbearbeitete Verlassenheitsängste, überbehütete Mutter-Kind-Beziehungen von Bedeutung sind.

Insbesondere Stimmungen, die sich entlang der Achse »glücklich – traurig« und »ruhig – ängstlich« anordnen lassen, führen zu Veränderungen der protokollierten Asthmasymptome. Die Peakflow-Werte als Ausdruck des Atemwegswiderstands werden hingegen durch das Ausmaß der Aktivierung entlang der Achse »aktiv – passiv« und »aufgedreht – schläfrig« beeinflusst.

Bei Kindern konnte gezeigt werden, dass sich akut schwerwiegende Ereignisse (wie Verlust einer nahe stehenden Person, Umfeldänderungen wie Scheidung der Eltern) sowie chronische Belastungen (wie Hänkeln in der Schule, Substanzmissbrauch von Bezugspersonen) auf die Häufigkeit von Asthmaanfällen auswirken.

Eine Erklärung ist, dass Atmung am emotionalen Geschehen und am Austausch eines Individuums mit seiner Umwelt unmittelbar beteiligt ist. Das subjektive Gefühl von Atemnot oder Enge in der Brust ist kein schlichtes Abbild physiologischer Veränderungen, sondern spiegelt auch psychologische Befindlichkeiten wider.

**Müdigkeit** tritt – im Kontext dieser Leitlinie – häufig auf bei Depressionen, Angststörung und *Somatisierung* (weitere Ursachen, Abklärung und Therapie siehe Leitlinie »Müdigkeit« der DEGAM [28]).

- »73% der depressiven Patienten einer Bevölkerungsuntersuchung haben das Symptom Müdigkeit, welches nicht unbedingt mit Schlafstörungen assoziiert sein muss.
- Patienten mit somatoformen Störungen geben zu 75% Müdigkeit an.
- Untersuchungen in der Bevölkerung und in der Praxis zeigen eine Assoziation von selbst wahrgenommener psychosozialer Belastung (»Stress«, Enttäuschung über sich selbst, negatives Selbstwertgefühl, Versagensängste) und Müdigkeit.« [28]

### **Anamnese** (nach [28])

- Qualität, Dauer bzw. (tages-)zeitlicher Verlauf, Ausmaß, funktionelle Beeinträchtigung (Mobilität, Familie, Beruf) und assoziierte Veränderungen der Lebenssituation.
- Ist die Müdigkeit neu/ungewohnt?
- Vorstellungen des Patienten zur Ätiologie des Symptoms, damit verbundene Befürchtungen und vorgestellte Behandlungsmöglichkeiten.
- Familiäre, berufliche und weitere soziale Situation.
- Symptome von Depression und Angststörungen sowie weiteren psychiatrischen Erkrankungen.
- Somatische/vegetative Anamnese
- Medikamente (psychotrope Substanzen)
- Lärmbelastigung
- Schnarchen und Einschlafen am Steuer
- (habituellem Schlafmangel)

Die **Therapie** besteht aus »*symptomorientierten aktivierenden Maßnahmen und Verhaltenstherapie*«. Die Leitliniengruppe empfiehlt die Aushändigung der Patienteninformation zur Leitlinie Müdigkeit [28] sowie die Mitgabe des Patientenbriefes ([http://leitlinien.degam.de/uploads/media/DEGAM\\_LL\\_Muedigkeit\\_Patienteninformation\\_2011.pdf](http://leitlinien.degam.de/uploads/media/DEGAM_LL_Muedigkeit_Patienteninformation_2011.pdf)).

Beim **chronischen Müdigkeitssyndrom (Chronic Fatigue Syndrom - CFS)** handelt sich um eine rein deskriptive und sehr selten erfüllte diagnostische Kategorie, vermutlich heterogener Ätiologie. Die Kriterien sind: *Neu aufgetreten bzw. mit einem definierten Beginn, persistierend bzw. rezidivierend, nicht erklärbar durch andere Erkrankungen, hat zu substanziellen Abnahme des Aktivitätsniveaus geführt und ist charakterisiert durch Auftreten von Erschöpfung bzw. Abgeschlagenheit nach Anstrengung (typischerweise verzögert, z. B. über mindestens 24 h, mit langsamer Erholung über mehrere Tage)*. Weiter gehört dazu mindestens eines der folgenden Symptome: *Schlafschwierigkeiten, nicht erholsamer Schlaf, gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus, multiple Muskel- bzw. Gelenkschmerzen ohne Hinweise auf Entzündung, Kopfschmerzen, schmerzhafte Lymphknoten ohne tastbare Vergrößerung, Halsschmerzen, kognitive Dysfunktion, körperliche oder mentale Anstrengung verschlimmert die Symptome, allgemeine Abgeschlagenheit oder grippeähnliche Symptome, diffuser Schwindel und/oder Übelkeit oder Palpitationen ohne definierte kardiale Erkrankung*« [28].

**Schlafstörung (Insomien)** ist ein häufiges Thema in der hausärztlichen Sprechstunde.

*In der Mannheimer Allgemeinarztstudie, in der ca. 2.500 Patienten in Allgemeinarztpraxen befragt wurden, zeigte sich, dass 20% der Patienten über eine Insomnie nach DSM-III-R Kriterien, d.h. Ein- und Durchschlafstörungen bzw. nicht erholsamen Schlaf sowie daraus resultierende Beeinträchtigungen der Tagesbefindlichkeit über einen Zeitraum von vier Wochen, klagten. Die Beschwerde über Insomnie nahm mit dem Alter zu und war bei Frauen häufiger als bei Männern. Es bestanden hohe Komorbiditäten mit organischen und psychiatrischen Erkrankungen (zit. aus [30]).*

Die Ursachen können mannigfaltig sein: »Fehlbeurteilung (Diagnose durch Schlaftagebuch), inadäquate Schlafhygiene oder zu wenig Zeit für Schlaf, erlernte oder konditionierte Insomnie, akute oder chronische Belastungssituationen, wahrnehmbare Störungen: Lärm, Schmerz, Bewegungen, substanzinduzierte Insomnie: z. B. Alkohol, Coffein, anregende Drogen, Störung des zirkadianen Rhythmus: z. B. Schichtarbeit, zu hoher Fernsehkonsum, psychische Störungen, neurologische Erkrankungen« [28].

Schlafstörungen können durchaus quälend sein, so dass der Hausarzt gebeten wird, Schlaftabletten (meist Diazepamabkömmlinge) zu verordnen. Es bedarf dann meistens ausführlicher Gespräche über die hohe **Suchtgefahr** bei Schlafmittelverordnung (s. w. u. Abschnitt: Tablettenabhängigkeit), den Fokus auf die Ursachen der Schlafstörung zu lenken und die entsprechende Ursache wie z. B. eine Angststörung zu behandeln oder eine chronische Belastungssituation anzugehen.

### **Tinnitus** (modifiziert nach [79])

Tinnitus ist ein häufiger Beratungsanlass beim Hausarzt. Beim Tinnitus handelt es sich um ein Ohrgeräusch unterschiedlicher Dauer und Lautstärke, das nicht durch ein Sinnessignal hervorgerufen wird. Infolge des Tinnitus kann es zu konsekutiven Schlafstörungen und psychischer Dekompensation kommen.

### **Ursachen: Vielfalt und Unklarheit**

Eine organische Ursache läßt sich für dieses Krankheitsbild selten finden, auch wenn als Auslöser folgende Erkrankungen wie Hörbeeinträchtigungen, Lärmschäden, Knalltraumen, Morbus Menière möglich sind und im Einzelfall vorliegen mögen. Auch der Hörsturz ist oftmals von einem Tinnitus begleitet. Patienten benennen auch Stress als Auslöser. Bei bis zu 50% der Betroffenen geht eine Geräuschempfindlichkeit (Hyperakusis) voraus [57]. Im Vergleich zur Schwerhörigkeit treten beim Tinnitus jedoch häufiger zusätzlich therapiebedürftige psychosomatische Störungen auf [123].

Tinnituspatienten, die ihren Tinnitus als erheblichen Stressor bezeichneten, zeigen häufiger Angst und Depressionen [56]. Vor allem gedankliche Reaktionen der Betroffenen auf den Tinnitus (Aufmerksamkeitsfokussierung) gelten als maßgeblicher Einfluss auf die Empfindung, den Tinnitus als Stressor verantwortlich zu machen [56]. Doch entgegen der Popularität der Tinnitus-Stress-Genese gibt es keine ausreichend methodisch angemessenen wissenschaftlichen Untersuchungen.

### **Diagnostik**

Aus hausärztlicher Sicht wird bei **akut aufgetretenem Tinnitus** nach Basisuntersuchung empfohlen, dem Patienten die Angst zu nehmen und zunächst abzuwarten. Sollte in den nächsten Tagen keine Besserung auftreten, wird die Erhebung der psychosozialen Belastungsfaktoren und eine abklärende Diagnostik zum Ausschluß eines organischen Befundes empfohlen.

Bei **chronischem Tinnitus** sind wiederholte organische Abklärungsversuche nicht zielführend.

**Ziel der Behandlung** ist nicht die vollständige Beseitigung des Tinnitus, sondern eine Besserung durch den Versuch, die Aufmerksamkeit des Patienten auf das Ohrgeräusch zu reduzieren. Der Patient soll lernen, den bisher als Katastrophenalarm aufgefassten Tinnitus als ungefährliches und unwichtiges Signal zu interpretieren und schließlich zu überhören [56]. Dem Patienten ist nach Ausschluß organischer Erkrankungen zu vermitteln, dass es sich um eine Störung der Wahrnehmung und deren Bewertung handelt, die oftmals psychosoziale Ursachen hat.

Tinnitus-Patienten sind meist auf eine organische Erkrankung fixiert und einer psychotherapeutischen Abklärung verschlossen. Eine Psychose und Depression sollten ausgeschlossen werden. Psychiatrische Hilfe kann notwendig werden beim komplexen Leiden am Tinnitus mit Angstentwicklung und depressiver Symptomatik (Dekompensationen, Suizidgefahr) [129].

... → ...



... → ...

**Hinweis:** Gespräche mit dem Patienten über die begrenzten Therapiemöglichkeiten führen, um die Fixierung auf (oder verzweifelte Suche nach) Verfahren außerhalb der wissenschaftlich orientierten Medizin mit nicht haltbaren Heilsversprechen zu vermeiden.

Es gibt keine Evidenz für eine Wirksamkeit bei Tinnitus für

- Ginkgo biloba [71],
- Sauerstofftherapie (Hyperbaric oxygen therapy) [15],
- Antidepressiva [9],
- »durchblutungsfördernde« Maßnahmen.

### Therapie

- Aufklärung über die Harmlosigkeit des Symptoms (hausärztliche Erfahrung einer hohen Spontanheilungsquote).
- Geduldige Auseinandersetzung (Empathie) mit den Ängsten des Tinnitus-Patienten.
- Hilfreich sind leise externe Geräuschquellen.
- Entspannungsverfahren zur Stressreduktion, psychotherapeutische Verfahren [102].
- Bei Dekompensation (d. h. erhebliche Einschränkung der Lebensqualität; Suizidgedanken): Stationärer Aufenthalt.
- Bei ausgeprägter Schlaflosigkeit kann die Gabe eines trizyklischen Antidepressivums erwogen werden.

## **Schwindel** (modifiziert nach [79])

Schwindel ist eines der häufigsten Symptome überhaupt und imponiert als unangenehme Verzerrung der Raum- und Bewegungswahrnehmung mit Gleichgewichtsstörungen. »2% der Arztbesuche in Allgemeinpraxen sollen aufgrund von Schwindelsymptomen erfolgen und mehr als 20% aller neurologischen Patienten stellen sich mit einer Schwindelsymptomatik vor, womit Schwindel nach Kopfschmerz das zweithäufigste Leitsymptom in diesem Rahmen darstellt« (zitiert nach [90]).

Häufige Ursachen organischen Schwindels sind HNO-Erkrankungen wie Morbus Menière, Neuritis vestibularis und der benigne paroxysmale Lagerungsschwindel. Als weitere Ursachen sind neurologische, orthopädische und internistische Erkrankungen auszuschließen bzw. zu behandeln. Das therapeutische Vorgehen ergibt sich aus der Unterscheidung zwischen organischem und psychogenem Schwindel.

Schwindelsymptome, die mit Beschwerden und Ängsten bei bestimmten Situationen und Orten verbunden werden (z. B. Akrophobie »Höhenangst«, Agoraphobie, Klaustrophobie), entsprechen am ehesten Unterformen von Angststörungen (Phobischer Schwankschwindel).

Der psychogene oder psychosomatische Schwindel, der nicht an Angstsymptome gekoppelt ist, ist den somatoformen Störungen zuzuordnen [90, 135]. Bei etwa einem Drittel bis der Hälfte der Patienten mit chronischen unklaren Schwindelerkrankungen sind psychosomatische Störungen die Ursache [43].

Als Folge der Schwindelsymptomatik kann es zum Auftreten von Ängsten vor deren Wiederauftreten kommen, so dass sich als komorbide Störung eine sekundäre Angsterkrankung oder, aufgrund der Einschränkung der Lebensqualität, eine depressive Störung entwickelt [90].

## **Unterscheidungsmöglichkeit des Innenohrbedingten Schwindels vom psychogenen Schwindel [130]**

	<b>Vestibulärer Schwindelanfall</b>	<b>Somatoformer («psychogener») Schwindel-Zustand</b>
<b>Fixieren eines Gegenstandes</b>	nicht möglich	Möglich
<b>Heftiges Auftreten oder Aufstampfen im Geh- u. Tretversuch</b>	nicht möglich, führt zu erneuten Anfällen	Möglich
<b>Anwesenheit vertrauter Menschen</b>	ohne direkten Einfluss	kann das Schwindelerlebnis bessern
<b>Nystagmus</b>	Vorhanden	nicht vorhanden
<b>Beschreibung des Schwindels</b>	Drehschwindel	»diffuse« Beschreibung
<b>Audiogramm (durch Spezialisten)</b>	Tieftonverluste	ohne pathologischen Befund

- Schwindel im Alter
- Sturzrisiko

## Schwindel im Alter

Etwa 30% der alten Bevölkerung klagen über Schwindel, fast jeder Patient versteht aber unter Schwindel etwas anderes. Die folgenden Hauptkategorien dienen der diagnostischen Orientierung.

**Häufig** sind in der Hausarztpraxis:

- **Gleichgewichtsstörung**, unsicherer Gang und Stand resultieren oft aus dem Zusammenwirken neuromuskulärer Faktoren (Muskelschwäche, Trainingsmangel, Übergewicht, Polyneuropathie), degenerativen Veränderungen (Gonarthrose, HWS-Spondylarthrose), schlechtem Sehen und Hören sowie der Furcht vor Stürzen.
- **Nebenwirkung von Medikamenten** (Neuroleptika, Antidepressiva, Sedativa, Parkinson-Medikamente, Antihypertensiva, Mittel gegen Urininkontinenz, nichtsteroidale Antiphlogistika, starke Schmerzmittel), insbesondere wenn zahlreiche (> 5) Medikamente eingenommen werden.
- **Präsynkopen** mit Schwarzwerden vor den Augen, Kopfleere, drohender Ohnmacht und Blässe bessern sich im Liegen. Ursache ist eine temporär verminderte Gehirndurchblutung, z. B. durch Orthostase, Rhythmusstörung oder Atherosklerose der hirnversorgenden Gefäße und des Karotissinus, oft akzentuiert durch Antihypertensiva. Diese Schwindelform ist bei kardiovaskulär geschädigten Patienten häufig.
- Schwindelformen im Zusammenhang mit **Depressivität, Angststörung, Muskelschwäche oder Herzinsuffizienz**.

Eher **selten** sind:

- Drehschwindel (Vertigo) mit pathologischer Bewegungsempfindung (Patient oder Umgebung dreht sich). Mögliche Ursachen: Läsionen entweder im Innenohr, z. B. M. Menière (Tinnitus, Nausea, Vomitus) oder so genannter gutartiger anfallsweiser Lagerungsschwindel (ausgelöst durch Kopfbewegungen beim Hinlegen, Aufsetzen oder Drehen im Bett, Bücken) oder Läsionen im Hirnstamm, z. B. nach Apoplex (schweres Krankheitsbild, oft mit anderen neurologischen Zeichen wie Doppelbildern, Taubheitsgefühl im Gesicht, Dysarthrie) [164].

Besonders bei geriatrischen Patienten steht die Einschätzung des Sturzrisikos im Zentrum präventiver Maßnahmen. Hierzu sollen folgende Hinweise beitragen:

## Hinweise auf ein erhöhtes Sturzrisiko [164]

- Stürze in der Anamnese (Patient gezielt danach fragen)
- Das Gangbild wirkt ungleichmäßig und unsicher
- Zum Aufstehen vom Stuhl wird Armhilfe nötig
- Unsicherheiten im Romberg-Test
- Patient kann weniger als zehn Sekunden in Seiltänzer-Fußstellung stehen
- Gehgeschwindigkeit < 1 m/s; braucht > 5s für 5 m
- Fünfmal Aufstehen vom Stuhl dauert länger als 15 Sekunden
- Patient braucht mehr als zwölf Schritte für eine 360-Grad-Drehung

- Fallbeispiel 7: Schwindel
- Heiserkeit

## Fallbeispiel 7: Schwindel

Eine 39-jährige Frau erwacht mit Schwindel, der so stark ist, dass sie sich kaum auf den Beinen halten kann. Ein Krankenwagen bringt sie zum Neurologen, der keine Ausfälle feststellt und die Patientin zum CT schickt. Auch hier findet sich ein Normalbefund. Ebenso beim HNO Arzt und beim Internisten. Die Laborparameter sind auch unauffällig.

Die Patientin bleibt sechs Wochen zu Hause im Bett, ernährt sich fast ausschließlich von frischer Vollmilch, schläft auch tagsüber viele Stunden. Ihre Eltern versorgen den Haushalt und die vier Kinder. Die Krankengymnastin (Schwindeltraining) kommt 2 x pro Woche. In der fünften Woche tritt langsam eine Besserung des Schwindels ein.

Die Vorgeschichte: Die Patientin heiratet mit zwei Kindern, 5 und 12 Jahre alt, in zweiter Ehe einen Elektroingenieur, der vor zwei Jahren sein Geschäft eröffnet hat. Die Patientin bekommt zwei weitere Kinder in 14 monatigem Abstand. Zweimal baut das Ehepaar am eigenen Haus an. Wochenenden gibt es fast nicht. Um Geld einzusparen, übernimmt die Patientin nach der Heirat die gesamte Rechnungsstellung und die Führung der Konten des Elektrikergeschäfts.

Wochen vor der akuten Erkrankung tritt 2-mal eine heftige Migräne auf, die weder die Patientin noch den hart arbeitenden Ehemann zum Nachdenken bringt.

## Kommentar

Die sorgfältige somatische Abklärung war im akuten Geschehen erforderlich; im Verlauf zeigte sich, dass der Schwindel vorrangig Ausdruck der Überlastungssituation war.

## Heiserkeit (modifiziert nach [79])

Bei der Heiserkeit handelt es sich um eine Veränderung des Stimmklanges ggf. mit lokalen Missempfindungen und Räusperzwang.

Bei 30 bis 50% dieser Patienten ergibt sich kein organischer Befund. Hierbei handelt es sich um funktionelle und psychogene Stimmstörungen mit guter Prognose.

Spezielle Therapien sind in der Regel nicht erforderlich. Selten sind Psychotherapiemethoden und logopädische Behandlung mit Übungen zur Atmung und Entspannung erforderlich.

## Dermatologie

Die **psychosomatische Dermatologie** beschäftigt sich mit Hautkrankheiten, bei denen psychosomatische Ursachen, Folgen oder Begleitumstände einen wesentlichen und therapeutisch bedeutsamen Einfluss haben. Hautpatienten in Fachkliniken haben in 25-30% psychische Probleme [79].

Dermatosen, bei denen die Psyche eine Rolle spielen kann – sowohl auslösend als auch mit nachfolgenden psychischen Beschwerden [79, 151] sind z. B.:

- Akne
- Alopecia areata
- Dyshydrosiformes Ekzem
- Herpes labialis und genitalis
- Hyperhidrose
- Kontaktekzem
- Neurodermitis
- Psoriasis
- Pruritus sine materia
- Prurigo simplex subacuta
- Urticaria
- Vitiligo

Davon abgegrenzt werden psychiatrische Hauterkrankungen, bei denen psychopathologische Aspekte im Vordergrund stehen. In diese Gruppe gehören bewusst und unbewusst vorgetäuschte chronische Störungen:

- Simulationen (bewusst vorgetäuschte Verletzungen oder Erkrankungen z. B. zur Vorteils-erlangung)
- Paraartefakte (Manipulation einer bestehenden Dermatose infolge mangelnder Impulskontrolle, z. B. Trichotillomanie)
- Artefakte (unbewusste Selbstverletzung) und
- vermeintliche Dermatosen infolge von Wahnvorstellungen oder Halluzinationen (z. B. Dermatozoenwahn).

Sekundäre psychische Störungen (somato-psychische Erkrankungen) können infolge von schweren oder entstellenden Dermatosen auftreten und sich als Anpassungsstörungen, Depression oder Angststörungen zeigen [151].

Der betreuende Hausarzt sollte bei unklaren Hautbefunden oder unerwarteten Verschlechterungen auch an die Möglichkeit psychiatrischer oder psychosomatischer Dermatosen denken.

Die Überweisung des Patienten zu einem Hautarzt ist für den Betroffenen naheliegend und entspricht meist auch der Erwartungshaltung der Patienten.

## Frauenheilkunde

Psychosomatische Störungen im Bereich der Frauenheilkunde betreffen die Organe, die mit Sexualität, Fortpflanzung und der weiblichen Identität assoziiert sind. Entsprechende Krankheitsbilder können sich als Folge von körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen in geschlechtsspezifischen Lebensphasen (Pubertät, Schwangerschaft, Wochenbett, Klimakterium) oder auch als Reaktion auf Lebensereignisse entwickeln.

Bei folgenden kritischen Lebensereignissen sind schwerwiegende psychosomatische Folgereaktionen möglich, die die Patientin stark beeinträchtigen können:

- unerfüllter Kinderwunsch (Sterilität, Infertilität),
- Mitteilung pathologischer Diagnosen in der Schwangerschaft oder beim Neugeborenen,
- traumatisch erlebte Geburt,
- Abort, Totgeburt, Tod des Neugeborenen, plötzlicher Kindstod,
- schwere Erkrankung des Kindes, schwere Erkrankung oder Tod des Partners,
- Karzinomerkkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane,
- sexuelle Traumatisierung,
- psychosoziale Entmachtung.

Zu beachten ist: Bei so gut wie allen Symptomen und Krankheitsbildern der Gynäkologie und Geburtshilfe können sowohl somatische als auch psychische und soziale Ursachen vorliegen.

Nicht selten fühlen sich Patientinnen mit (chronischen) gynäkologischen Erkrankungen stark psychisch beeinträchtigt, wie z. B.

- Blutungsstörungen (Stärke, Häufigkeit),
- Primäre oder sekundäre Amenorrhoe,

- prämenstruelles Syndrom, Dysmenorrhoe,
- Fluor, Fluorgefühl,
- Pruritus genitalis,
- Pillenunverträglichkeit,
- rezidivierende Unterbauschmerzen,
- Harninkontinenz,
- klimakterisches Syndrom,
- funktionelle Sexualstörungen

Die psychotherapeutische Behandlungsbedürftigkeit hängt vom Ausmaß der Belastung und dem individuellen Wunsch der Patientin ab. Die Zuordnung zu einer mutmaßlich psychosomatischen oder somatopsychischen Klassifikation ist für den hausärztlichen Bereich nicht sinnvoll.

Da die weiterführende Beratung der Patientin auch vom frauenärztlichen Befund abhängt, ergibt sich eine Schnittstelle zur Gynäkologie, über die zweckmäßigerweise eine Zuweisung zur Psychotherapie erfolgen kann.

Gynäkologisch-psychosomatische Krankheitsbilder mit kurzer bisheriger Krankheitsdauer lassen sich gut therapieren (psychodynamisch oder verhaltenstherapeutisch). Bei chronifizierten Krankheitsbildern ist der Behandlungserfolg vermindert. Hier sind Motivationsgespräche angezeigt:

- Verlassen der rein somatischen Ebene mit dem Drängen auf weitere frustrane somatische Diagnostik,
- Reduktion von Medikamentengebrauch,
- Einsicht in die psychosozialen Lebensumstände der Patientin vermitteln.

Gegebenenfalls muss hier zu einer speziellen psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung geraten werden, insbesondere dann, wenn eine Komorbidität mit weiteren psychischen Erkrankungen vorliegt (z. B. Angst, Depressivität).

- Rückenschmerzen
- Fibromyalgie

## Rückenschmerzen

Hierbei handelt es sich um akute oder chronische Schmerzen, fakultativ mit Ausstrahlung ins Bein, die auf gestörten Funktionsbeziehungen zwischen Bandscheiben, Facettengelenken, Nervenwurzeln und der Muskulatur im Bereich der unteren Wirbelsäule beruhen. Psychosoziale Belastungsfaktoren spielen bei der Auslösung des akuten Kreuzschmerzes häufig eine Rolle und sind für die Chronifizierung des Verlaufs wesentlich.

Die 12-Monats-Prävalenz für Rückenschmerzen beträgt über 50%, die Lebenszeitprävalenz 50-80% [79].

Die spontane Heilungsrate akuter Rückenschmerzen beträgt, unabhängig von der angewandten Therapie, in den ersten 2 Wochen 70-80%, nach 3 Monaten über 90%. Die Chronifizierungsrate beträgt für den akuten Rückenschmerz nach dem ersten Auftreten nur 5%, nach Wiederauftreten bereits über 20% [79]. Prognostisch ungünstig sind ein Rentenbegehren, Hoffnung auf eine Entschädigungszahlung sowie Depressivität [79].

Während die somatischen Prozesse durch Verschleiß der beteiligten Gelenke, Bänder und Muskeln erklärt sind, sind psychosomatische Zusammenhänge durch Fehlhaltung, Fehlregulation muskulärer Spannung und damit veränderten Bedingungen für degenerative Bandscheibenprozesse gegeben. Erlebte körperliche Schmerzen führen zu Schmerzangst und zum Vermeidungsverhalten von schmerzauslösenden Bewegungen mit der Folge von Inaktivität und Selbstwertverlust bis hin zu sozialer Isolation und Chronifizierung. Differentialdiagnostisch muss an Entzündungen (z. B. Diszitis, Spondylitis, Spondylarthritis), Tumore

(z. B. Wirbelkörpermetastasen), Spondylolisthesis, gynäkologische Erkrankungen und an somatische Ursache der Schmerzen gedacht und ggf. abgeklärt werden (s. Hinweise für drohenden chronischen Verlauf bzw. auf komplizierte Rückenschmerzen, Nationale VersorgungsLeitlinie Rückenschmerzen [23, 92]).

## Fibromyalgie

Es handelt sich um ein Syndrom vielfältiger funktioneller Beschwerden mit polytopen Symptomen, meist auch psychischer Symptomatik und besonders im Vordergrund stehenden definierten druckschmerzhaften Körperstellen, sogenannte »Tender points«. Der Symptomenkomplex Fibromyalgie umfasst:

- mehr als 3 Monate bestehende generalisierte Schmerzen des Bewegungssystems mit Druckschmerzhaftigkeit von mindestens 11 von 18 definierten Körperstellen (sogenannte »Tender points«),
- depressive Verstimmungen und Ängste (depressive Störung oder Angststörung, insgesamt 60-78%),
- Parästhesien (ca. 60%) und Spannungskopfschmerzen (ca. 50%),
- chronische Müdigkeit (ca. 60%),
- funktionelle Unterbauchbeschwerden (ca. 30-60%),
- funktionelle urogenitale Beschwerden (ca. 40-60%),
- Restless-legs-Syndrom (30%),
- Schlafstörungen, besonders Störung des Non-REM-Schlafes (90-100%),
- Multiple Chemikalienunverträglichkeiten (50%).

... → ...

- Fibromyalgie (Fortsetzung)
- Fallbeispiel 8: Schmerzen

... → ...

Prävalenz der Fibromyalgie

- Gesamtbevölkerung: 1,9%-3%,
- in Hausarztpraxen: 6%,
- in rheumatologischen Einrichtungen bis 20%.

Frauen sind 6 mal häufiger betroffen [79].

Prädisposition durch:

- familiären Alkoholmissbrauch (40%),
- Erfahrungen mit körperlicher Gewalt (32%),
- sexuellen Missbrauch (10%),
- psychische Belastungen in der Kindheit.

Folge sind vermindertes Selbstwertgefühl und/oder unreife Konfliktbewältigungsstrategien [79].

Therapeutisch kann bei Nichtansprechen der orthopädischen Therapie die psychotherapeutische Mitbehandlung sinnvoll sein (siehe Hausärztliche Schmerz-Leitlinie [92]).

## Fallbeispiel 8: Schmerzen

Frau N., 48 Jahre, von Beruf Kindergärtnerin, leidet seit einigen Wochen unter einem schwer definierbaren Schmerz im Bereich der linken Hüfte/Unterbauch. Multiple Untersuchungen inklusive CT und die Mitarbeit von Kollegen verschiedenster Fachrichtungen führen nicht weiter. Die Beschwerden chronifizieren über die Monate und Jahre und entwickeln sich zu Ganzkörperschmerzen, ständiger Müdigkeit und rascher Erschöpfbarkeit. Die Frau muss sich öfter erst eine Weile im Bett ausruhen, wenn sie ein Stockwerk erklommen hat. Die Patientin ist lange arbeitsunfähig und wird schließlich auf Zeit berentet. In Zusammenarbeit mit dem Neurologen, Rheumatologen, Psychologen etc. wird die Krankheit als Fibromyalgie definiert. In der Rückschau ist von besonderer Bedeutung, dass

am Beginn der Erkrankung ein außergewöhnlicher Kraftakt, nämlich der Bau des eigenen Hauses steht, das wenige Wochen nach Fertigstellung im Keller permanent unter Wasser steht, was als Katastrophe erlebt wird. Letztes Jahr gönnt sich die Familie nach langer Zeit erstmals wieder einen Urlaub, bei dem die Patientin die meiste Zeit komplett schmerzfrei ist und sogar Berge ohne die üblichen Symptome besteigen kann. Zu Hause sind alle Beschwerden sofort wieder präsent und gelegentlich nur mithilfe von Schmerzmitteln erträglich. Jetzt verkauft die Familie das Haus. In der neuen Wohnung kann die Patientin anstrengende Renovierungsarbeiten ohne Schmerzen bewerkstelligen, abends zurück im alten Haus beginnt das Elend sofort von Neuem.

## Kommentar

Die Belastungssituation (Hausbau, nach Fertigstellung Wasser im Keller) ist nachvollziehbar. Auffallend ist die Schmerzfreiheit in anderer Umgebung.

Die Chronifizierung ist Ausdruck für fehlende Perspektive und von Hilflosigkeit. Die Patientin benötigt Hilfe, um mit dieser Situation umzugehen.

Erklärungsversuch: Sie scheint in einem innerfamiliären psychosozialen Spannungsfeld zu leben, für das sie aus ihrer eigenen Persönlichkeitsentwicklung die notwendige Anpassungsleistung nicht erbringen kann. Aus analytischer Sicht handelt es sich um eine Selbstwert- und Beziehungskonfliktstörung, die einer langfristigen tiefenpsychologischen Betreuung bedarf.



# Psychische Störung: Verhaltensstörungen und psychische Auffälligkeiten

## ↳ Konversionsstörungen

### **Konversionsstörungen (früher: »Hysterie«)**

Im Fach Psychiatrie ist die Konversionsstörung mit diversen Störungen von Motorik, Sensibilität und Sensorik häufig anzutreffen. Nicht selten chronifiziert sie mit erheblichen psychosomatischen Beschwerden. Die funktionellen Störungen der Motorik, Sensibilität und Sensorik sind sehr variabel. Einerseits können diese Störungen spontan verschwinden, andererseits können sie auch in einen chronischen Verlauf mit schwerer körperlicher Behinderung übergehen.

Diagnostisch abzugrenzen sind Simulation und Aggravation sowie körperliche Erkrankungen, die mit entsprechenden Symptomen einhergehen. Zur Diagnose ist es erforderlich, dass ein zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Symptombeginn und einer psychosozialen Belastungssituation nachweisbar ist.

Für die Konversionsstörung ist es typisch, dass die Art der Störung nicht den anatomischen und funktionalen Strukturen des Nervensystems folgt. Für die Symptomwahl und die Symptomausgestaltung können mitunter aus der biographischen Anamnese Hinweise und Zusammenhänge erkannt werden.

Die Diagnose wird dadurch gestützt, dass

- Art und Schwere der Symptomatik nicht zu der funktionellen Beeinträchtigung passen,
- Ausfälle die neuroanatomischen Grenzen überschreiten,
- atypische Verläufe vorliegen,
- die Beschwerden durch Suggestion beeinflussbar sind.

Konversionsstörungen treten bei Frauen dreimal häufiger auf als bei Männern. Der Beginn der Störung liegt häufig zwischen dem 15. und 25. sowie zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr, sie kommt auch bei Kindern vor. In der Allgemeinbevölkerung liegt die Prävalenz bei 0,5% [79]. Als Ausschlussdiagnosen einer Konversionsstörung gelten:

- bewusst beabsichtigte Täuschung (Simulation),
- selbstschädigendes Verhalten (artefizielle Störung).

Als Komorbidität treten Depressivität und Angststörungen auf. Persönlichkeitsstörungen kommen in etwa 20% vor. Körperliche Erkrankungen kommen nicht häufiger als in der Normalbevölkerung vor [79].

Für die Ätiologie einer Konversionsstörung kommen folgende Faktoren in Betracht:

- Traumatische Kindheitserlebnisse (Misshandlung, Missbrauch),
- ambivalente Beziehung zu körperlich erkrankten Elternteilen,
- Probleme der sexuellen Identitätsfindung,
- Bahnung durch Vorschädigung im entsprechenden Organbereich,
- aktuelle psychosoziale Konflikte,
- Verlustreaktionen mit pathologischer Trauer,
- berufliche Überforderungssituationen,
- Partnerschaftskonflikte.

... → ...

# Psychische Störung: Verhaltensstörungen und psychische Auffälligkeiten

## » Konversionsstörungen (Fortsetzung)

... → ...

Da Patienten mit Konversionsstörungen zunächst selbst von der organischen Natur ihrer Erkrankung überzeugt sind, lehnen sie häufig andere Erklärungen ab. Das Verständnis dieser Situation sollte im Mittelpunkt der hausärztlichen Bemühungen stehen, besonders dann, wenn psychosoziale Belastungssituationen mit dem Krankheitsbild verknüpft sind, wodurch die Einsichtsfähigkeit des Patienten oftmals begrenzt ist.

Wichtig bei der Therapie sind:

- Aufklärung und Information über die Erkrankung unter Berücksichtigung des subjektiven Krankheitsverständnisses,
- Angebot regelmäßiger, kurzer Gesprächstermine (Kontrolle des Verlaufs),
- symptombezogene Behandlungen: (Krankengymnastik bei psychogenen Bewegungsstörungen, Ergotherapie bei psychogenen Sensibilitätsstörungen),
- supportive Beratungsgespräche zur Herausarbeitung der auslösenden psychosozialen Belastungssituation.

Psychiatrische Diagnostik und Behandlung sind indiziert bei

- schwerer körperlicher Beeinträchtigung,
- fehlender Besserung innerhalb von 3 Monaten,
- Aufrechterhaltung des Krankheitsbildes durch Fortbestehen eines erheblichen psychosozialen Konfliktes sowie bei
- psychischer und somatischer Komorbidität.

# Psychische Störung: Verhaltensstörungen und psychische Auffälligkeiten

➤ Essstörungen: Anorexia nervosa, Bulimie

**Essstörungen** haben unbehandelt schwerwiegende Folgen mit einer deutlich erhöhten Mortalität. Sie sind in der Regel chronifiziert und bedürfen einer verständigen hausärztlichen **psychosomatischen und medizinischen Betreuung** sowie häufig zusätzlich einer mitunter langdauernden psychologischen Behandlung. Man kann drei unterschiedliche Krankheitsbilder zusammenfassen [79]:

- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa
- Adipositas (einschl. sog. »Binge Eating«)

## **Anorexia nervosa**

Jährliche Inzidenz ca. 0,5 bis 1,0 pro 100.000 Einwohner, Lebenszeitprävalenz ca. 0,5% bei Frauen, ca. 0,05% bei Männern. Erstmanifestation meist in der Adoleszenz, selten präpubertär oder nach dem 40. Lebensjahr. Verlauf meist subchronisch bis chronisch. Mit 5 bis 20% hohe Mortalität (häufigste Todesursache junger Frauen zwischen 15 und 24 Jahren!). Bei etwa 60 bis 70% langfristig günstiger Verlauf [29]. Die frühzeitige Erkennung und kompetente Behandlung ist einer der bedeutendsten Faktoren für eine günstige Prognose.

Patienten melden sich meist mit unspezifischen Symptomen wie Müdigkeit, Schwindel oder Amenorrhoe. Eine Gewichtsveränderung wird oftmals nicht erwähnt [81]. Die Anorexia ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust charakterisiert. Am häufigsten ist die Störung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen [36].

Es liegt meist Unterernährung unterschiedlichen Schweregrades vor (BMI < 17,5 kg/qm), die sekundär zu endokrinen und metabolischen Veränderungen und zu körperlichen Funktionsstörungen führt.

Zu den Symptomen gehören eingeschränkte Nahrungsauswahl, übertriebene körperliche Aktivitäten, selbstinduziertes Erbrechen, Abführen und der Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika [36].

Bei einem BMI von < 15 kg/qm [36] und/oder weiteren Störungen (plötzlicher Gewichtsverlust, Elektrolytstörungen, Infekte, Herz-Kreislaufkomplikationen, Synkopen, Suizidalität) ist wegen Lebensgefahr die stationäre Einweisung zu meist langdauernder Behandlung erforderlich, anschließend (wenn der BMI mindestens 15 kg/qm überschritten hat) sollte eine dauerhafte psychodynamische Einzeltherapie mit Aufbau von Beziehungssicherheit und konfliktorientierter Psychotherapie organisiert werden.

## **Bulimia nervosa**

Ein Syndrom, das durch wiederholte Anfälle von Heißhunger und eine übertriebene Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichts charakterisiert ist. Dies führt zu einem Verhaltensmuster von Essanfällen und Erbrechen oder Gebrauch von Abführmitteln. Häufig lässt sich in der Anamnese eine frühere Episode einer Anorexia nervosa mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren nachweisen [36].

Lebenszeitprävalenz bei Frauen ca. 0,5% bis 3%, bei Männern ca. 0,2%. Erstmanifestation meist in der Adoleszenz, selten präpubertär oder nach dem 40. Lebensjahr. Verlauf ist meist subchronisch bis chronisch. Prognose: Niedrige Mortalität. Bei etwa 70 bis 80% langfristig günstiger Verlauf [29].

Bei beiden (durchaus lebensbedrohlichen) Krankheitsbildern, die ineinander übergehen können, bestehen eine zwanghafte Sorge um Figur und Gewicht. Es treten häufig Persönlichkeitsstörungen, Angst- und Suchtstörungen und Borderline-Störungen auf.

# Psychische Störung: Verhaltensstörungen und psychische Auffälligkeiten

- Essstörungen (Fortsetzung)
- Adipositas
- Binge Eating

## Adipositas

Adipositas (BMI >30 kg/qm) wird auf genetische Faktoren sowie auf falsche Lebensführung und Essgewohnheiten zurückgeführt.

Bei den bekannten metabolischen und sonstigen (z. B. kardialen oder orthopädischen) Folgen der Übergewichtigkeit (bei einem BMI von > 35 kg/qm verdoppelt sich die Mortalität) finden sich bei Adipösen vermehrt Selbstwertdefizite, Störungen des Verhaltens und sozialer Rückzug, jedoch kann mit verhaltenstherapeutischem und pragmatischem Erlernen von adäquater Ernährung, Aktivierung und Stärkung des Selbstwertgefühls die Problematik entschärft werden. Ggf hilft nur die Adipositas-Chirurgie [38].

## Binge Eating

Während die Binge-Eating-Störung in der Allgemeinbevölkerung mit einer Prävalenz von 1-3% ähnlich häufig auftritt wie die Bulimia nervosa, ist sie in selektierten Stichproben von adipösen, unter ihrem Übergewicht leidenden und Hilfe suchenden Menschen mit ca. 30% relativ häufig [68]. Mehr als ein Drittel aller Patienten mit Binge-Eating-Störung sind Männer [68].

Der Verlauf ist meist subchronisch bis chronisch. Prognose: Mit 5 bis 20% hohe Mortalität. Bei etwa 70 bis 80% langfristig günstiger Verlauf [29].

Die typischen »Fressanfälle« treten durchschnittlich an mindestens zwei Tagen in der Woche für sechs Monate auf. Sie gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz unangemessener, gegenregulatorischer Maßnahmen einher und treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia oder Bulimia nervosa auf [68].

## Kriterien für die Binge-Eating-Störung nach DSM-IV (APA 1994) [68]

Wiederholte Episoden von »Fressanfällen«. Ein »Fressanfall« ist gekennzeichnet durch:

- Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum, die definitiv größer ist als die meisten Menschen essen würden.
- Gefühl des Verlustes der Kontrolle über das Essen.

Die »Fressanfälle« treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:

- Wesentlich schneller zu essen als normal
- Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl
- Essen großer Mengen ohne körperliches Hungergefühl
- Allein essen, aus Verlegenheit über die Menge die man isst
- Deprimiertheit, Ekel- oder Schuldgefühle nach dem »Fressanfall«
- Es besteht ein deutlicher Leidensdruck wegen der »Fressanfälle«.

Bei der »Binge-Eating«-Störung werden oftmals teilstationäre oder ambulante gruppenpsychotherapeutische Behandlungen erforderlich, um dauerhafte Verbesserungen zu bewirken.

Eine Besserung psychischer Symptome wie auch der Essstörungssymptomatik zeigt sich nicht direkt an einer Gewichtsabnahme; in bestimmten Fällen kann auch eine Gewichtsstabilisierung ein Behandlungsziel darstellen. Gerade zu hohen Erwartungen im Hinblick auf eine Gewichtsreduktion dieser Patienten ist frühzeitig zu begegnen, um die Kaskade von Essanfall, Erleben eigener Insuffizienz, depressiver Stimmung und schließlich Selbstaufgabe frühzeitig unterbrechen zu können [68].

# Psychische Störung: Verhaltensstörungen und psychische Auffälligkeiten

## » Fallbeispiel 9: Anorexie

### Fallbeispiel 9: Anorexie

»Die 22-jährige Josefa K. ist magersüchtig. Der Vater steht in leitender Position beim Finanzamt und kann sich wenig kümmern. Die 48-jährige Mutter, Frau K., ist Lehrerin mit halbem Deputat. Mit im Haus lebt noch ihre 80-jährige Mutter. Nach mehreren Schlaganfällen infolge einer langjährigen Diabeteserkrankung ist sie motorisch und sprachlich beeinträchtigt. Ihr Zimmer, ihr Essen, ihre Wäsche müssen versorgt werden. Sie hat ihre Tochter schon zeitlebens »unter ihrer Fuchtel«. Sie behandelt sie immer noch wie ein kleines Kind. Dem Hausarzt ist diese Situation seit Jahren auch durch regelmäßige Hausbesuche vertraut. Er sieht wie die Situation unhaltbar geworden ist, spätestens seit Josefa anorektisch wurde. Frau K. hat Schlafstörungen und zeigt auch andere Erschöpfungssymptome. Der Vater ist unzufrieden, weil er zu kurz kommt, z. B. sind Reisen, Urlaube mit seiner Frau nicht mehr möglich. Josefa hat Schuldgefühle, dass sie vor allem ihrer Mutter weitere Sorgen bereitet, zugleich fühlt sie sich, trotz ihres Studiums, zu stark in die Pflege der Großmutter, die zudem noch an ihr herunkrittelt, eingebunden. Die Großmutter will am liebsten sterben, sie sei nur noch im Weg, keiner kümmere sich um sie.

Nachdem der Hausarzt Frau K. wegen akuter Erschöpfung – sie ist im Unterricht heulend zusammengebrochen – krank schreiben musste, vereinbarte er ein Gespräch mit ihr und ihrem Mann. Hier wurde beschlossen, dass die beiden regelmäßig sich »etwas Gutes tun«, z. B. in die Sauna gehen, ein Restaurant besuchen, ins Kino gehen oder

Sport treiben. Für einen längeren Urlaub wurde eine 14-tägige Kurzzeitpflege der Großmutter in einer akzeptablen Einrichtung vorgeschlagen. Josefa soll in der Zeit die Großmutter regelmäßig besuchen. Der ambulante Pflegedienst setzt in der Zeit aus, mit Josefa soll geklärt werden, dass sie die schon lange geplante Psychotherapie mit einem stationären Aufenthalt in einer Fachklinik in den Semesterferien beginnt. Danach ist geplant, dass sie in eine WG oder ein Studentenheim zieht. An ihrer Stelle soll ein »Omasitter« die gemeinsamen Abende der Eltern ermöglichen. Mit der Großmutter wird besprochen, dass sie sich eine Tagespflege in der Nähe anschaut, wo sie an den Vormittagen hingebacht werden könnte, an denen ihre Tochter in der Schule arbeitet« (zit. nach [50]).

### Kommentar:

Der Hausarzt nimmt die ganze Familie in den Blick (systemischer Ansatz). Er versucht, die festgefahrenen Strukturen aufzuzeigen und bietet Entlastungen für den Alltag an (Tagespflege, Umzug, Freiräume und Mitteilungsmöglichkeiten schaffen). Darin eingebettet ist die Therapie der anorektischen Tochter.

Es zeigt sich eine psychisch belastete Familie, in der alle Mitglieder ineffektiv mit ihren psychosozialen Problemen umgehen. Für jeden könnte bei gegebener Motivation zur Veränderung eine Psychotherapie hilfreich sein. Der Einstieg könnte durch eine Familienberatung erfolgen, ggf. nachfolgend mit Einzeltherapien.

# Psychische Störung: Verhaltensstörungen und psychische Auffälligkeiten

## ➤ Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)

**Posttraumatische Belastungsstörung (post traumatic stress disorder = PTSD)** (zitiert nach [63, 64])

Hierunter versteht man ein Störungsbild, das sich nach massiv belastenden Lebenserfahrungen entwickelt und zu einer lang anhaltenden Beeinträchtigung führt, die sich in vier Symptomgruppen manifestiert: Intrusion, Vermeidung, Numbing und Hyperarousal (s. Tabelle). Als Trauma gilt die Konfrontation mit einer lebensbedrohlichen Situation der eigenen oder anderer Personen. Dazu gehören neben Gewalt-, Katastrophenerlebnissen und Unfällen auch Krankheiten, z. B. Herzinfarkt,

Tumorleiden – und zwar bei sich oder nahen Angehörigen. Somit können Zeugen von schrecklichen Ereignissen oder Angehörige ebenso betroffen sein. Die Symptome sollen mindestens über einen Monat bestehen und können im Verlauf wechselhafte Ausprägungen zeigen.

Von der PTSD (F43.1) wird nach ICD-10 die akute Belastungsreaktion (F43.0) unterschieden, die eine normale physiologische Reaktion auf ein belastendes Ereignis darstellt und mindestens zwei Tage bis vier Wochen anhält. Die Intensität der Symptome lässt nach 3 bis 4 Tagen nach.

Vier Symptomgruppen der PTSD	
<b>Intrusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Immer wiederkehrende Erinnerungen (Intrusion = eindringen)</li> <li>■ Alpträume</li> <li>■ »flash-back« Erlebnisse (schreckhafte Erinnerungen, Tagträume)</li> <li>■ psychischer Stress bei Konfrontation mit Hinweisreizen</li> <li>■ physiologische (vegetative) Reaktionen bei Konfrontation mit Hinweisreizen</li> </ul>
<b>Vermeidung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vermeidung von Gedanken und Gefühlen im Zusammenhang mit dem Trauma</li> <li>■ Nachrichtensendungen und Tageszeitungen werden gemieden</li> <li>■ Versuch, das Geschehene zu vergessen</li> <li>■ Teilamnesie für den Vorfall/die Vorfälle</li> </ul>
<b>Emotionale Unempfindlichkeit (»numbing«)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Emotionale Abstumpfung, Isolation</li> <li>■ Teilnahmslosigkeit, kein Mitgefühl mit anderen</li> <li>■ Sozialer Rückzug</li> <li>■ Beziehungsverlust, Gefühl nicht verstanden zu werden</li> <li>■ Verlust von Interessen</li> </ul>
<b>Erhöhte Grundanspannung (»Hyperarousal«)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hypervigilanz</li> <li>■ Ein- und Durchschlafstörungen</li> <li>■ Konzentrationsstörungen</li> <li>■ Emotionale Labilität, Reizbarkeit, Wutausbrüche</li> <li>■ Gesteigerte Schreckhaftigkeit</li> </ul>

... ➔ ...

# Psychische Störung: Verhaltensstörungen und psychische Auffälligkeiten

## ➤ Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) (Fortsetzung)

... → ...

Folgende Kriterien müssen für PTDS erfüllt sein:

- Trauma
- Vier Symptomgruppen (Tabelle s. o.)
- Signifikante funktionelle Beeinträchtigung
- Dauer der Beschwerden: mind. ein Monat

Bei PTSD finden sich eine hohe Komorbidität zu Depressionen, Angsterkrankungen und Substanzabhängigkeit [44, 63, 64].

### Inzidenz von PTSD nach Trauma [nach 63, 64]

Die folgenden Angaben zeigen, bei wieviel Prozent derer, die ein Trauma erlebt haben, eine PTSD auftrat (Inzidenz). Die Daten entstammen einer 1995 durchgeführten US-amerikanischen Patientenstudie (n=5877; Alter: 15-54 Jahre) [82]:

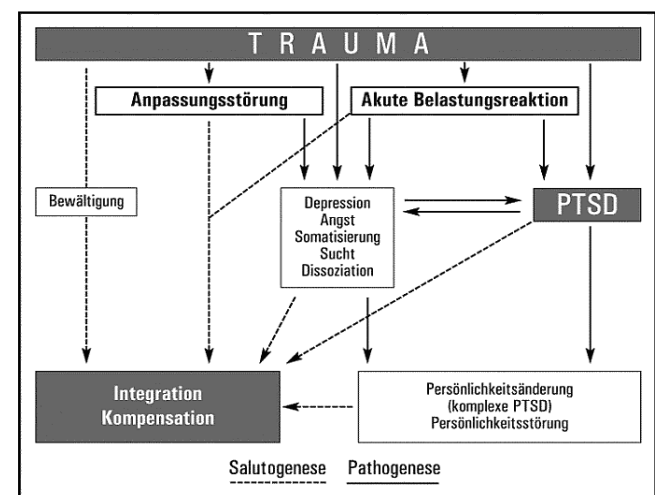
Traumatisches Erlebnis	PTSD
■ Vergewaltigung	55,5%
■ Krieg	38,8%
■ Misshandlungen in der Kindheit	35,4%
■ Vernachlässigung in der Kindheit	21,8%
■ Sexuelle Belästigung	19,3%
■ Bedrohung mit Waffen	17,2%
■ Körperliche Gewalt	11,5%
■ Unfälle	7,6%
■ Zeuge (Unfälle, Gewalt)	7,0%
■ Feuer-/Naturkatastrophen	4,5%

**Wichtig ist, dass nicht jedes traumatische Erlebnis zur Ausbildung einer PTSD führt.** Eine vertrauensvolle Arzt-Patienten Beziehung ist Grundvoraussetzung dafür, dass über die Traumata gesprochen werden kann. Diagnosesicherung am besten durch PTSD-spezifisches Interview/ergänzende psychometrische Diagnostik (CAVE: Verstärkung der Symptomatik durch unangemessene Exploration). Da die Betroffenen häufig keinen Zusammenhang zwischen ihren Beschwerden und den meist schon länger zurücklie-

genden traumatischen Erfahrungen sehen, müssen Ärzte aktiv nachfragen. Durch Kenntnis des Krankheitsbildes und gezielte anamnestische Fragen lässt sich die Diagnose stellen.

### Traumareaktive Entwicklungen

(nach Flatten et al. Posttraumatische Belastungsstörung – Leitlinie und Quelltext. Schattauer Verlag, Stuttgart, New York 2004)



### Therapie

Die PTSD zeigt eine hohe Spontanremission. Trotzdem empfiehlt sich eine frühzeitige Behandlung zur Verhinderung von Chronifizierung. Die Behandlung besteht in einem multimodalen Zugang, vorzugsweise in einer Kombinationsbehandlung mit störungsspezifischer Psychotherapie und Pharmakotherapie, nachdem eine traumaspezifische Stabilisierung stattgefunden hat (Schutz vor weiterer Traumaeinwirkung, Organisation des psychosozialen Helfersystems, frühes Hinzuziehen eines mit PTSD-Behandlung erfahrenen Psychotherapeuten, Pharmakotherapie: Antidepressiva – adjuvant, symptomorientiert). Bei der Abklärung einer PTSD ist zu prüfen, ob eine Psychose oder Suizidalität vorliegt.

# Psychische Störung: Verhaltensstörungen und psychische Auffälligkeiten

- Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) (Fortsetzung)
- Fallbeispiel 10: PTSD nach Herzinfarkt
- Fallbeispiel 11: PTSD nach Verkehrsunfall

## **Fallbeispiel 10: PTSD nach Herzinfarkt** [63, 64]

»Ein heute 57-jähriger Mann erlitt während der Sommerferien ohne vorbestehende Symptomatik am Badestrand einen Myokardinfarkt. Mit dem eigenen Auto fuhr er gegen den Rat seiner Ehefrau ins nächste Krankenhaus. Bei der Aufnahme kam es zu einem vollständigen Herz-Kreislauf-Stillstand und erfolgreicher Reanimation. Nach Dilatationsbehandlung und einer dreimonatigen Reha-phase wurde der Patient angesichts einer fortbestehenden kardialen Motilitätsschwäche zu 50% arbeitsfähig geschrieben.

Nach rund einem Jahr wurde die Stelle infolge Umstrukturierungen gekündigt. Trotz vielfältiger Bemühungen fand der Patient als Maschineningenieur keine Teilzeitstelle und ist seither arbeitslos. Er leidet seitdem unter einer erheblichen Selbstwertproblematik und einer dauernden Angst vor einem erneuten Myokardinfarkt. Neben hartnäckigen Schlafstörungen leidet er an Konzentrationsstörungen, rascher Ermüdbarkeit, depressiven Stimmungsschwankungen, Verlust der Libido, Reizbarkeit und Interessenverlust. Aus Angst meidet der Patient, der früher regelmäßig Sport betrieben hatte, jegliche körperliche Betätigung.

Die zeitweise Betreuung eines Schrebergartens führte zu einer sichtlichen Aufhellung des depressiven Befindens. Der Patient sah ein, dass er eigene Schritte unternehmen muss, soll sich sein Zustandsbild etwas bessern. Dies führte zu einer veränderten Einschätzung der zukünftigen Situation. Ob er eine Teilzeitstelle findet, entscheidet der Arbeitsmarkt, aus kardiologischer Sicht ist er zu 50% erwerbsfähig« (zit. nach [63, 64]).

## **Fallbeispiel 11: Verkehrsunfall** [nach 63, 64]

»Ein heute 60-jähriger Mann erlebte 1995 am Steuer seines Wagens einen Frontalzusammenstoß mit einem Personenwagen auf gerader Straße. Später wurde bekannt, dass der Fahrer des den Unfall verursachenden Wagens am sel-

ben Tag aus einer psychiatrischen Klinik entlassen worden ist. Vermutlich hatte er Selbstmord verübt. Initial fanden sich folgende Symptome:

- HWS-Distorsion, Schulterkontusion, Knieprellung
- Schwindel, Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen
- Arbeitsunfähigkeit
- Depressive Verstimmung und zunehmender Tinnitus beidseits

Die Beschwerden wurden multidisziplinär abgeklärt u. a. durch Orthopädie, HNO, Psychologie, Psychiatrie und Neurologie. Der ehemals erfolgreiche selbstständige Kleinunternehmer wurde AU geschrieben, eine RehaMaßnahme führte zu einer Verschlechterung. Die Konfrontation mit kranken Mitpatienten führte im Sinne eines psychogenen Hospitalismus zu einer zusätzlichen Desillusionierung. Im weiteren Verlauf zeigten sich Schlafstörungen, depressive Verstimmung, immer wiederkehrende »flash-backs« (ein auf ihn zurasendes Auto), multiple Körperschmerzen und ein hartnäckiger Tinnitus. Der Patient klagte über rasende Kopfschmerzen. Er litt unter Stimmungsschwankungen, mürrischer Reizbarkeit und Wutausbrüchen und zog sich sozial vollkommen zurück. Die Ehe hielt dem allem nicht stand und wurde geschieden. Stark kränkte ihn das Gerichtsurteil, das ihm lediglich eine symbolische materielle Entschädigung zusprach. Der Richter verkündete, dass Autofahren eben mit einem bestimmten Risiko verbunden sei. Der Patient erlebte dies subjektiv schlimmer als den ursprünglichen Unfall. Es besteht eine Arbeitsunfähigkeit zu 100%, der Patient bezieht seit dem Unfall volle Rente. Der Patient besucht einmal monatlich den Hausarzt und äußert, wie wohl es ihm tut, sich hier aussprechen zu können. Die antidepressive Medikation hat subjektiv keine Besserung ergeben, die Schlafstörungen und der Tinnitus zeigen sich therapieresistent« (gekürzt nach [63, 64]).



# Psychische Störung: Verhaltensstörungen und psychische Auffälligkeiten

## ➤ Mobbing

### **Mobbing**

Das Wort Mobbing kommt aus dem englischen *to mob* – jemanden anpöbeln, angreifen, über jemanden herfallen. Mobbing beschreibt einen Prozess, in dem Mitarbeiter über einen längeren Zeitraum systematisch schikaniert werden [136]. Eine allgemein gültige Definition gibt es noch nicht, einen Überblick gibt Zapf (2004) [163]:

*»Mobbing beinhaltet, dass jemand am Arbeitsplatz von Kollegen, Vorgesetzten oder Untergebenen schikaniert, belästigt, drangsaliert, beleidigt, ausgegrenzt oder beispielsweise mit kränkenden Arbeitsaufgaben bedacht wird und der oder die Mobbingbetroffene unterlegen ist. Wenn man etwas als Mobbing bezeichnen möchte, dann muss dies häufig und wiederholt auftreten (mindestens einmal pro Woche) und sich über einen längeren Zeitraum erstrecken (mindestens ein halbes Jahr). Es handelt sich nicht um Mobbing bei einmaligen Vorfällen. Es handelt sich auch nicht um Mobbing, wenn zwei etwa gleichstarke Parteien in Konflikt geraten.«* (Zapf D. (1999) [162])

Zapf benennt folgende Mobbingstrategien [163]:

- Mobbing über **organisatorische Maßnahmen** (z. B. über Kompetenzentzug, Entzug von Arbeitsaufgaben, Vergabe sinnloser oder herabwürdigender Aufgaben).
- **Soziale Isolation** (z. B. Ausgrenzung der Person, Einschränkung ihrer Kommunikationsmöglichkeiten).
- **Angriffe** auf die Person und ihre Privatsphäre, u.a. mit der Beeinträchtigung des Ansehens in dem Unternehmen (z. B. die Person lächerlich machen)

- **Verbale Aggression** (z. B. anschreien, kritisieren und demütigen vor versammelter Belegschaft)
- **Androhen** oder Ausüben körperlicher Gewalt
- Einsatz von **Gerüchten/falsche Behauptungen**

Das Zeitkriterium »mindestens ein halbes Jahr« ist willkürlich gewählt und sollte nicht ausschließlich berücksichtigt werden. Mobbing kann in kurzer Zeit äußerst unangenehm werden und zu erheblichen Problemen führen. Wichtig ist letztlich immer das Ziel und die Methodik des Mobbenden.

Innerhalb dieses Prozesses kann neben anderen Aspekten eine aktive Rolle des Opfers nicht ausgeschlossen werden [136].

Das Phänomen Mobbing wird heute teilweise inflationär gebraucht. Nicht jeder Arbeitsplatzkonflikt ist Mobbing. Deshalb ist eine genaue kriterienbezogene Situationsanalyse (s. Mobbingstrategien) notwendig.

**Beispiele zeigen, dass jeder von Mobbing betroffen sein kann, dabei sind die Grenzen zu Alltagskonflikten fließend** [95, 96].

... → ...

# Psychische Störung: Verhaltensstörungen und psychische Auffälligkeiten

## ➤ Mobbing

... → ...

Mobbing bei Erwachsenen am Arbeitsplatz oder bei Jugendlichen in der Schule, in Vereinen, im Internet (Cybermobbing) führt in der Regel beim Mobbing-Opfer zu mehr oder weniger ausgeprägten Beschwerden. Es bildet sich ein Vermeidungsverhalten mit Angst und/oder Depression. Im körperlichen Bereich können Schlafstörungen, zunehmende innere Unruhe und eine ganze Reihe körperlicher Symptome auftreten. Ein psychophysischer Erschöpfungszustand ergibt sich oft zwangsläufig. Das Leid kann bis zum Suizid führen.

In den letzten Jahren hat das Mobbing in der Schule, insbesondere über das Internet beträchtlich zugenommen und führt zu erheblichem Leid bei den betroffenen Schülern und deren Familien. Wesentliche Punkte sind hier, dass der Betroffene sich kaum wehren kann und die Mobbenden anonym bleiben können. Hier ist mit einer weiteren Verschlimmerung zu rechnen.

Mobbing kann alle treffen, jedoch scheinen Menschen mit soziale Kompetenzdefiziten oder einer Tendenz zur Selbstunsicherheit, eher gefährdet zu sein.

Da man sich bei »Internetangriffen« letztlich nicht wirklich wehren und jeder jeden anschwärzen kann, trifft es nun auch ansonsten »starke« Menschen. Je ohnmächtiger der Betroffene ist, desto schwieriger ist es, mit solchen Situationen umzugehen. Trotzdem lassen sich Umgangsweisen erlernen, die es erlauben, sich zu wehren oder es zumindest erträglicher machen. Dies kann in der Regel nur eine geschulte Person vermitteln und es benötigt dazu Zeit und ein entsprechendes Training. Der Hausarzt kann hier vor allem aufgrund des Zeitmangels in erster Linie nur beratend

und lenkend tätig sein. Der Hausarzt kann den Patienten ggf. krankschreiben und ihn zu einem Psychotherapeuten überweisen, der mit dem Patienten im Idealfall einerseits in konkreter Situationsanalyse sinnvolle Verhaltensstrategien herausarbeitet und andererseits mit ihm Lösungen für mögliche zugrunde liegende Probleme und Konflikte sucht.

In Betrieben besteht ggf. die Möglichkeit, sich an den Betriebsarzt, den Betriebsrat oder die Gewerkschaft zu wenden, um Hilfen zu erhalten. (s. hierzu auch weiter unten). Für den Hausarzt kann es sinnvoll sein, eine Liste mit Adressen zur Beratung bei Arbeitskonflikten zu führen (s. hierzu auch weiter unten).

(Weiterführende Literatur siehe [10, 95, 103, 109, 112, 113, 158, 165])

### **Mögliche Diagnosen nach ICD-10**

- Kontaktanlässe mit Bezug zum Berufsleben: Z56 (darf als alleinige Kodierung nur verwendet werden, wenn Leistungen abgerechnet werden, die nicht in einer Erkrankung begründet sind)
- Probleme bei der Lebensführung Z73.0
- nicht organische Schlafstörung, nicht näher bezeichnete emotional bedingte Schlafstörung o. n. A. F51.9
- Anpassungsstörung (F43.2)
- Akute Belastungsreaktion (F43.0)
- Psychische Störungen aller Art
- Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die abhängige und ängstlich-vermeidende Persönlichkeit (Diagnose sollte dem Psychotherapeuten überlassen bleiben)

... → ...

# Psychische Störung: Verhaltensstörungen und psychische Auffälligkeiten

- Mobbing (Fortsetzung)
- Fallbeispiel 12: Mobbing

... → ...

## **Fallbeispiel 12: Mobbing**

Aktuelle Beschwerden: 34jährige Sekretärin stellt sich bei ihrem Hausarzt vor mit Herzrhythmusstörungen und Schmerzen im Brustbereich, Ein- und Durchschlafstörungen, Ängsten und depressiven Verstimmungen. Sie habe eine verminderten Antrieb und die Freude verloren. Ihr Selbstwert sei schlecht. Die Probleme bestünden seit 3 Monaten. Suizidgedanken habe sie nicht.

Arbeitsplatzanamnese: Sie gehe nur noch ungern zur Arbeit, da sie von ihren Kolleginnen schlecht behandelt werde. Sie sei im Unternehmen vor einem halben Jahr neu eingestellt worden und arbeite in einem Team von insgesamt 3 Sekretärinnen. Die beiden anderen arbeiteten schon lange im Unternehmen und seien eine eingeschworene Gemeinschaft. Auf ihrer Stelle sei zuvor eine dritte Frau gewesen, die auch zu dieser engen Gemeinschaft gehört habe. Erst als sie schon einige Wochen dort gearbeitet habe, habe sie erfahren, dass ihre Vorgängerin vom Chef in eine andere Abteilung versetzt wurde. Ihr Chef habe sie dann eingestellt und sie aber über die Lage nicht informiert. Die beiden würden mit ihr kaum reden, sie nicht mit zum Mittagessen nehmen, Informationen vorenthalten und auch falsche Informationen weitergeben. Sie habe versucht, mit ihnen zu reden, aber ohne Erfolg. Wenn Sie den Raum betrete, verfallen beide in plötzliches Schweigen, obwohl sie sich zuvor angeregt unterhalten hätten. Sie habe sich lange nicht getraut, die beiden anzusprechen. Als sie es aber versucht habe, haben die beiden erstaunt reagiert und gesagt, sie bilde sich das ein. Erst später habe sie ihren Chef darauf angesprochen, der sie dann darüber informierte, dass er vor zwei Jahren

gekommen sei und diese Gemeinschaft schwierig gewesen sei und er daraufhin die eine Wortführerin versetzt habe. Sie müsse da durch, er könne nicht mehr machen. Er stehe aber hinter ihr. Insgesamt kommt der Chef eher selten in das Büro und regele hier nur das Nötigste. Die Probleme spreche er nicht an. Sie überlege, ob sie sich eine neue Arbeit suchen solle, wobei die Arbeitsplatzsituation in der Region nicht gut sei.

Anamnese: Sie sei schon immer ein sozial ängstlicherer Mensch gewesen, könne mit Ablehnung und Kritik nur schlecht umgehen, da sie das persönlich nehme und ihren Selbstwert in Frage stelle. Sie vermeide keine sozialen Kontakte, aber Konflikten gehe sie lieber aus dem Weg. Sie sei verheiratet und habe einige Freunde, mit denen sie ihre Freizeit verbringe. Die Ehe sei gut. Ihr Mann sei auch eher zurückhaltend. Ihre Kindheit und Jugend sei gut gewesen, ihre Eltern hätten sie unterstützt. Sie habe keine besonderen einschneidenden Erlebnisse gehabt. Vor diesem Arbeitsplatz sei sie immer gut klar gekommen mit Kollegen und Vorgesetzten. Den letzten Arbeitsplatz habe sie verloren, da die Firma pleite gegangen sei.

Körperliche Untersuchung: Die Patientin ist kurzzeitig, eine kardiologische Untersuchung zeigte sich unauffällig, die leicht vermehrten Extrasystolen und ein erhöhter Ruhepuls sind vorhanden, aber ohne pathologischen Befund. Verspannungen im HWS-Bereich mit schmerzhaften Triggerpunkten. Labor unauffällig inklusive der Schilddrüsenwerte.

... → ...

# Psychische Störung: Verhaltensstörungen und psychische Auffälligkeiten

- Mobbing (Fortsetzung)
- Fallbeispiel 12: Mobbing

... → ...

Psychischer Befund: Die Patientin ist bewusstseinsklar und in allen Qualitäten orientiert. Im Kontakt war sie freundlich, zugewandt und kooperativ. Die Grundstimmung erschien deutlich niedergestimmt, aber auch ängstlich zu sein bei normaler Schwingungsfähigkeit. Es gab keinen Anhalt für pathologische Gedankeninhalte oder formale Denkstörungen. Im Antrieb unauffällig, psychomotorisch angespannt. Keine Hinweise auf aktuelle Suizidalität und psychotische Symptome.

Diagnose: Mittelschwere depressive Episode (F32.1G) aufgrund Mobbingsituation am Arbeitsplatz

Beurteilung: Die Patientin scheint ein ängstliches Temperament zu haben, was aber bisher zu keinen deutlichen psychischen Problemen geführt hat. Es fallen nur eine verminderte Konfliktbereitschaft und die damit verbundenen unzureichenden Konfliktfertigkeiten seit der Kindheit auf. Zudem bestehen Probleme bei Kritik und Ablehnung, was die Patientin persönlich nimmt und dabei ihren Wert in Frage stellt. Ansonsten besteht kein grundsätzlicher mangelnder Selbstwert. Auslöser dieser depressiven Episode ist eine Mobbingsituation am Arbeitsplatz. Hier wird sie unkooperativ von den beiden Mitarbeiterinnen behandelt, was bei ihr zu verstärkten Ängsten und dann zu depressiver Erschöpfung geführt hat, da sie keine Lösung für die Probleme findet und sich selbst abwertet. Ihr Chef kennt das Problem, kommt aber seiner Führungsaufgabe nicht nach und sieht sich da wohl auch machtlos, sodass die Patientin auf sich selbst gestellt ist.

Die körperlichen Phänomene sind durch die erhöhte Anspannung und dem anhaltenden Stress zu erklären. Eine somatische Erkrankung liegt nicht vor. Der erhöhte Puls kann mit einer milden Beta-blockergabe zunächst gesenkt werden. Eine Psychotherapie, die auf den Arbeitskonflikt, ihre Defizite im Bereich Konfliktfertigkeiten und die Selbstwertproblematik bei Kritik und Ablehnung fokussiert, ist indiziert. Hier sind Ansätze aus der Kognitiven Verhaltenstherapie Erfolg versprechend. Deshalb sollte eine Vorstellung bei einem Kognitiven Verhaltenstherapeuten erfolgen. Ein Arbeitsplatzwechsel sollte erst erwogen werden, wenn mit diesen Maßnahmen keine Lösungen gefunden werden kann.

Umgang mit der Patientin: Der Patientin gegenüber sollte anerkannt werden, dass es sich hier um eine eindeutige Mobbingsituation handelt und der Chef hier eingreifen müsse, was er aber nicht tut. Ein Arbeitsplatzwechsel sei sicher der schnellste Weg, das aktuelle Problem zu lösen, jedoch sagt sie ja selbst, dass die Stellensituation schwierig ist. Und sie kann nicht sicher sein, dass ihr so etwas nicht wieder passiert, sodass sie diese Gelegenheit auch nutzen könnte, um hier stärker zu werden und die Umgangsmöglichkeiten mit Konflikten und Ablehnungssituationen zu verbessern. Dies ist lernbar. Eine Unterstützung durch einen Psychotherapeuten ist hierfür sinnvoll. Empfehlung: Sie sollte ein Erstgespräch mit einem Psychotherapeuten führen und sich diesbezüglich beraten lassen. Eine Krankschreibung kann kurzfristig eine gewisse Entlastung bringen, aber bereits mittelfristig die Problematik verstärken. Deshalb sollte damit vorsichtig umgegangen werden. Es sollte für einen aktiven Umgang mit der Problematik geworben werden, statt diese zu vermeiden.

... → ...

# Psychische Störung: Verhaltensstörungen und psychische Auffälligkeiten

➤ Mobbing (Fortsetzung)

... → ...

## Hinweise [19]

Personen, die gemobbt werden/sich gemobbt erleben, benötigen neben medizinischer und therapeutischer Hilfe auch eine Rechtsberatung (Mobbing ist strafbar; es kann zur Versetzung/Kündigung oder Schadensersatzzahlungen des Mobbers führen). Ausschlaggebend für den Erfolg einer Klage ist die Beweisbarkeit der Vorwürfe. Wichtig sind deshalb für den Gemobbtten Zeugenaussagen, E-Mails (schriftliche Anweisungen) und Briefe. Es wird außerdem empfohlen, ein »Mobbing-Tagebuch« zu führen, das der eigenen Gedächtnisstütze (nicht als Beweismaterial) dient. Zur emotionalen Entlastung helfen Sport, Musik, Entspannung.

## Links/Kontakte

Allgemeine Informationen, z. B. der Ärztekammer Nordrhein mit weiteren Kontaktmöglichkeiten und bundesweitem Überblick über Mobbing-Selbsthilfegruppen: <http://www.aekno.de/htmljava/frameset.asp?typ=c&seite=mobbingindex.html>

Empfehlenswert sind niederschwellige Beratungsangebote wie »Mobbingtelefone« (z. B. kirchliche Einrichtungen, Kommune, Gewerkschaften/Personalrat).

Ein Ratgeber (»Hilfe gegen Mobbing am Arbeitsplatz«) von Agneta Bone und Johanna Rückert steht zum Download über das Internet zur Verfügung [http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/hilfe-gegen-mobbing-am-arbeitsplatz.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/hilfe-gegen-mobbing-am-arbeitsplatz.pdf?__blob=publicationFile)

Informationen zur psychischen Belastung und Beanspruchung im Berufsleben sind bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin erhältlich ([www.baua.de](http://www.baua.de)).

# Psychische Störung: Verhaltensstörungen und psychische Auffälligkeiten

➤ Angststörung, Soziale Phobie

**Angststörung:** Die 12-Monatsprävalenz für Angststörungen liegt in der Bevölkerung (18-65 Jahre) bei 14,2% [125]. Frauen sind ca. doppelt so häufig betroffen wie Männer. An erster Stelle stehen die akut oft weniger beeinträchtigenden spezifischen Phobien. Stärker beeinträchtigend sind generalisierte, nicht näher bezeichnete Angststörungen und soziale Phobien. In den Hausarztpraxen stellt die generalisierte Angststörung mit 5,3% (Stichtagsprävalenz) die häufigste Angststörung dar. Angststörungen sind ein Risikofaktor für Depression, Substanzmissbrauch und Abhängigkeit [125].

**Soziale Phobie** (zitiert nach [16]): Die soziale Phobie ist durch eine Angst gekennzeichnet, von anderen Personen beobachtet oder negativ bewertet zu werden. Das Verhalten in vertrauter Umgebung ist ungestört, in fremder Umgebung treten typische, vegetative Angstsymptome wie Schwitzen, Zittern, Tachykardie auf. Die betroffenen Personen haben typische, negativ belastete Überzeugungen wie zum Beispiel: »Ich werde zittern/schwitzen, die Leute werden es sehen und sich über mich amüsieren« oder »ich werde bestimmt mitten im Satz hängenbleiben«. Es herrscht die Angst, sich zu blamieren. Das hieraus folgende Vermeidungsverhalten führt einerseits zur Chronifizierung, andererseits zum Rückzug und zur sozialen Isolation. Die private und berufliche Leistungsfähigkeit wird stark beeinträchtigt.

Folgende **auslösende Situationen** sind typisch:

- Öffentliches Reden oder Essen
- Schreiben in der Öffentlichkeit
- Ansprechen von Fremden oder Autoritätspersonen oder Personen des anderen Geschlechts
- Beobachtet werden, z. B. bei einer Feier, einer Konferenz, einem Meeting
- Konfliktsituationen, z. B. Reklamationen
- Teilnahme am öffentlichen Verkehr

Abzugrenzen sind normale Reaktionsmuster, wie z. B. das Lampenfieber des Schauspielers vor dem Auftritt oder die Unsicherheit, sich in einer fremden Kultur zu bewegen. Andererseits kann eine unbehandelte soziale Phobie zu zunehmendem Rückzug führen, der Schulbesuch wird vermieden, die Arbeit gekündigt, es kommt zum Rückzug aus dem sozialen Umfeld. Diese negative Spirale kann bis zum Suizid führen.

**Ursachen:** Die Ursache liegt in einer ausgeprägten Selbstwertproblematik, die im Verlauf der kindlichen Entwicklung entstanden ist. Ein ängstliches Temperament mit Schüchternheit und Verhaltenshemmung fördert die Entstehung von Angststörungen, auch die Entwicklung einer sozialen Phobie. Ein weiterer Faktor ist eine geringe soziale Kompetenz, wenn soziale Fertigkeiten in Kindergarten oder Schule nicht ausreichend gelernt wurden. Es fehlen Verhaltensmuster und soziale Konzepte, sich in normalen/konflikthaften Situationen erfolgreich zu verhalten, z. B. sich durchzusetzen [145].

### **Fallbeispiel 13: Angst**

»Herr F. hat einen wichtigen Termin bei seinem Chef. Er ist nervös, will sich nicht blamieren. Er achtet besonders auf seinen Herzschlag und darauf, ob er errötet. Er befürchtet, zu versagen und sein Chef werde seine Angst bemerken. Diese Gedanken und Erwartungen machen ihm Angst. Die Angst verstärkt die vegetativen Symptome. Diese Reaktionen führen nun zum sichtbaren Schweißausbruch, und wenn er nun seinem Chef die nasse Hand gibt, scheinen sich alle seine Befürchtungen zu bestätigen, der Teufelskreis schließt sich.

Solche Erfahrungen führen zu einem Vermeidungsverhalten, das seinerseits zur Aufrechterhaltung der sozialen Angststörung beiträgt« (zit. nach [16]).

# Psychische Störung: Verhaltensstörungen und psychische Auffälligkeiten

## » Diagnostische Kriterien der Sozialen Phobie

### Diagnostik

Für eine eindeutige Diagnose der sozialen Phobie müssen alle folgenden Kriterien erfüllt sein [37]:

- 1. Die psychischen, Verhaltens- oder vegetativen Symptome müssen primäre Manifestationen der Angst sein und nicht auf anderen Symptomen wie Wahn oder Zwangsgedanken beruhen.
- 2. Die Angst muss auf bestimmte soziale Situationen beschränkt sein oder darin überwiegen.
- 3. Wenn es dem Patienten möglich ist, vermeidet er die phobische Situation.

Für die Diagnostik stehen verschiedene Checklisten, strukturierte standardisierte Interviews, Verhaltenstests, direkte Beobachtungen und Tagebuchaufzeichnungen eingesetzt (Hinweise hierzu im Anhang).

Eine frühzeitige Diagnose und Behandlung erspart eine lange Leidensgeschichte und zunehmende private und berufliche Beeinträchtigung.

### Medikamentöse Therapie [148]

- Antidepressiva (SSRI, SNRI, MAO-Hemmer), besonders bei mittelschweren bis schweren Formen
- Benzodiazepine: große Wirkung mit klaren Nachteilen wie Suchtentwicklung, Behinderung von psychotherapeutischem Lernen
- Betablocker: niedrig dosiert (besonders bei Prüfungsangst)

### Psychotherapie

sowohl als Einzel- als auch als Gruppentherapie. In der Verhaltenstherapie

- Exposition in realen angstbesetzten Situationen
- Bewusstes Überprüfen der Reaktionen anderer Menschen
- Korrektur bisheriger kognitiver Schemata
- Erlernen, Situationen erfolgreich zu bewältigen

Bei leichten und mittelschweren Formen reicht in der Regel eine Psychotherapie aus, bei schweren Formen Psychotherapie in Kombination mit Medikamenten, insbesondere, wenn eine Depression als Komorbidität vorliegt [16].

## Traumatische Kindheitserlebnisse

In Folge traumatischer Kindheitserlebnisse können beim Patienten Selbstwahrnehmung und eigene Gefühlsverarbeitung gestört werden. Dies kann ein Auslöser für Risikoverhalten wie Rauchen, Alkoholismus, Drogenabusus, abnormes Essverhalten oder Promiskuität sein. Dieses Risikoverhalten kann verstanden werden als bewusste oder unbewusste Strategie zur Bewältigung chronischer Stresszustände mit körperlichen Spannungen [154].

Wie lässt sich das erklären?

Die Bindungstheorie sieht den Menschen als Sozialwesen; als »Tragling« ist er durch eine intensive Mutter-Kind-Beziehung von Beginn seiner Existenz an in eine soziale Beziehung eingebettet. Sein weiteres Leben wird bestimmt vom realen frühkindlichen Beziehungserleben. Er braucht sichere, bergende, liebevolle Atmosphäre, Nähe, Treue, Loyalität, Urvertrauen. Er wird beschädigt durch Verunsicherungen, Aggressionen, Übergriffe, Demütigungen, Beziehungsabbrüche, Tod. Solche Erfahrungen in einem Maß, das die Verarbeitungskompetenz des Kindes/Menschen überschreitet, führen häufig zu psychischen und psychosomatischen Erkrankungen.

Maladaptives Verhalten oder maladaptive Reaktionsmuster können zu chronisch-letalen Erkrankungen im Erwachsenenalter führen. Dauerhafter Nikotinabusus als Mittel zur Affekt- und Stimmungsregulation kann z. B. Ursache von chronischen Gefäß- und Lungenerkrankungen und vorzeitigem Tod werden [154].

In Studien wurde festgestellt, dass bei »beschädigten Kindern«, auch aufgrund ihrer Lebensweise, im weiteren Lebensverlauf Krankheit und früher Tod signifikant häufiger auftreten. Die Korrelation zwischen aktuellem Lebensstil und Gesundheitsverhalten mit Morbidität und Mortalität ist in Studien belegt [48, 89, 132].

Maladaptives Verhaltens-/ Reaktionsmuster	Chronische, lebensverkürzende Erkrankungen
Rauchen	chron. Lungenerkrankungen, Arteriosklerose, Karzinome, KHK
Essstörung	■ Anorexie: Kachexie ■ Adipositas: Hypertonie, Diabetes, KHK
Alkoholmissbrauch	Leberschäden, zerebrale Schäden, soziale Folgen
Depressive Reaktion	Suizid, Diabetes, KHK
Promiskuität	HIV-Infektion, Leberschäden

Eine 1995 bis 1996 konsekutiv durchgeführte Untersuchung zu schädlichen Kindheitserlebnissen und ungünstiger Haushalt- bzw. Familiensituation (The **A**dverse **C**hildhood **E**xperiences, **ACE** Study) zeigte bei 9508 erwachsenen HMO-Mitgliedern der Kaiser Permanente's San Diego Health Appraisal Clinic, dass rund 50% mindestens eine ACE-Kategorie bejahten.

... → ...



... → ...

Zur Prävalenz schädlicher Kindheitserlebnisse (in den USA) wurden angegeben [48, 154]:

- Psychische Gewalt 11%
- Körperliche Gewalt 11%
- Sexueller Missbrauch 22%

Im Haushalt der Befragten der ACE-Studie zeigten Familienmitglieder folgende Zeichen der familiären Dysfunktion:

- Alkohol- oder Drogenmissbrauch: 6%
- Psychiatrische Erkrankung 19%
- Gewalt gegen die Mutter 13%
- Inhaftierung eines Familienmitglieds 3%

Wenn die Zahlen auch aus den USA stammen, ist davon auszugehen, dass es auch in Deutschland ähnliche Probleme gibt.

Das sogenannte Risikoverhalten führt zu einer Vielzahl von häufigen und relevanten Erkrankungen. Das Risikoverhalten ist jedoch nur schwer therapierbar, nicht zuletzt, weil häufig die psychosozialen Ursachen nicht ausreichend berücksichtigt werden.

## Bio-psycho-soziale Kausalkette [154]

### Bio-psycho-soziale Kausalkette



Betrachtet man die Häufigkeit der schädlichen kindlichen Erlebnisse, so sind diese Zahlen zunächst schwer vorstellbar. Bei der Häufigkeit des Risikoverhaltens in unserer Bevölkerung und der postulierten Mitverursachung durch kindheitliche Erlebnisse erscheinen sie jedoch in einem anderen Licht.

Es sollte immer an diese psychosozialen Mitursachen gedacht werden, wenn Therapien bzw. RehaMaßnahmen des Risikoverhaltens erforderlich werden.

Auch im präventiven Bereich kann die Suche nach psychischen Wurzeln wegweisend werden. So können adäquate psychotherapeutische Maßnahmen neben Bewegungstherapie, Ernährungsumstellung, Raucherentwöhnung etc. in die Wege geleitet werden, um die Erfolgsquote dieser Maßnahmen zu verbessern.

## Allgemein

Drogen beeinflussen den Bewusstseinszustand und die Affektlage in unterschiedlicher Weise, manche Drogen können bei schädlichem Gebrauch Halluzinationen auslösen. Ein vielfältiges Bild neurologischer und psychischer Störungen kann die Diagnostik von unklaren Beschwerden kompliziert machen, insbesondere dann, wenn somatische Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes, Hochdruck, cerebrovaskuläre oder kardiale Krankheitsbilder, Infektionen, Traumen oder Hirnerkrankungen gleichzeitig vorliegen.

Typischerweise fallen solche Patienten in der Hausarztpraxis zunächst nicht wegen ihrer Sucht auf, weil der ihnen selbst in der Regel bekannte schädliche Gebrauch vor der Umwelt verheimlicht wird. Erst wenn Zwischenfälle mit unerklärlichen Traumen oder psychosoziale Probleme (Arbeitsplatzverlust, familiäre Konflikte, Unfallhäufigkeit, körperliche Folgeerscheinungen, Verhaltensstörungen mit betont forderndem Verhalten, Schlafstörungen mit etlichen unerklärlichen körperlichen Symptomen, besonders nicht anders erklärbares Schmerzphänomene) sich häufen, ist es an der Zeit, hellhörig zu sein und gezielt nach schädlichem Gebrauch und Abhängigkeiten von Substanzen (Alkohol, Nikotin, Koffein, Amphetamine, Schmerztabletten, Drogen) zu fahnden, da diese oftmals eingesetzt werden, um mit Problemen, Ängsten, Überforderung oder inneren Spannungen fertig zu werden.

Substanzmittelgebrauch wird unterschieden in:

- Riskanter Gebrauch (Z72.0)
- Schädlicher Gebrauch (FXX.1)  
(XX=2./3.Stelle ICD 10: F10;M F11 etc)
- Abhängigkeit (FXX.2)

Von *riskantem Gebrauch* spricht man, wenn ein Mann mehr als 30g und eine Frau mehr als 20g reinen Alkohol pro Tag konsumiert. Dadurch könnte langfristig ein Schaden entstehen, besteht jedoch noch nicht. Bei *schädlichem Gebrauch* ist bereits ein körperlicher (z. B. Leberwerterhöhung) und/oder psychosozialer Schaden (z. B. Beziehungs- oder Arbeitsplatzprobleme, Führerscheinentzug) entstanden und der Betroffene konsumiert trotzdem weiter. Bei einer *Abhängigkeit* müssen mindestens drei von sechs Kriterien erfüllt sein:

- Toleranzentwicklung mit Dosiserhöhung
- Körperliche Entzugserscheinungen
- Kontrollverlust erleben
- Unwiderstehlicher Drang zum Konsum (Craving)
- Einengung des Lebens auf den Konsum der Substanz
- Anhaltender Konsum trotz eines eingetretenen körperlichen und/oder psychosozialen Schadens
-

### »Genussmittel«-Missbrauch

Um die vielfältigen körperlichen Symptome bei schädlichem Alkoholgebrauch rechtzeitig zu erkennen, ist es sinnvoll neben der Eigen- und Fremdanamnese und den einschlägigen medizinischen Untersuchungen wie klinischer Status und Laboruntersuchungen mittels eines »strukturierten Interviews« (z. B. CAGE-Test, AUDIT, s. u.) den Betroffenen zu befragen.

Mögliche Laboruntersuchungen sind u.a.

- Gamma-GT (bei 70-90% der Alkoholkranken erhöht – bei jüngeren Patienten herabgesetzte Sensitivität),
- Kleines Blutbild mit MCV (erhöht bei 50-90% der Alkoholkranken),
- ggf. CDT (Carbohydrate deficient transferrin – hohe Sensitivität zur Erkennung einer Alkoholkrankheit, nicht geeignet zur Früherkennung von erhöhtem Alkoholgebrauch – nicht als Kassenleistung anerkannt).

Ein sehr einfacher Test ist der CAGE-Test [46] mit seinen 4 Fragen:

- Hatten Sie schon das Gefühl, dass Sie Ihren Alkoholkonsum reduzieren sollten? (**C**ut down drinking)
- Hat es Sie schon aufgeregt, wenn andere Leute Ihr Trinkverhalten kritisieren? (**A**nnoyance)
- Hatten Sie wegen Ihres Alkoholkonsums Gewissensbisse? (**G**uilty)
- Haben Sie morgens nach dem Erwachen schon als erstes Alkohol getrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen oder den Kater loszuwerden? (**E**ye opener)

**Interpretation:** Mindestens 2 positive Antworten bezeugen das wahrscheinliche Vorhandensein von Problemen, die im Zusammenhang mit übermäßigem Alkoholkonsum stehen. Die Wahrscheinlichkeit eines Alkoholmissbrauchs beträgt 62% bei einer positiven Antwort und 89% bei 2 positiven Antworten. Bei 3 und 4 positiven Antworten beträgt die Wahrscheinlichkeit des Bestehens einer Alkohol-Abhängigkeit 99%.

Semistrukturierte Interviews können die Problematik einer Alkoholabhängigkeit detaillierter aufdecken wie z. B. der **AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)** mit 10 Fragen [141].

### Definition der Alkoholkrankheit

Die Alkoholkrankheit (ICD-10: F10.- Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol) ist eine progressive Suchterkrankung, in deren Verlauf der Suchtmittelkonsum zum lebensbestimmenden Inhalt werden kann. Sie betrifft in Deutschland wie in vielen Industrienationen mehr als 5% aller Bürger. Erkrankt sind zu etwa 70% Männer.

Die Übergänge der verschiedenen Entwicklungsstufen sind dabei fließend. Typische Symptome sind: Konsumzwang, fortschreitender Kontrollverlust, Vernachlässigung früherer Interessen zugunsten des Trinkens, Leugnen des Suchtverhaltens, Entzugserscheinungen bei Konsumreduktion, Toleranzentwicklung (sog. »Trinkfestigkeit«), es kommt dabei zu Persönlichkeitsveränderungen.

### Wichtig

- Problem offen ansprechen, der Betroffene muss sich zu seinem schädlichen Alkoholgebrauch bekennen.
- Nach einer stationären Entgiftung konsequent ambulant weiterbehandeln mit psychosozialer Betreuung (z. B. regelmäßige ärztliche Weiterbetreuung, regelmäßiger Kontakt zu psychosozialen Diensten, zu Abstinenzler-Gruppen), ihn nicht sich selbst überlassen.
- Das meist durch den Alkoholgebrauch beschädigte soziale Netz (Arbeitsplatzprobleme, Familien- und Partnerprobleme) mit Hilfe eines suchttherapeutischen und verhaltenstherapeutischen Ansatzes tragfähig machen.

Manchmal ist der Hausarzt als alleiniger Ansprechpartner überfordert. Er sollte nach Offenlegung einer Alkoholabhängigkeit sehr konsequent ein abstinentorientiertes Verhalten anstreben. Auch kleine Alkoholmengen (in Pralinen, in Soßen usw.) sollten vermieden

werden. Der Patient verlangt oft trickreich, dass der Arzt Ausnahmen vom strengen Abstinenzkonzept toleriert oder auch, dass der Arzt das Thema bagatellisiert und nicht ernst nimmt, was dem Patienten die Konfrontation mit dem eigenen Fehlverhalten erspart. Somit wird die Abhängigkeit aufrechterhalten, der Arzt wird so – wie oft auch die Familie, die Arbeitskollegen – zum »Co-Abhängigen«, der das dauerhafte Fehlverhalten weiter ermöglicht.

**Cave:** Der Arzt darf sich nicht zum Komplizen des Suchtkranken machen lassen!

Leichtere Formen schädlichen Alkoholkonsums können durchaus im ärztlichen Gespräch anlässlich geklagter Beschwerden mit Erfolg bearbeitet werden. Wichtig ist dabei eine vertrauensvolle Beziehung zum Hausarzt, die es zulässt, dass dem Betroffenen mit aller Konsequenz die Entwicklung seiner körperlichen Abhängigkeit vermittelt wird und dass die notwendigen, meist unbeliebten Maßnahmen der vollständigen Abstinenz, der stationären Entgiftung und der anschließenden Vermittlung an eine Suchthilfeeinrichtung zur psychosozialen Nachbetreuung, ggf. auch an eine Selbsthilfe-Gruppe, z. B. die Anonymen Alkoholiker, dann vom Arzt veranlasst werden.

### Materialien zur Alkoholkrankheit

Unter <http://www.alkohol-leitlinie.de> befinden sich Materialien (z. B. Versorgungsleitlinie, Fortbildung) zum Thema alkoholbezogene Störungen.

<http://www.bzga.de> (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA, Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln, Tel. 0221-8992-0, Fax 0221-8992-300), <http://www.dhs.de> (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Westenwall 4, 59065 Hamm), s. auch [www.alkoholratgeber.de/](http://www.alkoholratgeber.de/) Alkoholismus-Hilfs-Adressen; s. auch Jahrbuch Sucht der DHS, im PABST Verlag, Lengerich.

- Alltägliches Risikoverhalten
- Nikotinsucht, Kaffeemissbrauch, Spielsucht

## Alltägliches Risikoverhalten

Neben den sogenannten »Genussmitteln« gibt es noch weitere nicht minder riskante Verhaltensweisen. Gesucht werden »Gipfel-Erlebnisse« (peak-experiences - Maslow) z. B. Autorasen, Klettern ohne Seil. Sie tragen für denjenigen, der sie erlebt, ihren Sinn in sich selbst.

Bei Jugendlichen dient **riskantes Gesundheitsverhalten** vor allem zur Lösung von Entwicklungsaufgaben (z. B. durch Zugang zur Peer-Group) und zum Stressabbau. Bei den meisten Jugendlichen nimmt diese Verhaltensweise mit dem Erwachsenwerden ab. Präventionsmaßnahmen setzen auf Förderung des Selbstvertrauens und der Gestaltung von sozialen Kontakten. Eine kleinere Gruppe von Jugendlichen, die oftmals bereits in der Kindheit Auffälligkeiten zeigte, weist jedoch auch als Erwachsene ein riskantes Gesundheitsverhalten auf, das hier als Ausdruck einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung gesehen werden kann. Hier sind therapeutische Maßnahmen notwendig [114].

Extremsport kann als »moderner Initiationsritus der Jugend«, aber auch Vergewisserungsritual verunsicherter Erwachsener interpretiert werden. Ursache ist ein mangelnder Selbstwert des Betroffenen. Dies führt zum wiederholten Risikoverhalten aus ständigem ungestilltem Hunger nach Anerkennung und Macht. Es bedarf Ich-stärkender Tätigkeiten z. B. Verantwortung für eine kleine Gruppe übernehmen, die mit sozialer Anerkennung verbunden sind, um zu gesunden.

Ebenfalls gilt die Spielsucht (z. B. Glücksspiel, Wetten) bei pathologischem Spielverhalten zu den suchtmachenden, therapiebedürftigen Verhaltensstörungen mit häufigen schweren psycho-sozialen Folgen.

## Nikotinsucht, Kaffeemissbrauch

Nikotinsucht (ICD10 F17.-) ist trotz aller Aufklärungskampagnen besonders bei jungen Frauen und Heranwachsenden ein erhebliches Gesundheitsproblem, das durchaus psychosomatische Probleme auslösen kann. Wie auch beim übermäßigen Kaffeegenuss können Unruhe, Ängste und Herz-Kreislaufprobleme Krankheitssymptome auslösen, deren wahre Genese im suchtmäßigen Tabak-Gebrauch oder übermäßigem Kaffeegenuss liegen.

Folgende Interventionen sind wirksam [49, 66, 88]

- Hausärztliche Kurzinterventionen:
- Intensive Beratung und Betreuung (counselling) durch Ärzte/Pflegepersonal.
- Pro-active Betreuung am Telefon.
- Die beste Therapie scheint aus der Kombination von intensiver Betreuung und Pharmakotherapie (unter Beachtung der Anwendungsbeschränkungen [119, 138, 153]) zu bestehen
- Andere Therapien sind nicht evidenz-basiert, wie z. B. Akupunktur, Laser, Hypnose etc.

## Materialien

»Ja – ich werde rauchfrei« Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ostmerheimerstr. 20, 51109 Köln, Tel. 0221-89920; [www@bzga.de](http://www.bzga.de), Rauchertelefon der Deutschen Krebshilfe 06221-424200 montags bis freitags 14.00 bis 18.00 Uhr

### Tablettenabhängigkeit

Die allgemeine Pillengläubigkeit führt dazu, dass

- der Patient eine große Zahl an frei verkäuflichen Medikamenten und Substanzen, die Gesundheit versprechen, einnimmt und dass
- der Arzt zu viele Medikamente verschreibt.

Mögliche Hinweise für Hausarzt bzw. Nachfragen:

- Vermehrte Stürze, gehäufte oder unklare Verkehrsunfälle, Arbeitsunfälle und ungewöhnliche kognitive Fehlleistungen, »unerklärliche« Allgemeinbeschwerden, Verhaltensstörungen bis hin zu Depersonalisierungserscheinungen (besonders bei Benzodiazepingebrauch).
- Größere und häufigere Rezeptwünsche nach Benzodiazepinen (Abhängigkeit in Deutschland: ca. 5%, entsprechend 4. Millionen).  
Cave: Vorliegen einer Niedrigdosisabhängigkeit (low-dose-dependency), diese kann eine regelmäßige abendliche Entzugs-Unruhe und emotionale sowie kognitive Persönlichkeitsveränderungen mit Gedächtnisstörungen nach sich ziehen.

Frauen neigen vermehrt zu Tablettenmissbrauch, da die gewünschte psychische Veränderung durch Tabletten ihnen selbst offenbar unauffälliger erscheint, als beispielsweise eine Alkoholfahne am Arbeitsplatz.

Bei fortgeschrittenem Suchtverhalten sinkt allerdings die Hemmschwelle und es beginnt oft eine polytoxikomane Phase von sich addierenden Wirkungen von Alkohol und Psychopharmaka, die oftmals schwer herauszufinden ist und auch nicht leicht zu therapieren ist. Der Hausarzt hat hier die Aufgabe, den Verlauf zu erkennen und einzuschreiten mit dem Versuch, die eigentliche Ursache für den Missbrauch aufzudecken. Auch hierbei kommt er mitunter um eine stationäre Entgiftung mit anschließender Rückfallprophylaxe nicht herum.

Die Zahl der von suchtkranken Patienten gewünschten Medikamente ist groß:

- Opiate,
- Kodein (z. B. in Mischpräparaten, in Hustensaften, wird zu Morphin verstoffwechselt),
- Psychostimulantien (Methylphenidat, Amphetamin),
- Analgetika,
- Benzodiazepine (bevorzugt werden solche mit raschem Wirkungseintritt: z. B. Lorazepam, Alprazolam, Midazolam, Temazepam, oder mit langer Wirkdauer wie Diazepam, Nitrazepam, Flurazepam, Flunitrazepam),
- Medikamente, die in Verbindung mit Alkohol zu einer Intoxikation führen: z. B. atropinartige Medikamente wie Biperiden,
- Anticholinergika,
- Barbiturate,
- Antihistaminika (z. B. Diphenhydramin, Promethazin),
- Appetithemmer mit stimulierenden Effekten,
- alkoholhaltige Zubereitungen.

... → ...

- Tablettenabhängigkeit (Forts.)
- Therapie bei Einnahme psychotroper Stoffe

... → ...

Benzodiazepine sollten möglichst nur kurzfristig (3 - 5 Tage) und in geringer Dosierung verordnet werden. Das Behandlungsziel (z. B. Überbrückung einer akuten reaktiven psychischen Erregungsphase) sollte mit dem Patienten klar abgesprochen werden.

Im Alter sind die einzelnen Dosierungen zu reduzieren oder zu halbieren, um den häufigen Hangover zu vermeiden. Interaktionen mit Alkohol oder anderen psychotropen Stoffen müssen vermieden werden. Gerade bei Patienten mit Psychosomatosen bahnt sich schnell eine Abhängigkeit an [53]. Es sollten Präparate mit mittlerer Wirkdauer ohne aktive Metaboliten (weil diese wiederum hypnotisch wirken können) verordnet werden wie beispielsweise Oxazepam, Lormetazepam, Temazepam. Die Benzodiazepin-Agonisten Zoleplan, Zolpidem, Zopiclon (sogenannte »Z-Drugs«) haben keinen Vorteil gegenüber den klassischen Benzodiazepinen und können auch zur Abhängigkeit führen. Sie finden sich inzwischen an führender Stelle in der Verbrauchsstatistik.

Materialien: Jahrbuch Sucht 2013 der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), erscheint jährlich im Pabst-Verlag, Lengerich

### Therapie bei Einnahme psychotroper Stoffe

Therapeutisch kann bei jeder stofflichen Abhängigkeit nur ein schrittweises und ehrliches Abstinenzprogramm helfen. Dieses ist bei Konsumenten harter Drogen (Heroin, Kokain, Crack, Ecstasy sowie zahlreiche synthetische Drogen wie das Amphetamin Crystal Meth u. a.) und bei Polytoxikomanie (durch die häufige Kombination mit Benzodiazepinen, Alkohol) in einer speziellen such-

therapeutisch ausgerichteten Praxis oder Einrichtung anzustreben.

- Nach Klärung der individuellen Suchtbedürfnisse und der psychosozialen Ursachen muss der Patient offen über seine Suchtkarriere und über seine Prognose aufgeklärt werden.
- Der Patient sollte gefragt werden, wie er weiter leben will.
- Es muss ein vertrauensvolles therapeutisches Bündnis mit dem Patienten geschlossen werden mit der Zusicherung, dass er beim anstehenden Entzug nicht alleine gelassen wird.
- In der Regel stationäre Entzugsbehandlung (sogenannte »Entgiftung«).
- Danach (oft monatelange) psychosoziale Therapie mit Rehabilitationsmaßnahmen (»Entwöhnung«) zur Festigung der Abstinenz (bei schweren Verläufen und bei Abhängigkeit von harten Drogen mehrmonatig stationär), anschließende jahrelange ambulante nachgehende psychosoziale und medizinische Nachbetreuung.
- Keinesfalls darf ein inzwischen abstinent Patient aus anderen therapeutischen Gründen später ein suchterzeugendes Medikament (auch anderer chemischer Art, z. B. Benzodiazepine beim Alkoholiker) erhalten (z. B. alkoholische Lösungen beim Alkoholiker, kodeinhaltige Stoffe beim BtM-Süchtigen). Der Rückfall wäre programmiert.
- Der Arzt muss jederzeit mit einem Rückfall rechnen und darauf vorbereitet sein, dass sofort eine erneute Therapie notwendig werden kann.
- Der Arzt/Therapeut sollte sich im Klaren darüber sein, dass in den meisten Fällen Lügen und Täuschen zur Symptomatik von Abhängigkeit gehören. Diese Verhaltensweisen sollte er nicht als gegen ihn als Person gerichtet interpretieren.

... → ...

- Therapie bei Einnahme psychotroper Stoffe (Forts.)
- Maßnahmen zur Suchtbehandlung
- Substitution Opiatabhängiger

... → ...

Bei Drogenabhängigen treten zahlreiche weitere therapiebedürftige Probleme auf: Sie sind meist

- in schlechter körperlicher Verfassung, häufig mit Unterernährung,
- sehr häufig infiziert mit chronischer Hepatitis C und B, erkrankt an chronischen Krankheiten und Infektionen (HIV-Infektionen, sekundären chron. Erkrankungen, Mykosen, Tuberkulose),
- betroffen von einer psychiatrischen Komorbidität, oft schon vom Kindesalter her,
- ohne jedes Selbstvertrauen, da Versprechen von ihnen niemals eingehalten werden können aufgrund der Sucht. Sie treten aber oft aggressiv fordernd auf,
- ohne feste soziale Bindungen, bis auf Gruppenbindung mit anderen Suchtkranken oder zu Dealern,
- minder qualifizierte Arbeitslose, da ein Suchtkranker nur in Ausnahmefällen eine über mehrere Stunden täglich gehende Arbeit ausführen kann,
- ohne Wohnung und feste Bezugspersonen.

### Maßnahmen zur Suchtbehandlung

Während in Deutschland 2009 pro Kopf ein Alkohogesamtkonsum von 12,87 l Reinalkohol konsumiert wurde, und somit mindestens mehr als 5 % der Bevölkerung (mehr als 4 Millionen) als Alkoholabhängig oder -gefährdet angesehen werden [52], und Präventionsmassnahmen (wie Aufklärung, psychosoziale und gesetzliche Maßnahmen) gegen den Alkoholmissbrauch nur wenig erfolgreich sind, haben sich verschiedene gesetzliche Maßnahmen zur Eindämmung des Nikotingebrauchs als wesentlich erfolgreicher erwiesen.

**Verschiedene medikamentöse Maßnahmen zur Suchtbekämpfung der Alkohol-, der Nikotin- und einer Opiatsucht zeigen nur eine eher geringe Wirkung und teilweise problematische Nebenwirkungen, weswegen von ihrer Anwendung abzuraten ist** (ati 2007;38:25-7, 2004;35:33, 2000;31:14, 1996;11:114).

- Acamprostat (Campral®) zur Aufrechterhaltung der Abstinenz,
- Naltrexon (Nemexin®) zur Unterstützung der Therapie bei vormals Opiatabhängigen,
- Vareniclin (Champix®) und Bupropion (Zyban®) zur Raucherentwöhnung

**Eine Substitution Opiatabhängiger** wurde in Deutschland zu Lasten der Krankenkassen oder der Sozialhilfeträger durch den Ausbau eines Suchthilfesystems mit zentraler Registrierung und Genehmigungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sowohl der einzelnen Patienten als auch der speziell fortgebildeten Ärzten installiert. Derzeit (2012) werden von ca. 120.000 Heroinabhängigen 75.400 Opiatabhängige durch 2.731 dazu speziell fortgebildete und ermächtigte Ärzte ambulant (bedarfswise stationär) substituiert bei insgesamt 8.416 dazu ermächtigten Ärzten (BfArm: Bericht zum Substitutionsregister 2013, 01.07.2012). Substitution gehört in die Hand speziell ausgebildeter Ärzte.

... → ...



- Maßnahmen zur Suchtbehandlung (Forts.)
- Ergebnisse von Suchtpräventionsmaßnahmen

... → ...

Zur Substitution kamen 2012 Methadon (in 51,6% der Fälle), Levomethadon (in 27%), Buprenorphin (in 20,4%), Dihydrocodein bzw. Codein (in 0,2%) und in gesonderten Projekten Diamorphin (=Heroin) (in 0,7 %) [97]. Ziel ist es, anstelle des illegalen Drogenkonsums die Betäubungsmittel-sucht mit einem legalen Substitutionsmittel kontrolliert fortzuführen und dieses nach Möglichkeit später stufenweise vorsichtig unter psychosozialer und medizinischer Betreuung langsam zu reduzieren. Entsprechend der Behandlungsvorschriften zur BtM-Substitution ist ein stringentes Therapie-setting mit korrekten Urin-Kontrollen auf Beigebrauch, regelmässiger suchtherapeutischer und sozialpsychiatrischer Betreuung durch den geschulten Therapeuten erforderlich. Hierdurch ist es in vielen, zuvor hoffnungslosen Fällen möglich geworden, Exzesse des Fehlgebrauchs der *verschiedenen Drogen oder Medikamente zu reduzieren, eine besser geordnete Lebensführung mit Reduktion der Beschaffungskriminalität zu erreichen* und schliesslich die meist zahlreichen gesundheitlichen Probleme einschliesslich der HIV-Infektionen der unterernährten und oft hinfälligen Drogenkranken zu bearbeiten.

### **Ergebnisse von Suchtpräventionsmaßnahmen**

Entsprechende Ergebnisse der allgemeinen Suchtprävention finden sich im Jahrbuch Sucht 2013 der DHS [62]: Hier wird allgemein bemängelt, dass nur wenige evidenzbasierte Untersuchungen zur Suchtprävention in Deutschland vorliegen. An evidenzbasierten Untersuchungen zur Suchtprävention bei Alkohol- und Tabakabhängigkeit soll zukünftig gearbeitet werden.

Im BMJ erschien 2012 eine grosse Metaanalyse von 9 Studien mit Männern von 26-39 Jahren mit intravenösem Drogenkonsum nach insgesamt 23.608 Personenjahren aus zahlreichen Ländern (USA, Canada, Europa, Australien), die eine Substitutionsbehandlung mit Methadon oder Buprenorphin erhalten hatten. Durch die Substitution konnte die Rate der Neuinfektionen mit HIV halbiert werden, da riskante Praktiken, wie das gefährliche »needle sharing«, unterblieben. Die beobachtete Rate von 819 HIV-Neuinfektionen war um 54 % niedriger als in den Vergleichsgruppen mit Erreichen der Signifikanz (RR 0,46; 95%-KI: 0,32-0,67). [100]. Zuvor war 2011 ein Cochrane-Review mit der gleichen Fragestellung nicht zu einer positiven Aussage zur Wirksamkeit einer Opiatsubstitution bei der HIV-Protektion gekommen (zit. nach [97]).

Zahlreiche Komplikationen können bei Drogenkranken zu häufigen Zwischenfällen führen (z. B. durch Rückfälle und bei der häufigen Politoxiomanie dieser Patienten mit Abusus von Alkohol, Benzodiazepinen, und anderen Drogen usw.). Durch die zahlreichen Komorbiditäten wie Hepatitis -A, -B, -C, HIV-Infektionen aller Stadien, Tuberkulose, bei den oftmals zunächst unbekanntem psychischen Komorbiditäten (die mitunter jahrelang der stofflichen Sucht vorausgegangen sind), ist es häufig erforderlich, das ausgedehnte Suchthilfenetz mit Sucht-Kliniken, internistischen Kliniken, Sucht-Rehainrichtungen, ambulanten sozialen Diensten und anderen engmaschig in das therapeutische Netz einzubeziehen.

... → ...

- Fehler und Gefahren bei einer BTM-Substitution
- Allgemeine Empfehlungen im Umgang mit Suchtkranken

... → ...

## **Fehler und Gefahren bei einer BtM-Substitution**

- Eine Verordnung von Benzodiazepinen muss vermieden werden, Flunitrazepam (z. B. Rohypnol®) ist obsolet.
- Keine Substitution ohne ausführliche Drogenanamnese.
- Gegebenenfalls kann initial eine stationäre »Entgiftung« in einer Klinik mit Suchterfahrung erforderlich sein.
- Daran schliesst sich in der Regel eine länger-dauernde Sucht-Rehamassnahme (»Entwöhnung«) an. Nach der Entlassung ist in der Regel eine langdauernde psychosoziale Begleitung erforderlich.
- Der Betroffene sollte keinesfalls wieder durch hausärztliche (Wunsch-)Rezepte psychoaktive Medikamente (besonders Benzodiazepine) erhalten.
- Die BtM-Substitution gehört in die Hände von ausgebildeten und ermächtigten Suchtmedizinern.  
Keinesfalls darf der Arzt sich von dem Betroffenen zu inkorrekten Substitutionen hinreißen oder überreden lassen, die er dann nicht kontrollieren und verantworten kann.
- Rückfälle in die Sucht sind häufig, da auch eine optimale Substitution in der Regel die Opiat-sucht nicht heilen kann. Sie kann aber durch gesundheitliche und psychosoziale Betreuung der Verelendung des Betroffenen begegnen.

## **Allgemeine Empfehlungen im Umgang mit Suchtkranken**

Bei Drogenkranken muss immer mit den unterschiedlichsten psychosomatischen Fehlentwicklungen gerechnet werden.

Helfen kann der Arzt dabei nur dann, wenn er primär – so fremd das auch klingen mag – ein beiderseitiges Vertrauen und eine gegenseitige persönliche Respektsphäre über einen längeren Zeitraum (manchmal über Jahre hinweg) aufbaut. Das geht im Besonderen dann, wenn dieser Arzt den Betroffenen in einem Substitutionsprogramm betreut und ihn somit einerseits streng nach festen Spielregeln überwacht und andererseits zur Hilfe und Empathie bereit ist. Das zeigt sich darin, dass sich der Arzt genügend Zeit für Untersuchungen und kritische Gespräche nimmt je nach der jeweiligen Situation des Drogenkranken – mitunter zu unpassender Zeit.

... → ...

- Allgemeine Empfehlungen im Umgang mit Suchtkranken (Forts.)

... → ...

## **Folgendes gilt es zu vermeiden:**

- Verwechslung einer Suchtkrankheit mit einer Psychosomatose (z. B. »Montagskrankheiten« eines Alkoholikers mit psychosomatischen Beschwerden und Ängsten vor der Arbeit) – Abklärung durch CAGE-Test möglich (s. o.).
- Der Arzt (die Arzthelferin, Familienmitglieder, Freunde, Arbeitskollegen) darf nicht zum Komplizen (Ko-Alkoholiker) des Betroffenen werden (durch Vertuschen von Rückfällen, Solidarität der Umgebung bei Fehlleistungen des Suchtkranken, Schützen des Suchtkranken vor Bloßstellung oder negativen Konsequenzen), um die Realität des Substitutionsverlaufs zu beschönigen.  
Vermeiden von unnötigen Medikationen mit Sedativa – besonders zu vermeiden sind Benzodiazepine bei Substituierten und bei Älteren (hierbei möglichst unter 1 Woche Therapiedauer bleiben und die Dosis halbieren, z. B. 5 mg Oxazepam/Nacht).
- Der Arzt darf sich nicht instrumentalisieren lassen zu falscher Komplizenschaft mit dem Kranken. Er sollte, solange der Patient keine Anstrengungen unternimmt, seine Sucht zu bekämpfen, z. B. keine Wunschatteste ausstellen, (Arbeitsunfähigkeits-, Freistellungsatteste usw).
- Auch ein falsch verstandenes Helfersyndrom des Arztes oder der Umgebung des Suchtkranken werden rasch von diesem ausgenützt und führen zum gegenteiligen Erfolg: die Sucht wird weiter gepflegt.
- Der Hausarzt sollte sich kenntnisreich über die psychischen und körperlichen Mechanismen der Sucht (»Schuld haben immer die Anderen, die Umstände usw.«) informieren und mit den suchtmachenden Medikamenten zurückhaltend und verantwortungsvoll umgehen.
- Obsolet: Flunitrazepam
- Ein verantwortungsvoller Arzt sollte seine Grenzen kennen und auch das therapeutische Konzept eines suchtmmedizinischen Kollegen nicht unterlaufen, insbesondere wenn er den Fall nicht näher kennt (z. B. wenn ein lange bekannter Patient, dessen Sucht nur dem Suchtmediziner bekannt ist, um »seine Benzodiazepine, die er wieder brauche« bittet).
- Auch Ärzte müssen von ihrem omnipotenten Therapieanspruch abrücken können, beispielsweise bei Weiter- und/oder Mitbehandlung durch psychosoziale Zentren (Drogenzentren, Psychotherapeuten).
- Die kompetente und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Spezialisten und dem ganzen therapeutischen Team ist gerade in der Suchtmedizin unerlässlich.

- Allgemeine Behandlung
- Medikamentöse Behandlung

## Allgemeine Behandlung

Die Behandlung erfolgt umfassend in Kooperation mit den psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachdisziplinen unter Berücksichtigung folgender Aspekte:

- Regelmäßiger Ausdauersport zur Regulation der Stressreaktion und zur Senkung der erhöhten Grundspannung
- Regelmäßige aktive Entspannung inklusive Erlernen und Durchführen eines speziellen Entspannungstrainings und einer generellen Veränderung der Lebensführung zur Senkung der erhöhten Grundspannung
- Verändern äußerer Stressoren (wenn möglich)
- Verändern des Umganges mit äußeren Situationen und inneren Phänomenen, um psychisches Leid zu minimieren
- Medikamentöse Behandlung, wenn indiziert
- Aufklärung
- Training der Einsichtsfähigkeit in Zusammenhänge

## Medikamentöse Behandlung

Solange der Körper noch regulationsfähig ist, kann vorübergehend medikamentös behandelt werden. Je nach Beschwerdebild kommen Psychopharmaka und/oder andere Arzneimittelgruppen unterstützend zur Anwendung. Medikamente sollten aber nur solange gegeben werden, bis andere nachhaltige Lösungen für die zugrunde liegenden Probleme gefunden worden sind. Der betroffene Patient muss für diesen Prozess natürlich entsprechend **veränderungsmotiviert** sein. Es gibt nur wenige psychische Erkrankungen, die eine Dauermedikation benötigen, wie beispielsweise

- chronische psychotische Störungen,
- Schizophrenie,
- chronische rezidivierende schwere Depressionen.

Die psychopharmakologische Behandlung sollte in enger Zusammenarbeit mit einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen.

Ist der Körper nicht mehr regulationsfähig und liegen manifeste irreversible körperliche Veränderungen vor, muss entsprechend langfristig medikamentös behandelt werden.

... → ...

... → ...

### **Psychotherapie bei in erster Linie psychosomatischen Erkrankungen**

Psychotherapie ist das Mittel der Wahl, um langfristig die Probleme und Konflikte zu lösen, wenn Patienten dies nicht aus eigener Kraft können. Psychotherapie hilft bei emotionalen Problemen, Konflikten, Beziehungsschwierigkeiten und äußeren Belastungen, die häufig die Ursache für psychische Störungen und psychosomatische Erkrankungen sind. Darüber hinaus hilft Psychotherapie bei der Bewältigung von körperlichen Erkrankungen [79].

Es gibt verschiedene Psychotherapieverfahren. In Deutschland sind folgende Therapieverfahren zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassen:

- Analytische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

Alle drei Therapierichtungen haben ihre Wirksamkeit in Studien nachgewiesen. Dabei tritt die Wirkung im Sinne eines Prozesses erst im Laufe der Zeit ein. Wie Katamnesestudien zur Wirksamkeit ergaben, ist mit einer therapeutischen Entwicklung noch weit (bis zu 1-3 Jahren) über das Ende einer Psychotherapie hinaus zu rechnen [98] (s. hierzu auch [13, 150]).

Es gibt eine Langzeittherapie (über 25 Sitzungen) und eine Kurzzeittherapie (bis 25 Sitzungen). Bei einer längeren Dauer der Psychotherapie sind 1-3 Jahre denkbar, anfangs mit größerer Häufigkeit (1-3 Sitzungen pro Woche), danach ist der Übergang zu größeren Intervallen oft sinnvoll. Dabei ist es nicht ungewöhnlich, dass zwischenzeitlich eine Verschlechterung der Symptome auftreten kann, die dann im weiteren Verlauf nachhaltig abklingen (sollte). **Das Auf und Ab der Befindlichkeit des Patienten kann zu irritierenden Rückmeldungen an den Hausarzt führen.** Für die hausärztliche Betreuung psychosomatischer Patienten ist es sinnvoll, eine langfristige Zusammenarbeit mit dem Psychotherapeuten aufzubauen, um ggf. Rückmeldungen zu erhalten.

### **Psychotherapie allgemein**

Psychotherapie ist die Heilbehandlung von seelischen oder seelisch bedingten körperlichen Krankheiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bis ins hohe Lebensalter. Sie beruht auf psychotherapeutischen Methoden, die wissenschaftlich fundiert sind. Das Ziel besteht darin, Gefühle, Gedanken, Einstellungen und Handeln zu verändern und Lernprozesse zu ermöglichen. Diese Veränderungen können auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung erreicht werden, in der Therapeut und Patient gemeinsam Lösungen für die zu behandelnden Probleme entwickeln.

... → ...

Dabei arbeitet der analytische bzw. tiefenpsychologische Psychotherapeut mit Hilfe von Übertragung und Gegenübertragung, d. h. er versucht, Gefühls- wahrnehmungen aufzunehmen und in die aktuelle Beziehung zwischen Therapeut und Patient in Bezug auf seine Beziehungsmuster der Vergangenheit abzugleichen (Klärung). Dies ist ein zeitaufwendiger Prozess, weil es um Erinnern, Durcharbeiten und Wiederholen geht.

### **Psychotherapie bei in erster Linie psychosomatischen Erkrankungen**

Der Verhaltenstherapeut fokussierte früher auf die Bewältigung der aktuellen Probleme hauptsächlich auf der beobachtbaren Verhaltensebene (direktive Herangehensweise): »Tue etwas anderes«. Die Verhaltenstherapie entwickelt sich zunehmend zu einer »Allgemeine Psychotherapie« im Sinne von Grawe (1994 u.v.m.). Hier werden die Klärungs- und Bewältigungsperspektive ausbalanciert, so dass psychodynamische, verhaltenstherapeutische und medizinische Vorgehensweisen auf den Patienten abgestimmt, zur Anwendung kommen. Biologische Faktoren werden zudem ebenso berücksichtigt wie soziale Umgebungsfaktoren, je nach dem jeweiligen Beteiligungsgrad im Störungs- bzw. Krankheitsgeschehen (Biopsychosoziales Störungsmodell).

**Psychotherapie ist zumeist ein längerfristiger Prozess.** Deshalb wird in den ersten (sogenannten probatorischen) Sitzungen zunächst festgestellt, ob eine psychotherapeutische Behandlung grundsätzlich sinnvoll ist, und ob die persönliche Beziehung zwischen Patient und Therapeut hergestellt werden kann und tragfähig ist. Dabei wird der Therapeut auch über die notwendigen Schritte der Psychotherapie informieren. Erst danach wird ent-

schieden, ob ein Antrag auf psychotherapeutische Behandlung beim Kostenträger gestellt wird.

Gemeinsam ist allen Therapieverfahren, dass im Gespräch oder in Übungen Veränderungen im Erleben und Handeln mit dem Ziel von mehr Autonomie vorbereitet und gefördert werden.

Seelische Störungen können mit Psychotherapie behandelt werden, z. B. Ängste, Zwänge, Depressionen, Störungen des Selbstwertes, funktionelle Störungen, psychosomatische Erkrankungen, Essstörungen, Suchterkrankungen, Lern- und Leistungsstörungen sowie Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen.

Eine Psychotherapie kann zwischen ca. 10 bis 300 Stunden dauern. Die notwendige Dauer einer Behandlung hängt von der Störungsart, der Schwere, der Komorbidität und den Ressourcen der Betroffenen ab. Durch die Psychotherapierichtlinien sind die Behandlungszeiten geregelt, was bisweilen eine flexiblere Anpassung an Patienten mit schweren Störungen einschränkt.

Maximal durch die GKV gutachterlich genehmigte Stundenzahl:

- Analytische Psychotherapie: 300 Stunden
- Tiefenpsychologische Psychotherapie: 100 Stunden
- Verhaltenstherapie: 80 Stunden

In begründeten Einzelfällen können diese Stundenkontingente überschritten werden. Die Psychotherapeuten müssen zur Prüfung von Indikation, Behandlungsplan und Wirtschaftlichkeit die Behandlungen der Patienten zuvor von den Kostenträgern genehmigen lassen.

... → ...

... → ...

Für das gegenseitige Kennenlernen, die Diagnostik und die Indikationsstellung stehen fünf probatorische Sitzungen und eine Sitzung für die Erhebung der biographischen Anamnese zur Verfügung. Bei der analytischen Psychotherapie dürfen bis zu sieben probatorische Sitzungen durchgeführt werden

### **Der typische Verlauf einer Psychotherapie hat verschiedene Phasen.**

Zu Beginn, nach ca. 10 Sitzungen, sollte sich eine unspezifische Besserung einstellen. Diese Besserung kommt durch das Aufbauen eines **Hoffungspotentials** und einer **Veränderungsperspektive** zustande. Bleibt diese unspezifische Besserung aus, wirkt sich das schlecht auf die Erfolgsprognose dieser Therapie aus.

Im weiteren Verlauf kann es typischerweise wieder zu einer Verschlechterung kommen, da sich der Patient nun mit seinen für ihn unangenehmen Themen beschäftigt und dementsprechend unangenehme Emotionen erlebt. Dies ist aber ein vorübergehendes Phänomen, da er nun sinnvolle Lösungen erarbeitet und bei entsprechender Veränderungsmotivation erfolgreich umsetzt, sodass zunehmend eine Besserung der Problematik eintritt. Hat der Patient wenig bis keine Bewältigungserfahrungen in den nächsten Monaten, wirkt sich dies wiederum negativ auf die Prognose dieser Therapie aus. Der Therapeut muss dem Patienten positive Erfahrungen anbieten (Ressourcenorientiertes Vorgehen).

### **Hinweis:**

Der Hausarzt sollte durchaus bei den Patienten sich nach der Methodik und den Fortschritten erkundigen. Profitiert der Patient? Was macht dieser nun anders als vorher? Wie erlebt er vormals schwierige Situationen aktuell? Gibt der Therapeut konkrete Aufgaben? An welchen konkreten Zielen wird gearbeitet und wie sollen diese erreicht werden?

Sollten Fortschritte ausbleiben, kann der Hausarzt nach möglichen Gründen fragen und auch den Patienten ermutigen, dieses in seiner Therapie anzusprechen oder auch selbst mit dem Behandler Kontakt aufzunehmen, wenn der Patient dem zustimmt.

Zu beachten ist, dass Krisen in einer Psychotherapie dazugehören und diese – wenn möglich – mit dem Behandler gelöst werden. Insgesamt sollten Psychotherapien aber in einer überschaubaren Zeit (6-12 Monate) positive Ergebnisse erzielen, weil sich mit der Länge einer Therapie die positiven Ergebnisse zwar erhöhen, aber im Verhältnis zur aufgewendeten Zeit immer geringer ausfallen [73]. Wenn innerhalb eines Jahres keinerlei positiven Veränderungen erreicht werden können, sinkt die Wahrscheinlichkeit gegen Null, dass dies im weiteren Verlauf erreicht werden kann. Es sollte spätestens jetzt überlegt werden, ob mit psychotherapeutischen Mitteln überhaupt etwas erreicht werden kann, die Methode die zielführende ist und/oder der Therapeut der richtige ist.

... → ...

... → ...

Psychotherapie hat aber nicht per se positive Effekte: Nicht alle Patienten profitieren von Psychotherapie. Überblicksarbeiten gehen davon aus, dass etwa 5-10% der Patienten eine Verschlechterung ihres Zustandes erleben und 15-25% keinen messbaren Ertrag durch eine Therapie erzielen [105]. Dabei spielen der Schweregrad der psychischen Störung, interpersonelle Schwierigkeiten, die Therapiemotivation sowie die Therapieerwartung patientenseitig eine Rolle. Therapeuten­seitig konnten ein Mangel an Empathie, eine negative Therapiebeziehung, mangelnde Beherrschung therapeutischer Techniken sowie mangelnde Übereinstimmung mit dem Patienten über den Therapieprozess als entscheidend für die Identifikation und Vorhersage ungünstiger Verläufe bestimmt werden.

Eine erfolgversprechende Psychotherapie sollte klare und spezifisch beschriebene (operationalisierte) Therapieziele haben, die mit dem Patienten vereinbart werden. Psychotherapie ist mühsam und emotional herausfordernd. Um Ergebnisse zu erzielen, muss eine hinreichende »Dosis« angeboten werden, in der Regel eine Stunde pro Woche. Wenn ein Patient arbeitsunfähig ist, kann er durchaus auch 2-3 x pro Woche den Therapeuten aufsuchen, um zügiger voranzukommen und damit das Leid früher zu vermindern und auch Kosten zu sparen. Im weiteren Verlauf können nach deutlichen Erfolgen die Stunden in einem erhöhten Abstand stattfinden (1 x monatlich), um die erreichten Ergebnisse zu konsolidieren. Eine Therapie, die von Anfang an alle 2 bis 4 Wochen eine Stunde umfasst, ist kritisch zu beurteilen, weil sich hier die Frage stellt, wie mit dieser niedrigen Frequenz die Ziele erreicht werden sollen. Die Ergebnisse sind aber letztlich entscheidend. Manchmal können Beratungen bei sehr leichten Störungen durchaus ausreichen.



## **Psychoanalytische Psychotherapie**

Die psychoanalytische Psychotherapie stützt sich auf die von Sigmund Freud vor über 100 Jahren begründete Psychoanalyse, die seitdem in vielfältiger Weise weiterentwickelt wurde.

Sie basiert auf der Annahme, dass aktuell wirksame, unbewusste Konflikte zu seelischen Störungen führen können. Bei diesen Konflikten kann es sich um bis in die Kindheit zurückgehende Erfahrungen oder Traumatisierungen handeln, die nicht verarbeitet werden konnten. Eine Abspaltung der nicht bewältigten Konflikte und Erlebnisse vom bewussten Erleben und ein Verdrängen der Problematik als letzter Versuch einer Bewältigung der unerträglichen Situation ist die Folge. Die daraus resultierenden seelischen Fixierungen sind von der weiteren psychischen Entwicklung und damit verbundenen neuen Erfahrungen ausgeschlossen.

Unterschwellig und unbewusst bestimmen diese Konfliktkomplexe weiterhin Einstellungen, Erwartungen und Handlungen in Beziehungen, dem Berufsleben, der gesamten Lebensgestaltung dieser Menschen. Sie erleben dies oft als inneren Zwang, unter dem sie leiden, ohne dessen Ursachen benennen zu können. Treten bestimmte krankheitsauslösende Umstände ein, wie zum Beispiel besondere familiäre oder berufliche Belastungssituationen, können durch die nachträgliche Aktivierung bzw. Verstärkung der unbewussten Konflikte seelische und/oder körperliche Symptome und Beziehungsstörungen entstehen, die eine Behandlung notwendig machen.

In der psychoanalytischen Psychotherapie wird versucht, die zugrundeliegenden Konflikte bewusst zu machen. Durch das Verstehen der unbewussten Motive und der lebensgeschichtlichen Hintergründe des eigenen Handelns, und damit durch ein besseres Erfassen des eigenen Leidens, können aktuelle Probleme bewältigt und gelöst werden. Den Patienten wird ein bewusster Umgang mit den für sie bis dahin nicht zugänglichen abgespaltenen und verdrängten Konflikten ermöglicht und damit ein größeres Maß an innerer und äußerer Handlungsfreiheit in eigener Verantwortung eröffnet. Da die psychoanalytische Arbeit ausgerichtet ist auf die Erkenntnis innerseelischer unbewusster Strukturen und, soweit nötig und möglich, auf deren Veränderung, bedarf es dazu eines längeren Zeitraums. Seelische Entwicklung, wie wir schon aus der Entwicklung der Kinder- und Jugendzeit wissen, braucht ausreichend Zeit, wenn sie der Persönlichkeit des betreffenden Menschen gerecht werden und nicht »übergestülpt« sein soll.

... → ...

- Psychoanalytische Psychotherapie (Fortsetzung)
- Ablauf und Vorgehen

... → ...

## Ablauf und Vorgehen

Die analytische Psychotherapie mit Erwachsenen findet in der Regel in einer bis mehreren Sitzungen pro Woche statt. Sie kann im Sitzen stattfinden oder im klassischen Setting. Findet die Behandlung im klassischen Setting statt, liegt der Patient auf einer Couch und kann den hinter ihm sitzenden Analytiker nicht sehen. Das kann helfen, die Aufmerksamkeit des Patienten auf seine Innenwelt und seine Befindlichkeit zu richten, ohne von den sichtbaren Reaktionen des Analytikers abgelenkt zu werden.

Der Patient kann und soll alles aussprechen, was ihm in den Sinn kommt, auch wenn es ihm unwichtig, unsinnig oder unstatthaft erscheint (sog. Grundregel). Der Analytiker versucht, ohne Wertung (sog. neutrale Haltung), das unbewusste Thema zu erkennen und zu benennen, das die Äußerungen des Patienten verbindet und den oft scheinbar unzusammenhängenden Mitteilungen des Patienten einen Sinn verleiht. Dabei können auch schmerzliche Erinnerungen und Empfindungen auftauchen aus den Erfahrungen, die der Patient im Lauf seines Lebens oder aktuell gemacht hat.

Zwischen Patient und Analytiker kann im Verlauf der Behandlung eine intensive Beziehung entstehen, in der der Patient mit seinen unbewussten Wünschen und Ängsten in Berührung kommt. Durch das aktuelle Erleben der Konfliktsituationen im Hier und Jetzt der Behandlung wird deren Bearbeitung und Lösung möglich. Je nach Schwere der Erkrankung und des Behandlungsziels des Patienten kann eine analytische Psychotherapie über eine kürzere Zeit oder bis zu mehreren Jahren dauern. Die analytische Kurzpsychotherapie oder die analytische Fokaltherapie

dienen zur Abklärung oder zur Bearbeitung umschriebener Fragestellungen oder Konflikte.

Eine Terminvereinbarung beim **ärztlichen Psychotherapeuten** (hausärztlicher Konsiliarbericht nicht erforderlich) für ein Erstgespräch erfolgt nur nach telefonischer Absprache direkt mit dem Therapeuten. Bis zu sieben Vorgespräche werden zur Diagnostik durchgeführt. Zusätzlich ist unter Umständen vor Aufnahme einer psychoanalytischen Psychotherapie eine (haus-)ärztliche Abklärung möglicher körperlicher Erkrankungen notwendig.

**Bei psychologischen Psychotherapeuten** (hausärztlicher Konsiliarbericht erforderlich): Ist die Indikation für eine psychoanalytische Psychotherapie gegeben, kann ungefähr 6-8 Wochen nach Antragstellung mit der Behandlung begonnen werden. Wenn nach eingehender **Diagnostik und Indikationsstellung durch den Therapeuten** ein Antrag auf Genehmigung einer Langzeittherapie durch einen Gutachter befürwortet wird, übernimmt die Krankenversicherung die Kosten. Die psychoanalytische Psychotherapie wird von den Krankenkassen bis zu einer Höchstgrenze von 240 Stunden bezahlt. In besonders begründeten Fällen können auch bis zu 300 Sitzungen beantragt werden. Eine Zuzahlung durch den Patienten ist ausgeschlossen.

Die gemeinsame psychoanalytische Arbeit kann (falls gewünscht) nach Ende der Kostenübernahme durch die Krankenversicherung auf der Basis einer privaten Vereinbarung zwischen Klient und Psychoanalytiker fortgesetzt werden.

**Analytische Paar- und Familientherapie** sind in der Regel keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen.

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Organisatorisches zum Vorgehen

## **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**

Die Behandlung in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie erfolgt in der Regel nicht öfter als einmal (bis zweimal) wöchentlich. Therapeut/in und Patient/in sitzen sich gegenüber.

Der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie liegt häufig das selbe wissenschaftliche Verständnis vom Seelenleben des Menschen zugrunde wie der psychoanalytischen Psychotherapie (s. o.). Viele Therapeuten arbeiten aber auch mit Modellen der humanistischen Therapieverfahren, die sich von Freud abgespalten haben (Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Transaktionsanalyse, Psychodrama etc.). Tiefenpsychologisch arbeitende Therapeuten gehen ebenso davon aus, dass psychische Störungen ihre Ursachen in frühen lebensgeschichtlichen Erfahrungen haben. Das bedeutet, dass Krankheitsentstehung, Krankheitsbewältigung und Verhalten weitgehend von unbewussten Faktoren/Motiven gesteuert werden.

Jeder Mensch erlebt in der Kindheit und Jugend Konflikte, die verarbeitet werden müssen. Wenn man – aus welchen Gründen auch immer – nicht in der Lage war, diese Konflikte »angemessen« zu lösen oder zu bewältigen, dann bleibt aus tiefenpsychologischer Sicht der Konflikt unbewusst erhalten und kann zu weiteren neuen Konflikten führen.

In besonderen Krisen- und Belastungssituationen, z. B. hervorgerufen durch Stress, Krankheit, Verlust oder Trennung kann es dazu kommen, dass die bisherigen Bewältigungsstrategien nicht mehr ausreichen und unbewältigte unbewusste Konflikte aktualisiert werden, die sich in Form von psychischen oder körperlichen Symptomen ausdrücken.

In der Therapie richtet sich die Aufmerksamkeit des Therapeuten auf die interpersonelle Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Hier spiegeln sich die sozialen Beziehungsmuster des Patienten und seine inneren Konflikte wider, die in der therapeutischen Beziehung bewusst und erlebbar gemacht und auf dem Hintergrund der Lebensgeschichte bearbeitet werden. Das Ziel der Arbeit in einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist gegenüber der psychoanalytischen Psychotherapie weniger auf grundlegendere Strukturveränderung ausgerichtet, als mehr auf die Bearbeitung umschriebener Konflikte und Störungen mit Krankheitswert.

## **Organisatorisches**

Für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gilt analog das gleiche Vorgehen wie für die psychoanalytische Psychotherapie. Hier liegen die Höchstgrenzen der Sitzungskontingente in der Regel bei 80 Stunden. In besonders begründeten Fällen können auch bis zu 100 Sitzungen beantragt werden.

### Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie hat sich seit den fünfziger Jahren kontinuierlich weiterentwickelt und dabei viele Erkenntnisse aus der psychologischen und medizinischen Grundlagenforschung über menschliches Denken, Fühlen und Erleben einbezogen. Ihr Ziel war und ist es, praktisch anwendbare Veränderungsmöglichkeiten für Menschen zu entwickeln und anzubieten. Verhaltenstherapeutische Therapieansätze sind in ihrer Wirksamkeit erfolgreich wissenschaftlich überprüft worden, wobei die Umsetzung dieser Ansätze im Einzelfall zwischen Therapeut/in und Patient/in individuell abgestimmt wird. Die Verhaltenstherapie unterscheidet sich in ihrem Vorgehen und ihren Grundhaltungen von anderen Therapieansätzen.

### Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie

Eine vertrauensvolle Beziehung ist eine unabdingbare Voraussetzung für eine gute Psychotherapie: In der Verhaltenstherapie hat sie die Form einer kooperativen Arbeitsbeziehung mit dem Ziel einer »Hilfe zur Selbsthilfe«. Der Therapeut wird gemeinsam mit dem Patienten die Probleme sehr genau beleuchten und bisher nicht erkannte Zusammenhänge zwischen Gefühlen, Gedanken und Verhaltensweisen erarbeiten.

Gleichzeitig wird er dem Patienten helfen, eigene Zielvorstellungen zu entwickeln und mögliche Wege dorthin aufzeigen. Er wird sein eigenes Vorgehen transparent machen, so dass der Patient zu jeder Zeit nachvollziehen kann, was gerade in der Therapie stattfindet (lerntheoretischer Ansatz). Dabei wird klar: Therapie findet nicht nur in den Psychotherapiesitzungen sondern vor allem im

Lebensumfeld des Patienten statt (z. B. Hausaufgaben). Eine aktive Mitarbeit des Patienten ist nötig für eine Veränderung und ermöglicht neue Lernprozesse in die gewünschte Richtung. Wenn innere Konflikte eine Veränderung behindern, bietet die Verhaltenstherapie hilfreiche Maßnahmen und Strategien an, damit der Patient die Konflikte für sich klären kann.

Das wesentliche gemeinsame Element der Verhaltenstherapien ist ein **lerntheoretisches Verständnis** für die Genese und die Therapie von psychischen Störungen. Die klassische Verhaltenstherapie ist um kognitive und emotionale Aspekte deutlich erweitert worden und entwickelt sich langsam zu einer Allgemeinen Psychotherapie, da sie wissenschaftlich überprüfte Methoden undogmatisch in ihr Methodenarsenal aufnimmt.

Zusammenfassend gibt es folgende Grundprinzipien: Verhaltenstherapie

- ist problemorientiert, zielorientiert, handlungsorientiert, transparent,
- nicht auf das therapeutische Setting begrenzt,
- und soll auch Hilfe zur Selbsthilfe sein.

Eine psychopathologische Einordnung bzw. Erkenntnis setzt ein bestimmtes anthropologisches **Grundkonzept menschlicher Entwicklungen** voraus. Diese bestehen aus drei Bereichen:

- **Der dynamische Bereich** beinhaltet Emotionalität, Motivation und Handlungsdurchführung.
- **Der strukturelle Bereich** beinhaltet familiäre bzw. gesellschaftliche Wertvorstellungen und Normen.
- **Der interpersonelle Bereich** behandelt Beziehungserfahrungen und Bindungsmuster.

- Genehmigungsverfahren nach Psychotherapierichtlinien

## **Genehmigungsverfahren nach Psychotherapierichtlinien** (Einleitung einer genehmigungspflichtigen Kurz- oder Langzeittherapie)

Für eine genehmigungspflichtige Therapie wird verlangt, dass zusammen mit dem Antrag des Therapeuten ein Konsiliarbericht des überweisenden Hausarztes an die Krankenkasse geschickt wird. Darin soll das Krankheitsgeschehen des Patienten in einer bestimmten Form (Vordruck) mit entsprechendem Inhalt in verschlossenem Umschlag beigelegt werden. Dieser Bericht wird von der Krankenkasse an einen Gutachter anonymisiert gesandt. Dieser Gutachter entscheidet dann über die Notwendigkeit der vorgeschlagenen Therapie oder eine Modifizierung.

Der Gutachter kann auch die Notwendigkeit der Therapie, wenn verschiedene Punkte in den Ausführungen mangelhaft dargestellt werden, ganz ablehnen oder aber Ergänzungen wünschen. Bei Dissenz kann ein Obergutachten verlangt werden.

## **Dieser Bericht zur Begutachtung sieht vor**

- Beschreibung der Spontanangaben des Patienten, seiner Klagen, seiner Symptomatik
- Kurze Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung:  
Familienanamnese, Körperliche Entwicklung, Psychische Entwicklung, Soziale Entwicklung mit besonderer Berücksichtigung der familiären und beruflichen Situation, des Bildungsganges und der Krisen phasentypischen Entwicklungssituationen
- Krankheitsanamnese (frühere Behandlungen und Psychotherapien)
- Psychischer Befund zum Zeitpunkt der Antragstellung:  
emotionaler Kontakt, Intelligenz, Differenziertheit der Persönlichkeit, Einsichtsfähigkeit, Krankheitseinsicht, Motivation zur Psychotherapie, bevorzugte Abwehrmechanismen, ggf. Art und Umfang der infantilen Fixierung, Persönlichkeitsstruktur, psychopathologischer Befund (z. B. Bewusstseinsstörungen, Störung der Stimmungslage, der Affektivität und der Gedächtnisfunktion, Wahnsymptomatik, suizidale Tendenzen)
- Somatischer Befund
- Psychodynamik der neurotischen Entwicklung
- Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung
- Behandlungsplan und Zielsetzung der Therapie
- Prognose der Psychotherapie
- Evtl. Umwandlungsantrag (von Kurz- in Langzeittherapie):  
bisheriger Verlauf, Begründung

## Probleme bei der Therapie

- Wie arbeite ich bei eigener Abneigung und Ärgerreaktion?

Vorschlag: Das eigene Gefühl beim Patientenkontakt beobachten, z. B. beim »schwierigen Patienten« und versuchen, es für das ganzheitliche Verstehen des Patienten zu nutzen und die ungewollten Auswirkungen der Gegenübertragung dadurch zu neutralisieren. Versuch, sich vorurteilslos in den Patienten mit seiner Lebenswelt und der von ihm gelebten Biografie einzufühlen.

Der Arzt sollte sich um eine empathische Haltung bemühen und vermeiden, aus einem Affekt unreflektiert zu handeln.

## Eigene Wertmaßstäbe und Vorlieben oder Abneigungen sollten möglichst das ärztliche Handeln nicht beeinflussen.

- Wie vermeide ich **vorschnelles Ausweichen** auf die somatische Schiene?

Um dem schwierigen Patienten ein neutrales Angebot zu machen, vermeidet der Arzt als Ausweichstrategie die psychosomatische Ebene. Damit läuft er in die vom Patienten unter Umständen sogar gewünschte Falle: es kommt immer wieder zu Wiederholungen ergebnisloser Untersuchungen und Maßnahmen des Arztes (Stichwort »Münchhausen-Syndrom«).

Geduld und Zuwendung können den Arzt jedoch zum Türöffner für die innerpsychischen Probleme werden lassen, um dem Patienten zu vermitteln, dass er dadurch, wenn die eigentlichen Probleme angegangen werden können, endlich nachhaltig beschwerdefrei werden kann. Hierzu bedarf es viel Verständnis seitens des Arztes und gegenseitigen

Vertrauens, um die verborgenen Patientenwiderstände überwinden zu können.

- Wie vermeide ich frustriertes Abmühen des Arztes in einer überbetonten Helferrolle?

Die Einsicht des Arztes ist erforderlich, dass überhöhte ärztliche Bemühungen nicht zur Übernahme von Eigenverantwortlichkeit und damit zur Mithilfe des Patienten führen. Statt dessen ist die Folge: der Patient wird vom Arzt nicht »erreicht«, es kommt zur Inaktivität des Patienten und eventuell sogar zu negativen Abwehrmechanismen.

- Wie gehe ich mit Placebothherapie um?

Im Einzelfall kann ein Mittel mit nicht gesicherter Wirksamkeit vom Arzt eingesetzt werden. Nach neueren Untersuchungen [55, 143] werden Placebowirkungen in ihrer Wirksamkeit und Häufigkeit überschätzt, während man bisher von etwa 30-40% positiver Effekte ausging, ist dieses nur bei Schmerzphänomenen und allenfalls bei Einschlafstörungen in ähnlicher Größenordnung zu beobachten. Offensichtlich setzen diese Mittel – ausreichende Konditionierung und entsprechende Erwartung des Patienten vorausgesetzt – durch Modifikation der neuronalen Affektivität im Gehirn z. B. Endorphine frei, die zu einer Schmerzlinderung führen können. Diese Schmerzreduktion ist durch Naloxon antagonisierbar [133, 143]. Placebos dürfen nicht zu Lasten der GKV verordnet werden.

Um Selbstheilungstendenzen durch Placebothherapie für den Patienten auszunützen, ist eine ehrliche, mitfühlende und vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung erforderlich. Der Patient sollte über den Einsatz als Therapieversuch aufgeklärt werden, um irreführendes Verhalten des Arztes zu vermeiden, das von einigen Juristen als unethisch betrachtet wird [101].

**Balint-Gruppen** sind im klassischen Verständnis Arbeitsgruppen von ca. acht bis zwölf Ärztinnen bzw. Ärzten, die sich unter der Leitung eines erfahrenen Psychotherapeuten regelmäßig, z. B. jede Woche über einen Zeitraum von 2-3 Jahren (ca. 120 Sitzungen) treffen, um über »Problempatienten« aus ihrer Praxis zu sprechen. Das Ziel ist eine verbesserte Arzt-Patient-Beziehung, die schließlich zu einem verbesserten Verständnis und einer verbesserten Behandlung des Patienten führen soll.

Die Methode wurde nach Michael Balint, einem Psychiater und Psychoanalytiker ungarischer Herkunft benannt. Balint hatte nach dem 2. Weltkrieg an der Londoner Tavistock Clinic zunächst Fallkonferenzen mit Sozialarbeitern durchgeführt. Ab 1950 führte er ähnliche Fallkonferenzen mit niedergelassenen Hausärzten durch und bezeichnete sie als Diskussionsseminare über psychische Probleme in der ärztlichen Praxis.

Das wichtigste methodische Element der Balint-Gruppen-Arbeit ist der freie Bericht über ein Fallbeispiel. In der Regel schildert ein Gruppenteilnehmer eine Begegnung mit einem Patienten. In der etwa 2-stündigen Sitzung stellt ein Kollege einen Patienten aus der täglichen Praxis vor, der ihm Probleme bereitet. Jeder Teilnehmer teilt mit, was er über die angesprochenen Fragen und deren Bewältigung fühlt oder denkt. Dabei gibt es kein »Richtig« oder »Falsch«. Im Gegenteil, freie Assoziationen mit eventuellen subjektiven Verfälschungen, Auslassungen und emotionalen Reaktionen sind ausdrücklich erwünscht. Zentraler Ansatzpunkt in den Gruppendiskussionen ist das Erkennen von Übertragung und Gegenübertragung.

Dem Konzept liegt das psychodynamische Krankheitsverständnis der Psychoanalyse zugrunde. Danach wird die Aufmerksamkeit besonders auf die Phänomene: Übertragung, Gegenübertragung, Regression, Agieren, Verschieben, Abspalten, kontraphobisches Handeln oder Reaktionsbildung gerichtet. Zentrale Fragen sind also: Was macht der Arzt mit dem Patienten? Was macht der Patient mit dem Arzt? Welche Gefühle löst er (der Patient) in ihm (und in den übrigen Gruppenteilnehmern) aus?

Aus dieser Beziehungsdiagnose werden Rückschlüsse auf unbewusste Konflikte gezogen, die Patient und Arzt »mitbringen«. Insbesondere die Bewusstmachung der Gegenübertragungsgefühle (z. B. Abneigung, Ärger, Desinteresse, verstärktes Interesse, Mitleid, Hilflosigkeit, usw.) gibt wertvolle diagnostische Hinweise, die hilfreich in die weiteren Kontakte mit dem Patienten einfließen können.

Balint-Gruppen sind heute allgemein als ein Element in der Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Psychotherapeuten und auch als Supervisionsmethode in anderen Bereichen des Gesundheits-, Sozial- und Erziehungswesens anerkannt. In modifizierter Form finden sie Anwendung bei Führungskräften durch erfahrene Leiter in diesem Bereich. An einigen Universitäten werden Balintgruppen auch für Studenten angeboten.

In Deutschland ist für Ärzte, welche die Zusatzbezeichnung »Psychotherapie« erlangen wollen und für Kassenärzte, die an der psychosomatischen Grundversorgung teilnehmen, der Nachweis von Balint-Gruppen-Erfahrung obligat.

Weiterführende Literatur: Balint E, Balint M [11, 12], Knöpfel H-K [83], Stucke W [149].

Ärzte können sich auch zu einer Supervisionsgruppe zusammenschließen, die sich regelmäßig trifft. Diese Gruppe wird von einem Supervisor geleitet. Dieser Supervisor sollte psychotherapeutisch erfahren und kompetent sein. Es bieten sich ärztliche und psychologische Psychotherapeuten dafür an.

In dieser Supervision werden problematische Fälle vorgestellt und besprochen. Die Gruppenteilnehmer und der Supervisor tragen ihre Sicht der Dinge bei, so dass am Ende eine sinnvolle Lösung entwickelt wird, die bis zum nächsten Treffen umgesetzt werden kann. Die Auswirkungen werden dann das nächste Mal besprochen und reflektiert.

Das Vorgehen sollte nach den Standards des Fachgebiets erfolgen, so dass es für die Teilnehmer langfristig zu einem Lernerfolg mit Erweiterung der eigenen Kompetenzen kommt. Es kann auch eine Einzelsupervision gebucht werden, wenn man das Einzelgespräch bevorzugt oder ggf. eigene Schwierigkeiten und persönliche Belastungen im Behandlungsprozess allein mit dem Supervisor besprechen will.

Supervisionsgruppen werden von den psychotherapeutischen Fachkollegen in der Regel nicht von sich aus angeboten. Ein Qualitätszirkel kann zum Beispiel einen Psychotherapeuten einladen, seine Sichtweisen bei Fällen beizutragen oder direkt für einige Supervisionstunden zur Probe engagieren. Der Psychotherapeut sollte dann aktiv seine Standpunkte und sein Fachwissen einbringen und zur Diskussion stellen.



- Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und (ärztlichen) Psychotherapeuten
- Psychiatrische Institutsambulanzen
- Selbsthilfegruppen

## Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und (ärztlichen) Psychotherapeuten

Im Sinne eines ganzheitlichen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit sind Hausärzte gefordert, die psychischen und psychosozialen Aspekte bei ihrem Vorgehen zu berücksichtigen. Hierzu will die Leitlinie Hilfestellung geben. In allen Fällen, in denen der Hausarzt den Eindruck hat, dass bei einer Erkrankung des Patienten oder bei einer präsentierten Beschwerde psychische Aspekte von Bedeutung sein könnten, die eine weitergehende Bearbeitung erfordern, sollte er psychotherapeutische/psychiatrische Mitbehandlung veranlassen und dem Patienten den Weg zu dieser Behandlung bahnen. Dies erfordert vom Behandler zunächst, sich selbst zu disziplinieren und zu motivieren, die psychischen Dimensionen seiner Beschwerden anzuerkennen sowie im nächsten Schritt, den Patienten zu motivieren, sich dieser Perspektive ebenfalls zu öffnen.

Für die Überweisung an die spezialisierten Kollegen findet sich in der Anlage der Leitlinie ein Musterbrief.

- Einen psychologischen Psychotherapeuten kann der Patient direkt oder mit ärztlicher Überweisung aufsuchen. Für die Beantragung einer Richtlinienpsychotherapie benötigt er eine Bescheinigung (Konsiliarbericht), dass keine organische Erkrankung vorliegt.
- Einen ärztlichen Psychotherapeuten kann der Patient ebenfalls direkt oder mit Überweisung aufsuchen. Hier ist ein Konsiliarbericht für die Beantragung einer Richtlinienpsychotherapie nicht erforderlich.

Im Sinne der psychosomatischen Medizin ist es sinnvoll, dass der Psychotherapeut den Hausarzt über für ihn relevante Befunde und Therapie-vorschläge informiert (s. Arztbriefvorschlag im

Anhang). Informationen über den Patienten sind nur nach Rücksprache mit ihm an andere, berechnigte Dritte, weiterzuleiten. Der Hausarzt sollte sich bewusst sein, dass die Informationen des Psychotherapeuten wie die des Psychiaters für den Patienten häufig besonders sensibel sind. Er muss deshalb sicherstellen, dass diese Informationen nur ihn vertraulich erreichen.

Der Psychotherapeut/Psychiater sollte seinerseits dem Patienten vermitteln, dass es sinnvoll ist, den Hausarzt regelmäßig kurz zu informieren, damit er die somatische Behandlung entsprechend abgestimmt durchführen kann. Für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen empfiehlt es sich, eine längerfristige Kooperation mit guter wechselseitiger Information und gutem Kontakt zu entwickeln (z. B. telefonisches Feedback o. ä.).

## Weitere Kooperationsbeziehungen

- **Psychiatrische Institutsambulanzen** (an psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischer Abteilung). Patienten können hierhin zur diagnostischen Abklärung und Therapie überwiesen werden, wenn es sich um besonders schwere Fälle handelt oder wenn der niedergelassene Psychiater/Neurologe zu weit entfernt ist (SGB V§118).
- **Sozialpsychiatrische Dienste** (Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes). Diese stehen kostenlos vor allem für Kriseninterventionen und aufsuchende Betreuung zur Verfügung.
- **Selbsthilfegruppen**. Der Hausarzt sollte Adressen von örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen, insbesondere für den Suchtkrankbereich, zur Hand haben. Informationen sind bei Krankenkassen, KOSA (KV Hessen), kirchlichen Einrichtungen, Nationaler Kontakt- und Informationsstelle Selbsthilfegruppen (<http://www.nakos.de>) zu erfragen.

Psychosomatische Medizin heißt nicht etwa dem Körper weniger, sondern dem Seelischen mehr Beachtung schenken! (Viktor v. Weizsäcker)

**Ziel** dieser Leitlinie ist die Sensibilisierung des Hausarztes,

- den Patienten nicht nur körperlich, sondern ganzheitlich zu betrachten,
- bei der Abklärung der Beschwerden nicht sequentiell vorzugehen, sondern Soma und Psyche »parallel« zu beachten,
- den Patienten rechtzeitig die Mitbehandlung durch einen Experten anzubieten, um eine weitere Somatisierung und Chronifizierung zu verhindern,
- psychische Aspekte bei chronischen Erkrankungen zu erkennen,
- Über- und Unterdiagnostik zu vermeiden.

**Vier Gruppen von Krankheiten** werden unterschieden:

- **Psychische Erkrankungen**, wie etwa Angsterkrankungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, depressive Syndrome, Psychosen,
- **Funktionelle Störungen**, die somatoforme Erkrankungen, also körperliche Beschwerden ohne organischen Befund darstellen,
- **Psychosomatische Krankheiten** als diejenigen körperlichen Erkrankungen, bei deren Entstehung oder Verlauf psychosoziale Faktoren wesentlich beteiligt sind,
- **Somatopsychische Störungen**, die dann vorliegen, wenn schwere somatische Erkrankungen psychische Probleme auslösen.

Der Arzt sollte durch sorgfältiges und vorurteilsfreies Beobachten und Untersuchen einschließlich psychiatrischer Untersuchungsverfahren versuchen herauszufinden, welches die besonderen »krankmachenden« Ursachen (z. B. fehllaufende Bewältigungsstrategien, lebensgeschichtliche Be-

lastungen) des jeweils betroffenen Menschen in seiner Behandlung sind.

**Anamneseerhebung und Untersuchungen** müssen somatische Krankheitsbilder mit ihren Auswirkungen auf den individuellen Patienten beachten. Sie müssen aber genauso auch psychische Krankheiten, psychosomatische Verknüpfungen und rein funktionelle Beschwerdebilder erfassen.

**Kooperation:** Häufig und besonders bei ausgeprägten psychosomatischen Krankheitsbildern sind Spezialisten heranzuziehen: Psychiater, ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten. Mitunter hilft auch die interdisziplinäre Fallkonferenz weiter, um Klarheit für die Zusammenhänge zu gewinnen.

**Therapeutisch** sind spannungslösende Gesprächsinterventionen, Entspannungsübungen, somatische Trainingsmaßnahmen und begleitende, stützende Gesprächstherapien sowie verschiedene Formen der Psychotherapie (psychoanalytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie durch den konsultierten Psychotherapeuten) sinnvoll und hilfreich. Dabei ist die Kommunikation mit den zusätzlichen ambulanten oder stationären Therapeuten ein wichtiges Bindeglied des therapeutischen Netzes für den Patienten, zu dem er seine Zustimmung geben muss.

Der Hausarzt sollte sich vor Fehlern und Gefahren durch eigene Fehleinschätzungen, Gegenübertragungen und Vorurteile schützen, beispielsweise mittels Supervision, Balintgruppenarbeit, interkolegialen Austausch und selbstkritischem Hinterfragen seines Vorgehens. Schnittstellen zu Spezialisten (z. B. zu Psychiatern, ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapeuten, Suchtspezialisten Kliniken) müssen von jedem Hausarzt aufgebaut und gepflegt werden.

 Zitierte Literatur

- 1 Albus C. Psychosoziale Aspekte in aktuellen kardiologischen Leitlinien (57. Jahrestagung des DKPM; Magdeburg, 15.-18. März 2006). Update: 03.2006. Verfügbar am 18.12.2007 unter: <http://www.dkpm.de/cms/wp-content/sota-0601.pdf>
- 2 Albus C. Psychokardiologische Versorgung: Was empfehlen die aktuellen Leitlinien? *Psychoneuro* 2006; 32: 247-250
- 3 Albus C, Siegrist J. Primärprävention - Psychosoziale Aspekte. *Z Kardiol* 2005; 94 (Supplement 3): iii105-iii112
- 4 Albus C. Screening auf Depressivität bei KHK (Vortrag am 13.12.2007 anlässlich der Veranstaltung: Früherkennung psychischer Erkrankungen in der Regelversorgung, Veranstalter: Clearingstelle Versorgungsforschung NRW in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln). Update: 13.12.2007. Verfügbar am 18.12.2007 unter: <http://www.versorgungsforschung.nrw.de/content/e67/e106/e951/e1040/object1046/Albus.pdf>
- 5 Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hrsg.). Das AMDP-System: Manual und Dokumentation psychiatrischer Befunde. Göttingen: Hogrefe-Verlag; 1997
- 6 Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N, Fishman T, Gunn J. Effect of the addition of a "help" question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ* 2005; 331: 884
- 7 Ärzte Zeitung. Verdacht auf Angststörung lässt sich leicht mit zwei Fragen prüfen. Update: 17.04.2007. Verfügbar am 12.12.2007 unter: [http://www.aerztezeitung.de/medizin/fachbereiche/innere\\_medizin/default.aspx?sid=446251](http://www.aerztezeitung.de/medizin/fachbereiche/innere_medizin/default.aspx?sid=446251)
- 8 Ärzte Zeitung. Mit drei einfachen Fragen lässt sich eine Depression gut erkennen. Update: 08.12.2005. Verfügbar am 12.02.2008 unter: <http://www.aerztezeitung.de/medizin/?sid=384551>
- 9 Baldo P, Doree C, Lazzarini R, Molin P, McFerran DJ. Antidepressants for patients with tinnitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 4: CD003853
- 10 Bämayer A. Mobbing - Hilflöse Helfer in Diagnostik und Therapie. *Dt Arztebl* 2001; 98: A1811-A1813
- 11 Balint E, Norell JS. Fünf Minuten pro Patient. Frankfurt/M: Suhrkamp-Verlag; 1975
- 12 Balint M. Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. 10. um ein Vorwort erw. Aufl. Verlag Klett-Cotta; ISBN 978-3-608-94003-9; 2001
- 13 Blatt S, Zuroff D, Bondi C, Sanislow C. Short- and long-term effects of medication and psychotherapy in the brief treatment of depression: further analyses of data from the NIMH TDCRP. *Psychotherapy Research* 2000; 10: 215-234
- 14 Bech P, Gudex C, Johansen KS. The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychother Psychosom* 1996; 65: 183-190
- 15 Bennett MH, Kertesz T, Yeung P. Hyperbaric oxygen for idiopathic sudden sensorineural hearing loss and tinnitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 1: CD004739
- 16 Berghändler T, Stieglitz RD, Vriends N. Die Soziale Phobie: Ätiologie, Diagnostik und Behandlung. *Schweiz Med Forum* 2007; 7: 225-230
- 17 Bjarnason-Wehrens B, Held K, Hoberg E, Karoff M, Rauch B. Deutsche Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen (DLL-KardReha). *Clin Res Cardiol* 2007; 2 (Suppl. 3): 1-54
- 18 Block B. Innere Medizin - Leitlinien 2007/2008; Zusammenstellung evidenzbasierter Leitlinien und Empfehlungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; ISBN 978-3-13-144041-9; 2007
- 19 Bönisch J. Mobbing "Ich war ein dankbares Opfer". Update: 05.03.2008. Verfügbar unter: <http://www.sueddeutsche.de/jobkarriere/artikel/77/161632/>
- 20 Brandt T, Dieterich M, Lempert T, Strupp M, Hamann K-F. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (Hrsg.). Benigner peripherer paroxysmaler Lagerungsschwindel. 2005. Verfügbar am 25.01.2008 unter: <http://www.dgn.org/fileadmin/leitl05/50BPPV.pdf>
- 21 Braun RN. Die EKG-Untersuchung in der Allgemeinpraxis. 2. Mitteilung. *Z Allgemeinmed* 1973; 49: 1468-1471
- 22 Braun RN. Lehrbuch der Allgemeinmedizin, Reihe Neue Allgemeinmedizin, Bd. 4. Mainz: Kirchheim Verlag; 1986
- 23 B Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz-Langfassung. Version 4. 2010, zuletzt verändert: August 2013. Available from: <http://www.kreuzschmerz-versorgungsleitlinien.de>, [cited: 08.07.2014]; DOI: 10.6101/AZQ/000149

 Zitierte Literatur

- 24 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz: Verlag Peter Sabo; 1996
- 25 Chandola T, Britton A, Brunner E et al. Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? *Eur Heart J* 2008; 29: 640-648
- 26 Darwin C. Der Ausdruck der Gemütsbewegungen bei den Menschen und bei den Tieren (1872). Kritische Edition. Frankfurt am Main: Eichborn Verlag; 2000
- 27 Darwin C. Über die Entstehung der Arten [On the Origin of Species (1859)]. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 1992
- 28 Deutsche Gesellschaft für Allgemein und Familienmedizin. DEGAM Leitlinie Nr. 2: Müdigkeit. AWMF-Register, 2011
- 29 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Kurzversion der Behandlungsleitlinie Eßstörungen. Update: 2000. Verfügbar am 20.12.2007 unter: <http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/leitlinien/leitliniebd4essstoerungen.pdf>
- 30 Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. *Somnologie* 2009;13: 4-160. DOI 10.1007/s11818-009-0430-8
- 31 DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression\*. S3-Leitlinie/- Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Kurzfassung, 1. Auflage 2009. DGPPN, ÄZQ, AWMF - Berlin, Düsseldorf 2009. Internet: <http://www.versorgungsleitlinien.de>
- 32 Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität: S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. *Z Gastroenterol* 2011; 49: 237-293. DOI. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1245976>
- 33 Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (Hrsg.). Statistikband "Rehabilitation 2012". Band 194. Verfügbar am 16.12.2013 unter: <http://www.deutsche-rentenversicherung.de>
- 34 Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (Hrsg.). Statistik der Rentenversicherung. Rentenversicherung in Zahlen 2013. Stand Juni 2013. Verfügbar am 16.12.2013 unter: <http://www.deutsche-rentenversicherung.de>
- 35 De Vries TPG, Henning RH, Hogerzeil HV, Freisle DA. Guide to good prescribing. A Practical Manual. WHO 1995
- 36 Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.). ICD-10-GM. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification -. Herausgegeben im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD-10 des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG). Version 2004. Köln: 2003
- 37 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Übers. und Hrsg.). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien / Weltgesundheitsorganisation. 4. durchges. und erg. Auflage; Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; ISBN 3-456-83526-4; 2000
- 38 Dixon JB, O'Brian PE, Playfair J et al. Adjustable Gastric Banding and Conventional Therapy for Type 2 Diabetes. A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2008; 299: 316-323
- 39 Doering T, Roscher D, Schmidt A. Was tun mit „eingebildeten Kranken?“. *Allgemeinarzt* 2006; 29: 10-12
- 40 Donner-Banzhoff N, Baum E, Maisel P, Dörr C. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) (Hrsg.). DEGAM-Leitlinie Nr 2: Müdigkeit (Revision geplant: 31.12.2005). Update: 2002. Verfügbar am 02.04.2008 unter: [http://www.degam.de/leitlinien/LL\\_muede\\_netz.pdf](http://www.degam.de/leitlinien/LL_muede_netz.pdf)
- 41 Donner-Banzhoff N, Popert U, Muth C, Beyer M, Gerlach FM. Differentialdiagnostik des akuten Brustschmerzes in der Hausarztpraxis. In: Deutscher Hausärzteverband, AOK Bundesverband (Hrsg.). Hausarzt Handbuch DMP Koronare Herzkrankheit (KHK). München: MED.KOMM. Verlag; ISBN 3-9805316-7-8; 2004
- 42 Dührssen A. Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. 4. Auflage, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1997
- 43 Eckhardt-Henn A. Wenn die Seele die Balance stört. *MMW Fortschr Med* 2007; 149: 37-39
- 44 Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts C, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet* 2008; 371: 1165-1172

 Zitierte Literatur

- 45 Engelhard U. Leistungsmotivation und Narzißmus bei orthostatischen Kreislaufstörungen. Bern: Huber Verlag; ISBN 3-456-80782-1; 1979
- 46 Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. JAMA 1984; 252: 1905-1907
- 47 FAZ.NET. Krankes Herz durch Stress im Job. 22.01.2008. Verfügbar am 23.01.2008 unter: <http://www.faz.net>
- 48 Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med 1998; 14: 245-258
- 49 Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, 2008
- 50 Fritzsche K, Geigges W, Richter D, Wirsching M. Psychosomatische Grundversorgung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag; ISBN 3-540-42918-2; 2003
- 51 Gallese V, Fadiga L, Fogassi L, Rizzolatti G. Action recognition in the premotor cortex. Brain 1996; 119 (Pt 2): 593-609
- 52 Gaertner B, Meyer C, John U., Freyer-Adam J. Suchtstoffe, Suchtformen, und ihre Auswirkung. Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg). Jahrbuch Sucht 2013. Lengerich: 2013: 36-66
- 53 Glaeske G. Medikamente 2011 - Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg). Jahrbuch Sucht 2013. Lengerich: 2013: 91-110
- 54 Georgiades A, Zucker N, Friedman KE et al. Changes in depressive symptoms and glycemic control in diabetes mellitus. Psychosom Med 2007; 69: 235-241
- 55 Gnädinger M, Marty F. Beim Placebo wirkt mehr als die „Pille“ allein. Schweiz Med Forum 2007; 7: 318-324
- 56 Goebel G. Verhaltensmedizinische Aspekte und Therapie des chronischen Tinnitus. psychoneuro 2004; 30: 330-336
- 57 Goebel G, Büttner U. Grundlagen zu Tinnitus: Diagnostik und Therapie. Psychoneuro 2004; 30: 322-329
- 58 Goebel G, Lamparter U. Stressbedingte Aspekte des Hörsturzes. Psychoneuro 2004; 30: 337-341
- 59 Graham I et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2007; 14 Suppl 2: S1-S113
- 60 Grawe K. Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe Verlag; 1998
- 61 Grawe K. Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag; ISBN 978-3-8017-1804-6; 2004
- 62 Hanewinkel R, Morgenstern M Prävention in Deutschland. Was wir haben, was wir brauchen. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg). Jahrbuch Sucht 2013. Lengerich: 2013: 252-258
- 63 Harder F, Tschan W. Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) in der hausärztlichen Praxis Erkennen – Verstehen – Behandeln (Teil 1). Schweiz Med Forum 2004; 4: 392-397
- 64 Harder F, Tschan W. Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) in der hausärztlichen Praxis. Erkennen – Verstehen – Behandeln (Teil 2). Schweiz Med Forum 2004; 4: 417-421
- 65 Hauenstein E. Psychosomatik. Die Bauchschmerzen im Kopf. SZ 27.03.2007
- 66 Häuser W. Raucherentwöhnung – eine ärztliche Aufgabe. Arzneiverordnungen in der Praxis 2008; 2: 33-35
- 67 Henkel V, Mergl R, Coyne JC, Kohnen R, Moller HJ, Hegerl U. Screening for depression in primary care: will one or two items suffice? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2004; 254: 215-223
- 68 Herpertz S, Senf W. Psychotherapie der Adipositas. Dt Ärztebl 2003; 100: A1367-A1373
- 69 Herzog W. Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Medizin des Universitätsklinikums Heidelberg (Hrsg.). Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Verfügbar am 06.02.2008 unter: <http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Materialien-zum-PHQ.6276.0.html>
- 70 Hillier SL, Hoolohan V. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. Cochrane Database Syst Rev 2007; (4): CD005397
- 71 Hilton M, Stuart E. Ginkgo biloba for tinnitus. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2. Art. No.: CD003852. DOI: 10.1002/14651858.CD003852.pub2.
- 72 Hilton M, Stuart E. Ginkgo biloba for tinnitus. Cochrane Database Syst Rev 2004; (2): CD003852

 Zitierte Literatur

- 73 Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol* 1986; 41: 159-164
- 74 Hunt RH, Tougas G. Evolving concepts in functional gastrointestinal disorders: promising directions for novel pharmaceutical treatments. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2002; 16: 869-883
- 75 Ipser JC, Kariuki CM, Stein DJ. Pharmacotherapy for social anxiety disorder: a systematic review. *Expert Rev Neurother* 2008; 8: 235-257
- 76 Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Hofler M, Pfister H, Muller N, Lieb R. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 2004; 34: 597-611
- 77 Jaeschke R, Guyatt GH, Sackett DL for the Evidence-Based Medicine Working Group. User's Guides to the medical literature. III. How to use an article about a diagnostic test. B. What are the results and will they help me in caring for my patients? *JAMA* 1994; 271: 703-707
- 78 James AL, Burton MJ. Betahistine for Meniere's disease or syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (1): CD001873
- 79 Janssen PL, Joraschky J, Tress W (Hrsg.). Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 1. Auflage, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2006
- 80 Kaluza G. Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. 3. Aufl., Nachdr. Berlin: Springer-Verlag GmbH; ISBN 3-540-00868-3; 2004
- 81 Kamber V. Essstörungen – nicht nur ein psychiatrisches Problem. Medizinische Komplikationen bei Anorexia und Bulimia nervosa. *Schweiz Med Forum* 2005; 5: 1195-1202
- 82 Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048-1060
- 83 Knöpfel H-K. Einführung in die Balint-Gruppenarbeit. Patientenbezogene Medizin. Stuttgart, New-York: G. Fischer; 1980
- 84 Köhler D. Asthmaanfälle. Update: 2006. Verfügbar am 08.02.2008 unter: [http://www.daserste.de/moma/servicebeitrag\\_dyn~uid,bytd3nxsq9xjk0a0~cm.asp](http://www.daserste.de/moma/servicebeitrag_dyn~uid,bytd3nxsq9xjk0a0~cm.asp)
- 85 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Lowe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med* 2007; 146: 317-325
- 86 Kruse W, Cierpka M, Wirsching M, Saß H. Bundesärztekammer (Hrsg.). Curriculum Psychosomatische Grundversorgung - Basisdiagnostik und Basisversorgung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen einschließlich Aspekte der Qualitätssicherung. 2. Auflage. 2001. Verfügbar am 26.10.2007: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Currpsych.pdf>
- 87 Kulzer B, Albus C, Herpertz S, Kruse J, Lange K, Petrak F. Psychosoziales und Diabetes mellitus. *Diabetologie* 2006; 1(Suppl 2): S217-S223
- 88 Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004
- 89 Langeland W, van den BW, Draijer N. Traumatische Erlebnisse in der Kindheit und psychiatrische Komorbidität bei erwachsenen männlichen Alkoholkranken: Empirische Untersuchungsergebnisse und ihre klinische Bedeutung. *Suchttherapie* 2004; 5: 132-136
- 90 Langs G. Verhaltensmedizinische Aspekte des Schwindels. *Psychoneuro* 2004; 30: 317-321
- 91 Leitliniengruppe Hessen. Hausärztliche Leitlinie „Asthma bronchiale und COPD“. Version 3.10 vom 06. Juni 2006 Verfügbar am 31.03.2008 unter [http://www.pmvforschungsguppe.de/pdf/03\\_publicationen/asthma\\_II.pdf](http://www.pmvforschungsguppe.de/pdf/03_publicationen/asthma_II.pdf)
- 92 Leitliniengruppe Hessen. Hausärztliche Leitlinie "Therapie von Schmerzen". Version 3.02 vom 23.01.2008. Verfügbar am 08.02.2008 unter [http://www.pmvforschungsguppe.de/pdf/03\\_publicationen/schmerz\\_II.pdf](http://www.pmvforschungsguppe.de/pdf/03_publicationen/schmerz_II.pdf)
- 93 Leitliniengruppe Hessen. Hausärztliche Leitlinie "Stabile Angina pectoris und KHK. Therapie der stabilen Angina pectoris und der asymptotischen koronaren Herzkrankheit". Version 3.00. Update: 11.10.2006. Verfügbar am 20.12.2007 unter [http://www.pmvforschungsguppe.de/pdf/03\\_publicationen/khk\\_II.pdf](http://www.pmvforschungsguppe.de/pdf/03_publicationen/khk_II.pdf)
- 94 Leitliniengruppe Hessen. Hausärztliche Leitlinie "Diabetes mellitus Typ 2. Therapie des Diabetes mellitus Typ 2". Version 3.07 vom 22.01.2008. Verfügbar am 31.03.2008 unter [http://www.pmvforschungsguppe.de/pdf/03\\_publicationen/diabetes\\_II.pdf](http://www.pmvforschungsguppe.de/pdf/03_publicationen/diabetes_II.pdf)
- 95 Leymann H. Mobbing. Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch-Verlag; ISBN 3-499-13351-2; 1993

 Zitierte Literatur

- 96 Leymann H. Der neue Mobbingbericht. Erfahrungen und Initiativen, Auswege und Hilfsangebote. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch-Verlag; ISBN 3499135671; 1995
- 97 Leune J. Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Versorgung abhängiger Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 2013. Lengerich: 2013:181-196
- 98 Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rüger B, Beutel M. Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien. Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesestudie. *Psyche* 2001; 55: 133-276
- 99 Löwe B, Gräfe K, Zipfel S, Witte S, Loecherer B, Herzog W. Diagnosing ICD-10 depressive episodes: superior criterion validity of the Patient Health Questionnaire. *Psychother Psychosom* 2004; 73: 386-390
- 100 MacArthur GJ et al.: Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. in *BMJ* 2012;345:e5945, doi: 10.1136/bmj.e5945 (publ. 4.Oct. 2012).
- 101 Mader FH, Weissgerber H. Allgemeinmedizin in der Praxis. 5. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag; 2005
- 102 Martinez DP, Waddell A, Perera R, Theodoulou M. Cognitive behavioural therapy for tinnitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (1): CD005233
- 103 Meschkutat B, Stackelbeck M, Langenhoff G. Der Mobbing-Report - Eine Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsbericht, Fb 951). 1. Auflage. Bremerhaven: Wirtschaftsverband NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH; ISBN 3-89701-822-5; 2002
- 104 Meyers Lexikonverlag. Bibliographisches Institut & F.A.Brockhaus AG (Hrsg.). Neurose. Version ID: 146283. Update: 27.02.2007. Verfügbar am 02.04.2008 unter: <http://lexikon.meyers.de/index.php?title=Neurose&oldid=146283>
- 105 Mohr DC. Negative Outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1995; 2: 1
- 106 Murphy ST, Zajonc RB. Affect, cognition, and awareness: affective priming with optimal and suboptimal stimulus exposures. *J Pers Soc Psychol* 1993; 64: 723-739
- 107 Myrtek M. Psychophysiologische Konstitutionsforschung - ein Beitrag zur Psychosomatik. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie; ISBN 3-8017-0156-5; 1980
- 108 National Heart, Lung, and Blood Institute National Asthma Education and Prevention Program. Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma (EPR-3). Full Report. Version: 103/4. Update: 2007. Verfügbar am 08.02.2008 unter: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.pdf>
- 109 Niedl K. Mobbing/Bullying am Arbeitsplatz. Eine empirische Analyse zum Phänomen sowie zu personalwirtschaftlich relevanten Effekten von systematischen Feindseligkeiten. München: Hampp; 1995
- 110 Nowak B, Strasheim R, Victor A, Voigtländer T, Schmermund A, Fach W-A. Neue Wege in der kardiologischen Notfallversorgung „Chest pain unit“ im Belegarztsystem. *Dtsch Arztebl* 2007; 104: A1988-A1994
- 111 Ollenschläger G, Helou A, Lorenz W. Kritische Bewertung von Leitlinien. In: Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Kunz R et al. (Hrsg.). Schriftenreihe Hans Neuffer Stiftung. Deutscher Ärzte Verlag, Köln: 2000; 156-176
- 112 Pfaff H. Mobbing als sozialer Stressor: Ursachen, Folgen, Maßnahmen. In: Kowalski H (Hrsg.). Stress-Symposium. Aktuelle Ursachenforschung. Moderne Methoden der Stressbewältigung. Essen: Verlag CW Haarfeld GmbH.; 2002, 121-136
- 113 Pfaff H, Bödecker AW, Bauer D, Baltes H (Hrsg.). Mobbing - vom Erleben zur Krankheit. Ärztliche und rechtliche Aspekte. Nümbrecht: Martina Galunder-Verlag; 2000
- 114 Pinquart M, Silbereisen RK. Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter. Entwicklungspsychologische Erklärungsansätze. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 2002; 45: 873-878
- 115 Radtke A, von BM, Tiel-Wilck K, Mainz-Perchalla A, Neuhauser H, Lempert T. Self-treatment of benign paroxysmal positional vertigo: Semont maneuver vs Epley procedure. *Neurology* 2004; 63: 150-152
- 116 Reed SB. Anxiety – Is it a problem for you? *Ann Intern Med* 2007; 146: 317
- 117 Regen F, Merkl A, Heuser I, Dettling M, Angheliescu I. Diabetes und Depression. *Dtsch Med Wochenschr* 2003; 130: 1097-1102
- 118 Reizdarm-Syndrom nicht genetisch bedingt. *Dtsch Arztebl* 2006; 103: A1371

 Zitierte Literatur

- 119 Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, et al. Efficacy and Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Cardiovascular Disease: A Randomized Trial. *Circulation* 2011; 121: 221-229
- 120 Ringel Y, Drossman DA. Irritable bowel syndrome: classification and conceptualization. *J Clin Gastroenterol* 2002; 35(1 Suppl): S7-S10
- 121 Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, Fogassi L. Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Brain Res Cogn Brain Res* 1996; 3: 131-141
- 122 Robert Koch-Institut. Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin; 2006
- 123 Robert Koch-Institut (Hrsg.). Streppel M, Walger M, von Wedel H. Hörstörungen und Tinnitus. Heft 29. "Gesundheitsberichterstattung des Bundes". Berlin; 2006
- 124 Robert Koch-Institut (Hrsg.). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Telefonischer Gesundheitssurvey. Berlin; 2003
- 125 Robert Koch-Institut (Hrsg.). Angststörungen. Heft 21. „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“; Berlin; 2004
- 126 Rosemore JG, Lacy BE. Irritable bowel syndrome: basis of clinical management strategies. *J Clin Gastroenterol* 2002; 35 (1 Suppl): S37-S44
- 127 Rüter U. Einführung Krankheitskonzepte und Störungsbilder in der Psychosomatik. Modul 5.1 - Nervensystem und Psyche. Wintersemester 2006/2007. 2007. Verfügbar am 22.10.2007 unter: <http://www.psychosomatik.uni-goettingen.de/download/Psychosom-Vorl-Einf-WS06.pdf>
- 128 Sauer N, Eich W. Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen. *Dtsch Arztebl* 2007; 104: A45-A53
- 129 Schaaf H, Dölberg D, Seling B, Märtner M. Komorbidität von Tinnitus-erkrankungen und psychiatrischen Störungen. *Nervenarzt* 2003; 74: 72-75
- 130 Schaaf H. Morbus Menière. Ein psychosomatischer Leitfadens. 3. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag; 2000
- 131 Schaub N, Lehmann FS. Colon irritabile. Teil 2. *Schweiz Med Forum* 2001; 15: 391-393
- 132 Schneider U, Altmann A, Baumann M et al. Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first Multicentre Study in Germany. *Alcohol Alcohol* 2001; 36: 219-223
- 133 Schönbächler G. Placebo. *Schweiz Med Forum* 2007; 7: 205-210
- 134 Schröder H. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (Hrsg.). Fehlzeiten sinken kontinuierlich. Pressemitteilung vom 20.04.2007. Verfügbar am 18.09.2007: [http://wido.de/uploads/media/wido\\_pra\\_pm\\_fehlzeiten2006\\_0407.pdf](http://wido.de/uploads/media/wido_pra_pm_fehlzeiten2006_0407.pdf)
- 135 Schultz H, Helmchen C. Somatoformer Schwindel. Wie Sie zur richtigen Diagnose finden. *MMW Fortschr Med* 2006; 148 (Sonderheft 2): 42-48
- 136 Schwickerath J., Holz M. (2012), Mobbing am Arbeitsplatz, Weinheim: Beltz
- 137 Siegrist J, Dragano N. Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 2008; 51: 305-312
- 138 Singh S, Loke YK, Spangler JG, et al. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal* 2011
- 139 Song F, Eastwood AJ, Gilbody S et al. Publication and related biases. *Health Technology Assessment* 2000; 4: 1-115
- 140 Spielberg P. Asthmatherapie in Europa: Kursänderung gefordert. *Dt Arztebl* 2006; 103: A3240
- 141 Spies C. AUDIT - Fragebogen zur Screening-Diagnostik von alkoholbezogenen Störungen. Update: 21.11.2003. Verfügbar am 18.09.2007 unter: <http://www.patienteninformation.de/content/gesundheitsinfos/eigene/AUDIT>
- 142 Spitzer M. Geist im Netz. Heidelberg, Berlin: Spectrum Akademischer Verlag; 2000
- 143 Spitzer M. PET und Placebo. In: Verdacht auf Psyche. Grundlagen, Grundfragen und Grundprobleme der Nervenheilkunde. Stuttgart: Schattauer Verlag; ISBN 3-7945-2267-2; 2003: 69-72
- 144 Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1092-1097
- 145 Stangier et al. Soziale Phobie. Göttingen: Hogrefe, 2006
- 146 Stead L, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008
- 147 Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008
- 148 Stein DJ, Ipser JC, Balkom AJ. Pharmacotherapy for social phobia. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (4): CD001206



 Zitierte Literatur

- 149 Stucke W. Die BALINT-Gruppe. 2. neubearb. Aufl. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 1990
- 150 Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M. Langzeit-Psychotherapie - Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Kiel: Kohlhammer-Verlag; 2001
- 151 Taube KM. Krankheitsbilder in der Psychosomatischen Dermatologie. Z Allg Med 2006; 82: 390-395
- 152 Thiel C. Asthma & Psyche (MOMA-Servicebeitrag vom 03.05.2005). Update: 03.05.2005. Verfügbar am 08.02.2008 unter: <http://www.daserste.de/>
- 153 Tonstad S, Davies S, Flammer M, et al. Psychiatric adverse events in randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials of varenicline: a pooled analysis. Drug Saf 2010; 33: 289-301
- 154 Tress W. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Hauptvorlesung. Update: 17.10.2005. Verfügbar am 26.09.2007 unter: [http://www.uniklinik-duesseldorf.de/img/ejbfile/Tress\\_Vorlesung\\_17.10.05.ppt?id=7095](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/img/ejbfile/Tress_Vorlesung_17.10.05.ppt?id=7095)
- 155 Tress W. Psychosomatische Grundversorgung: Kompendium der interpersonellen Medizin. 2. überarb. Aufl. Stuttgart, New York: Schattauer; 1997
- 156 Uexküll von T, Herrmann JM, Adler RH, Köhle K, Langewitz W, Wesiack W (Hrsg.). Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. 6. Aufl., Studienausgabe. München, Jena: Verlag Urban & Fischer; ISBN 978-3-437-22911-4; 2008
- 157 US Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Policy and Research. Acute pain management: operative and medical procedures and trauma. Rockville (MD): The Agency 1993. Clinical practice guideline No.1. AHCPR Publication No. 92-0023: 107
- 158 Walter H. Mobbing: Kleinkrieg am Arbeitsplatz, Konflikte erkennen, offenlegen und lösen. Frankfurt/New York: Campus; 1993
- 159 Wegner P, Henseler H. Die Anfangsszene im Prisma einer Analytikergruppe. Forum Psychoanal 1991; 7: 214-224
- 160 Wittchen HU, Jacobi E. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2001; 10: 993-1000
- 161 Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. Acta Psychiatr Scand Suppl 2003; 417: 4-18
- 162 Zapf D. Mobbing in Organisationen: Stand der Forschung. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 1999; 1: 1-25
- 163 Zapf D. Mobbing in Organisationen – Wissenschaftliche und konzeptionelle Grundlagen. In J. Schickerrath J, Carls W, Zielke M. & Hackhausen W. (Hrsg.). Mobbing am Arbeitsplatz. Grundlagen, Beratung- und Behandlungskonzept. Lengerich: Pabst Science Publisher. 2004: 11-35
- 164 Zeeh J. Schwindel im Alter. MMW Fortschr Med 2004; 146: 52-53
- 165 Zuschlag B. Mobbing - Schikane am Arbeitsplatz. Erfolgreiche Mobbing-Abwehr durch systematische Ursachenanalyse. 3. überarbeitete Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag; ISBN 978-3-8017-1451-2; 2001

### Autonomie

Begriff aus der Entwicklungspsychologie. Im 2. bis 3. Lebensjahr entwickelt sich beim normalen Kind die Autonomie, die gekennzeichnet ist durch:

- Autonomieentwicklung zum selbständig handelnden Subjekt,
- Kontrolle der aggressiven Bedürfnisse,
- Verstärkte Exploration der Umgebung,
- Kontrolle der analen Ausscheidungen,
- Kontrolle der Motorik und der Impulse,
- Kontrolle bis omnipotente Kontrolle über Objekte (Eltern).

### Bio-psycho-sozial

»Ganzheitlicher« Wissenschaftsansatz: Nachdem im Paradigma der Wissenschaft des 17. Jahrhunderts alle Erkenntnisuche zunächst als vom Menschen losgelöst gesehen wurde (Newton, Descartes), wandelte sich diese Auffassung schließlich dahin (Einstein und Heisenberg), dass das zu Untersuchende untrennbar mit dem Forscher verbunden ist. Thure von Uexküll forderte, die in die relativ starre Schublade des historischen Paradigmas gezwängten Erscheinungen der Natur durch eine offene und unvoreingenommene Betrachtungsweise mit biologisch-wissenschaftlichem Denken, individuell-psychologischem Verständnis und gesellschaftlich-relevanter Betrachtung der Wirkungen (dabei auch zwischen Arzt und Patienten) zu erkennen.

### Coping

engl. to cope = fertig werden mit ... Bewältigung von (chronischen) Krankheitszuständen und/oder Behinderungen aufgrund einer therapeutischen Beziehung aber auch durch unterstützende Faktoren in Selbsthilfegruppen, setzt ein von Schuldzuweisungen freies Krankheitskonzept und ein günstiges Krankheitsverhalten voraus.

### Empathie

Der Arzt geht in ein Patientengespräch mit dem aufrichtigen Bemühen, die Anliegen seiner Patienten zu erfassen. Diese Kernkompetenz eines jeden Hausarztes nennt man Empathie – einführendes Verstehen (s. auch Hausärztliche Leitlinie Gesprächsführung [www.pmvforschungsgruppe.de – leitlinien]). Mit anderen Worten: Unter Empathie versteht man die Fähigkeit eines Menschen, sich kognitiv in ein anderes Lebewesen hineinzuversetzen, dessen Gefühle zu teilen und sich so über dessen Verstehen und Handeln klar zu werden (Einfühlungsvermögen). Wichtig ist dabei, dass das Erfassen des Gefühlszustandes des Patienten nicht durch den eigenen Affektzustand verhindert wird. Eine Schulung dieser Wahrnehmung durch Reflexion und Introspektion erfolgt z. B. in Balint-Gruppen.

### Funktionelle Störungen/Syndrome

Hierbei handelt es sich um Krankheitsbilder, die auf Störungen von Körperfunktionen ohne organopathologischen Nachweis beruhen (s. auch Somatoforme Störungen). Diese Symptombilder werden durch psychische Faktoren ausgelöst und tragen zur Aufrechterhaltung des Krankheitsbildes bei [156]. Sie können

- als Somatisierungsstörung,
- als undifferenzierte Somatisierungsstörung,
- als hypochondrische Störung,
- als somatoforme autonome Funktionsstörung und
- als anhaltende somatoforme Schmerzstörung auftreten.

### Ganzheitlich

auch »bio-psycho-sozialer« Wissenschaftsansatz, s. o. ... → ...

... → ...

**Gegenübertragung**

Ist vom Patienten ausgelöste komplementäre und/oder konkordante emotionale Reaktion des Behandlers. Als Gegenübertragung bezeichnet man in der Psychoanalyse eine Form der emotionalen Reaktion, bei der ein Therapeut auf den Patienten (bzw. auf dessen aus Übertragungsphänomen hervorgehende Handlungen und Äußerungen) reagiert. Die moderne Psychoanalyse sieht die Gefühle des Therapeuten gegenüber dem Patienten auch als »Resonanzboden«, durch den er Informationen über den Patienten gewinnt. Davon abzugrenzen ist die Übertragung des Therapeuten auf den Klienten. Hier überträgt der Therapeut seine eigenen unbewussten Konflikte und Wünsche auf den Klienten. Dies zu unterscheiden ist häufig schwierig und dem Patienten kann leicht etwas unterstellt werden, was so gar nicht auf diesen zutrifft. Deshalb ist die Selbsterfahrung der Therapeuten so wichtig.

**Grundbedürfnisse**

Menschen werden von ihren Grundbedürfnissen über die Emotionen zu Handlungen motiviert, die zur Erfüllung und/oder zum Schutz derselben führen sollen. Schwierigkeiten damit führen zu emotionalem Stress und dann möglicherweise zu psychischen Störungen. Viele Forscher beschäftigen und beschäftigen sich mit den Grundbedürfnissen des Menschen. Entsprechend gibt es auch verschiedene Konzeptionen. Am verbreitetsten ist die Maslows'sche Bedürfnispyramide von 1954. Maslow hat die Bedürfnisse hierarchisiert und ging davon aus, dass diese in einer Reihenfolge erfüllt werden müssen. Die eine Stufe ist Grundvoraussetzung der nächsten Stufe. Heute gehen viele Forscher davon aus, dass alle Bedürfnisse hinreichend gut erfüllt werden müssen, damit Wohl-

finden und psychische Gesundheit resultieren. Da die Erfüllung jedoch nicht immer gewährleistet ist, müssen Menschen auch lernen, konstruktiv mit (zeitweise oder dauerhaft) unerfüllten Wünschen umzugehen, um psychisches Leiden zu minimieren. Als praktische Integration verschiedener Autoren kann die Aufteilung in fünf Grundbedürfnisse dienen:

1. Körperliche Grundbedürfnisse,
2. Bindung,
3. Selbstwert,
4. Kontrolle und Autonomie und
5. Sinn und Orientierung

**Komorbidität**

bezeichnet entweder die Anwesenheit eines oder mehrerer diagnostisch abgrenzbarer Krankheits- oder Störungsbilder, die zusätzlich zur Grundkrankheit vorliegen – oder die Auswirkung solcher zusätzlicher Krankheits- oder Störungsbilder. Komorbiditäten können aber müssen nicht Folgeerkrankungen der Grunderkrankung sein. Diagnostische Probleme können bei der Zuordnung der Symptome und Befunde auftreten. Abgrenzungen zur Multimorbidität (siehe da) sind sinnvoll.

**Konversion**

Syndrom psychischen Ursprungs, das einen Kompromiss zwischen einem bewusstseinsunfähigen Wunsch, einer Phantasie, einem Gedanken und den ihn von dem Bewusstsein abhaltenden Bestrebungen in der Körpersprache abhalten als Möglichkeit, psychischen Stress zu bewältigen. »Es ist der Preis, den das Individuum bezahlt, wenn es einen Konflikt und die mit ihm verbundenen Gefühle von Angst, Wut, Verzweiflung, Scham, Ekel nicht erträgt, sondern ihn mit Hilfe eines körperlich erlebten Symptoms neutralisiert« [156]. ... → ...

... → ...

### **Multimorbidität**

Gleichzeitiges Bestehen mehrerer Krankheiten nebeneinander bei einem Patienten (im Alter gehäuft). In der Psychopathologie bezeichnet Multimorbidität eine Kombination von affektiven Störungen mit körperlichen Erkrankungen.

### **Neurose**

Die Neurose ist ein alter Sammelbegriff für eine Vielzahl von psychischen Störungen mit unterschiedlichen Erscheinungsformen und Ursachen. In heutigen psychiatrischen Systematiken ist die Bezeichnung nicht mehr üblich oder wird als Oberbegriff für leichte psychische Störungen ohne Beeinträchtigung des Realitätsurteils und ohne Annahmen zu den Ursachen verwendet. Im engeren, traditionellen Sinne versteht man unter Neurose störende, länger andauernde psychische Einstellungen oder Verhaltensgewohnheiten (z. B. Angst, Furcht, Unsicherheit, Depression) ohne nachweisbare organische Ursache, die im Verlauf der Entwicklung eines Menschen durch bestimmte Erfahrungen (länger anhaltende Lernprozesse oder einschneidende Erlebnisse) entstehen, den Betroffenen unverständlich bleiben und von ihnen nicht ausreichend kontrolliert werden können. Es besteht jedoch (anders als bei einer Psychose) ein zumindest vages Bewusstsein von der Störung. Ein Zerfall psychischer Funktionen (etwa des Wahrnehmens oder Denkens) tritt nicht auf [104].

### **Psychose**

Synonym für psychotische Störung (DSM IV). Allgemeine Bezeichnung für psychische Störungen mit strukturellem Wandel des Erlebens (im Gegensatz zum funktionellen Wandel bei der Neurose). Psychosen werden eingeteilt in

- organische Psychosen (akute, reversible und chronische, irreversible organische Psychose)
- nicht-organische Psychosen, auch endogene Psychosen genannt. Sie sind körperlich nicht begründbar (schizophrene Psychosen, affektive Psychosen, schizoaffektive Psychosen)

### **Psychotherapie**

#### ***Kleine Psychotherapie***

Bei der Frage danach, welche Art der Therapie man wählen soll, gibt es wenige Verfahren, die von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassen sind. Dazu zählen als sogenannte »kleine Psychotherapie« Entspannungsverfahren (autogenes Training und progressive Muskelrelaxation nach Jacobson) und ärztliche Kurzgespräche von mindestens zwanzig Minuten, die im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung in der Regel in der hausärztlichen Praxis stattfinden.

#### ***Große Psychotherapie***

In der sogenannten »großen Psychotherapie« sind es die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und psychoanalytische Psychotherapie auf der einen, und die Verhaltenstherapie auf der anderen Seite, die zu den am besten erforschten und angewandten Therapieverfahren zählen.

### **PTSD**

Posttraumatische Belastungsstörung, auch posttraumatisches Stresssyndrom, »post traumatic stress disorder« mit durch ein Trauma ausgelösten psychischen Störungen (besonders schweren und anhaltenden Angstzuständen) und auch damit verbundenen psychosomatischen Störungen.

### **PTB**

Posttraumatische Belastung, s. PTSD.

... → ...

... → ...

### **Selbstwirksamkeitserwartung**

Dieses Konzept der self-efficacy («Selbstwirksamkeitsüberzeugung») bezeichnet die Einschätzung der eigenen Fähigkeit und Möglichkeit, ein selbstgesetztes Leistungsniveau zu erreichen oder anders ausgedrückt: Die Überzeugung, in der Lage zu sein, ein bestimmtes Verhalten umsetzen zu können (andere Bezeichnungen hierfür sind Handlungskompetenz, Selbstwirksamkeitskompetenz, Kompetenzerwartung) [24].

### **Somatoforme Störungen**

Körperbezogene Störungen, die nicht hinreichend körperlich erklärt werden können. Sie werden charakteristischerweise immer wieder vom Patienten mit der Forderung nach medizinischen Untersuchungen trotz vorangegangener negativer Ergebnisse dem Arzt dargeboten. Die dabei rasch entstehende Irritation durch die erschwerte Arzt-Patienten-Interaktion kann ein früher Hinweis sein. Einer psychischen Ursachenerklärung widersetzt sich der Patient häufig [156].

### **SOMS**

Screening für Somatoforme Störungen zur Erfassung von körperlichen Beschwerden, die nicht auf organische Erkrankungen zurückzuführen sind. Das Testverfahren dient der Erleichterung der Klassifikation, der Quantifizierung sowie der Verlaufsbeschreibung von Personen mit somatoformen Störungen. Bezug des Testverfahrens über <http://www.testzentrale.de>.

### **Übertragung**

In der Psychoanalyse gefundener und beschriebener Vorgang, bei dem es um das überwiegend unbewusste Hineinlesen von Erwartungen, insbesondere Rollenerwartungen, von eigenen Wünschen, Befürchtungen und/oder Vorstellungen in das Verhalten oder die Eigenschaften einer bestimmten Person geht, die ursprünglich einer anderen Person (z. B. Eltern oder Partnern) gegolten haben. Dem entspricht die vom Klienten ausgehende Übertragung unbewusster positiver oder negativer Wünsche, die ursprünglich an andere Objekte gebunden sind, auf den Therapeuten. Es handelt sich hierbei um einen Prozess, der in jeder Psychotherapie abläuft.

### **Verdrängung**

(engl. repression) Abwehrmechanismus, durch den unlustbetonte Erinnerungen und verpönte Wunschregungen an der Bewusstwerdung gehindert werden. Verdrängte Inhalte können jedoch psychodynamisch wirksam werden und emotionalen Stress auslösen und aufrechterhalten.

### Fazit zu gegenwärtigen Fehlentwicklungen und daraus resultierende Forderungen

Aus: Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout

Download unter [www.dgppn.de](http://www.dgppn.de)

- Die DGPPN warnt vor einem unwissenschaftlichen und unkritischen Gebrauch des Begriffs Burnout für quasi sämtliche psychischen Störungen, die im Zusammenhang mit einer Arbeitsentlastung stehen. *Diese allumfassende Anwendung des Begriffs hat zwar initial zu einem offeneren Umgang mit psychischen Erkrankungen geführt, doch sollte jetzt wieder ein differenzierter Blick auf den Zusammenhang von Arbeitswelt und psychischen Störungen geworfen werden. Vor allem droht bei der Gleichstellung des schweren und oft lebensbedrohlichen Krankheitsbildes der Depression mit Burnout eine gefährliche Unter- und Fehlversorgung der Betroffenen.*
- Es gibt keinen Grund, in Deutschland aus der Internationalen Klassifikation von Erkrankungen (ICD-10) der WHO auszuscheren und mit dem Burnout-Begriff quasi eine neue, deutsche Krankheitsdefinition zu schaffen. *Neben dem Verlust der internationalen Vergleichbarkeit würden damit bisherige Grenzziehungen für Krankheiten, Diagnostik- und Therapie-Standards und Vergütungsansprüche für Therapie, Rehabilitation, Arbeits-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit verschwimmen.* Ohne Bezug zur ICD-10 besteht damit die Gefahr, dass bestbelegte therapeutische Möglichkeiten zum Schaden der Patienten nicht angewandt werden. Evidenzbasierte Therapien sind nahezu ausschließlich nur in Bezug auf ICD-10-Diagnosen wissenschaftlich als wirksam nachgewiesen.
- Es muss immer daran gedacht werden, dass ein breites Spektrum von Erkrankungen Burnout-ähnliche Beschwerden hervorrufen kann. D.h. in diesen Fällen stellt nicht die Arbeitssituation sondern die Grunderkrankung die Ursache des Burnout-Erlebens dar. *Nur durch eine gründliche medizinische Untersuchung kann ein solches symptomatisches Burnout erfasst und gezielt behandelt werden.*
- Bei psychischen Erkrankungen, die durch Arbeitsstressoren (mit) ausgelöst wurden, sollte die Therapie zukünftig auf diesen Aspekt u.a. durch enge Kooperation mit den Arbeitsstellen und Betriebsärzten verstärkt eingehen.
- Auch Burnout-Beschwerden, bei denen (noch) keine gleichzeitige Erkrankung vorliegt, sollten vom Einzelnen und seinem Umfeld angemessene Beachtung finden. *Sie sind mit Einbußen der Lebensqualität verbunden und können bei gefährdeten Personen manifeste Erkrankungen nach sich ziehen.*
- Die Burnout-Prävention ist nicht primär Aufgabe des medizinischen Versorgungssystems, sondern der Sozialpartner, Politiker, Krankenkassen und Betriebsärzte des innerbetrieblichen Gesundheitsmanagements. Gefordert ist auch der Einzelne. *Er selbst kann Stressoren und Belastungen entgegenwirken und somit seine eigenen gesundheitlichen Ressourcen weniger gefährden.*

... ➔ ...

## ▾ Burnout – Fazit der Stellungnahme der DGPPN

... → ...

- Rasche empirische Forschungsinitiativen sind für fundierte Entscheidungen bzgl. präventiver und therapeutischer Maßnahmen erforderlich. *Dies betrifft vor allem epidemiologische Forschung zu den einzelnen Kategorien von Burnout Phänomenen, Forschung zu der bisherigen Versorgungssituation der Betroffenen und zu differentiellen Präventions- und Therapieprogrammen.*

Auch die DGPPN als größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft für psychische Erkrankungen sieht für sich die Bekämpfung von arbeitsbedingten psychosozialen Risiken und Folgeerkrankungen als dringende Aufgabe.

Autoren des Positionspapiers: M. Berger (Freiburg), M. Linden (Berlin), E. Schramm (Freiburg), A. Hillert (Prien a.Chiemsee), U. Voderholzer (Prien a.Chiemsee), W. Maier (Bonn)

## ▾ Adressen

### **Selbsthilfegruppen in Hessen**

Infos auch für Patienten über die KOSA bei der KVH (Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen), Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt am Main,

### **Qualitätszirkel in Hessen**

Information hierzu für Ärzte bei KV Hessen oder über die Website der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen <http://www.kvhessen.de>

### **Balintgruppen in Hessen**

Anfragen über die Kassenärztliche Vereinigung Frankfurt (s. o.), Tel. 069-70502-0 (Zentrale), [www.kvhessen.de](http://www.kvhessen.de) oder Info-Center der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, s. o.,

### **Ärztliche Psychotherapeuten in Hessen**

Anfrage über die Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt am Main, Tel. 069-97672-0, Fax 069-97672-128, [www.laekh.de](http://www.laekh.de), oder über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, s. o.,

### **Nichtärztliche Psychotherapeuten in Hessen**

Anfrage über die Landeskammern für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/en/innen Hessen in Wiesbaden (nicht-ärztliche Psychotherapeuten), Marktstraße 10, 65183 Wiesbaden, Tel. 0611-7249-387, Fax 0611-7249-523, [www.psychotherapeutenkammer-hessen.de](http://www.psychotherapeutenkammer-hessen.de), [psychotherapeutenkammer.hessen@t-online.de](mailto:psychotherapeutenkammer.hessen@t-online.de)

### **Substitutionskommission der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen**

Suchtberatung in Hessen, Geschäftsstelle in der Kassenärztlichen Vereinigung Frankfurt, s. o.,



**ICD-10 Checklisten (IDCL, SCL)**

- Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 (IDCL für ICD-10) und
- ICD-10 Symptom Checkliste für psychische Störungen (SCL) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), W. Hiller, M. Zaudig und W. Mombour. 1. Auflage (<http://www.testzentrale.de/?mod=detail&id=366>).

**Einsatzbereich**

Die Checklisten sollen dem Arzt, speziell dem Psychiater und dem Klinischen Psychologen die psychiatrisch-psychologische Diagnosenstellung mit dem ICD-10-Klassifikationssystem erleichtern.

**Das Verfahren**

SCL und IDCL sind aufeinander bezogen, erfüllen aber unterschiedliche Zwecke: Die Symptom Checkliste (SCL) ist ein Screening-Verfahren, das beim ersten, kurzen Patientenkontakt eine vorläufige diagnostische Zuordnung zu den Diagnosekriterien der ICD-10 erlaubt. Es basiert auf den »Klinisch-diagnostischen Leitlinien« zum ICD-10 Kapitel V(F). Das mitgelieferte Glossar enthält genaue Definitionen der im ICD-10 System verwendeten Fachbegriffe. Die 32 Internationalen Diagnosen Checklisten (IDCL) berücksichtigen zusätzlich die »Forschungskriterien« zu ICD-10 Kapitel V(F). Mit ihrer Hilfe können, nach einer sorgfältigen Erhebung der Kriterien, sehr präzise Diagnosen im Sinne der ICD-10-Klassifikation gestellt werden. Es liegen ein Manual und Listen für die wichtigsten und häufigsten psychischen Störungen vor – u. a. affektive Störungen, Angststörungen, Abhängigkeit und Missbrauch von psychotropen Substanzen, Schizophrenie und verwandte Störungen, Essstörungen, organisch bedingte Störungen.

**Zuverlässigkeit**

Die IDCL sind erfolgreich erprobt worden und haben sich im ambulanten und stationären Bereich bewährt.

- Depressionsdiagnostik
- Beck-Depressions-Inventar (BDI)

### Beck-Depressions-Inventar-II (BDI-II)

Überarbeitete Auflage des bekannten Beck'schen Depressionsinventar von A.T. Beck Dt. Bearbeitung von M. Hautzinger, M. Bailer, H. Worall und F. Keller. Bezug über: <http://www.testzentrale.de/?mod=detail&id=330>

**Einsatzbereich:** Jugendliche ab 13 Jahren und Erwachsene, auch im höheren Lebensalter, soweit eine selbständige Beantwortung möglich ist. Anwendung bei depressiven Patienten bzw. bei Verdacht auf Vorliegen einer Depression.

**Das Verfahren:** Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) ist ein seit 30 Jahren national und international weit verbreitetes und in vielfältigen klinischen Zusammenhängen erfolgreich eingesetztes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrades einer depressiven Symptomatik. Es entstand aufgrund klinischer Beobachtungen depressiver Patienten. Die häufigsten Beschwerden sind zu 21, keiner ätiologischen Theorie verpflichteten Items komprimiert (z. B. Traurige Stimmung, Pessimismus, Versagen, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Weinen, Reizbarkeit, sozialer Rückzug, Entschlussunfähigkeit, Schlafstörungen, Appetitverlust u. a.). Das BDI erweist sich als ein auch für Verlaufsuntersuchungen geeignetes und von psychiatrischen und anderen Patienten gut akzeptiertes Instrument. Seine Aussage bleibt von Lebensalter, Geschlecht und nosologisch-diagnostischer Eingruppierung des Patienten weitgehend unberührt.

**Zuverlässigkeit:** Die interne Konsistenz liegt in Abhängigkeit von der Stichprobe zwischen  $r = .73$  und  $r = .95$ . Die Stabilität der Symptomatik liegt über eine Woche bei  $r = .75$  und über 2 Wochen bei  $r = .68$ .

**Gültigkeit:** Mit Ausnahme eines Kriteriums-symptoms werden mit dem BDI alle in den gegenwärtig gültigen psychiatrischen Diagnosesystemen als relevant betrachteten Beschwerden abgebildet. Korrelationen mit anderen Selbstbeurteilungsskalen bei depressiver Symptomatik liegen bei  $r = .76$ .

**Normen:** Es existieren deutsche Normwerte in Form von Prozenträngen einer klinischen Stichprobe depressiver Patienten ( $n = 477$ ).

**Bearbeitungsdauer:** Patienten brauchen nach entsprechender Anleitung selten mehr als 10, höchstens 15 Minuten. Der Grad der Antriebs-hemmung, die Entscheidungsfreudigkeit und das Alter haben Einfluss auf die Bearbeitungszeit.

**Kommentar zur Auswertung:** Die Punkte werden zusammengezählt und ergeben den Summenwert. Kreuzt der Patient bei einem Item mehrere Aussagen an, so geht nur die Aussage mit der höchsten Ziffer in den Summenwert ein.

Summenwerte	Schwere der Depression
0-8	Keine Depression
9-13	Minimale Depression
14-19	Leichte Depression
20-28	Mittelschwere Depression
29-63	Schwere Depression

**Cave:** Der BDI spiegelt nur die Schwere einer Depression wider, liefert aber keine Diagnose der depressiven Störung. Dies muss klinisch mit Hilfe des psychischen Befundes und der IDC-Listen erfolgen. Patienten haben Tendenzen Symptome zu aggravieren oder zu bagatellisieren, wodurch eine Überschätzung oder Unterschätzung der Schwere resultiert.

### Kurztest zur Verdachtsdiagnose einer Depression mittels WHO-5 Fragebogen [87]

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten 2 Wochen ...	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0

#### Auswertung

Der Rohwert kommt durch einfaches Addieren der Antworten zustande. Der Rohwert erstreckt sich von 0 bis 25, wobei 0 das geringste Wohlbefinden/niedrigste Lebensqualität und 25 größtes Wohlbefinden, höchste Lebensqualität bezeichnen. Den Prozentwert von 0 bis 100 erhält man durch Multiplikation mit 4. Der Prozentwert 0 bezeichnet das

schlechteste Befinden, 100 das beste. **Bei einem Punktwert < 13 liegt ein Verdacht auf eine Depression vor. Eine weitergehende diagnostische Abklärung wird empfohlen.**

Für internetgestützte Tests s. auch [www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de)

## » Biographie von Michael Balint

**Michael Balint** (\* 3. Dezember 1896 in Budapest als Mihály Maurice Bergsmann; † 31. Dezember 1970 in London) war ein ungarischer Psychoanalytiker. Er studierte Medizin in Budapest. Er ging 1920 nach Berlin, wo er seine psychoanalytische Ausbildung bei Hanns Sachs begann. 1929 publizierte er eine Arbeit über Psychoanalyse und klinische Medizin, die ihn zu einem der Pioniere der psychosomatischen Medizin machte. 1924 kehrte er nach Budapest zurück, wo er seine psychoanalytische Ausbildung bei Sándor Ferenczi fortsetzte; später gab er dessen Schriften heraus. Seit 1926 war er als Lehranalytiker am Psychoanalytischen Institut in Budapest zugelassen. Er musste Ende der 30er Jahre mit seiner Familie aus Budapest nach England emigrieren, zunächst nach Manchester und später nach London. 1940 verstarb seine damalige Frau. 1945 erfährt Balint vom Tod seiner Eltern. Sie haben Selbstmord begangen, als sie von den ungarischen Nazis verhaftet werden sollten.

1947 nahm er seine Arbeit an der Tavistock Clinic auf, wo er, zusammen mit seiner späteren Frau Enid Balint, seine Forschungen am Family Discussion Bureau begann. Im Jahre 1950 fand das erste Seminar für Allgemeinpraktiker statt – eine Fallbesprechungsgruppe, in der es um die Auseinandersetzung mit den in der allgemeinärztlichen Praxis auftretenden psychischen Problemen der Patientinnen und Patienten ging: Als sogenannte Balintgruppen haben diese Seminare inzwischen weltweite Verbreitung gefunden.

Balints vorrangiges Interesse galt der Wirkung der frühkindlichen Erfahrung, der frühen Mutter-Kind-Beziehung und der Entwicklung neuer therapeutischer Techniken. 1968 wurde er zum Präsidenten der Britischen Psychoanalytischen Gesellschaft gewählt. Unerwartet verstirbt Michael Balint 1970 im Alter von 74 Jahren.

## ➤ Musterbrief an den Hausarzt nach Psychotherapie/Konsil (Vorschlag)

(Briefkopf)

An

Titel, Vorname, Name

Straße

PLZ, Ort

Betr.: Patient .....

Datum .....

Sehr geehrter Herr/Frau,

hiermit berichte ich über unseren gemeinsamen Patienten . . . . .

Psychosomatische Diagnose: ..... (ICD: xx.y)

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass ich nur über die für die allgemeinmedizinische Betreuung wesentlichen Befunde berichte, weitergehende Informationen über den Patienten unterliegen dem Datenschutz/der Schweigepflicht/der besonderen psychotherapeutischen Schweigepflicht.

Es liegt eine psychosomatische Erkrankung/Begleiterkrankung vor. Zur Bearbeitung sind zunächst xx Sitzungen über xx Monate/Jahre geplant/von der Kasse genehmigt. Erfahrungsgemäß ist eine Besserung des Patienten erst nach xx Monaten/Jahren zu erwarten, auch eine anfängliche Verschlechterung ist nichts Ungewöhnliches.

Ich bitte sie hiermit, bei dem Patienten folgende Untersuchungen/Therapien zu veranlassen. Dies dient der Abklärung/Unterstützung der psychotherapeutischen Behandlung.

Besondere Hinweise: ...

Nach Abschluss der geplanten Therapie werde ich nicht erneut/erneut berichten.

Mit freundlichen/kollegialen Grüßen

Unterschrift

➤ Berufsbezeichnungen

Im Folgenden werden aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur die männlichen Berufsbezeichnungen aufgeführt.

### Ärzte

#### Psychotherapeuten, ärztliche:

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie (= »Psychiater«)

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – Psychotherapie

Arzt für Neurologie (= »Neurologe«), betreut Patienten mit organischen neurologischen Krankheitsbildern

Arzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie (= »Nervenarzt«, oder »Arzt für Nervenheilkunde«) betreut neurologische und psychiatrische Krankheitsbilder.

Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (= »Psychosomatiker und Psychotherapeut«). Das Gebiet umfasst die Erkennung, psychotherapeutische Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind (Bundesärztekammer).

#### Ärzte mit Zusatzbezeichnung:

Arzt mit Zusatzbezeichnung (= »Zusatztitel, Zusatzqualifikation«),

Fachgebundene Psychotherapie nach spezieller Zusatzqualifikation bei Ärzten anderer Fächer (z. B. Gynäkologen, Urologen, Orthopäden).

Ärztliche Psychotherapeuten = alle psychiatrisch, psychotherapeutisch und psychosomatisch tätigen Ärzte, auch solche mit Zusatzbezeichnung.

**Nichtärztliche Psychologen** (mit Diplom examiniert nach einem kompletten Psychologiestudium)

### Psychologen

Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Neuropsychologe (angesiedelt zwischen den Fächern Neurologie und Psychiatrie); darf Psychotherapie unter dem Heilpraktikergesetz anbieten, jedoch nicht über die GKV abrechnen.

#### Weitere Berufsbezeichnungen:

Psychotherapeut (= Psychologe mit psychotherapeutischer Ausbildung und Approbation, oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder ein psychotherapeutisch ausgebildeter Arzt)

Psychoanalytiker (= Psychologischer Psychotherapeut oder Arzt mit Ausbildung in analytischer Therapie und Psychoanalyse)

Verhaltenstherapeut (= Psychologischer Psychotherapeut mit verhaltenstherapeutischer Ausbildung oder Arzt mit Ausbildung in verhaltenstherapeutischen Verfahren)

Weitere Informationen: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie oder regionale Ärztekammern

Internet-Links:

<http://www.dgpm.de/>

<http://www.aekno.de/htmljava/i/themenmeldung.asp?id=802>

[http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/mwbo\\_24042007.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/mwbo_24042007.pdf)

- Evidenzstärke der Studien
- Stufen der Empfehlung

Die Entscheidungen über die Inhalte und Empfehlungen der hier vorliegenden Leitlinien basieren auf den Konsensentscheidungen der »Leitlinien-gruppe Hessen – Hausärztliche Pharmakotherapie«.

Jede Leitlinie enthält für ihre Aussagen und Empfehlungen Evidenzkategorien nach den Stufen A, B und C, die auf folgende Weise ermittelt wurden: In einem ersten Schritt erfolgte ein Vergleich mit Aussagen evidenzbasierter Leitlinien. Deren Evidenzkategorien wurden für gleichlautende Empfehlungen in der vorliegenden hausärztlichen Leitlinie übernommen. In einem zweiten Schritt wurden für Aussagen, die nicht auf diese Weise mit Evidenzkategorien zu versehen waren, durch die Leitlinienautoren eigene Literaturbewertungen

vorgenommen und die Studien sowie die darauf basierenden Empfehlungen entsprechenden Evidenzkategorien (s. u.) zugeordnet. Empfehlungen mit der Kategorie C beruhen auf Expertenerfahrung; zu diesen Aussagen liegen gegenwärtig keine gut belegten Studien vor. In den vorliegenden Leitlinien werden die verwendeten Stufen in geschweiften Klammern – z. B. {A} – zitiert.

Das nachstehende Stufenschema (Evidenztypen und die Nachdrücklichkeit der Empfehlungen) basiert auf dem Schema der US Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR, US Department of Health and Human Service, 1993 [157]) und wurde der Leitlinie des Scottish Intercollegiate Guideline Network entnommen.

Einteilung der Evidenzstärke (level of evidence, Übersetzung in Anlehnung an ÄZQ [111])

## Grad und Evidenztyp

- Ia** Evidenz aufgrund von Metaanalysen randomisierter kontrollierter Studien
- Ib** Evidenz aufgrund von mindestens einer randomisierten kontrollierten Studie
- IIa** Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung
- IIb** Evidenz aufgrund einer gut angelegten, quasi experimentellen Studie
- III** Evidenz aufgrund einer gut angelegten nicht-experimentellen deskriptiven Studie (z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fall-Kontroll-Studien)
- IV** Evidenz aufgrund von Berichten oder Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und / oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten

## Stufen der Empfehlung

- A** Beruhend auf den Graden Ia und Ib des Evidenztyps, d. h. die Empfehlung stützt sich auf Veröffentlichungen guter Qualität, die mindestens eine randomisierte kontrollierte Studie enthalten.
- B** Beruhend auf den Graden IIa, IIb und III des Evidenztyps; d. h. die Empfehlung stützt sich auf gut angelegte, nicht randomisierte, klinische Studien.
- C** Beruhend auf Evidenzgrad IV, d. h. die Empfehlung leitet sich ab aus Berichten oder Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und / oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten. Die Stufe C weist auf das Fehlen direkt anwendbarer klinischer Studien guter Qualität hin.

- Warum hausärztliche Leitlinien?
- Arzneimittelauswahl in den hausärztlichen Leitlinien

## Warum hausärztliche Leitlinien?

Es gibt zwar gegenwärtig bereits eine Vielzahl an Leitlinien, dennoch fehlt es an Handlungsempfehlungen, die sich auf häufige und typische Behandlungsanlässe beim Hausarzt beziehen. Aus diesem Grund wurde 1998 aus dem Kreis der Moderatoren der von 1993-2008 regelmäßig durchgeführten Pharmakotherapie zirkel in der KV Hessen die »Leitliniengruppe Hessen – Hausärztliche Pharmakotherapie« in Zusammenarbeit mit PD Dr. Liselotte von Ferber (ehemalige Leiterin der Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung, Köln; Moderation seit 2003: Dr. Ingrid Schubert) gegründet. Die Leitliniengruppe setzte sich zum Ziel, praxisgerechte, auf die Belange der hausärztlichen Versorgung zugeschnittene therapeutische Handlungsempfehlungen zu erarbeiten.

Der Hausarzt versorgt insbesondere chronisch kranke, ältere und multimorbide Patienten. Hierauf müssen die Leitlinien Bezug nehmen. Sucht man Studien, die die Therapieempfehlungen begründen, fällt auf, dass diese Patienten im Allgemeinen in klinischen Studien nicht eingeschlossen sind (häufig maximal 1 Begleitkrankheit). Das bedeutet, dass die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf den typischen, multimorbiden Hausarztpatienten stets besonders zu prüfen ist [77]. Dabei ist außerdem zu berücksichtigen, dass die üblicherweise bestehende Multimedikation zu schwer abschätzbaren Interaktionen und Complianceproblemen führen kann. Der Hausarzt ist deshalb gefordert, eine Auswahl von Medikamenten zu treffen.

## Arzneimittelauswahl in den hausärztlichen Leitlinien

Die Leitliniengruppe Hessen will den Hausarzt bei der Medikamentenauswahl unterstützen und hat sich deshalb bei der Aufzählung von Wirkstoffen in der Regel auf diejenigen beschränkt, die ihres Erachtens Wirkstoffe der ersten Wahl darstellen:

- Für das Arzneimittel liegt eine positive Nutzen-Risiko-Bewertung vor,
- das Arzneimittel ist gut dokumentiert oder
- es besteht in der Leitliniengruppe ein Konsens über langjährige gute Erfahrungen in der hausärztlichen Praxis.

Selbstverständlich ist bei Vorliegen von Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten auf andere nicht explizit in den Leitlinien genannte Wirkstoffe im Indikationsgebiet zurückzugreifen. Diese Abwägungen schließen auch die Empfehlung ein, dass bei Einleiten einer Therapie ein gesicherter therapeutischer Nutzen mit hoher Wahrscheinlichkeit bei einer verhältnismäßig großen Anzahl der zu behandelnden Patienten erreicht werden sollte. Die Anzahl der Patienten, die in Behandlung genommen werden muss, um bei einem Patienten einen Behandlungserfolg zu erzielen, sollte stets mitbedacht werden (NNT: number needed to treat). Weiter muss der Hausarzt den möglichen Schaden des Arzneimittels abwägen, d. h. er muss die Relation zur NNH (number needed to harm) prüfen. In einigen Leitlinien sind die Endpunkte der wichtigsten Studien mit Angaben der Risiken und der NNT im Anhang dargestellt.



- Anforderungen an hausärztliche Betreuung
- Implementierung und Evaluation

## **Besondere Anforderungen an die hausärztliche Betreuung**

Der Hausarzt ist der Ansprechpartner für den chronisch Kranken. Er hat im Unterschied zum Klinikarzt zusätzlich noch andere Aspekte in der Therapie zu berücksichtigen, wie z. B. die Überwachung des Therapieerfolges anhand von klinischen Messgrößen, altersbedingte Besonderheiten in der Therapie, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen, die Compliance und die Lebensqualität des Patienten sowie dessen Einbindung in die Therapieentscheidungen (shared decision making). Nicht zuletzt muss er auf die Wirtschaftlichkeit der Therapie achten. Zu den hausärztlichen Besonderheiten zählen auch die nichtmedikamentösen Verfahren, die in den hausärztlichen Leitlinien einen hohen Stellenwert haben und für die ebenfalls, soweit verfügbar, Studien und Evidenzstärken angegeben werden.

Die Beschränkung auf ausgewählte Wirkstoffe steht im Einklang mit Strategien zur Qualitätssicherung ärztlicher Verordnungsweise wie sie beispielsweise auch durch die WHO [35] oder auch im Rahmen von qualitätsgestützten Fortbildungsmaßnahmen und Qualitätssicherungsprogrammen in anderen Ländern gefordert und umgesetzt werden.

## **Implementierung und Evaluation der Leitlinie**

Die von der Leitliniengruppe erarbeiteten Leitlinien wurden zunächst mit den Moderatoren der Pharmakotherapie zirkel diskutiert und ggf. überarbeitet. Die Implementierung der Leitlinien erfolgte in Hessen nahezu flächendeckend und systematisch über die Zirkelarbeit (bis 2009). Jeder Teilnehmer erhielt damals zu den pharmakotherapeutischen Themen nicht nur eine Fassung der Leitlinie, sondern auch Materialien (sog. Manuale) zum Thema der Zirkelsitzung mit einer Einführung in das zu besprechende Krankheitsbild und seine Therapie. Die Unterlagen enthielten außerdem, beruhend auf den Verordnungen und Diagnosen aus den Praxen der Teilnehmer, eine Verordnungsanalyse, aus der mit Hilfe zentraler Indikatoren der Stand der Umsetzung der Leitlinienempfehlungen, die sich auf die Pharmakotherapie beziehen, deutlich wird.

Nach Abschluss der Zirkelarbeit erfolgte die Evaluation, d. h. die Verordnungsdaten vor und nach der Zirkelarbeit wurden in Bezug auf die Indikatoren zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Therapie vergleichend dargestellt und in einer eigenen Sitzung in den Pharmakotherapie zirkeln diskutiert.

Um Hinweise zur Beurteilung der Relevanz und zur Akzeptanz der Leitlinienempfehlungen zu erhalten, erfolgte durch die PMV forschungsguppe in jeder Zirkelsitzung eine kurze Befragung zu den Leitlinien. Die Ergebnisse wurden sowohl den Zirkelteilnehmern als auch der Leitliniengruppe vorgestellt.

Seit 2009 finden, wenn auch in deutlich geringerem Umfang, immer noch datengestützte Qualitätszirkel statt, die die hausärztlichen Leitlinien diskutieren.

- Evidenzbasierte Patienteninformationen
- Links
- Disclaimer

## Evidenzbasierte Patienteninformationen

- <http://www.akdae.de>
- <http://www.gesundheitsinformation.de>
- <http://www.herzstiftung.de>
- <http://www.patienten-information.de>
- <http://www.patientenleitlinien.de>
- <http://www.paritaet.org/hochdruckliga>
- <http://pharmnet-bund.de>

## Link-Sammlung

- <http://www.alkohol-leitlinie.de>
- [www.alkoholratgeber.de/Alkoholismus-Hilfs-Adressen](http://www.alkoholratgeber.de/Alkoholismus-Hilfs-Adressen)
- <http://www.baua.de>
- <http://buendnis-depression.de>
- <http://www.bzga.de>
- <http://www.dgpm.de>
- <http://www.dhs.de>
- [www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de)
- <http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Materialien-zum-PHQ.6276.0.html>
- <http://www.nakos.de>
- <http://www.problemkreis-sad.de>
- [www.psychotherapeutenkammer-hessen.de](http://www.psychotherapeutenkammer-hessen.de)
- <http://www.testzentrale.de>

## Downloads nur zur persönlichen Nutzung

## Rechtliche Hinweise zur Nutzung der Leitlinien – Haftungsausschluss

- Adressat der hausärztlichen Leitlinien sind Ärzte. Anfragen von Patienten können nicht beantwortet werden. Die Therapiehinweise stellen keine Empfehlung zur Selbstbehandlung für Patienten dar.
- Die Leitlinien wurden von Ärzten, den Mitgliedern der »Leitliniengruppe Hessen – Hausärztliche Pharmakotherapie« mit großer Sorgfalt und unter Heranziehung aktueller Literatur erarbeitet. Dennoch kann für die Richtigkeit und Vollständigkeit keine Haftung übernommen werden.
- Dosierungsangaben wurden auf der Grundlage aktueller pharmakologischer Literatur und nach Herstellerangaben erstellt. Dennoch gilt auch hier die Eigenverantwortlichkeit; maßgeblich sind die Hinweise in den Packungsbeilagen und Fachinformationen. Die Hinweise auf Interaktionen und Nebenwirkungen stellen immer eine Auswahl dar.

Die Leitlinie und den allgemeinen Leitlinienreport finden Sie im Internet unter [www.pmvforschungsguppe.de](http://www.pmvforschungsguppe.de)  
> publikationen > leitlinien

oder auf den Seiten des ÄZQ:

Leitlinie:

[www.leitlinien.de/leitlinienanbieter/deutsch/pdf/hessenpsychosomatik](http://www.leitlinien.de/leitlinienanbieter/deutsch/pdf/hessenpsychosomatik)

Allgemeiner Leitlinienreport:

[www.leitlinien.de/leitlinienanbieter/deutsch/pdf/hessenleitlinienreport](http://www.leitlinien.de/leitlinienanbieter/deutsch/pdf/hessenleitlinienreport)