



Psychische Gesundheit: Versorgung aus ärztlicher Sicht

*„Psychische und psychosomatische Störungen als
gesellschaftliche und medizinische Herausforderung“*

Stephan Zipfel

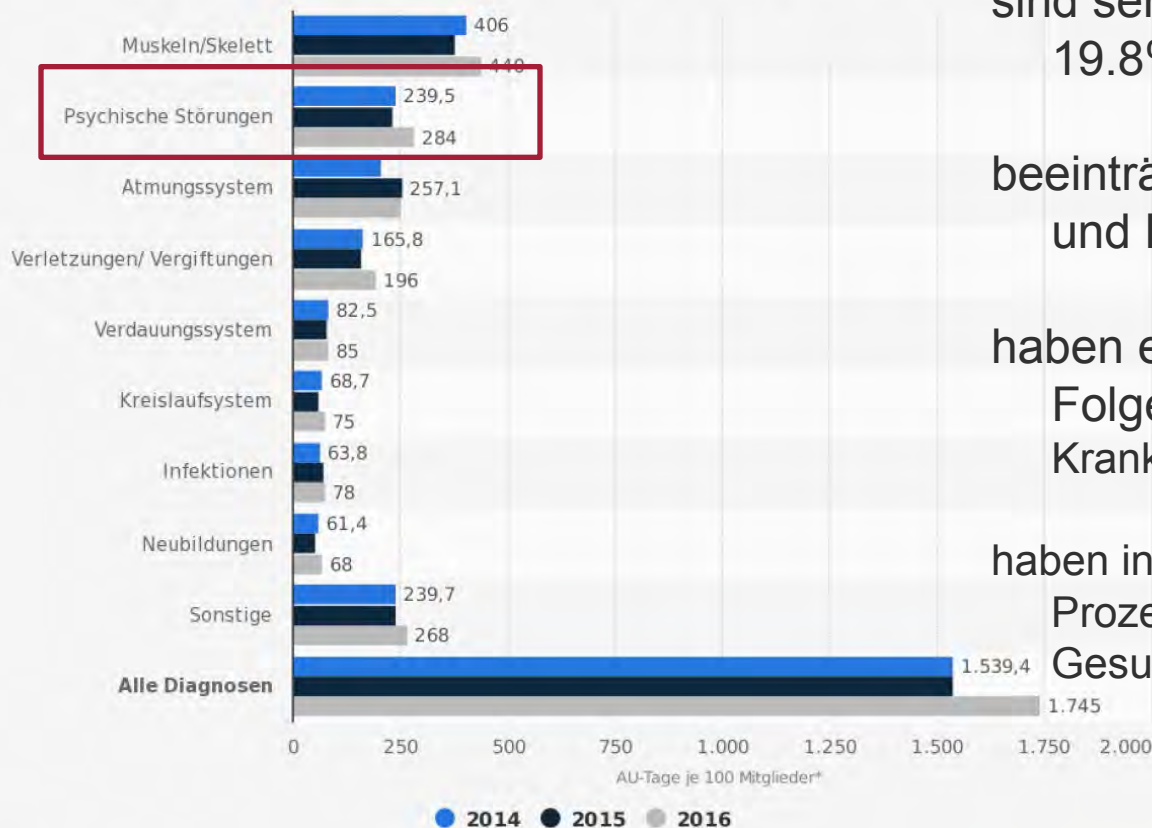
Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Medizinische Universitätsklinik Tübingen



I. Epidemiologie und Bedeutung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen

Psychische und psychosomatische Erkrankungen:

Wichtigste Krankheitsarten für Arbeitsunfähigkeit in Deutschland in den Jahren 2014 bis 2016 (AU-Tage je 100 BKK-Mitglieder)



sind sehr häufig (1-Monats Prävalenz 19.8% [w: 23.9; m:15,8%]),

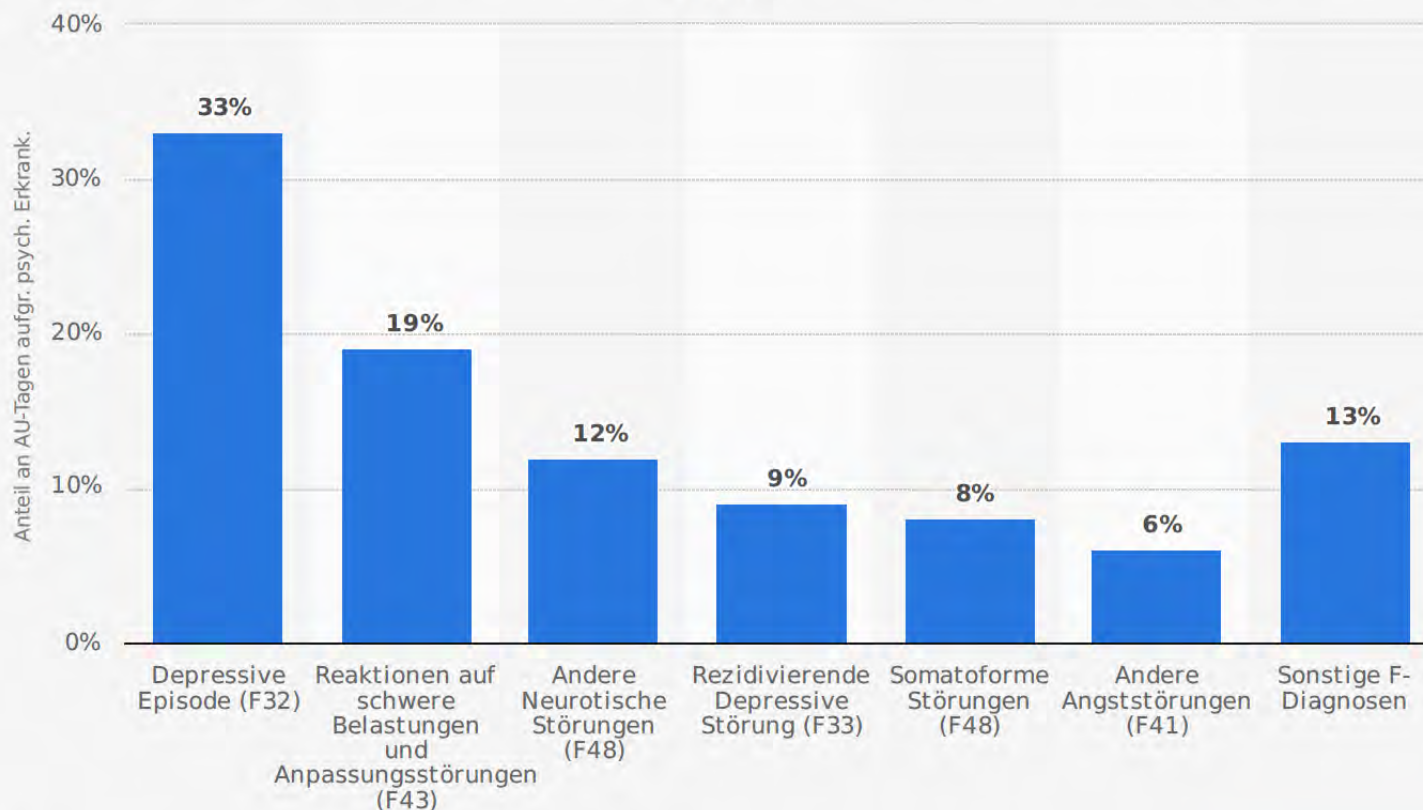
beeinträchtigen massiv die Gesundheit und Lebensqualität der Betroffenen,

haben enorme sozialmedizinische Folgen [ca. 40 Mrd. € direkte Krankheitskosten (Statist. BA 2016)],

haben in den letzten 20 Jahren um 250 Prozent(!) zugenommen (DAK Gesundheitsreport).



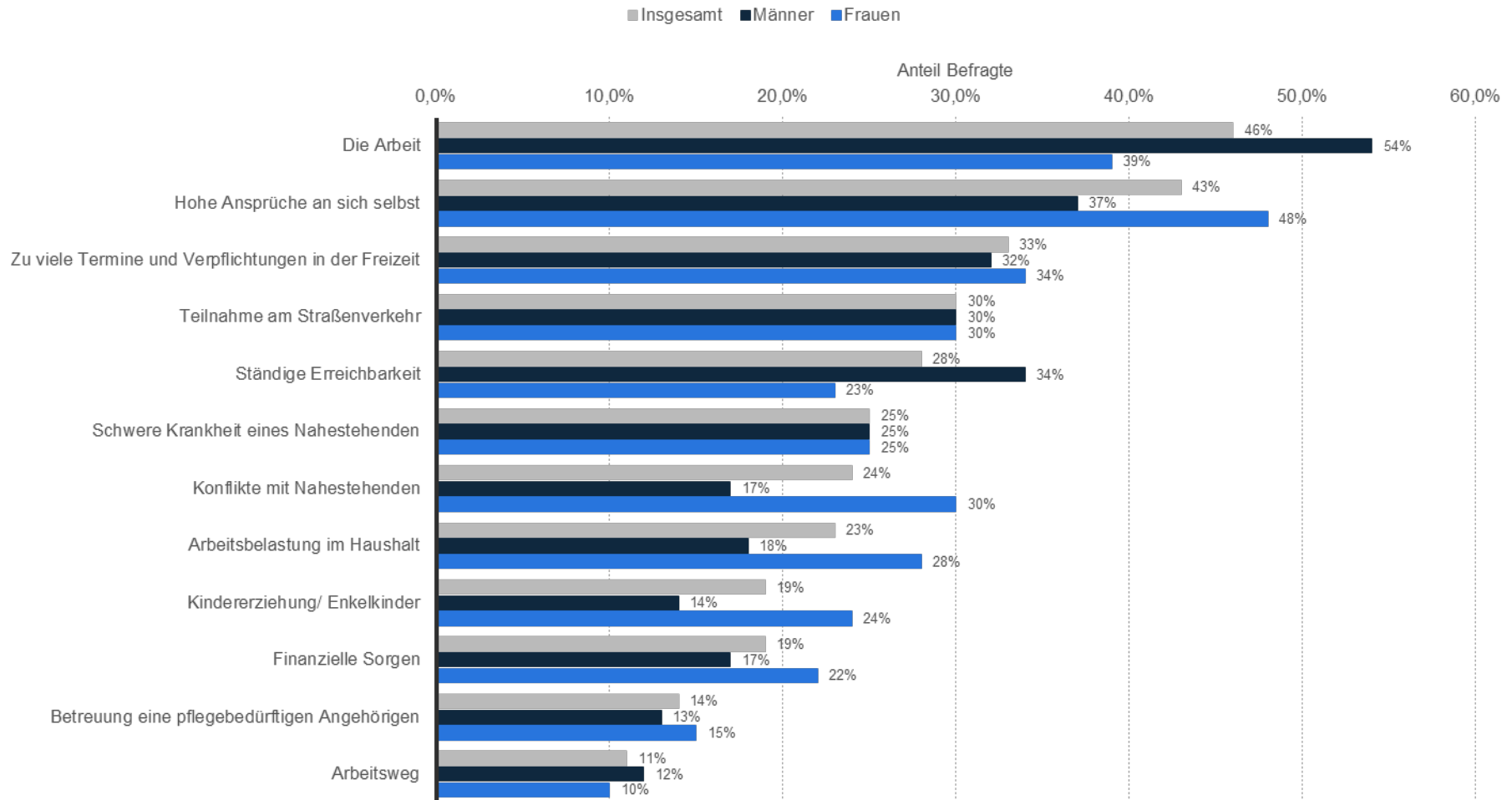
Anteil der Einzeldiagnosen ("Dreisteller") am Gesamtaufkommen von AU-Tagen aufgrund psychischer Erkrankungen in Deutschland im Jahr 2012



Quelle
DAK
© Statista 2018

Weitere Informationen:
Deutschland; 2012

Größte "Stressfaktoren" in Deutschland nach Geschlecht (2016)

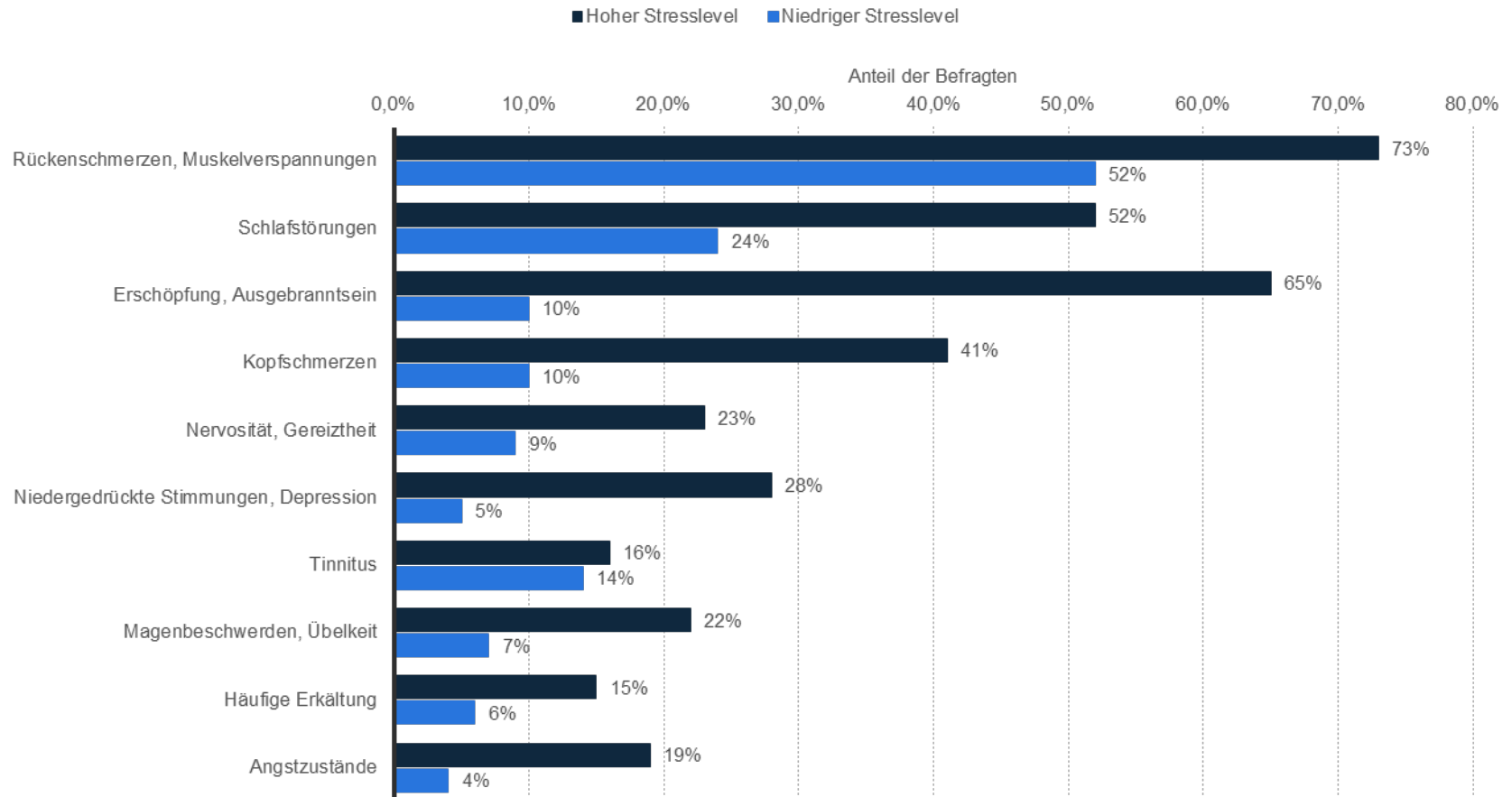


Hinweis: Deutschland; 2016; ab 18 Jahre; 1.020*; Befragten mit seltenem bis häufigem Stress

Weitere Angaben zu dieser Statistik, sowie Erläuterungen zu Fußnoten, sind auf Seite 97 zu finden.

Quelle: TK [ID 282578](#)

Häufigkeit ausgewählter Krankheitsbilder in Abhängigkeit des persönlichen Stresslevels in Deutschland (Jahr 2013)



Hinweis: Deutschland; September 2013; ab 18 Jahre; 1.000

Weitere Angaben zu dieser Statistik, sowie Erläuterungen zu Fußnoten, sind auf Seite 106 zu finden.

Quelle: TK [ID 283160](#)



II. Bio-Psycho-Soziale Wechselbeziehungen



Koronare Herzerkrankung und Depression

1. Depression als Risikofaktor für KHK

Table 1 | Depression as a risk factor for incident CHD

Meta-analysis	Number of studies	Number of participants	Odds ratio or relative risk (95% CI) of CHD
Rugulies (2002) ³¹	11	36,549	1.64 (1.29–2.08)
Cuijpers & Smit (2002) ²⁹	25	106,628	1.81 (1.58–2.07)
Wulsin & Singal (2003) ³³	10	NR	1.64 (1.41–1.90)
Nicholson <i>et al.</i> (2006) ³⁰	21	124,509	1.81 (1.53–2.15)
	11*	NR	• 2.08 (1.69–2.55) unadjusted • 1.90 (1.48–2.42) adjusted
Van der Kooy <i>et al.</i> (2007) ³²	16 [‡]	659,991	1.57 (1.36–1.81)
Gan <i>et al.</i> (2014) ³⁴	30	893,85	

CHD, coronary heart disease. *Studies that included
[‡]Includes only those studies of participants without CHD at baseline

2. Depression als Prädiktor für Morbidität und Mortalität bei KHK

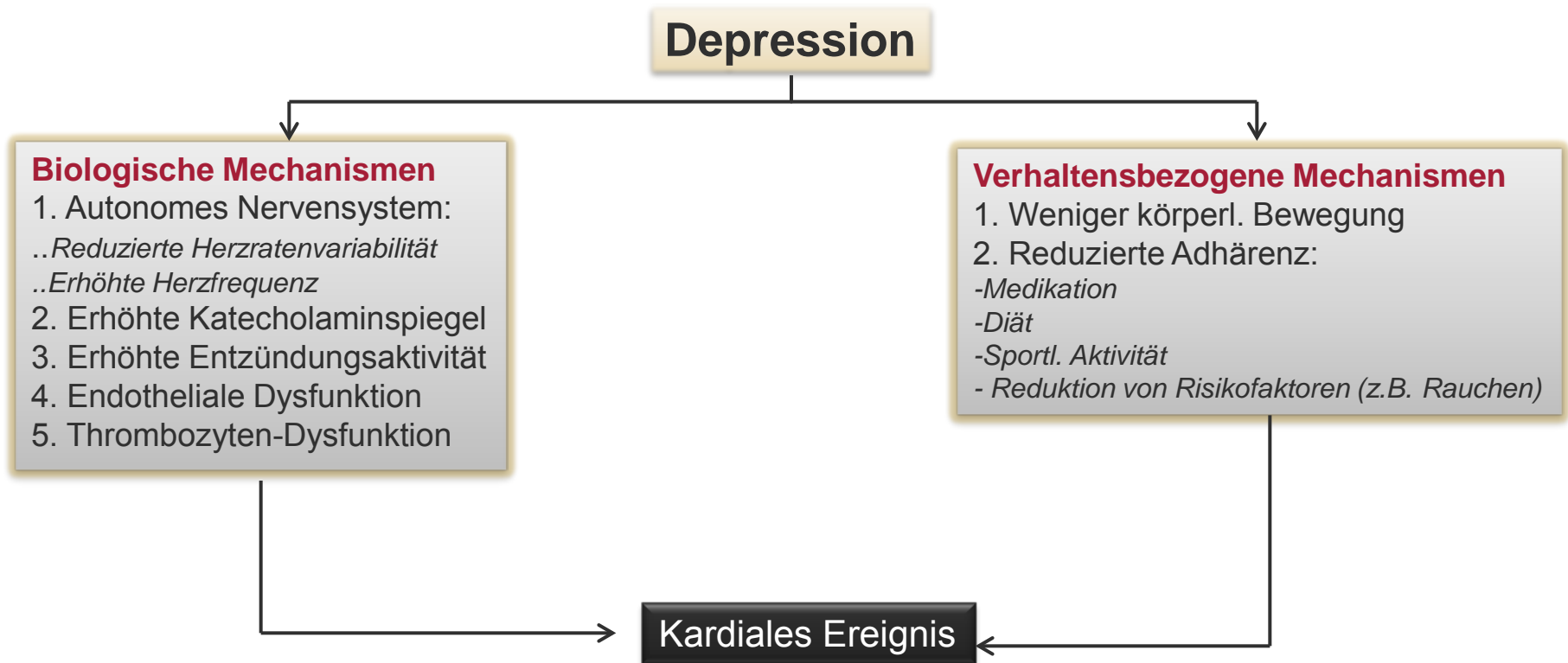
Table 2 | Depression as a predictor of morbidity or mortality in patients with CHD

Meta-analysis	Number of studies	Number of participants	Outcomes	Odds ratio or relative risk (95% CI) of CHD	P value
Van Melle <i>et al.</i> (2004) ⁴¹	16	6,367	All-cause mortality	2.38 (1.76–3.22)	<0.00001
			Cardiac mortality	2.59 (1.77–3.77)	<0.00001
			Cardiovascular events	1.95 (1.33–2.85)	<0.0006
Barth <i>et al.</i> (2004) ⁴²	20*	NR	All-cause mortality	2.24 (1.37–3.60)	NR
Nicholson <i>et al.</i> (2006) ³⁰	34	17,842	All-cause mortality	1.80 (1.50–2.15)	<0.00001
Meijer <i>et al.</i> (2011) ⁴⁰	29	16,889	All-cause mortality	2.25 (1.73–2.93)	<0.001
			Cardiac mortality	2.71 (1.68–4.36)	<0.001
			Cardiovascular events	1.59 (1.37–1.85)	<0.001
Meijer <i>et al.</i> (2013) ³⁹	3 [‡]	10,175	All-cause mortality	1.33 (1.23–1.44) [§]	<0.001
			Cardiovascular events	1.19 (1.14–1.24)	<0.001

*Includes five studies of patients with documented CHD, but no recent myocardial infarction. [‡]Data from studies included in the 2011 meta-analysis, but combined into one database. [§]Hazard ratios indicate increased risk per standard deviation above the mean depression score.

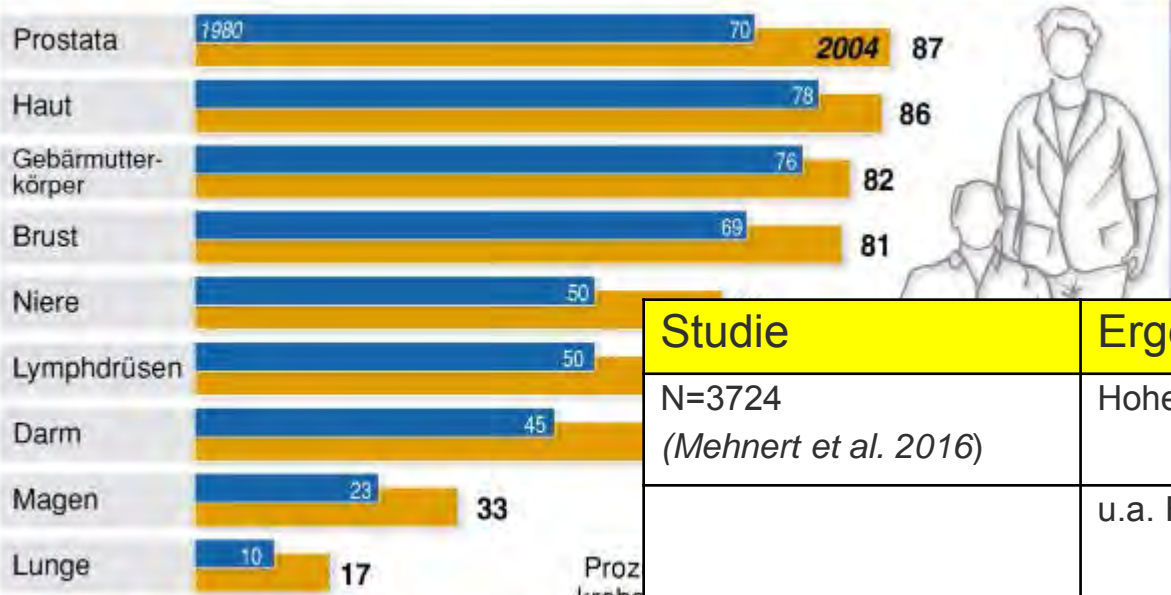


Potenzielle Wirkmechanismen zwischen Koronarer Herzerkrankung und Depression





5-Jahres Überlebensrate bei Krebs steigt an



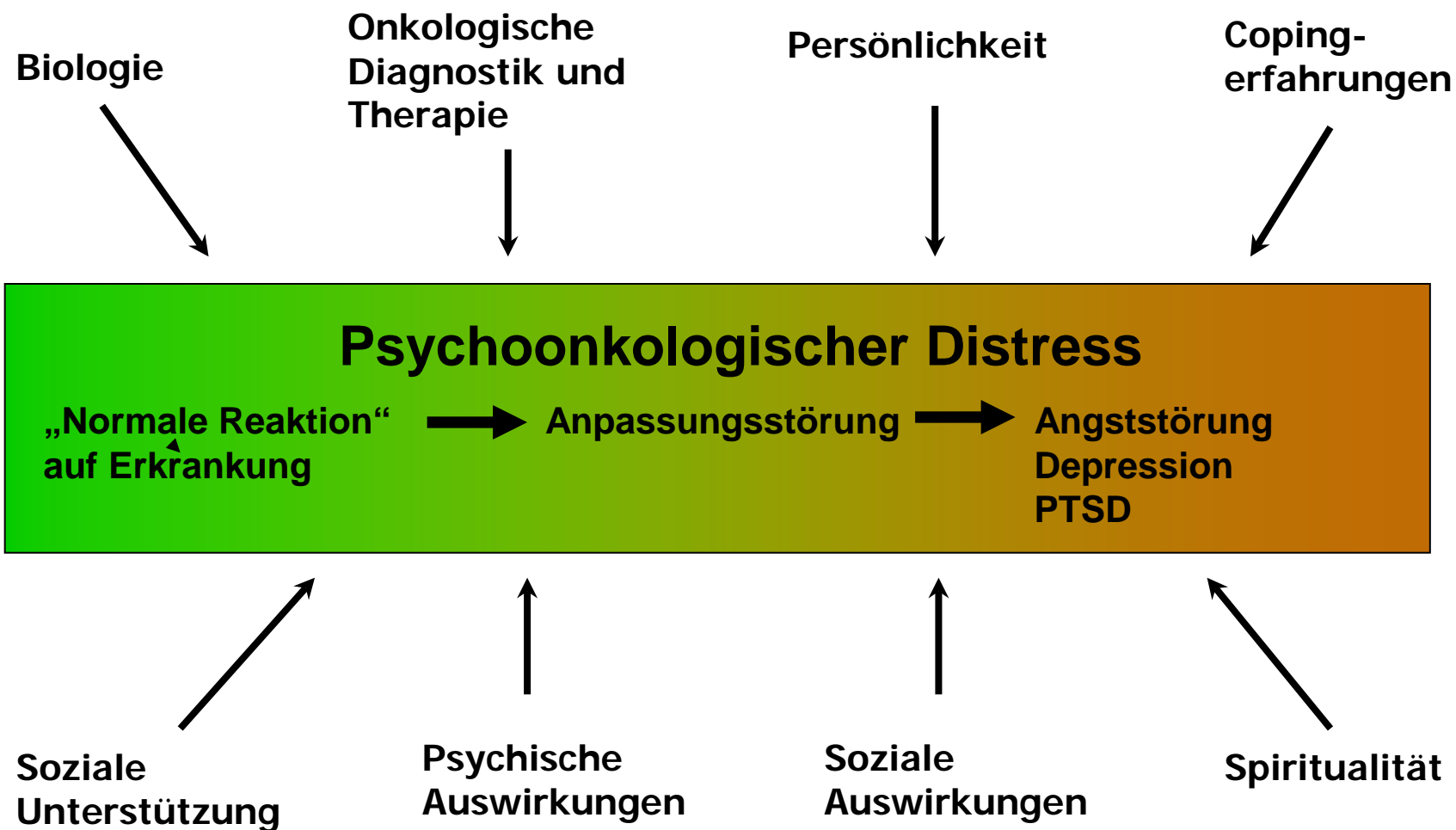
Quelle: Robert Koch-Institut [Hrsg.] (2010) Verarbeitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

Proz
krebs
d
der Di

Studie	Ergebnis
N=3724 (Mehnert et al. 2016)	Hoher Psychischer Distress (DT ≥5) 52%
	u.a. Fatigue 56%, Schlafstörungen 51%
N=2141 (Kuhnt et al. 2016)	Psych. Störung (12-Monatsprävalenz) = 39.4% Psych. Störung (Lebenszeit-Prävalenz) = 56.3%
	Angststörung 15.8% Depressive Störung 12.5% Somatoforme Störung 9.5% Alkohol od. Substanzabhängigkeit 8.1%

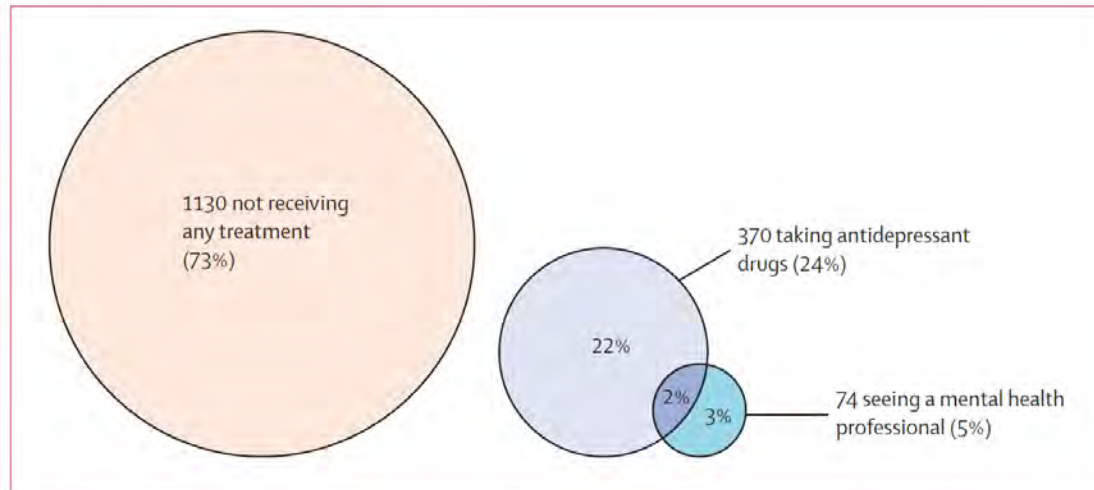


Distresskontinuum



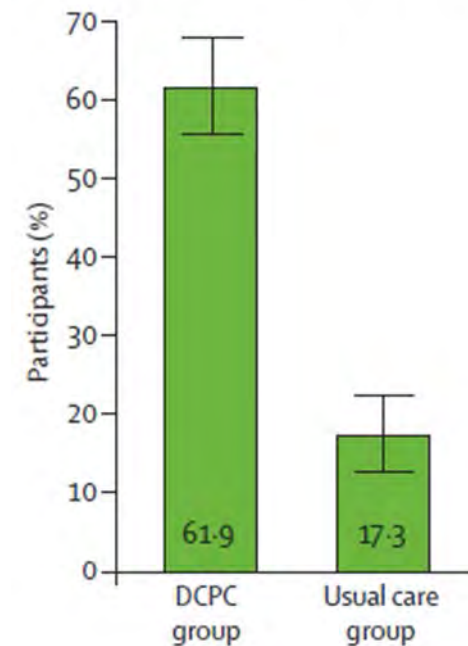


Behandlung der komorbiden Depression bei Tumorpatienten



J. Walker et al. *Lancet Psychiatry* 2014

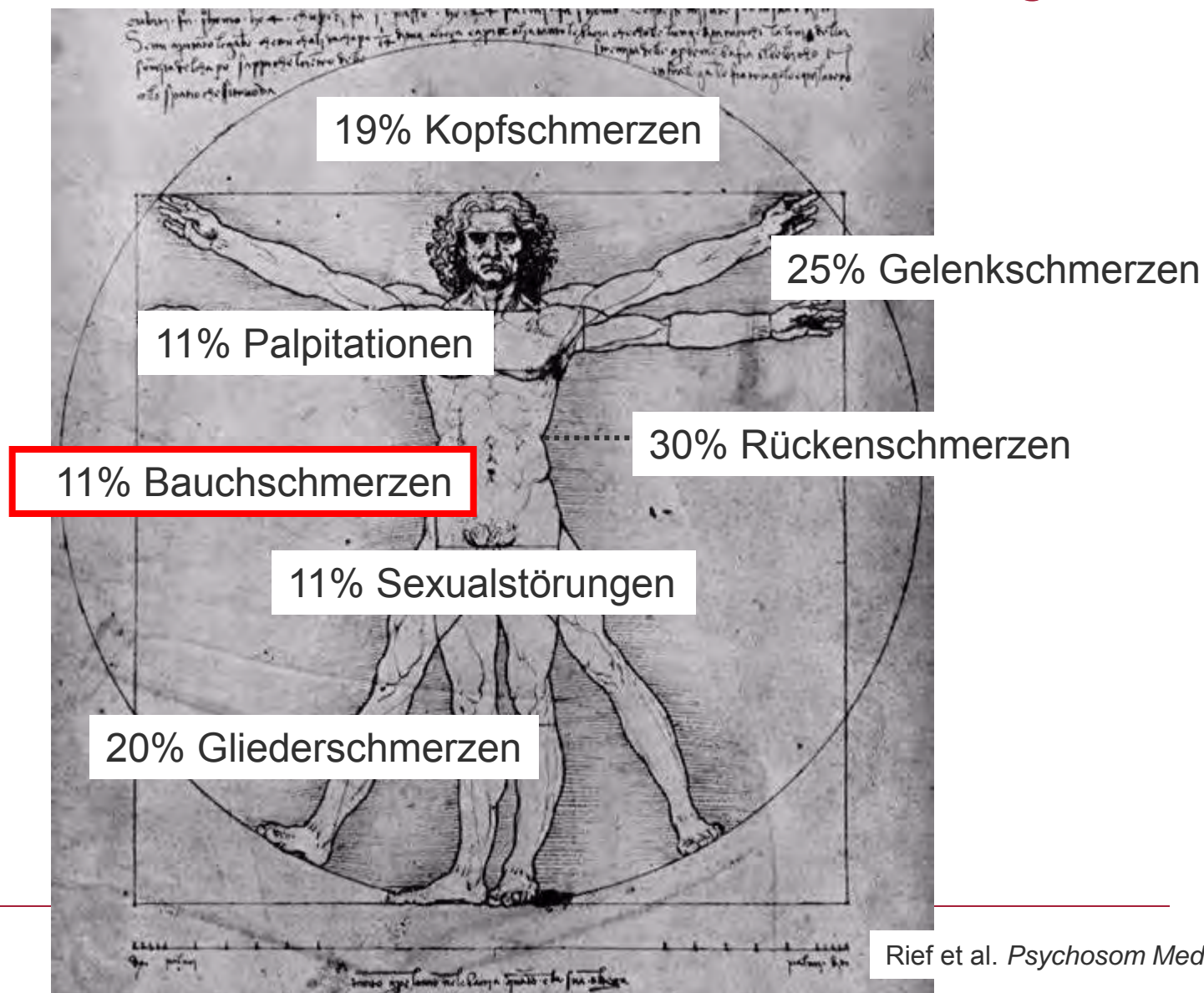
A Treatment response at 24 weeks



M. Sharpe et al. *Lancet* 2014



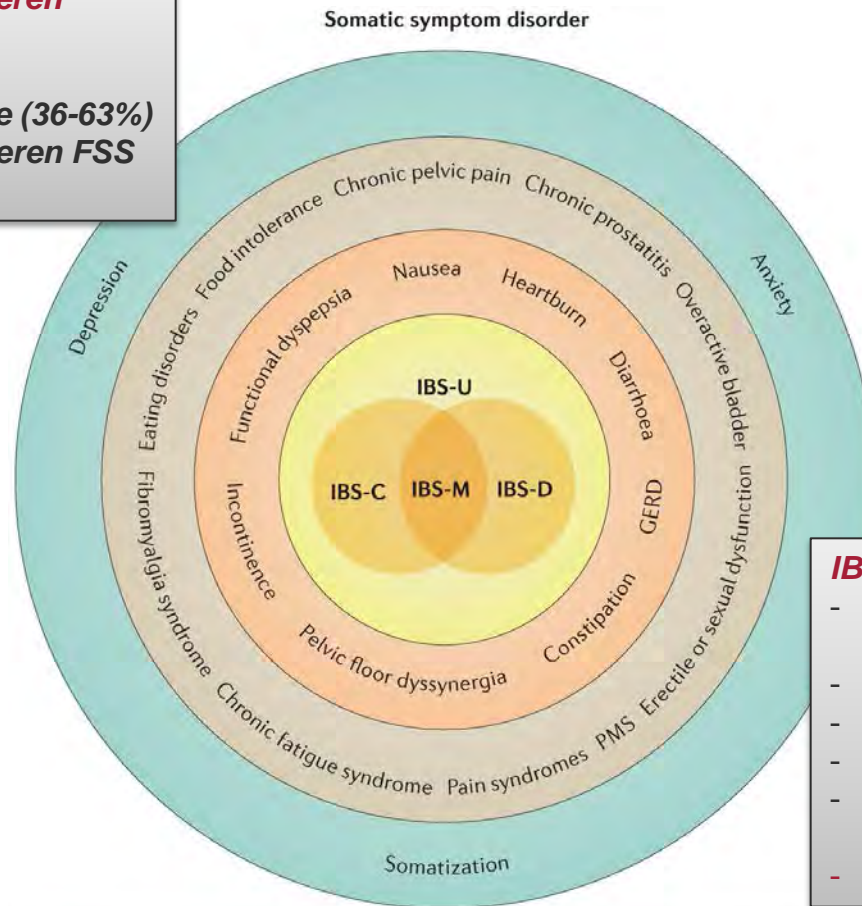
Somatoforme und funktionelle Erkrankungen





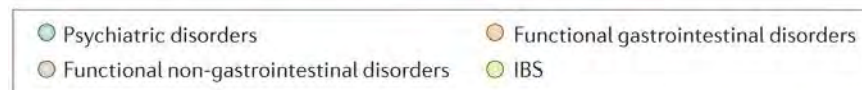
IBS und Komorbidität mit anderen funktionellen Syndromen:

- **Fibromyalgie (20-65%)**
- **Chronic Fatigue Syndrome (36-63%)**
- **Ca. 50% Overlapp mit anderen FSS**
- **„Lumpers“ vs. „Splitters“**



IBS und psychische Komorbidität:

- **Lebenszeit Prävalenz irgendeiner psych. Erkrankung (38-90%)**
- **Depression (6-70%)**
- **Angststörungen (5-50%)**
- **Panikstörung (0-41%)**
- **PTSD (8-36%)**
- **Somatisierungsstörung (15-48%)**



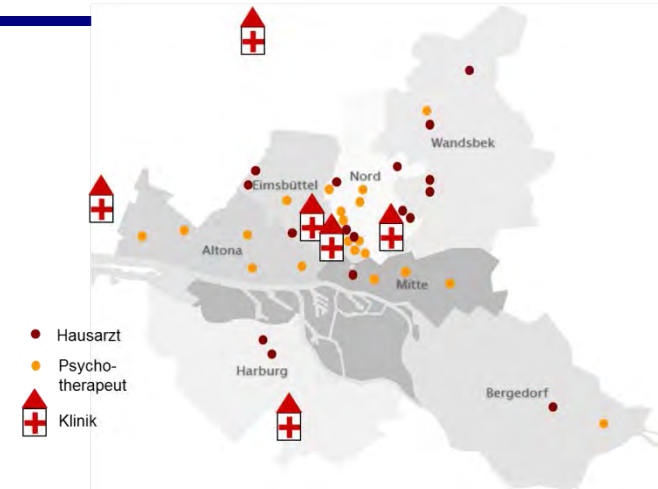
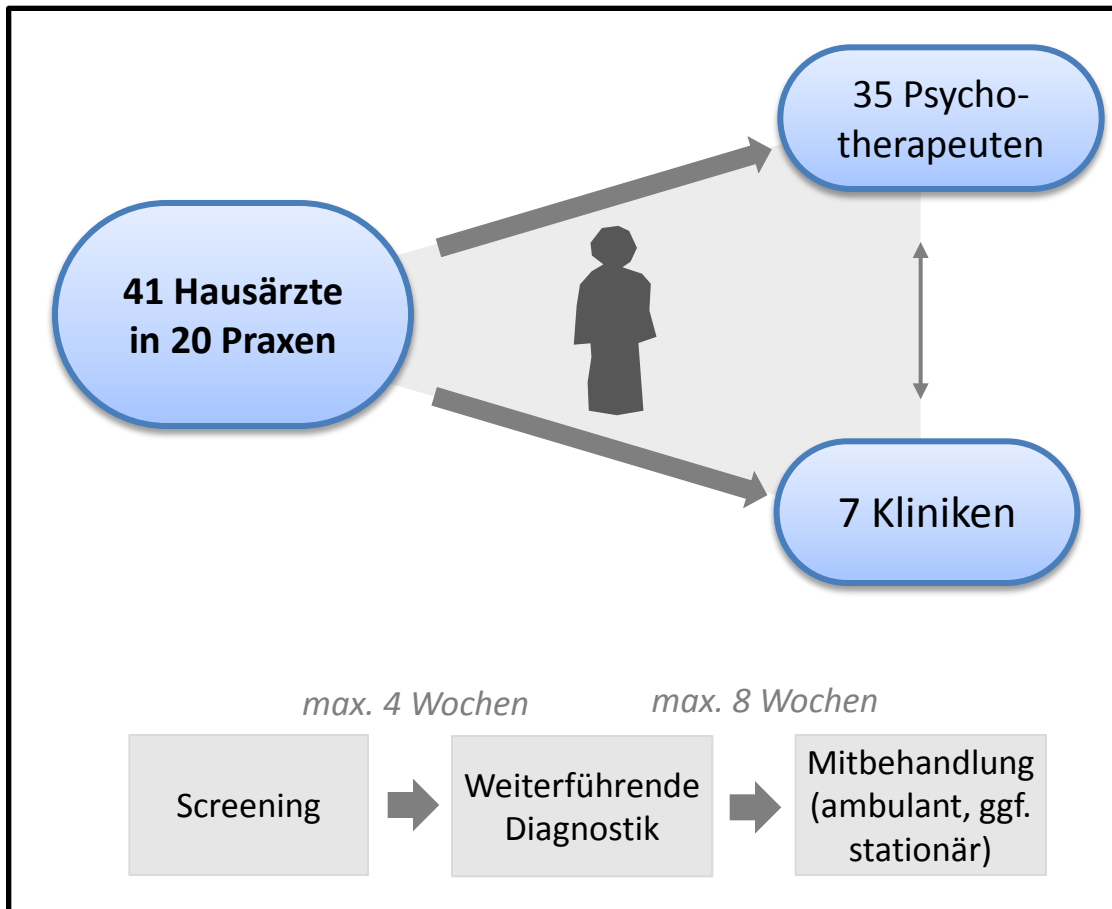
Nature Reviews | Disease Primers

Zusammenfassung der aktuellen systematischen Reviews zu funktionellen Störungen und Reizdarmsyndrom (IBS)

Table 1. Management of functional somatic syndromes (FSS) and bodily distress (BD) – evidence from systematic reviews since 2007

Type of FSS/BD	Pharmacotherapy		Nonpharmacological therapy	passive physical interventions	Other (complementary/ alternative therapy and doctor centered)
	peripheral	central	psychotherapy and activation		
Irritable bowel syndrome	Linaclotide (IBS-C) ++ [92–94] Spasmolytic agents + [94–97] Lubiprostone, polyethylene glycol, laxatives (IBS-C) + [94, 98] Loperamide (IBS-D) + [94] Rifaximin + [94, 99, 100] Bulking agents o [97©] Mebeverine o [101]	5-HT3/4 antagonists alosetron + [94, 102–105] (IBS-D)+ [104, 106] Renzapride and cisapride o [101, 107©] (IBS-C) Cilansetron + [103, 104] Antidepressants + [97, 108–111] Tricyclic antidepressants + [108, 111] SSRI + [94]/o [111]	Hypnosis ++ [112] Psychological therapies + [110, 113©, 114]/++ [115, 116] Hypnotherapy + [110, 117©, 118] CBT + [110, 119] Guided self-help, psychoeducational support + [120, 121] Mindfulness-based therapies + [122] Yoga + [123] Minimal-contact psychological treatments + [124]/o [110]	Manipulative therapy + [125]	Chinese herbal medicine + [126] (IBS-D) Probiotics o [127–130]/ + [127, 128, 131–135] Fiber, peppermint oil + [95] Fiber + [136–138] Restricted diet + [139–141] Acupuncture o [142©]/+ [143] Pre- and synbiotics o [133] Lactobacillus + [144]

Struktur des Sofu-Net



Hamburg

psychenet 
Hamburger Netz psychische Gesundheit

GEFÖRDERT VOM

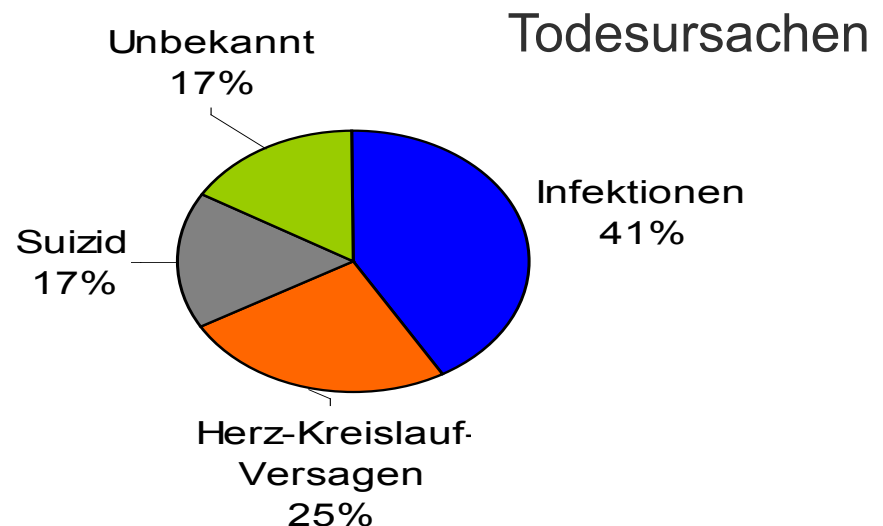
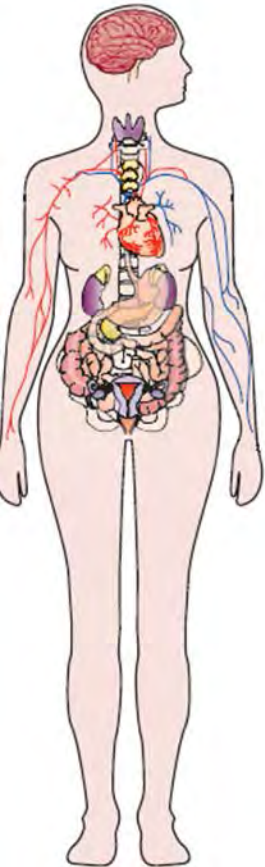


Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Anorexia nervosa als psycho-somatische Beispielkrankung

Tab.2 Häufige körperliche Folgen der Anorexia nervosa.

Betroffenes Organsystem	Befund / Symptomatik
Skelettsystem	erhöhtes Frakturrisiko bei Osteopenie / Osteoporose
Kardiovaskuläres System	Sinusbradykardie, Abnahme des Schlagvolumens, Hypovolämie mit orthostatischen Problemen, Atrophie des Reizleitungssystems (QT-Zeit-Verlängerungen mit potenziell schwerwiegenden Herzrhythmusstörungen)
Verdauungstrakt	säurebedingte Entzündungen und Verletzungen der Speiseröhre, Schädigung von Zahnschmelz beim Purging-Typ; verzögerte Magenentleerung, verlängerte Kolontransitzeit
Niere, Elektrolythaushalt	Veränderungen des Elektrolyt- und Wasserhaushalts durch Hungern, Erbrechen, Flüssigkeitsrestriktion; Hypokaliämie mit kardialen Folgen; hypokaliämische Nephropathie bis hin zur terminalen Niereninsuffizienz
Endokrinum	Amenorrhö drom (ernie [T4] und n





Gewichtsverlauf in den Therapiegruppen

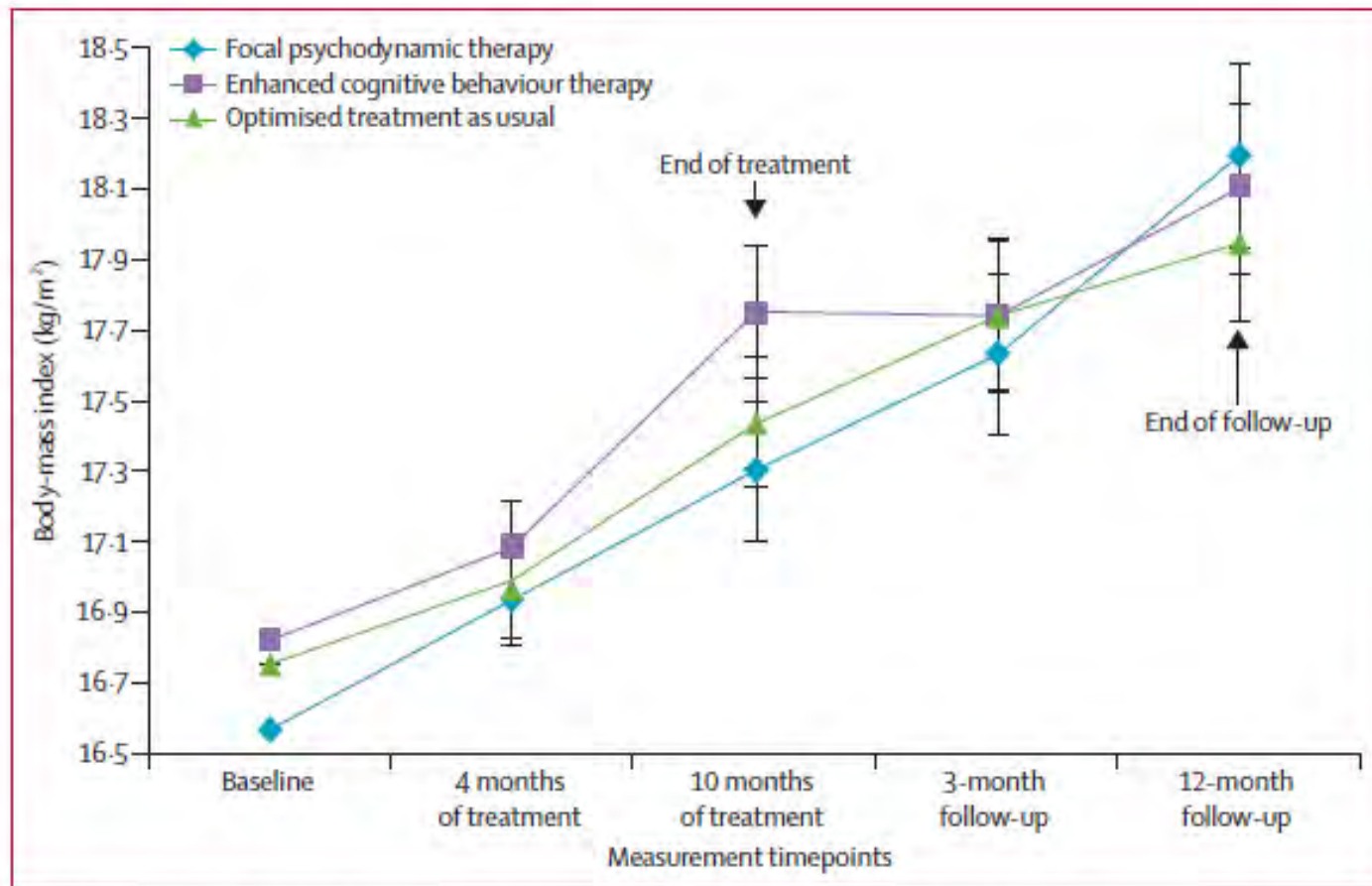


Figure 2: Course of weight gain during treatment and follow-up, by treatment group

Data are least square means (Ls-mean). Error bars show SE.



Prävention psychischer Belastungen in der Arbeits- und Ausbildungswelt

Gesundheitswesen

Industrie

Medizin-
studierende

Mitarbeiter am
Krankenhaus und in
Hausarztpraxen



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Kompetenzzentrum

zur Prävention psychischer und psychosomatischer Störungen in der Arbeits- und Ausbildungswelt



SEE
GEN¹

IMPROVE^{job}²

¹Seelische Gesundheit am Arbeitsplatz im Krankenhaus (SEEGEN) Prof. Bündel Ulm (PI)

²„Partizipative Intervention zur Verbesserung des psychischen Befindens von Arztpraxisteams: Ein Modell für Verhältnis- und verhaltensprävention in KMU (IMPROVE^{job})“ Prof. Rieger Tübingen (PI)

Aufbau einer psychosozialen Flüchtlingsambulanz



Das Kinderbuch ist in vier
Sprachen erhältlich:

Deutsch- Arabisch

Deutsch- Dari-Persisch

Deutsch- Kurdisch-Kurmancî

Deutsch-Englisch



III. Gestuftes psychosomatisch- psychotherapeutisches Versorgungssystem



Entwicklung der ärztlichen Psychotherapie

Jahr	
1957	Zusatzbezeichnung Psychotherapie
1967	Psychotherapierichtlinien
1970	Zweifacharzt Psychotherapie (DDR)
1978	Zusatzbezeichnung Psychoanalyse
1987	Psychosomatische Grundversorgung
1992	FA Psychotherapeutische Medizin später FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
	FA Psychiatrie und Psychotherapie
	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie

**Versorgungsumfang und Qualität
im internationalen Vergleich
gut aufgestellt !**



Die Psychotherapie ist ein Bestandteil der Medizin !

Ambulante und stationäre psychotherapeutische Versorgung

Psychosomatisch-
psychotherapeutische
Versorgung

Psychiatrisch-
psychotherapeutische
Versorgung

*Psychologisch-
psychotherapeutische
Versorgung*



Störungsbezogene Schwerpunkte der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

Somatopsychische Störungen: Störungen der Krankheitsverarbeitung, z.B. bei Tumorerkrankung, Transplantation, Dialyse, chronisch somatischen Erkrankungen

Funktionelle / somatoforme Störungen

Komplexe, komorbide Störungen (Herzinfarkt, Diabetes mellitus u.a. mit psychischer Begleitsymptomatik)

Anhaltende Schmerzstörungen (in Kooperation als multimodale Therapie)

Psychogene Essstörungen und Adipositas

Anpassungsstörungen, Depression, PTSD, Angst- und Zwangsstörungen insb.
in Verbindung mit körperlichen Funktionsstörungen und früher Stressbelastung

Störungen des zentralen oder peripheren Nervensystems

ohne körperliche Ursachen (Dissoziative Störungen)

Anhaltende Störungen in zwischenmenschlichen Beziehungen

(Persönlichkeitsstörungen insbesondere bei somatischer Komorbidität)



Das gestufte ambulante psychosomatisch- psychotherapeutische Versorgungssystem (Erwachsene)

Fachärzte* für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie (4.142)

Fachärzte* mit Zusatzbezeichnung
Psychotherapie (ca. 13.661 davon 9782
überwiegend ambulant
psychotherapeutisch tätig)

Haus-/Fachärzte* mit psychosomatischer
Grundversorgung (ca. 55.000)



	1997 (n)	2017 (n)
Krankenhaus- abteilungen für PSM + PT	70	237
Betten	2.764	10.439
Patienten pro Jahr	18.741	83.012

	1997 (n)	2017 (n)
Rehabilitations- abteilungen für PSM + PT	158	178
Betten	13.930	17.516
Patienten	92.474	153.000



Psychosomatische Medizin im Studium der Humanmedizin (am Beispiel der Med. Fakultät Tübingen)

BMJ 2018;361:k1704 doi: 10.1136/bmj.k1704 (Published 19 April 2018)

Page 1 of 1





Das deutsche Gesundheitssystem verfügt über ein leistungsfähiges, differenziertes, gestuftes psychosomatisch-psychotherapeutisches Versorgungssystem im Bereich der Medizin.

Nahezu 400.000 Patienten (Fälle) werden jährlich in der fachärztlichen ambulanten, stationären und rehabilitativen psychosomatischen Medizin behandelt.

Die ärztliche psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung ermöglicht die Integration der medizinischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung.

Forderungen:

Eine bessere Vernetzung der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgungsangebote mit einem Abbau der bürokratischen Hindernisse.

Zur Stärkung der ambulanten Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen ist eine eigenständige Bedarfsplanung für die Fachgebiete Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie einzuführen.

Die gezielte Förderung der „Sprechenden Medizin“ und der ärztlichen Psychotherapie im Bereich Forschung, Weiterentwicklung und Implementierung evidenzbasierter und patientenorientierter Therapieangebote.
