



Spezielle Check-Up-Medizin



17 Psychosozialer Check-Up als multimodaler Bestandteil der Präventivmedizin

H. Mück, M. Mück-Weymann

Das Wichtigste in Kürze

- Psychosoziale Belastungen sind nachweislich für Befindlichkeitsstörungen verantwortlich oder an der Genese und Aufrechterhaltung somatischer Leiden beteiligt. Ihre „psychosomatischen Folgen“ rechtfertigen oftmals – im Sinne einer Komorbidität – weitere eigenständige Diagnosen.
- Da Inzidenz und Prävalenz psychischer Erkrankungen („Spitzenreiter“: Depression) beängstigend zunehmen und psychische Leiden zu einem immer bedeutsameren Grund von Arbeitsunfähigkeit werden, ist die Integration eines geeigneten psychosozialen Check-Ups in die Primärdiagnostik ein fachliches und ethisches Muss.
- Vielfach genügen schon die mit geringem Aufwand verbundenen 5 WHO-Fragen, um erste Hinweise auf eine psychosoziale Belastungssituation oder gar eine psychische bzw. psychosomatische (Mit-) Erkrankung zu erhalten. Mindestens eine offene Frage zu psychosozialen Belastungen sollte obligatorischer Bestandteil eines jeden Anamnesegesprächs sein. Sofern sich Hinweise auf psychische Probleme ergeben, stehen spezifischere Befragungsinstrumente zur Verfügung.
- Derzeit werden psychosoziale Screening-Instrumente überwiegend in der Diagnostik bereits manifester Erkrankungen angewandt (z. B. bei Verdacht auf Depressionen) und ermöglichen dann allenfalls noch sekundärpräventive Maßnahmen. Es ist wünschenswert, psychosoziale Check-Ups bereits primärpräventiv einzusetzen, um so die Chance auf eine rechtzeitige Erfassung „struktureller Vulnerabilitäten“ des Untersuchten zu eröffnen. Denn oft lassen sich durch Psychoedukation, Psychotherapie oder gezieltes Training (Coaching) solche „strukturellen Schwächen“ beheben, die „Krisenkompetenz“ des Patienten verbessern und damit seelischen Dekompensationen und Manifestationen psychosomatischer Störungen vorbeugen. Somit bietet diese Vorgehensweise auch für Diagnostik, Therapie und Sekundärprävention wesentliche Hilfen.
- Im Hinblick auf stressbedingte Erkrankungen überprüft psychosoziales Screening bzw. Diagnostik, erstens inwieweit die eigenen Fähigkeiten schon optimal funktionieren bzw. wo sie noch optimiert werden können, zweitens ob die eigene „innere Programmierung“ unnötig zum Entstehen und Aufrechterhalten von „Stress“ beiträgt und drittens inwieweit äußere Belastungen subjektiv als relevante „Stressoren“ mit möglichen negativen Folgen für Wohlbefinden und Gesundheit empfunden werden.

Kasuistik

Die 33-jährige bildhübsche Marketingleiterin eines aufstrebenden Unternehmens bleibt seit Wochen immer wieder ihrem Arbeitsplatz fern, weil eine schwere Angina der nächsten auf dem Fuß folgt. Sie wirkt müde, angespannt und ängstlich. Die Halslymphknoten sind massiv geschwollen und veranlassen ihren Hausarzt, „Lymphdrüsenkrebs“ auszuschließen. Die Untersuchungen liefern keinen pathologischen Befund. Obwohl alle körperlichen Symptome abgeklungen sind, „schleppt“ sich die Patientin monatelang weiterhin zur Arbeit, um abends sofort erschöpft, lust- und interesselos in ihr Bett zu fallen und dennoch keinen erholsamen Schlaf zu finden.

Vor diesem Hintergrund überweist sie der Hausarzt als „Ultima ratio“ an einen Kollegen, der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist. Dort stellt sich schon im Erstgespräch heraus, dass die Patientin seit Monaten unter ihren Arbeitsbedingungen massiv leidet. Es ist offensichtlich, dass man ihre Leistungen nicht würdigt und sich ihrer entledigen will. Die Situation hat ihr ohnehin labiles Selbstvertrauen komplett erschüttert und ihre Fähigkeiten zur Abgrenzung und Selbstbehauptung überfordert. Erstes Fazit: Möglicherweise hat der permanent erlebte „Stress“ (im Sinne einer „Gratifikationskrise“ und bei stattgehabtem „Mobbing“) dauerhaft den Kortisolspiegel erhöht, dadurch Immunfunktionen beeinträchtigt und Infektionen begünstigt. Als ICD-Diagnosen schlägt der konsiliarisch befragte Kollege „mittelgradige depressive Episode“ (F32.1) mit dem Zusatz „Burn-out“ (Z73.0) vor.

17.1 Vorbemerkung

Bei vielen überwiegend somatisch einzustufenden Erkrankungen wird über Sinn und Notwendigkeit von Vorsorgeuntersuchungen heute allenfalls noch in Hinsicht auf Kosten-Nutzen-Abwägungen debattiert. Wegen hoher und weiter steigender Prävalenz psychischer Störungen in der Bevölkerung erscheint es durchaus sinnvoll, sich nicht nur in Psychiatrie und Psychotherapie, sondern auch in anderen medizinischen Bereichen für psychosoziale Check-Ups einzusetzen. Obgleich der begriffliche Rahmen mit „Früherkennung von Krankheiten“ erfreulich weit gehalten ist, sieht auch der seit 1989 von

der GKV zweijährlich vorgesehene „Gesundheitscheck“ für Versicherte ab dem 35. Lebensjahr (§ 25 SGB V) bislang aber v. a. somatische Untersuchungen vor. Wörtlich heißt es dort in Abs. 1:

Versicherte, die das fünfunddreißigste Lebensjahr vollendet haben, haben jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit.

Wie das eingangs beschriebene Fallbeispiel verdeutlicht, machen psychosoziale Screening-Maßnahmen grundsätzlich Sinn, da sich die meisten Krankheiten als bio-psycho-soziale Prozesse verstehen lassen. Dem Patienten ist nämlich nicht optimal geholfen, wenn ihm eine Behandlung eines möglichen psychischen Leidens erst dann angeboten wird, wenn eine zuvor erfolgende mitunter wochenlange somatische Diagnostik und Behandlung keine optimalen Resultate erzielt (vgl. auch einleitendes Fallbeispiel). Leider besteht immer noch die Tendenz, psychische Krankheiten wie Depression oder Angststörungen erst dann in Erwägung zu ziehen, wenn deren somatische Korrelate (wie Herzbeschwerden, Kreislaufstörungen, Schwächezustände) vorher ausreichend organmedizinisch „abgeklärt“ wurden. Eine solche Vorgehensweise verleiht psychischen Krankheiten nicht nur das Etikett, „Phänomene zweiten Ranges“ zu sein, sie mutet dem Patienten auch eine oft unnötige Verlängerung seines Leidens zu und suggeriert ihm, dass psychische Probleme medizinisch als weniger wichtig gelten. Dem Patienten ist in der Regel mehr gedient, wenn Psycho-Check-Ups bereits integraler Teil der „First-line“-Diagnostik sind. Dann können psychosoziale Belastungsfaktoren von Anfang an erkannt und entschärft werden (multimodales Vorgehen).

Auch psychosoziale Screening-Maßnahmen müssen sich den Forderungen stellen,

- durch ihre Anwendung zur Verringerung der Krankheitslast beizutragen,
- klinisch, sozial und ethisch anwendbar und vertretbar zu sein, sowie
- mehr Nutzen als Schaden zu bewirken.

In diesem Zusammenhang muss sich das Depressions-Screening beispielsweise der Frage stellen, ob ein „unspezifisches Screening“ (als Befragung der gesamten Bevölkerung) Sinn macht, da voraussichtlich viele falsch positive Fälle „erkannt“ werden, bei denen die Symptome schon innerhalb von 1 – 2 Wochen wieder verschwinden. Hier würde eine zu früh einsetzende vertiefte Diagnostik unnötige Kosten verursachen und die Patienten möglicherweise unnötig stigmatisieren. Während solche Maßnahmen der „Universalprävention“ sicher sehr kritisch zu betrachten sind, dürfte der zu erwartende Nutzen von Screening-Maßnahmen bei Personen mit bereits manifester Symptomatik („selektive Prävention“) in aller Regel mögliche Nachteile deutlich überwiegen. Die weiteren

Überlegungen dieses Beitrags beziehen sich daher ausschließlich auf psychosoziale Check-Ups bei Personen, die bereits aufgrund von (mitunter „unspezifischen“) Beschwerden vorstellig werden und daher schon als Risikogruppe für die Entwicklung psychosomatischer Störungen zu betrachten sind.

17.2 Epidemiologie und Definition („Stresskrankheiten“)

Inzidenz und Prävalenz von psychischen Erkrankungen und Leiden mit einem deutlichen psychischen Anteil nehmen seit Jahren kontinuierlich zu. Experten gehen heute davon aus, dass im Jahr 2020 nicht nur fünf psychische Störungsbilder zu den 10 häufigsten Krankheitsursachen zählen werden, sondern dass Depressionen und Suchterkrankungen dabei einen Spitzenplatz einnehmen [1]. Berechnungen der Deutschen Angestellten Krankenversicherung (DAK) ergaben, dass die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen allein zwischen 1997 und 2001 – also im Verlauf von lediglich vier Jahren – um 51% zunahm. Dabei führen psychische Leiden zu besonders langen Fehlzeiten. Während Arbeitsunfähigkeitstage in ihrer Gesamtzahl seit Jahren kontinuierlich abnehmen, wächst die Zahl der auf psychischen Ursachen beruhenden Arbeitsunfähigkeitstage kontinuierlich (s. Abb. 17.1). Auch für Ursachen von Frühberentungen wegen Erwerbsunfähigkeit zeichnen psychische Störungen immer häufiger verantwortlich, bei Frauen stellen sie mittlerweile sogar schon den Hauptgrund (s. Abb. 17.2). Es kommt hinzu, dass bei einigen – primär organisch erscheinenden – weit verbreiteten Beschwerdebildern (z. B. Rückenproblemen) psychosoziale Aspekte ebenfalls eine wesentliche Rolle spielen.

Auch wurde in verschiedenen Studien gezeigt, dass „Depressivität“ z. B. die Genese und Prognose der korona-

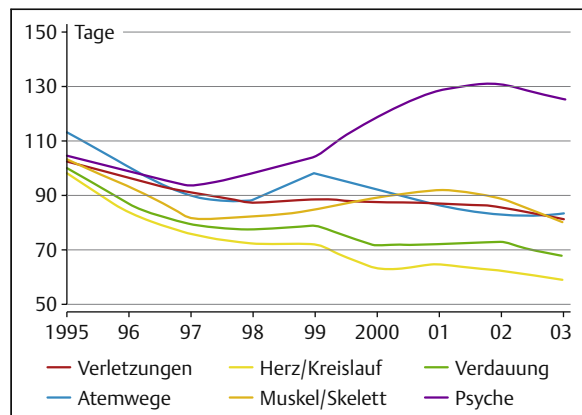


Abb. 17.1 Arbeitsunfähigkeitstage der Frauen nach Krankheitsarten (1995 – 2003, Indexdarstellung: 1994 = 100%; [2]).

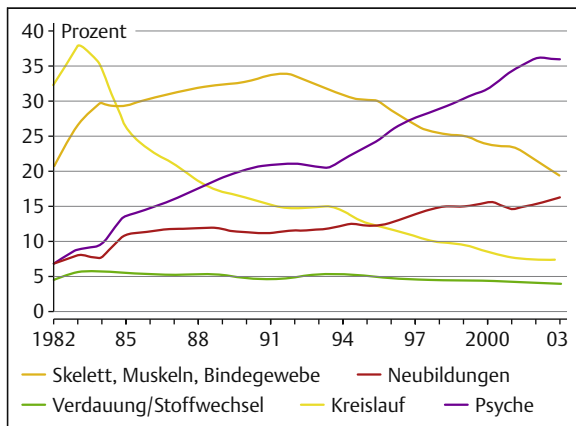


Abb. 17.2 Anteil der Rentenzugänge nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen bei den Frauen (bis 1992: alte Bundesländer, ab 1993: Gesamtdeutschland; [2]).

ren Herzkrankheit (KHK) wesentlich mitbestimmen kann. In einer 2001 vorgelegten Arbeit von Bush et al. [3] wurde festgestellt, dass bereits ein „Hauch von Depressivität“ bei Patienten nach durchgemachtem Myokardinfarkt die Mortalität steigert. In Tab. 17.1 sind derzeit favorisierte Hypothesen zu möglichen Pathomechanismen zur Interaktion zwischen „Psyche“ und „Herz-Kreislauf-System“ zusammengefasst. Vor einem solchen Hintergrund leuchtet ein, warum über Sinn und Nutzen psychosozialer Check-Ups eigentlich kaum noch gestritten werden kann (s. Kap. 3).

Der vorliegende Kurzbeitrag kann sich nicht mit dem gesamten Spektrum psychischer Störungen befassen. Insbesondere gehören einige psychische Störungen (z. B. Psychosen, Suchtkrankheiten, Zwangsstörungen, Demenzen und andere zerebrale Störungen), sobald sich ein entsprechender Verdacht abzeichnet, zur Differenzialdiagnostik und Optimierung der Therapie, aber auch wegen möglicher Behandlungskomplikationen (z. B. Suizidalität) unbedingt in die Hand des Fachmanns. Abwendbare ge-

Tabelle 17.1 Pathophysiologische Hypothesen zur Interaktion zwischen „Psyche“ und „Herz-Kreislauf-System“ (nach [4]).

Auf welchen Wegen können psychosoziale Belastungen auf das Herz-Kreislauf-System wirken?

Pathophysiologische Hypothesen:

- genetische Assoziation (z. B. Polymorphismen der Serotonin-Transporter-Gene)
- Depression als „chronische Stresserkrankung“ (u. a. sympathoadrenale Überaktivität)
- Störungen des Fettstoffwechsels (u. a. Erniedrigung der Omega-3-Fettsäuren)
- Störungen der Hämostase (u. a. erhöhte Thrombozytenaggregation)
- Störungen der autonomen Funktionsfähigkeit (u. a. verminderte kardiovagale Modulation)
- Verhaltensfaktoren (u. a. ungesunde Ernährung, Rauchen)

fährliche Verläufe müssen entsprechend bedacht und behandelt werden.

In diesem Zusammenhang soll auch nicht der Hinweis versäumt werden, dass verschiedene organische Krankheiten (Hirntumoren, Epilepsien, Leber-, Nieren- und Schilddrüsenerkrankungen u.v.m.) psychische Symptome verursachen können und daher initial auszuschließen oder zu erkennen und ggf. – sofern möglich – zu behandeln sind. Beispielhaft seien hier die relativ häufigen Störungen der Schilddrüsenfunktion hervorgehoben. So kann eine Unterfunktion mit Symptomen wie Antriebsmangel und Interessenverlust eine Depression imitieren, Symptome wie innere Unruhe und Ängstlichkeit bei einer hyperthyreoten Stoffwechsellaage können ggf. mit einer Angststörung verwechselt werden. Bleibt zu erwähnen, dass natürlich auch alle seelischen Prozesse und Störungen eine (neuro-) physiologische Basis haben (z. B. vermehrte Freisetzung von Adrenalin und/oder Kortisol unter „Stress“, veränderte Neurotransmitterfunktionen bei Depression).

Schwerpunkt der weiteren Betrachtung bzw. Gegenstand psychosozialer Check-Ups sollen v. a. diejenigen Krankheitsbilder sein, bei denen auch der Hausarzt oder Internist, ebenso aber Ärzte anderer Fachrichtungen, zusätzlich zur Diagnosestellung auch therapeutische Hilfestellungen anbieten können. Hierzu rechnen insb. Depressionen leichter Ausprägung, Angst-, Anpassungs-, Somatisierungsstörungen, Neurasthenie sowie das sog. Burn-out-Syndrom.

Viele der hier ins Auge gefassten „Stresskrankheiten“ zeichnen sich dadurch aus, dass ihre Zuordnung zu spezifischen Diagnosen einen „gewissen diagnostischen Spielraum“ offenlässt. Dies liegt an der Vielfalt von möglichen Symptomen, die letztlich Ausdruck unterschiedlicher Erkrankungen sein können und somit gewissermaßen unspezifisch sind. So passen „typische“ und häufige Symptome wie Erschöpfung, innere Unruhe, Ängstlichkeit, Konzentrationsprobleme, Traurigkeit, Besorgnis, Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Schmerzen oder Herzbeschwerden zu so unterschiedlichen Diagnosen wie Depression, Angststörung, Somatisierungsstörung oder Burn-out-Syndrom.

Ob eine Symptomgruppierung vom Arzt dann eher als Depression, Somatisierungsstörung oder Burn-out klassifiziert wird, kann von vielen Umständen abhängen, u. a. auch von der vom Patienten ausgewählten Fachrichtung (also seinem subjektiven Krankheitsmodell) oder den Erfahrungs- und Interessenschwerpunkten des Arztes. „Stresskrankheiten“ gehören somit sicher zu denjenigen Diagnosen, bei denen – aus wissenschaftstheoretischer Sicht – der „Konstrukt-Charakter“ am offensichtlichsten ist.

Gleichzeitig ist in der Praxis – im Sinne einer „diagnosenahen Zuordnung“ – eine „genaue Festlegung“ der Diagnose mitunter auch sogar so lange entbehrlich, wie die therapeutischen Konsequenzen weitgehend die gleichen sind. So kann eine therapeutisch angestrebte Ver-

besserung der Stressbewältigungskompetenz bei allen vier der o.g. Diagnosen dem Patienten weiterhelfen. Auch kann die medikamentöse Therapie – als Baustein eines multimodalen Behandlungskonzepts – einer Depression oder Angstkrankheit mit einem SSRI-Antidepressivum (selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) erfolgen. Vor diesem Hintergrund kann man dann durchaus auch „Vorlieben“ des Patienten berücksichtigen, für den die Diagnosen Burn-out-Syndrom oder Anpassungsstörung in seinem konkreten Lebensumfeld vielleicht „salonfähiger“ ist als die Diagnose Depression.

Wenn das Spektrum der Symptome von Patient zu Patient variiert, dürfte das oft mit individuellen Vulnerabilitäten bzw. Widerstandskräften („Resilienz“) des Patienten zu tun haben, mitunter erst in zweiter Linie mit den Besonderheiten der Belastungssituation. So erklärt sich beispielsweise, warum oft ein erstaunlich großer Anteil Betroffener selbst schwerste Traumen weitgehend heil übersteht, während andere völlig aus der Bahn geraten. Wie man diesen Zusammenhang dem Patienten verdeutlichen kann, erläutert der nachstehende „Beratungstipp“ zur Begriffserklärung von Vulnerabilität:

Stellen Sie sich vor, dass verschiedene Autotypen „überladen“ werden. Obwohl alle Autos mit derselben Zusatzlast überfrachtet wurden, werden sich die Folgen oft unterscheiden. So wird bei dem einen Wagen die Achse brechen, beim nächsten die Stoßdämpfer ihren Geist aufgeben, beim dritten die Bremsen versagen usw., wieder andere werden

aber auch trotz Überlast heil bleiben. Ähnlich ist es bei den Menschen, deren „Schwachstellen“ sich von Person zu Person unterscheiden. Was dem einen „auf den Magen schlägt“, daran hat der andere „am Kreuz zu tragen“. Wieder anderen „bricht dauernd der Schweiß aus“, „wird der Schlaf geraubt“ oder „fängt die Haut an, zu jucken“. Wie sich Stress bei einem bestimmten Menschen bemerkbar macht, hat also auch mit Veranlagung oder seinen bisherigen Bewältigungsmöglichkeiten zu tun. Natürlich hängt die Art des Symptoms auch mit der Art der Belastung zusammen: Wer unter Lärmstress steht, wird eher einen „Infarkt des Ohres“ (Hörsturz) erleiden, als die Sachbearbeiterin, der immer mehr Akten aufgehalst werden und die dadurch Kreuzschmerzen und Bluthochdruck entwickelt.

17.3 Patho-psycho-sozio-Physiologie

Bei „Stresskrankheiten“ im oben erwähnten Sinne ist die Pathophysiologie im engeren Sinne bereits seit Längerem gut erforscht und prägnant beschrieben. Zusammengefasst: Äußere oder innere Reize werden vom limbischen System (insb. der Amygdala) vor dem Hintergrund bisheriger Erfahrungen als „gefährlich“ interpretiert und setzen „Alarmreaktionen“ in Gang. Diese lassen sich auf der Verhaltensebene den drei Grundmustern Angreifen, Fliehen und Erstarren zuordnen.

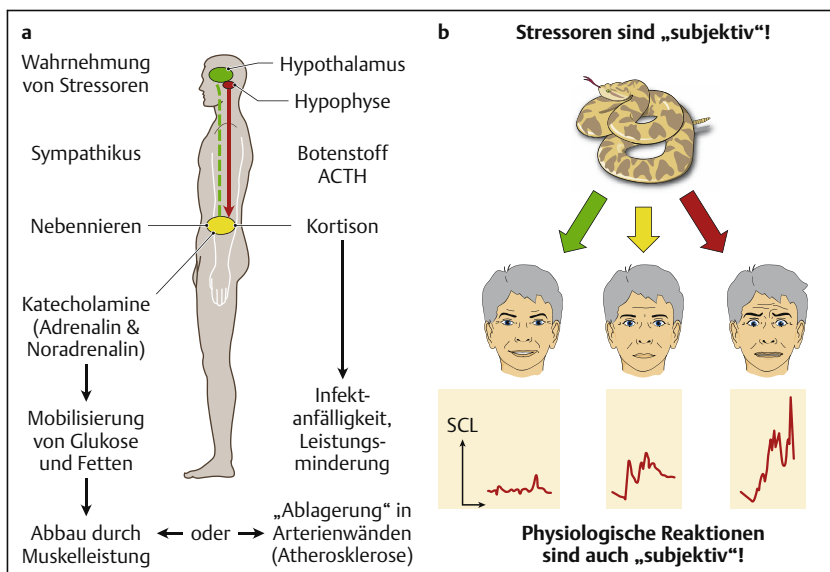


Abb. 17.3 Schematische Darstellung des Stressbewältigungssystems und der individuellen Reizantworten auf einen Stressor. **a** Einfaches anatomisches Stressmodell. Ob „Stressoren“ allerdings als solche wahrgenommen werden, ist von subjektiven Bedingungen und Bewertungen (u. a. persönliches Interesse, Lerngeschichte bzw. Biographie, Traumatisierung) abhängig, die auch nur zum Teil „psycho-mental steuerbar“ sind. Auch physiologische Reaktionen auf „Stres-

soren“ sind somit je nach (unbewusster oder bewusster) subjektiver Bewertung höchstpersönliche Phänomene. **b** Gleiche Reize („Stressoren“, hier das Bild einer Schlange) können bei unterschiedlichen Betrachtern, in Abhängigkeit von Persönlichkeitsmerkmalen, Erwartungen, Reagibilität etc. unterschiedlich starke physiologische Reaktionen (hier: Anstieg des Skin Conductance Levels [SCL] als Indikator der sympathisch vermittelten akralen Schweißbildung) hervorrufen.