

Was der Hausarzt wissen sollte

Alfred Künzler¹, Alexander Minzer²

¹ Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz / chronischkrank.ch

² Hausarzt, Präsident SAPPM

Mehr als ein Viertel der schweizerischen Bevölkerung leidet an einer chronischen Krankheit. Nach Berechnungen der Weltgesundheitsorganisation WHO werden sie zunehmen und im Jahre 2020 etwa 60% aller Erkrankungen ausmachen. Psychosoziale Belastungen bzw. psychische Komorbiditäten sind unter den Betroffenen (sowie ihren Angehörigen) weit verbreitet. Das schränkt nicht nur ihre Lebensqualität ein, sondern ist auch ein Risikofaktor für psychiatrische Folgeprobleme. Zusätzlich können sie die Arzt-Patient-Beziehung belasten. Das Nationale Krebsprogramm zum Beispiel fordert daher die systematische Beachtung der psychischen Ebene bei Krebserkrankungen.

«Chronic Disease Management» stellt hohe Anforderungen an alle Involvierten: Behandelnde, Patienten sowie ihr Umfeld. Die komplexen Behandlungen machen einen Grossteil unserer Gesundheitskosten aus. Die häufigen psychischen Komorbiditäten stellen ein Risiko für die Arzt-Patient-Beziehung sowie den Behandlungserfolg dar. Die Raten für (häufig lange) Krankschreibungen sowie Berentungen aus psychischen Gründen sind hoch. Aus medizinischen, volkswirtschaftlichen und weiteren Gründen ist daher das frühzeitige Erkennen psychischer Problemlagen und nötigenfalls die Triage in eine qualifizierte Therapie wichtig.

Hohe Prävalenz psychischer Komorbiditäten

Entsprechend der vielfältigen psychosozialen Belastungen, die mit chronischen Erkrankungen einhergehen, ist die Prävalenz psychischer Komorbiditäten hoch. Bei Krebserkrankten im Initialstadium etwa 32%, im palliativen Stadium 50% [1, 2]. Nach Herzinfarkt entwickeln 20–40% eine depressive Störung [3]. Mit COPD einher geht zu 30% eine Depression, zu 15% eine Angststörung [4]. Chronische Schmerzpatienten tragen ein doppeltes Depressionsrisiko [5]. Aber auch in den Monaten nach IPS-Aufenthalt entwickelt jede dritte Person eine Depression [6]. Besonders wichtig hier: Diese psychischen Störungen äussern sich vorwiegend somatisch, etwa in Form von Schwäche, Appetitlosigkeit oder Abgeschlagenheit! Insgesamt muss bei einem Drittel aller

Patienten in Hausarztpraxen (komorbid) mit psychischen Problemlagen gerechnet werden [7].

Warum ich? Hoffnung – worauf?

Die Ursache vieler onkologischer und anderer chronischer Erkrankungen kann häufig nicht abschliessend geklärt werden. Betroffene, die sich fast immer die «Warum»-Frage stellen, sind damit ihren subjektiven Erklärungen oder wissenschaftsfernen Erklärungsansätzen überlassen [8]. Entsprechend der unklaren Ätiologie steht selten eine kurative Therapie zur Verfügung und der Verlauf ist meist über kurz oder lang progredient. Bekanntlich «stirbt die Hoffnung zuletzt», und doch stellen sich viele von einer chronischen Krankheit Betroffene wenigstens phasenweise die Frage, worauf wenn nicht auf Heilung sie denn hoffen sollen und können. Dies stellt eine der psychischen Belastungen chronisch Kranker dar.

Psychische Notlagen erkennen und entstigmatisieren

Nach wie vor werden psychologisch-psychiatrische Angebote von Teilen der Bevölkerung als Stigmatisierung wahrgenommen [9]. Selbst in einer ausserordentlichen Belastungssituation, wie es eine maligne Krankheit darstellt, kann die Hemmschwelle hoch sein, psychologische Unterstützung in Anspruch zu nehmen [10].

Als ein Mittel zur Identifikation psychosozial unterstützungsbedürftiger Patienten können kurze Belas-

tungsscreenings dienen [11, 12]. Mittels eines einzigen Kreuzes auf der Visuell-Analog-Skala wird die Belastung des Patienten verlässlich erfasst. Häufig wird ein Wert von fünf oder höher als Indikation für eine vertiefte Abklärung bei einer Fachperson interpretiert. Bei Bedarf kann im zweiten Teil die Belastung aufgeschlüsselt werden. Lässt man den Patienten z. B. vor der Konsultation im Wartezimmer das Blatt ausfüllen, erhält der Behandler einen schnellen Überblick zur bio-psycho-sozialen Situation der Person. Wird ein solches Instrument als Teil der Regelversorgung eingeführt kann es darüber hinaus zur Entstigmatisierung psychischer Problemlagen beitragen und ihre Thematisierung sowie die Inanspruchnahme adäquater Unterstützung begünstigen [10]. Die vom BAG und der GDK beschriebenen Kriterien zum Beizug psychologisch-psychiatrischer Fachpersonen können ebenfalls (auch ausserhalb eines palliativen Kontextes) eingesetzt werden [13]. Aktuell läuft eine landesweite Kampagne zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen (www.wiegehts-dir.ch). Patienten, die ohnehin sehr häufig auch im Internet Gesundheitsinformationen suchen, können darauf verwiesen werden. Auch Behandelnde finden hier hilfreiche Gesprächstipps sowie Informationen zu psychischen Erkrankungen und zur Pflege psychischer Gesundheit. Weitere verlässliche Informationsquellen sind verfügbar [14].

Häufig: Depressionen

Depressionen sind bei malignen Erkrankungen wie auch als singuläre Störung oder komorbid mit anderen psychiatrischen Entitäten häufig. Tabelle 1 nennt häufige Symptome. Auch hier besteht natürlich das

Tabelle 1: Depression: Häufige Symptome.

Körperlich
Schlafstörungen
Appetitverlust
Kopf-/Gliederschmerzen
Müdigkeit oder Unruhe
Emotional
gedrückte Stimmung
Interesse-/Freudlosigkeit
Antriebsverlust / Energielosigkeit
Kognitiv
Konzentrations-/Gedächtnisstörungen
Sozial
Rückzug
Spirituell
Sinnkrise

Problem der Stigmatisierung. Im Kontext von Migration werden gehäuft die körperlichen Symptome beobachtet. Beim SRK ist eine hilfreiche Patientenbroschüre «Depression kann jede und jeden treffen» in den Landessprachen sowie sieben Migrationssprachen verfügbar [15]. Eine weitere Kernbotschaft darin aus dem Programm *Bündnis gegen Depression*: «Depression ist behandelbar» [16]. Von Pro Mente Sana ist eine allgemeinere Broschüre «Seelische Krise – was tun?» ebenfalls in mehreren Migrationssprachen erhältlich [17].

Bio-psycho-sozial gewinnt

«Chronic Disease Management» heisst für den Hausarzt sowieso tägliche Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells [18]. Da häufig komorbid psychische Problemlagen dazukommen, ist es hilfreich, Eigenheiten dieser Störungsbilder zu beachten, etwa ihre Stigmatisierung oder kulturspezifische Umgangsweisen. Zu gewinnen ist eine unterstützende Arzt-Patient-Beziehung, damit auch Compliance und Behandlungserfolg, sowie Lebensqualität – eventuell auf beiden Seiten des Behandlungstisches.

Gespräche sind zwar nicht immer leicht zu verrechnen, lohnen sich schliesslich aber doch. Probleme interdisziplinärer Zusammenarbeit und langer Wartezeiten beim Psychotherapeuten sind leider bekannt [19]. Bereits mit wenig Gesprächszeit (regelmässige kurze Gespräche) können Wartezeiten aber häufig effektiv überbrückt werden. Schon die Aus-

Fallbeispiel: Psychische Komorbidität bei maligner Erkrankung

73-jähriger Mann, ehemaliger Polier, Bauleiter, verheiratet, 3 Kinder, aus Österreich.

Infektion mit dem Hepatitis C-Virus in den 80er Jahren (Transfusion). Danach Entwicklung einer chronischen Hepatitis C. Unerkannt bis 2005.

2005 Diagnose einer hepatozellulären Karzinoms.

Behandlung auf der Onkologie.

2006 im Frühjahr Abschluss der Behandlung und Abschluss der Nachsorge auf der Onkologie. «Man könne nichts mehr für ihn tun.»

2006 Herbst, Entwicklung einer schweren, agitiert depressiven Phase.

Ab 2007 zunehmende Umtriebigkeit mit diversen Arztwechseln inkl. Hausarztwechsel, Inanspruchnahme diverser «krebstherapeutischer» Angebote.

Fehlende Selbstreflexion betreffend depressiver Entwicklung. Starke emotionale Belastung der Ehepartnerin durch den Patienten.

Ab 2008 nach längeren Gesprächen, Behandlung mit einem SSRI, darunter Besserung der depressiven Begleitsymptomatik.

2009 Exitus an den Folgen des Tumorleidens.

sicht auf eine hilfeversprechende Therapie, wie das die Psychotherapieforschung schon lange gezeigt hat [20], trägt zur Verbesserung des Wohlbefindens (Remoralisierung) bei.

Fazit für die Praxis

Maligne Erkrankungen stellen meist eine hohe psychische Belastung für Betroffene (und Angehörige) dar. Die psychische Überforderung wird nicht immer angesprochen, sondern auch als körperliche Symptome larviert zum Ausdruck gebracht. Ein offenes Auge für die bio-psycho-soziale Situation des Patienten kann die Arzt-Patient-Beziehung sowie den Behandlungserfolg begünstigen.

Daher:

- Daran Denken und Erkennen der psychischen Komorbidität
- Raum für Patienten- und Angehörigengespräche bieten
- Begleitung, medikamentös (wenn erforderlich) und hausärztlich
- Bei Unklarheiten allenfalls Einholen eines psychiatrischen Konsils
- Überweisung zur Psychotherapie im Bedarfsfall und/oder auf Wunsch des Patienten
- Information an Patienten über geeignete lokale Anlaufstellen

Literatur

- 1 Singer S, Das-Munshi J, Brahler E. Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care – a metaanalysis. *Ann Oncol*. 2009;21(5):925–30.
- 2 Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*. 2007;110(8):1665–76.
- 3 Carney RM, Freedland KE. Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. *Biol Psychiatry*. 2003;54(3):241–7.
- 4 Maurer J, Rebbapragada V, Borson S, et al. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest*. 2008;134(4 Suppl):435–56S.
- 5 Demyttenaere K, Bruffaerts R, Lee S, et al. Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the World Mental Health Surveys. *Pain*. 2007; 129(3):332–42.

- 6 Jackson et al. Depression, post-traumatic stress disorder, and functional disability in survivors of critical illness in the BRAIN-ICU study: a longitudinal cohort study. *Lancet Respir Med*. 2014;2(5):369–79.
- 7 Schuler D, Burla L. Psychische Gesundheit in der Schweiz Monitoring 2012. Obsan Bericht 52. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; Neuchâtel 2012.
- 8 Künzler A, Znoj HJ, Bargetzi M. Krebspatienten sind anders. *Schweiz Med Forum*. 2010;10(19–20):344–347.
- 9 Baer N, Cahn T. Psychische Gesundheitsprobleme. In Meyer K, Nationaler Gesundheitsbericht (pp. 211–230). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan); Neuenburg 2009.
- 10 Künzler A, Wernli M. Kulturwandel in der Onkologie: Einführung eines biopsychosozialen Belastungsscreenings. *Schweizer Krebsbulletin*. 2011;31:308–11.
- 11 Mehnert A, et al. Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. 2006;54(3):213–223.
- 12 Distress-Thermometer: Beispiel zum Download: www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/DistressThermometer.docx
- 13 BAG und GDK (Hrsg.): Empfehlungen für die allgemeine Palliative Care zum Beizug von Fachpersonen aus der Psychiatrie/Psychotherapie. 2014. Verfügbar: [www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13777/14898/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6IoNTUo42l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpjCMdIB5gWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A-\]](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13777/14898/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6IoNTUo42l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpjCMdIB5gWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A-)
- 14 www.npg-rsp.ch/de/metanav/betroffen.htm
- 15 www.migesplus.ch/publikationen/psyche-sucht-krise/show/depression-kann-jede-und-jeden-treffen
- 16 www.npg-rsp.ch/de/themen/ba14ndnis-gegen-depression.html
- 17 www.migesplus.ch/fileadmin/Publikationen/PMS_SRK_Broschuere_D.pdf
- 18 Fröhlich S, Rousselot A, Künzler A. Psychosoziale Aspekte chronischer Erkrankungen und deren Einfluss auf die Behandlung. *Schweiz Med Forum*. 2013;13(10):206–209.
- 19 Loeb P. Unbefriedigende Behandlung der Depression – nur Sache des Hausarztes? *Schweiz Ärztezeitung*. 2010;91(4):117–19.
- 20 Lueger JR. (1995). Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*. 1995;40:267–78.

Verwandte Publikationen:

- Künzler A, Bandi-Ott E. Chronisch kranke Patienten: Psychische Komorbiditäten – erkennen, fragen, handeln. *Hausarzt Praxis*. 2014; 9(12):33–35.
- Alder J, Künzler A, Strittmatter R. Eine Krankheit kommt selten allein. Bei körperlichen chronischen Erkrankungen darf die Psyche nicht vergessen gehen. *Care Management*. 2011;4(1):12–14.

Interessenkonflikte

Der Autor hat keinerlei Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel deklariert.

Korrespondenz:

Dr. phil. Hum.
Alfred Künzler
Fachpsychologe FSP für
Gesundheitspsychologie
und Psychotherapie, zert.
Onko-Psychologie
Leiter Koordinationsstelle,
Netzwerk Psychische
Gesundheit Schweiz /
Co-Präsident
chronischkrank.ch
c/o Gesundheitsförderung
Schweiz
Dufourstrasse 30
3000 Bern 6
[alfred.kuenzler\[at\]](mailto:alfred.kuenzler[at]psychologie.ch)
psychologie.ch