



## Tracerdiagnose „Somatisierungsstörungen“ Aktueller Stand im klinischen Alltag

Somatisierung, das heißt:

**„Ich glaube, mein Herz stolpert oder drückt, weil ich herzkrank bin“,**  
... tatsächlich aber ist es die Angst.

**„Ich denke, mein Bauch schmerzt wegen  
Nahrungsmittelunverträglichkeiten“,**  
... tatsächlich aber sind es innere Spannungen.

**„Ich glaube, nicht atmen zu können, weil ich lungenkrank bin“,**  
... tatsächlich aber ist es die Not der Gefühle.

**„Ich glaube, die Gliedmaßen schmerzen wegen Rheuma“,**  
... tatsächlich aber ist es ohnmächtiger Zorn, der in mir wütet.

Somatisierung, das heißt auch:

An die Stelle ganzheitlichen, personalen Erlebens tritt die Überzeugung, es sei lediglich der Körper, der nicht funktioniert. Es werden diagnostische Maßnahmen ergriffen und Behandlungen versucht, die an der psychosozialen Ursache vorbei gehen. Durch die Vergeblichkeit der Behandlungen geht die Hoffnung auf Genesung und das Vertrauen in Ärzte verloren. Im Gesundheitssystem entstehen vermeidbare Kosten, zum Schaden der Volkswirtschaft und anderer Patienten.

**Zu den Somatisierungsstörungen zählen „medically unexplained (physical) symptoms“ (MUS), somatoforme autonome Funktionsstörungen, körperliche Belastungsstörungen, sogenannte „funktionelle Syndrome“ (z. B. Fibromyalgiesyndrom, Reizdarmsyndrom, Chronisches Erschöpfungssyndrom) und verschiedene Arten unklarer Schmerzen (z. B. chronische nicht-spezifische Rücken-, Gesichts-, oder myofasziale Schmerzen).**

Nicht zu den Somatisierungsstörungen gehören hingegen körperliche Beschwerden bei klar definierten organischen Erkrankungen, bei denen der „körperliche“ Pathomechanismus nicht eindeutig geklärt ist.

## **Perspektive PATIENTEN**

Wie muss die medizinische Behandlung und Versorgung umgestaltet werden, um Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen gezielter und schneller behandeln zu können?

### **Die Patientinnen und Patienten stärken.**

**Wir müssen präventiv stark werden und Resilienzkonzepte fördern, den Zugang zu fachärztlicher Versorgung beschleunigen und vor Pathologisierung schützen.**

Der Zugang zur fachärztlichen Versorgung mit ausreichend Zeit für eine Zuwendung beim Ersttermin und Behandlung durch einen Facharzt im wohnortnahen Umfeld ist essenziell zur Graduierung von Krankheitswert und Vermeidung von Chronifizierung sowie Förderung von Teilhabe. Die Förderung von Resilienzkonzepten als Teil der Prävention, der Schutz vor Pathologisierung und die Entstigmatisierung ermöglichen in der Folge einen nach Schweregrad bedarfsgerechten Zugang zum Gesundheitssystem.

Anteil der Allgemeinpopulation, die über mindestens eine medizinisch nicht hinreichend erklärte Beschwerdesymptomatik (MUS) in der vergangenen Woche, die mit erheblicher Beeinträchtigung verbunden ist, berichtete: **22%**

Bei denjenigen, die mindestens ein ernsthaft beeinträchtigendes Symptom haben, war die mittlere Zahl von Beschwerden > 20 [1]. Ein **Allgemeinarzt** mit 40 Patientinnen und Patienten am Tag sieht **durchschnittlich jede Stunde zwei Patientinnen und Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden** [6]. In bestimmten Altersklassen und bei Frauen sind Somatisierungsstörungen / MUS häufiger [2].

**Somatisierung stellt ein Risiko für die nachfolgende Ausbildung von Angststörungen und Depression dar [3].**

## **Perspektive GESELLSCHAFT**

Wie kann die neuropsychiatrische Versorgung sichergestellt werden, um die Zahl an chronisch Erkrankten, arbeitsunfähigen Personen mit reduzierter gesellschaftlicher Teilhabe nicht weiter zu erhöhen bzw. zu reduzieren?

### **Die Resilienz der Gesellschaft erhöhen.**

**Wir müssen die Versorgung optimieren und einen schnelleren Zugang für die Behandlung der Betroffenen von neuropsychiatrischen Erkrankungen schaffen.**

Zur Sicherstellung der neuropsychiatrischen Versorgung und Reduzierung der Zahl chronisch Erkrankter mit eingeschränkter gesellschaftlicher Teilhabe ist es entscheidend, die Resilienz der Gesellschaft zu stärken. Dies kann durch gezielte Präventionsmaßnahmen und Aufklärung über psychische Gesundheit erfolgen, um die Entstehung von Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und zu verhindern.

## Ärztliche Handlungsstrategien zur Aufrechterhaltung der Versorgung

Korrekte Diagnostik im Erstkontakt ist herausfordernd, da somatische Erkrankung nicht übersehen werden darf [10,11]. Eine gleichzeitige, wohlüberlegte und **sorgfältige Befragung** und **biomedizinische und psychosoziale Diagnostik** spart Zeit und Ressourcen und beeinflusst den Verlauf positiv [12,13]

Die oftmals unternommene extensive (technische) Diagnostik auch hinsichtlich schwerwiegender, aber unwahrscheinlicher Krankheiten trägt wenig dazu bei, Patientinnen und Patienten Sicherheit zu vermitteln, ihre Angst zu reduzieren, Symptome zu lindern oder die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zu mindern [14]

**Beruhigend und motivierend dargebrachte Inhalte mit positiven, entkatastrophisierenden Formulierungen bessern Beschwerden nachhaltig [15,16]**

## Psychotherapie ist nicht genug

Psychotherapie ist für die meisten funktionellen Körperbeschwerden wirksamer als peripher ansetzende therapeutische Maßnahmen, jedoch sind diese Behandlungen nicht immer ausreichend auf die Bedürfnisse der Patienten zugeschnitten [17]. Psychotherapie ist hilfreich in Ergänzung zu

einer **Facharztkompetenz** [17]. Somatisierungsstörungen benötigen multimodale Behandlung, die unter koordinativer Leitung eines Facharztes eingesetzt wird (u.a. Krankengymnastik, Physiotherapie, Entspannungstherapie, Biofeedback, konzentrierte Bewegungstherapie, Gesundheitstraining, Musiktherapie, Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion) [18,19,20].

**Hauptansprechpartner für Patienten ist der koordinierende psychosomatische Facharzt („Gatekeeper-Funktion“), der psychotherapeutische, pharmakologische, sozialmedizinische und somatomedizinische Kompetenz vereint [21]**

Somatisierungsstörungen benötigen **multimodale Behandlung**, die unter koordinativer Leitung von Fachärztinnen und Fachärzten eingesetzt wird (u.a. Krankengymnastik, Physiotherapie, Entspannungstherapie, Biofeedback, konzentrierte Bewegungstherapie, Gesundheitstraining, Musiktherapie, Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion) [18,19,20]

Hauptansprechpartner für Patienten ist der **koordinierende psychosomatische Facharzt** („Gatekeeper-Funktion“), der psychotherapeutische, pharmakologische, sozialmedizinische und somatomedizinische Kompetenz vereint [21]

## **Perspektive RESSOURCEN**

Wie kann die medizinische und pflegerische Nachwuchsgewinnung nachhaltig gefördert werden?

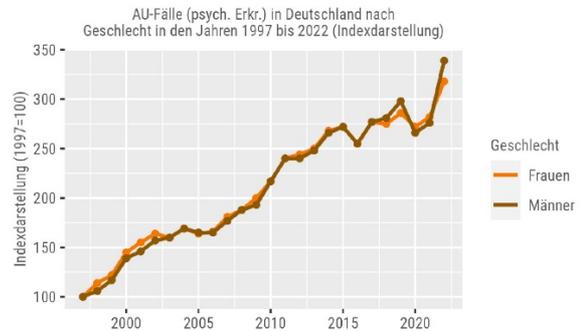
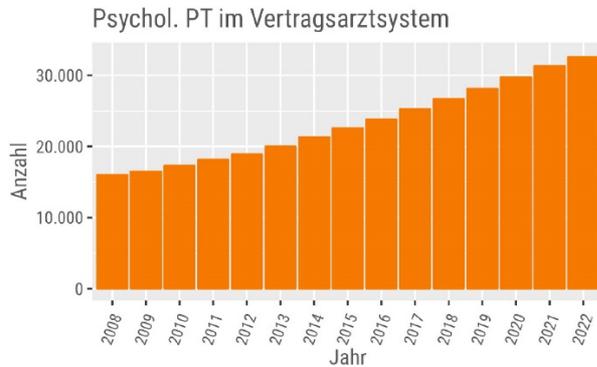
### **Neue Ressourcen schaffen und sichern.**

**Wir müssen dem Fachkräftemangel im medizinischen und pflegerischen Bereich entgegenwirken, indem wir die Arbeitsbedingungen attraktiver gestalten und eine faire Entlohnung ermöglichen**

Wertschätzung im Umgang mit ärztlichem und nichtärztlichem Personal und damit Nachwuchsgewinnung.

## Ist-Situation: Psychologische Psychotherapie

Die Zahl psychologischer Psychotherapeut:innen wächst ungebremst von Jahr zu Jahr, ohne dass dies zu einer Verminderung der Krankheitslast führt [22,23]

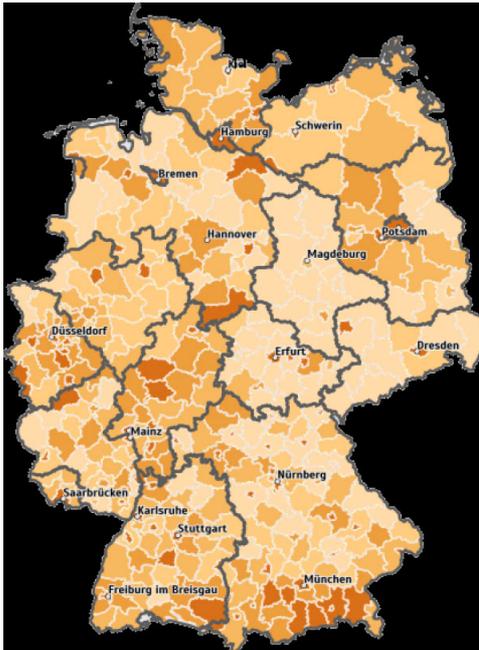


## Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

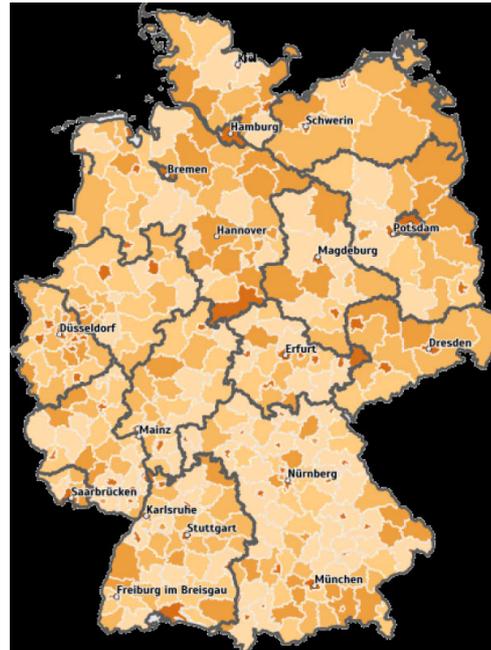
Die Zahl der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin stagniert seit Jahren, die der Psychiaterinnen und Psychiater steigt an, bleibt aber in Niveau und Wachstumsrate hinter den psychologischen Psychotherapeuten zurück [24]



Die ärztliche Kompetenz zur Behandlung von Somatisierungsstörungen ist **geografisch** sehr **ungleich verteilt**. Ballungsregionen sind überwiegend gut versorgt, ländliche und „weniger attraktive“ Regionen in Ost und West großenteils eklatant minder versorgt [25]



Räumliche Verteilung: Ärztliche  
Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie



Räumliche Verteilung:  
Nervenheilkunde

### Die Honorarsituation in der psychosomatischen Medizin

Die kommunikative und koordinative Kompetenz der psychosomatischen Mediziner ist unangemessen gering honoriert. 50 Minuten psychosomatisches fachärztliche Intervention (5 x EBM 22221) erbringen in der vertragsärztlichen Praxis nominell ein Honorar von €88,50, was sich durch Budget bedingte Abstufung deutlich verringern kann: Bei einer 85%igen Auszahlung resultieren nur noch €75,23 [26]. Unangemessen ist dies auch angesichts der beträchtlich höheren Honorierung der weniger komplexen psychotherapeutischen Leistung, die für 50 Min. ein Honorar von €108,14 erbringt, das zudem noch ohne Abstufung ausgezahlt wird [27].

Die **Honorierung** fachärztlicher psychosomatisch-medizinischer Leistungen liegt damit im Bereich der Stundensätze für Dachdecker, Elektriker und deutlich unterhalb dessen, was beispielsweise als Stundensatz für die industrielle Herstellung von Aluminium-Drehteilen berechnet wird [28,29].

Für das Einkommen aus 8 Std. fachärztlicher Tätigkeit in der vertragsärztlichen Praxis muss der psychotherapeutische Richtlinienbehandler nur 6,5 Std. arbeiten. Der arbeitstägliche Verlust von 1,5h Lebenszeit macht es unattraktiv, sich um die komplex behandelungsbedürftigen somatisierungsgestörten und psychosomatisch Kranken ärztlich zu bemühen.

**Konsequenz:** Somatisch Kranke, die an den Folgen ihrer Erkrankung seelisch und sozial leiden, Kranke mit somatoformer Störung und an Somatisierungsstörungen Erkrankte werden nicht hinreichend versorgt und nicht hinreichend diagnostiziert [30].

Qualitätsvolle fachärztliche psychosomatisch-medizinische Behandlung ist nicht zum **Billigtarif** zu haben. Eine Gesundheitspolitik, die Minimalhonorare für ausreichend hält, bürdet der Gesellschaft Kosten durch **Produktivitätsausfälle, Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frühberentungen** auf.

## Perspektive KOSTEN

Wie können eine bessere Entlohnung und faire Arbeitsbedingungen geschaffen werden, um eine optimale medizinische Versorgung zu gewährleisten?

### Die finanzielle Versorgung optimieren.

**Wir müssen sicherstellen, dass ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, um ein Arbeitsumfeld zu schaffen, in dem Patientinnen und Patienten bestmöglich medizinisch versorgt und betreut werden können.**

Das Fundament der vertragsärztlichen Versorgung ist die Bereitstellung ausreichender finanzieller Mittel. Nur durch adäquate und an aktuelle Umstände angepasste Bezahlung können Arbeitsbedingungen geschaffen werden, in den Patienten nach aktuellem Stand der Wissenschaft versorgt werden können.

### Somatisierungsstörungen ziehen hohe Kosten nach sich.

Über einen 6-Monatszeitraum betragen die direkten zusätzlichen Kosten von MUS durchschnittlich ca. 1100 €, die indirekten zusätzlichen Kosten betragen ca. 7600 €. Im Fall schwer beeinträchtigender MUS betragen die direkten Kosten sogar ca. 1490 €, die indirekten Kosten ca. 10300 € in sechs Monaten. [7]. In der internationalen wissenschaftlichen Literatur werden zusätzliche direkte Kosten pro Jahr zwischen 432 \$ und 5354 \$ (USD in Preisen von 2006) berichtet [8].

Gezielte hausärztliche Interventionen erbringen eine **Kostensparnis** besonders dann, wenn durch den Hausarzt **fachärztliche Konsultation** in Anspruch genommen wird [8], zeigt eine systematische Review aus 2012. Es konnte ebenso gezeigt werden: Interventionen bei MUS und Somatisierung sind kosteneffizient (ICER: „incremental cost effectiveness ratio“) [9].

## Kosteneffizienz psychosomatischer Medizin

Die **cost-efficiency** von psychosomatischer Krankenhausbehandlung (im angloamerikanischen Sprachraum: C/L-psychiatry) ist unzureichend erforscht, ein systematisches Review konnte lediglich zwei ältere Studien von geringer methodischer Qualität zu dieser Frage ermitteln [31].

Psychotherapeutische Behandlung senkt bei Pat. mit somatoformen Störungen und Somatisierungsstörung in einem 2-Jahres-Zeitraum die Kosten für ambulante medizinische Versorgung um ca. 25% und für stationäre Behandlung um mehr als 60% [32]. Bei high-utilizern fand sich für einen 2-Jahres-Zeitraum eine Kostenersparnis von mehr als € 32000 [32].

Bei Krebspatienten, die zusätzlich depressiv erkrankt waren, konnte die **Kosteneffizienz** einer komplexen Intervention („collaborative care“, entspricht in etwa der psychosomatischen Intervention) nachgewiesen werden [33].

## Perspektive POTENTIALE

Wie können die medizinische Qualität und die Versorgung nachhaltig erhöht, gleichzeitig bürokratische Hürden abgebaut und das Arzt-Patienten-Verhältnis verbessert werden?

### Die Potentiale erkennen und ausbauen.

Wir müssen qualifizierte Mediziner stärker in die ambulante Versorgung einbinden, um durch schrittweise Ambulantisierung Patientinnen und Patienten direkt und gezielt behandeln zu können.

**Die umfassende biopsychosoziale Herangehensweise der Psychosomatischen Medizin vermittelt Patientinnen und Patienten Kompetenz im Umgang mit dem eigenen Körper und stärkt ihre Selbstwirksamkeit und Resilienz und damit ihre Teilhabe.**

**Fachärztliche Psychosomatische Medizin** kann chronisch und komplex Erkrankten mit Somatisierungsstörungen und psychosomatischen Krankheiten **umfassende Hilfe** geben mit Psychotherapie, Bewegung, Entspannung, achtsamkeitsbasierten Verfahren, Ernährungstherapie, Pharmakotherapie, sozialer Unterstützung und ärztlicher Begleitung bei notwendigen Lebensstiländerungen.

**Psychosomatische** Fachabteilungen an **Allgemeinkrankenhäusern** können dazu beitragen, dass bei funktionellen Störungen und Somatisierungsstörungen wiederholte stationäre Aufnahmen (bspw. zur diagnostischen Abklärung von Bauch- oder Thoraxbeschwerden) nicht

mehr nötig werden und die stationäre Gesamtaufenthaltsdauer sich verkürzt [34,35,36,37,38]

### Was ist zu tun? Was ist gefordert?

Psychosomatische **Krankenhausabteilungen** müssen sich mehr auf somatisch komorbide und somatisierende Pat. ausrichten – ängstliche und depressive Pat. können in psychotherapeutischen Abteilungen psychiatrischer Einrichtungen behandelt werden.

Dazu muss die **gemeinsame Beplanung von Psychiatrie und Psychosomatik** in den Landeskrankenhausplänen unterbleiben – gemeinsame Beplanung dient lediglich den Interessen der Träger von traditionsverbundenen psychiatrischen Landeskliniken, aber nicht den Patientinnen und Patienten.

Die ambulante Versorgung muss in ländlichen Regionen dadurch gestärkt werden, dass mehr fachärztliche psychosomatische Medizin statt bisheriger ausschließlich psychotherapeutischer Versorgung stattfindet – dazu bedarf es der Förderung psychosomatisch-medizinischer „**Versorgungspraxen**“ aus Landesmitteln (vergleichbar „Ziel und Zukunft“ in BW oder „Hausarztaktionsprogramm“ in NRW) und KV-Mitteln (vergleichbar „Region sucht Arzt“ in BY).

Die FÄ für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie benötigen eine eigenständige **Bedarfsplanung** und dürfen nicht länger unter die Gesamtgruppe der „Psychotherapeuten“ subsumiert werden – hier müssen sich **Bundesgesetzgebung** (§ 101(4) SGB 5) und der G-BA (§12(2, Punkt 7) und §18(2) der Bedarfsplanungs-RL) bewegen.

In GO(Ä) und EBM müssen die fachärztlichen Leistungen abgebildet werden und adäquat honoriert werden – dies betrifft u.a. die GOPs 22222 und 22221 des EBM und neu zu schaffende **Gebührenordnungspositionen**, bspw. für eine allgemeinmedizinisch-internistische Untersuchung und die **Aufnahme von Kostenpauschalen** (Kapitel 40) für psychometrische Testmaterialien.

## QUELLEN

- [1] Hiller, W., Rief, W., & Brähler, E. (2006). Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41, 704-712.
- [2] Hilderink, P. H., Collard, R., Rosmalen, J. G. M., & Voshhaar, R. O. (2013). Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: a systematic review. *Ageing research reviews*, 12(1), 151-156.
- [3] Dijkstra-Kersten, S. M., Sitnikova, K., van Marwijk, H. W., Gerrits, M. M., van der Wouden, J. C., Penninx, B. W., ... & Leone, S. S. (2015). Somatisation as a risk factor for incident depression and anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(6), 614-619.
- [4] De Waal, M. W. M., Arnold, I. A., Eekhof, J. A., & Van Hemert, A. M. (2004). Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 184(6), 470-476.
- [5] Maiden, N. L., Hurst, N. P., Lochhead, A., Carson, A. J., & Sharpe, M. (2003). Medically unexplained symptoms in patients referred to a specialist rheumatology service: prevalence and associations. *Rheumatology*, 42(1), 108-112.
- [6] Nimnuan, C., Hotopf, M., & Wessely, S. (2001). Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *Journal of psychosomatic research*, 51(1), 361-367.
- [7] Konnopka, A., Kaufmann, C., König, H. H., Heider, D., Wild, B., Szecsenyi, J., ... & Schaefer, R. (2013). Association of costs with somatic symptom severity in patients with medically unexplained symptoms. *Journal of psychosomatic research*, 75(4), 370-375.
- [8] Konnopka, A., Schaefer, R., Heinrich, S., Kaufmann, C., Lippa, M., Herzog, W., & König, H. H. (2012). Economics of medically unexplained symptoms: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*, 81(5), 265-275.
- [9] Wortman, M. S., Lokkerbol, J., van der Wouden, J. C., Visser, B., van der Horst, H. E., & Olde Hartman, T. C. (2018). Cost-effectiveness of interventions for medically unexplained symptoms: A systematic review. *PloS one*, 13(10), e0205278.
- [10] Rask, M. T., Carlsen, A. H., Budtz-Lilly, A., & Rosendal, M. (2016). Multiple somatic symptoms in primary care patients: a cross-sectional study of consultation content, clinical management strategy and burden of encounter. *BMC Family Practice*, 17, 1-8.
- [11] Eikelboom, E. M., Tak, L. M., Roest, A. M., & Rosmalen, J. G. M. (2016). A systematic review and meta-analysis of the percentage of revised diagnoses in functional somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 88, 60-67.
- [12] Kroenke K. (2014). A practical and evidence-based approach to common symptoms: a narrative review. *Annals of internal medicine*, 161(8), 579-586.
- [13] Cassel, C. K., & Guest, J. A. (2012). Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA*, 307(17), 1801-1802.
- [14] Rolfe, A., & Burton, C. (2013). Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 173(6), 407-416.
- [15] Hicks, K., Cocks, K., Corbacho Martin, B., Elton, P., MacNab, A., Colecliff, W., & Furze, G. (2014). An intervention to reassure patients about test results in rapid access chest pain clinic: a pilot randomised controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders*, 14(1), 1-10.
- [16] Greville-Harris, M., & Dieppe, P. (2015). Bad is more powerful than good: the nocebo response in medical consultations. *The American Journal of Medicine*, 128(2), 126-129.
- [17] Roenneberg C, Hausteiner-Wiehle C, Schaefer R, Sattel H, Henningsen P. (Redaktion). S3-Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“. 2018. [www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-001.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-001.html) (letzter Zugriff 24.07.2023)

- [18] Arnold, B., Häuser, W., Arnold, M., Bernateck, M., Bernardy, K., Brückle, W., ... & Offenbächer, M. (2012). Multicomponent therapy of fibromyalgia syndrome: systematic review, meta-analysis and guideline. *Der Schmerz*, 26, 287-290.
- [19] Mesrian, A., Neubauer, E., Pirron, P., & Schiltenwolf, M. (2005). Multimodale Schmerztherapie bei chronischen und chronifizierenden Rückenschmerzen. *Manuelle Medizin*, 2(43), 85-92.
- [20] Pflingsten, M., Hildebrandt, J., Leibing, E., Franz, C., & Saur, P. (1997). Effectiveness of a multimodal treatment program for chronic low-back pain. *Pain*, 73(1), 77-85.
- [21] Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P. Kein Befund und trotzdem krank? 2015; Stuttgart, Schattauer.
- [22] Quelle: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php> (Zugriff am 26.07.2022), Grafik: N. Hartkamp
- [23] Quelle: DAK, Statista, eig. Berechnung, Grafik: N. Hartkamp
- [24] Quelle: BÄK, Grafik: N. Hartkamp
- [25] Quelle: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php> Grafik: N. Hartkamp
- [26] [https://www.kbv.de/tools/ebm/html/22221\\_2903580981918004986432.html](https://www.kbv.de/tools/ebm/html/22221_2903580981918004986432.html)
- [27] [https://www.kbv.de/tools/ebm/html/35401\\_2904109499934273547296.html](https://www.kbv.de/tools/ebm/html/35401_2904109499934273547296.html)
- [28] <https://www.streit-software.de/wissen/stundenlohn-handwerker>
- [29] <https://www.aluservice.de/ratgeber/aluminium/wie-viel-kostet-das-drehen-von-aluminium/>
- [30] Palmowski, B. (2007). Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der ambulanten Versorgung. *Ärztliche Psychotherapie*, 2(1), 46-49.
- [31] de Araujo Andreoli, P. B., de Albuquerque Citero, V., & de Jesus Mari, J. (2003). A systematic review of studies of the cost-effectiveness of mental health consultation-liaison interventions in general hospitals. *Psychosomatics*, 44(6), 499-507.
- [32] Hiller, W., Fichter, M. M., & Rief, W. (2003). A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. *Journal of psychosomatic research*, 54(4), 369-380.
- [33] Duarte, A., Walker, J., Walker, S., Richardson, G., Hansen, C. H., Martin, P., ... & Sharpe, M. (2015). Cost-effectiveness of integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer. *Journal of psychosomatic research*, 79(6), 465-470.
- [34] van Schijndel, M. A., van Wijngaarden, J. D., & van de Klundert, J. J. (2022). Organization and outcomes of integrated inpatient medical and psychiatric care units: a systematic review. *Psychiatric Services*, 73(1), 64-76.
- [35] van Schijndel, M. A., Jansen, L. A., & van de Klundert, J. J. (2019). Empirical types of medical psychiatry units. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88(2), 127-128.
- [36] Hussain, M., & Seitz, D. (2014). Integrated models of care for medical inpatients with psychiatric disorders: a systematic review. *Psychosomatics*, 55(4), 315-325.
- [37] Kathol, R. G., & Clarke, D. (2005). Rethinking the place of the psyche in health: toward the integration of health care systems. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(9), 816-825.
- [38] Hansen, M. S., Fink, P., Frydenberg, M., Oxhøj, M. L., Søndergaard, L., & Munk-Jørgensen, P. (2001). Mental disorders among internal medical inpatients: prevalence, detection, and treatment status. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(4), 199-204.



#kopfsache ist eine Initiative der fachärztlichen Berufsverbände auf dem Gebiet der ZNS-Versorgung Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, ärztliche Psychotherapie sowie der neurologischen Fachgesellschaft DGN mit dem Ziel: Schwachstellen, Missstände und Handlungsbedarf im Gesundheitssystem zu identifizieren, um die fachärztliche Versorgung in Deutschland nachhaltig zu gewährleisten

### Ohne Hirn ist alles nichts.

Aus wissenschaftlicher Sicht ist das **Gehirn** ein essentieller Bestandteil des menschlichen Körpers, der für die **Verarbeitung von Informationen und die Steuerung der Körperfunktionen** verantwortlich ist. Das Gehirn besteht aus Milliarden von Neuronen, die elektrische Signale erzeugen und miteinander kommunizieren. Diese neuronale Aktivität ist eng mit der Wahrnehmung, dem Denken, dem Gedächtnis, den Emotionen und anderen Aspekten der Psyche verbunden.

### Psyche gut, alles gut.

Die **Psyche** umfasst die **Gesamtheit der geistigen Prozesse und psychischen Funktionen eines Individuums, einschließlich des Bewusstseins, der Wahrnehmung, der Emotionen, des Denkens und des Verhaltens**. Viele Aspekte der Psyche werden durch die Aktivität des Gehirns ermöglicht, und es gibt starke Hinweise darauf, dass psychische

Erkrankungen mit Veränderungen in der Gehirnfunktion einhergehen können.

Fakt ist, dass das Gehirn und die Psyche eng miteinander verbunden sind und eine wichtige Rolle für das Funktionieren des menschlichen Individuums spielen. **Ohne ein funktionierendes Gehirn wären viele Aspekte der Psyche, wie Wahrnehmung, Denken und Emotionen, beeinträchtigt oder unmöglich.**

Ergo: **Nichts geht ohne Hirn und Psyche!**

Eine Initiative von:

