TOP 13

27. Deutscher Psychotherapeutentag
14. November 2015 in Stuttgart

Psychotherapeutische Mitbehandlung körperlicher Krankheiten: Geeignete Weiterbildungsgänge

Bericht der Kommission Zusatzqualifizierung

Inhaltsverzeichnis

1 Auftrag 3

2 Bearbeitung 3

3 Ergebnis 5

4 Ausgewählte Bereiche: Begründungen und Anforderungen 9

4.1 Palliativpsychotherapie 9

4.2 Psychotherapie bei Diabetes 18

4.3 Psychotherapie bei kardiologischen Erkrankungen 30

4.4 Psychotherapie bei onkologischen Erkrankungen 38

4.5 Schmerzpsychotherapie 45

5 Anlagen 54

5.1 Statement des Ausschusses PTI der BPtK zum Thema „Zusatzqualifizierung“ 54

5.2 Weitere Quellen zu den ausgewählten Bereichen 56

1 Auftrag

Der 21. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) hat der Kommission Zusatzqualifizierung am 10. November 2012 folgenden Auftrag erteilt:

> *Die Kommission Zusatzqualifizierung wird beauftragt, durch geeignete Verfahren, insbesondere anhand von Leitlinien und empirischen Daten, diejenigen Bereiche zu identifizieren, die sich für Weiterbildungsgänge zur Erlangung einer Zusatzbezeichnung (zusätzlich zur Fachkunde im Verfahren) für die psychotherapeutische Mitbehandlung körperlicher Krankheiten eignen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Weiterbildungsinhalte nicht schon Inhalte der Ausbildung sind.*
> *Es soll beschrieben und dargelegt werden, ob und weshalb sie aus fachlicher, versorgungsbezogener und gesundheitspolitischer Sicht als Weiterbildungsgänge sinnvoll sein können. Die qualitativen und zeitlichen Anforderungen sollen dargestellt werden. Dabei sollte insbesondere beachtet werden, wie diese Weiterbildungsgänge in Verbindung mit der Berufstätigkeit zu angemessenen Bedingungen absolviert werden können.*
> *Die Prüfung soll sich sowohl auf die Behandlung von Erwachsenen als auch auf die von Kindern und Jugendlichen beziehen unter Einbeziehung der Expertise des PTI-Ausschusses.*

2 Bearbeitung

Auf der Basis der in dem Auftrag formulierten Vorgaben hat die Kommission folgende Kriterien für ihren Auswahlprozess bestimmt:

- Prävalenz der somatischen Erkrankung
- Häufigkeit psychischer Komorbiditäten
- Existenz von Leitlinien
  (die psychotherapeutische Interventionen enthalten)
- Existenz von Curricula
- Versorgungssituation
- Klinische Relevanz
- Entwicklungspotenzial

Mittels dieser Auswahlkriterien hat sie die folgenden medizinischen Behandlungsfelder überprüft und die entsprechende Literatur gesichtet:

1. Erwachsene

- Adipositas
- Asthma bronchiale/COPD
- Dermatologische Erkrankungen
- Diabetologie
- Gastrointestinale Erkrankungen
- Kardiologie
- Neurologische Erkrankungen
- Onkologie
- Organtransplantation
- Orthopädische Beeinträchtigungen
- Palliativversorgung
- Schmerzpsychotherapie
- Tinnitus
- Zahn, Mund und Kiefer
- Andere lebenszeitlimitierende Erkrankungen

2. Kinder und Jugendliche

- Adipositas
- Asthma bronchiale
- Diabetologie
- Mukoviszidose
- Neurodermitis
- Onkologie
- Palliativversorgung
- Andere lebenszeitlimitierende Erkrankungen

3 Ergebnis

Die Kommission identifizierte fünf Bereiche, die sich für Weiterbildungsgänge zur Erlangung einer Zusatzbezeichnung eignen:

- Palliativpsychotherapie
- Psychotherapie bei Diabetes
- Psychotherapie bei kardiologischen Erkrankungen
- Psychotherapie bei onkologischen Erkrankungen
- Schmerzpsychotherapie

In Bezug auf die Spezifika im Kindes- und Jugendalter stellt die Kommission fest, dass die ausgewählten Bereiche keine spezifischen eigenen Qualifikationen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen rechtfertigen, die in einem gesondert definierten Weiterbildungsbereich zu regeln wären. Dafür erscheinen die Fallzahlen zu gering sowie der strukturelle Aufwand an den entsprechenden Weiterbildungsstätten zu hoch. Als sinnvoll wird erachtet, bei einzelnen Bereichen spezielle Module für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu implementieren.

Weiterbildungen in den Bereichen Psychoonkologie und Palliativversorgung könnten aufgrund ihres großen gemeinsamen Überschneidungsbereiches in einem Common Trunk verbunden werden. Erwogen wurde auch, ob darüber hinaus ein allgemeiner Weiterbildungsgang zur Psychotherapie körperlicher Erkrankungen begründbar wäre, durch den insbesondere alle körperlichen Erkrankungen und medizinischen Behandlungsfelder (wie z. B. Organtransplantation) abzudecken wären, die sich aufgrund eher geringer Prävalenz oder geringer Spezifität nicht für einen eigenen Weiterbildungsgang eignen. Die Kommission kam jedoch zu dem Ergebnis, dass sowohl für die allgemeine, unspezifische Aufgabenstellung der psychotherapeutischen Mitbehandlung körperlicher Erkrankungen als auch für die Summe der nicht ausgewählten medizinischen Behandlungsfelder nicht in ausreichendem Umfang spezifische psychotherapeutische Weiterbildungsinhalte, die noch nicht in der Ausbildung vermittelt wurden, identifizierbar sind, um einen solchen psychotherapeutischen Weiterbildungsgang zu rechtfertigen.

Es ließe sich auch erwägen, die fünf identifizierten Bereiche, für die nach Ansicht der Kommission hinreichend spezifische psychotherapeutische Weiterbildungsinhalte bestimmbar sind, einem allgemeinen Weiterbildungsgang zu subsummieren, der alle Indikationsfelder psychotherapeutischer Mitbehandlung bei körperlichen Erkrankungen in unterschiedlicher Spezifität abzudecken hätte, möglicherweise mit Schwerpunktsetzungen und Binnendifferenzierungen. Nach Ansicht der Kommission und vieler Kolleginnen und Kollegen, die in den identifizierten fünf Bereichen psychotherapeutisch tätig sind, würden die spezifischen psychotherapeutischen Weiterentwicklungen in diesen Behandlungsfeldern in einem solchen allgemeinen Weiterbildungsgang nicht ausreichend abgebildet und in ihrer Außenwirkung nicht ausreichend erkennbar werden. Hinzu kommt, dass von einem Abschluss in einem solchen allgemeinen Weiterbildungsgang in angemessener Weise zu fordern wäre, dass nicht nur die theoretische, sondern auch die praktische Weiterbildung mehrere relevante medizinische Behandlungsfelder berücksichtigt, was den Umfang und die Dauer eines solchen Weiterbildungsganges erheblich ausweiten würde.

Für oder gegen die Einführung von Weiterbildungsgängen in den fünf identifizierten Bereichen sprechen zunächst selbstverständlich alle Argumente, die prinzipiell für oder gegen die Einführung psychotherapeutischer Weiterbildungsgänge sprechen. Die Kommission hat diese in ihrem Bericht für den 16. DPT zusammengestellt (vorgestellt auf dem 18. DPT am 13.05.2011)[1].

Für eine Einführung von Weiterbildungsgängen in den fünf identifizierten Bereichen wurden von vielen Kolleginnen und Kollegen, die in diesen Bereichen psychotherapeutisch tätig sind und die von der Kommission um Stellungnahmen gebeten wurden, folgende Argumente besonders hervorgehoben:

- Verbesserung der Versorgungsqualität in den ausgewählten Bereichen durch geregelte Spezialqualifikationen
- Bessere und höherwertigere Darstellbarkeit/Nachweisbarkeit spezieller Kompetenzen in den ausgewählten Behandlungsfeldern

[1] Eine entsprechende Abwägung, wann, unter welchen Bedingungen und evtl. mit welcher Priorisierung eine Aufnahme der für geeignet gehaltenen fünf Bereiche in die MWBO sinnvoll ist, wird in diesem Bericht nicht vorgenommen. Dieses war nicht Bestandteil des Auftrages.

- Höhere Attraktivität für Psychotherapeuten, sich in diesen Bereichen zusätzlich zu qualifizieren/spezialisieren
- Bessere Etablierung von Psychotherapie
  - in Leitlinien
  - in durch den Berufsstand entwickelten besonderen Versorgungsangeboten (Sonderbedarfszulassungen, Ermächtigungen, Selektivverträge)
  - in der Personalausstattung von Versorgungseinrichtungen
- Insgesamt: Zunahme der Bedeutung der Psychotherapie bei der Versorgung körperlicher Erkrankungen
- Bessere Transparenz für Patienten und Überweiser

In vielen Leitlinien zur Behandlung somatischer Erkrankungen sind psychotherapeutische Mitbehandlungen aufgenommen worden. Psychotherapie gewinnt in der somatischen Versorgung an Bedeutung.

Die Ergebnisse der Kommission befinden sich in Übereinstimmung mit der letzten Denkschrift zum medizinischen Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ (2013):

> „Die psychosomatische Forschung hat in den vergangenen Jahren die intensiven psychosomatischen und somatopsychischen Wechselwirkungen bei zahlreichen körperlichen Erkrankungen belegt. Psychosomatisch-psychotherapeutische Interventionen gehören zur evidenzbasierten Versorgung in zahlreichen Bereichen wie der Kardiologie, Diabetologie, Onkologie, Schmerztherapie etc.“ (Kruse et al., 2013, S. 108)[2]

Die zunehmende Bedeutung der Psychotherapie in der somatischen Versorgung ist in der Psychotherapeutenausbildung jedoch in der Regel noch nicht ausreichend abgebildet. In den beiden Gegenstandskatalogen für die schriftlichen Prüfungen nach dem Psychotherapeutengesetz werden entsprechende Kenntnisse nicht gefordert.

[2] Zum „psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem“ werden in der Denkschrift die drei „Versorgungssäulen“ der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und der Psychologischen Psychotherapeuten gezählt (Kruse, J., Beutel, M. E., Herzog, W. (2013): Quo vadis Psychosomatische Medizin und Psychotherapie? In: Herzog, W., Beutel, M. E., Kruse, J. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute. Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland. Stuttgart: Schattauer).
.

Im Folgenden wird die Auswahl der identifizierten Bereiche im Einzelnen begründet und dabei den differenzierten Anforderungen des Auftrages Folge zu leisten versucht. Die Vorgaben des Auftrages wurden in die folgende Gliederung übernommen:

a) Empirische Daten und Leitlinien
b) Abgrenzung zur Ausbildung
c) Versorgungsrelevante und gesundheitspolitische Aspekte
d) Qualitative und zeitliche Anforderungen

4 Ausgewählte Bereiche: Begründungen und Anforderungen

4.1 Palliativpsychotherapie

a) Empirische Daten und Leitlinien

In den „European Clinical Guidelines“ der „European Palliative Care Research Collaborative“ wird eine „high prevalence of depression in palliative care“ festgestellt: „Depression is common in palliative care.“ Weiterhin wird angegeben, dass Suizidalität in der Palliativmedizin ein regelmäßiges und häufiges Phänomen ist.

Epidemiologische Daten über psychische Störungen, speziell in der Palliativversorgung, liegen nur wenige vor. Eine Metaanalyse interviewbasierter Daten (vgl. Mitchell et al., 2011) kommt zu dem Ergebnis, dass ungefähr ein Drittel der Patienten in Palliativeinrichtungen an einer affektiven Störung leidet. Eine schwer depressive Episode wurde in 14 Prozent der Fälle, eine weniger schwere Episode in 10 Prozent der Fälle festgestellt. Bei 15 Prozent der Untersuchten lag eine Anpassungsstörung oder eine Angststörung vor. Psychische Erkrankungen werden in Palliativeinrichtungen sehr häufig (in ca. 50 % der Fälle) nicht erkannt oder nicht angemessen behandelt (Durkin et al., 2003).

Sehr viel umfangreichere Daten liegen über Prävalenzen psychischer Störungen speziell bei Krebspatienten vor. In Deutschland werden depressive Störungen (F32) durchschnittlich bei 6,0 Prozent der Krebspatienten festgestellt (adjustierte Punktprävalenz für deutsche Studien; international 8,2 %). Die diesbezügliche 12-Monats-Prävalenz der Depression wurde für Deutschland mit 8,0 Prozent berechnet (international 9,0 %), die Lebenszeitprävalenz mit 14,3 Prozent (international 22,4 %). Bei Mitberücksichtigung der Diagnose Dysthymie (F34.1) liegt die durchschnittliche Punktprävalenz in Deutschland bei Krebspatienten bei 10,8 Prozent (Vehling et al., 2012, S. 249–258.). Faller et al. (2013) kommen in einer umfangreichen Metaanalyse zu dem Ergebnis, dass bei 35 Prozent aller Krebspatienten allgemein signifikante emotionale Belastungen festzustellen sind.

Bei Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung stellten Miovic und Block (2007) folgende Prävalenzen (siehe Tabelle 1) fest:

Tabelle 1: Prävalenz psychischer Störungen bei Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung. In leeren Feldern fehlen gesicherte Prävalenzen

	Fortgeschrittene Erkrankung	Terminale Erkrankung	Angehörige
Anpassungsstörungen	14–35 %	11–16 %	4 %
Angststörungen	7–10 %	14 %	12 %
PTSD	2 %		4 %
Depressive Störungen	14–31 %	21 %	

Quelle: Miovic und Block (2007)

Auch zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen liegen belastbare empirische Daten bislang nur aus dem Bereich der Psychoonkologie vor: In der bisher umfangreichsten Metaanalyse über die Effekte psychosozialer Interventionen auf das Belastungserleben und die Lebensqualität bei Krebspatienten ergab sich eine kleine bis mittlere Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen auf Belastungserleben, Angst, Depression und gesundheitsbezogene Lebensqualität. Bei Patienten mit höherem Belastungserleben zeigten sich stärkere Effekte (Faller et al., 2013).

Einen systematischen Überblick über die Effekte psychotherapeutischer Behandlungen auf die Lebensqualität und die Symptombelastung bei unheilbaren Krebspatienten geben Akechi et al. (2008).

Eine Bestandsaufnahme der psychotherapeutischen Versorgung auf Palliativstationen in Deutschland (Vogel, 2011) ergab bei den Palliativstationen, bei denen ein(e) Psychotherapeut(in) tätig ist, einen Versorgungsschlüssel von durchschnittlich 23 Betten pro Vollzeitpsychotherapeut. Die Psychotherapeuten sahen sich zum großen Teil (59 %) gut bis sehr gut in die Stationsteams eingebunden.

Leitlinien

Als erste AWMF-Leitlinie zur Palliativversorgung erschien im Mai 2015 die S3-Leitlinie zur palliativmedizinischen Versorgung von erwachsenen Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, die unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) entstand. Die Leitlinie umfasst u. a. die Kapitel Depression, Kommunikation, Sterben und Tod und das Betreuungsteam sowie Abschieds- und Trauerbegleitung. Die Leitliniengruppe plant in einem zweiten Modul der S3-Leitlinie, acht weitere palliativmedizinische Themen zu behandeln, zu denen u. a. Angst und der Umgang mit dem Wunsch zu sterben gehören.

In der Leitlinie werden zwei Qualifikationsstufen unterschieden:

„1. Basisqualifikation: Basiswissen, -haltung und -fertigkeiten in der Palliativmedizin, die eine allgemeine Palliativversorgung (APV) ermöglichen:
Erlangt v. a. durch palliativmedizinische Inhalte in der Ausbildung und/oder durch Fort- und Weiterbildung, z. B. ein- oder mehrwöchige Kurse und/oder durch eine mehrjährige Berufserfahrung in der Betreuung von schwerstkranken und sterben- den Patienten (v. a. in der APV).

2. Spezialisierte Qualifikation: Spezialisierte palliativmedizinische Kenntnisse, Haltungen und Fertigkeiten mit praktischer Erfahrung, die eine spezialisierte Palliativversorgung (SPV) ermöglichen:
Erlangt durch eine mehrjährige Aus-, Fort- oder Weiterbildung in der SPV mit der Erlangung von theoretischem Wissen (z. B. durch Aufbaukurse) und einer mindestens einjährigen praktischen Tätigkeit in der SPV (Berufserfahrung in der SPV).“

Diese beiden Qualifikationsstufen werden jeweils für die allgemeine und für die spezialisierte Palliativversorgung gefordert.

Als konsensbasierte Empfehlung wird formuliert, dass „jeder an der allgemeinen Palliativversorgung eines Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung Beteiligte eine Basisqualifikation zur Palliativversorgung besitzen soll, die er in Ausbildung oder durch Fort- und Weiterbildungen erworben hat und regelmäßig aktualisiert“.

Die Empfehlungen zur allgemeinen Palliativversorgung (APV) basieren auf der Expertenmeinung der Leitliniengruppe, während die Empfehlung für die spezialisierte Palliativversorgung (SPV) evidenzbasiert ist (Empfehlungsgrad A, Level of evidence 1-): „Ein SPV-Kernteam soll aus Mitgliedern von mindestens drei Berufsgruppen (Arzt, Pflege, weitere Berufsgruppe) bestehen, von denen zumindest Arzt und Pflege die spezialisierte palliativmedizinische Qualifikation aufweisen.“ Für Ärzte wird die Einrichtung einer Weiterbildung zu einem Facharzt für Palliativmedizin angestrebt.

„Der Anteil der Patienten mit einer nicht heilbaren Erkrankung, die in ihrem Krankheitsverlauf eine komplexe Situation erfahren und spezialisierte Strukturen der Palliativversorgung (SPV) benötigen, kann für Deutschland derzeit nur geschätzt werden, da valide Zahlen fehlen. Die anfängliche Schätzung bei der Implementierung der Strukturen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ging von 10–15 % aller Patienten (onkologisch und nicht-onkologisch) aus und bei 20 % der Patienten mit einer Krebserkrankung im Terminalstadium, was sich aber in der Praxis als zu niedrig herausgestellt hat [9, 651, 708].“ (S. 190)

Bezüglich der Qualifikation von Leistungserbringern in der Palliativversorgung und der Zuordnung zu den unterschiedenen Qualifikationsstufen wird ein dringender Klärungsbedarf festgestellt. Unter den zusammengestellten Qualifikationen von Leistungserbringern in der Palliativversorgung werden unsere Berufsgruppen nicht aufgeführt. Auch das Fortbildungscurriculum der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) findet keine Erwähnung. Unsere Grundberufe werden unter „psychosoziale Berufsgruppen (z. B. Sozialarbeit, Psychologie, Supervision)“ subsummiert. Zu diesen wird festgestellt, dass in deren „Ausbildung keine Grundkenntnisse der Palliativmedizin/Palliativversorgung verpflichtend vermittelt“ werden. Erwähnt wird das Basiscurriculum „Palliative Care für Psychologen“ der Sektion Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und der Österreichischen Palliativgesellschaft.

International existiert eine spezifische Leitlinie zur Behandlung psychischer Störungen in der Palliativversorgung: „The Management of Depression in Palliative Care“ der European Palliative Care Research Collaborative.

b) Abgrenzung zur Ausbildung

Die Feststellung der S3-Leitlinie, dass in der Ausbildung unserer Grundberufe (Psychologie, Sozialpädagogik) „keine Grundkenntnisse der Palliativmedizin/Palliativversorgung verpflichtend vermittelt“ werden, muss auch für die Ausbildungen zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (KJP) festgestellt werden.

In der Befragung von Vogel (2011) gaben 34 Prozent der auf Palliativstationen tätigen befragten Psychotherapeuten an, sich durch ihre Psychotherapieausbildung gut auf ihre palliativ-psychotherapeutische Arbeit vorbereitet zu fühlen, 45 Prozent gaben hingegen an, dass ihre Psychotherapieausbildung sie nur mittelmäßig, schlecht oder gar nicht auf diese Tätigkeit vorbereitet habe.

c) Versorgungsrelevante und gesundheitspolitische Aspekte

Die S3-Leitlinie empfiehlt, dass Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und einer hohen Komplexität ihrer Situation eine spezialisierte Palliativversorgung erhalten sollen (S. 179). Die hierzu getroffenen Aussagen sind sehr wahrscheinlich auf alle nicht heilbaren schweren Erkrankungen mit terminalem Verlauf generalisierbar. So auch die Begründung für die obige Empfehlung: „Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und ihre Angehörigen haben unterschiedliche physische, psychische, soziale und spirituelle Bedürfnisse. (...). Die Bedürfnisse von Angehörigen der Patienten sind häufig hoch in Bezug auf psychische Belastung, praktische Unterstützung (...) sowie allgemeine Informationen und Informationen speziell über Schmerztherapie und Symptomkontrolle.“

Eine Beteiligung unserer Berufsgruppen an der SPV lässt sich aus den oben angegebenen speziellen Anforderungen durch psychische Belastungen bei Erkrankten und deren Angehörigen und die häufig aus diesen Belastungen resultierenden psychischen Störungen (siehe Prävalenzen) begründen. PPs und KJPs können qualifizierte Mitglieder der sogenannten SPV-Kernteams sein, sollten dafür aber – ebenso wie für Ärzte und Pflegekräfte gefordert – eine spezialisierte Qualifikation aufweisen, die zum einen

den besonderen Anforderungen der psychotherapeutischen Tätigkeit mit körperlich schwer erkrankten Menschen und deren Angehörigen, zum anderen einer intensiven Zusammenarbeit in einem hochqualifizierten, multidisziplinären Team gerecht wird. Psychotherapeuten kommt dabei auch die Aufgabe der Förderung und Unterstützung der Arbeitsfähigkeit des Teams zu. Diese Aufgabe umfasst:

„1. die aktive Begleitung des Teamentwicklungsprozesses,
2. die fachliche Unterstützung der Kollegen im Umgang mit schwierigen Arbeitssituationen und
3. die emotionale Unterstützung der Kollegen bei der Bewältigung von Belastungen."

(Basiscurriculum „Palliative Care für Psychologen" der Sektion Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin sowie der Österreichischen Palliativgesellschaft)

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hat in ihrer Stellungnahme vom 17.09.2015 zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) gefordert, neben den ärztlichen Leistungserbringern ausdrücklich auch die psychotherapeutischen Leistungserbringer zu nennen, wenn es um die Regelungsinhalte im Bundesmantelvertrag geht, und dabei auch Vorgaben zur Qualifikation der psychotherapeutischen Leistungserbringer vorzusehen (BPtK, 2015).

d) Qualitative und zeitliche Anforderungen

Eine Projektion qualitativer und zeitlicher Anforderungen lässt sich aus bestehenden Curricula ableiten.

Das Fortbildungscurriculum „Psychotherapie mit Palliativpatienten und deren Angehörigen" der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen umfasst 75 Fortbildungseinheiten, die sich auf 40 Fortbildungseinheiten (FE) – theoretische Fortbildung (vier Tage), 20 FE Selbststudium und 15 FE Falldokumentationen (mindestens drei) – verteilen. Das Curriculum enthält keine Supervisionen, keine Selbsterfahrung und keine

vorgeschriebene Tätigkeit auf Palliativstationen.

Sehr viel umfangreicher ist das Basiscurriculum „Palliative Care für Psychologen“ der Sektion Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin sowie der Österreichischen Palliativgesellschaft (Stand: August 2013, Version 2.1.0), das der Richtlinie der „Task Force on Education for Psychologists in Palliativ Care“ der European Association for Palliative Care (EAPC) (Jünger, 2011) entspricht und damit auch europäischen Standards genügt. Es umfasst insgesamt 120 FE, die sich aus 45 FE in Grundlagen, 40 FE zu Selbsterfahrung, Trauer, Selbstfürsorge und Spiritualität sowie 35 FE Interventionen zusammensetzt. Falls keine praktische Erfahrung im Palliativbereich vorliegt, sind zusätzlich 40 FE Hospitation auf einer Palliativstation unter Anleitung oder Supervision eines Psychologen vorgesehen. Weiterhin ist ein Fallbericht nach einer vorgegebenen inhaltlichen Struktur auszuarbeiten.

Grob geschätzt ließen sich etwa 90 der 120 FE dieses Basiscurriculums (ohne Berücksichtigung der zusätzlichen Hospitation) in einem Common Trunk mit einer Weiterqualifizierung in Psychoonkologie verschränken. Die spezifischen Bestandteile einer Zusatzqualifizierung in Palliativpsychotherapie sind insbesondere eine breitere Feldkompetenz, die auch Nicht-Tumorerkrankungen und Besonderheiten der „End of Life Care“ umfasst, eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Themenkomplex Tod und Sterben und eine praktische Weiterqualifizierung auf Palliativstationen.

Fazit

Sterbeprozesse sind für die Sterbenden, für ihre Angehörigen und für ihre Betreuer bedrückend und häufig auch beängstigend. Ein Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung, sowohl für viele Sterbende als auch für viele ihrer Angehörigen und Betreuer, ist unmittelbar evident, wird aber auch durch epidemiologische Daten belegt. In ihrer Ausbildung werden Psychotherapeuten nicht ausreichend auf die besonderen Gegebenheiten und Herausforderungen der Palliativversorgung vorbereitet. Eine spezifische Zusatzqualifizierung wird von der Mehrheit der in Palliativeinrichtungen tätigen Psychotherapeuten für erforderlich erachtet. Die in vorliegenden Curricula benannten

Inhalte einer spezifischen Zusatzqualifizierung können – gemeinsam mit einer angeleiteten Tätigkeit in einer Palliativeinrichtung – einen Weiterbildungsgang in Palliativpsychotherapie begründen.

Zitierte Literatur

Akechi, T. et al. (2008): Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008(2): 1–27.

Bundespsychotherapeutenkammer (2015): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) vom 17.09.2015.

Durkin, I., Kearney, M., O'Siorain, L. (2003): Psychiatric disorder in a palliative care unit, Palliative Medicine 003; 17: 212-218.

Faller, H. et al. (2013): Effects of Psycho-Oncologic Interventions on Emotional Distress and Quality of Life in Adult Patients with Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Clin. Oncol.*, 31.

Fegg, M. et al. (2008): Berufsbild für Psychologen in Palliative Care. Arbeitskreis Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Berufsbild_v12_Psychologen.pdf (30.01.2014).

Gramm, J. et al. (2013): Curriculum „Palliative Care für Psychologen" der Sektion Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG), unveröffentlicht.

Jünger, S., Payne, S. A. (2011): Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care. *European Journal of Palliative Care* 2011; 18, 5: 238-252.

Kruse, J., Beutel, M. E., Herzog, W. (2013): Quo vadis Psychosomatische Medizin und Psychotherapie? In: Herzog, W., Beutel, M. E., Kruse, J. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute. Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland. Stuttgart: Schattauer.

Miovic, M., Block, S.: Psychiatric Disorders in Advanced Cancer. Cancer, 2007; 110(8): 1665–1676.

Mitchell, A., Chan, M., Batti, H. et al. (2011): Prevalence of depression, anxiety and adjustment disorder in oncological, haematological and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, Volume 12, Issue 2, and February 2011, 160–174.

Rayner, L. et al. (2010): The Management of Depression in Palliative Care: European Clinical Guidelines. London: Department of Palliative Care, Policy & Rehabilitation (www.kcl.ac.uk/schools/medicine/depts/palliative) / European Palliative Care Research Collaborative (www.epcrc.org).

Vehling, S. et al. (2012): Prävalenz affektiver und Angststörungen bei Krebs: Systematischer Literaturreview und Metaanalyse. Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie. 62(7): 249–258.

Vogel, R. T. (2011): Psychotherapie auf Palliativstationen. Eine Bestandsaufnahme. *Psychotherapeut*, 56, 379–385.

4.2 Psychotherapie bei Diabetes

a) Empirische Daten und Leitlinien

In der DEG-Studie wird die Lebenszeitprävalenz eines bekannten Diabetes in der Bevölkerung (18–79 Jahre) mit 7,2 Prozent (4,6 Mio. Personen) angegeben. Die Prävalenz hat im Vergleich zum Bundesgesundheitssurvey 1998 um 38 Prozent zugenommen (5,2 % vs. 7,2 %), davon sind 14 Prozent durch die Alterung der Bevölkerung zu erklären. In Deutschland leben ca. 10.000–15.000 Kinder bis 14 Jahre mit einem Diabetes und 21.000–24.000 Kinder/Jugendliche bis 19 Jahre. Die Neuerkrankungsrate für 0–14-Jährige hat sich seit den frühen 1990er Jahren verdoppelt und liegt bei ca. 21 Prozent (Holterhus & Beyer, 2009).

Für die Therapie und langfristige Prognose des Diabetes mellitus sind somatische und psychosoziale Faktoren gleichermaßen wichtig. Bei der Diabetestherapie kommt dem Patienten selbst die entscheidende Rolle zu, da er die wesentlichen Therapiemaßnahmen des Diabetes in seinem persönlichen Alltag dauerhaft und eigenverantwortlich umsetzen muss. Die Prognose des Diabetes hängt zu einem großen Teil davon ab, inwieweit dies dem Betroffenen auf dem Hintergrund seines sozialen, kulturellen, familiären und beruflichen Umfeldes gelingt. Von Bedeutung sind folgende psychosoziale Faktoren:

- Erwerb von Wissen und Fertigkeiten zur Selbstbehandlung und deren Umsetzung im Alltag;
- emotionale und kognitive Akzeptanz des Diabetes;
- Bewältigung des Diabetes und seiner möglichen Konsequenzen in allen betroffenen Lebensbereichen und verschiedenen Krankheitsstadien (z. B. diabetesspezifische Belastungen, Akut- und Folgekomplikationen);
- Identifikation und Modifikation von Verhaltensweisen, die einer erfolgreichen Selbstbehandlung entgegenstehen;
- erfolgreicher Umgang mit Krisen und/oder Problemen im Zusammenhang mit der Erkrankung.

Bei Manifestation des Typs 1 Diabetes im Kindesalter obliegt die Behandlung im Kindesalter den Eltern, die häufig sehr belastet sind (erhöhte Rate von Depressionen, PTSD und Angststörungen bei Müttern). Große Probleme bei der Behandlung ergeben sich in der Pubertät, worunter sowohl die Jugendlichen (erhöhte Raten von Depressionen, Ängsten, Essstörungen) als auch die Eltern leiden (Holterhus & Beyer, 2009; Cameron et al., 2014).

Leitlinien

2013 erschien die S2-Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes“, erstellt und konsentiert von der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG), der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V., dem Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) und Diabetes und Psychologie e.V. (Kulzer et al., 2013). Hier sowie in der Praxisleitlinie „Psychosoziales“ der DDG sind alle relevanten empirischen Daten und Therapieempfehlungen nachzulesen. In den spezifischen Leitlinien zur Behandlung des Diabetes wird auf die Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes“ verwiesen. Des Weiteren gibt es eine S3-Leitlinie zu „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter“ mit Kapiteln zu psychosozialen Belastungen (Holterhus & Beyer, 2009). Daneben wird in der S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie von Essstörungen“ häufig und in unterschiedlichen Kontexten ein Bezug zu Diabetes hergestellt. Bezüge finden sich auch in der NVL „Unipolare Depression“, der S3-Leitlinie „Behandlung bipolarer Störungen“ und in der S3-Leitlinie „Schizophrenie“. Des Weiteren gibt es internationale Praxisleitlinien zum Kindes- und Jugendalter (Cameron et al., 2014) und zur Adoleszenz (Delamater et al., 2014).

b) Abgrenzung zur Ausbildung

In der Ausbildung zum Psychotherapeuten ist die Vermittlung von diabetologischen Grundkenntnissen oder psychotherapeutischen Interventionen bei Diabetespatienten nicht verpflichtend. Im Gegenstandskatalog des Instituts für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) wird Psychodiabetologie nicht erwähnt. Lediglich

in Aufzählungen zu Erkrankungen einzelner Organe bzw. Organsysteme werden Stoffwechselerkrankungen und auch Diabetes genannt.

c) Versorgungsrelevante und gesundheitspolitische Aspekte

Gesundheitsrelevant ist, dass ein schlecht eingestellter Diabetes ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Folgeerkrankungen darstellt. Es handelt sich insbesondere um Schädigungen der Nerven (Neuropathie: Schmerzen, Gefühllosigkeit), der Augen (Retinopathie: Schädigungen bis zur Blindheit), der Nieren (Nephropathie: Gefahr der Dialysepflichtigkeit). Eine „gute“ Blutzuckereinstellung über viele Jahre ist daher essenziell.

Depression und Diabetes: An Diabetes (Typ 1 und 2) erkrankte Menschen weisen gegenüber der Normalbevölkerung ein ca. um den Faktor 2 erhöhtes Risiko auf, an einer Depression zu erkranken (Punktprävalenz von ca. 10 % für im Interview diagnostizierte depressive Störungen (Expertenkonsens (EK) Ia; Ali et al., 2006; Barnard, Skinner & Peveler; 2006; Mezuk et al., 2008). Die Depression ist assoziiert mit einer erheblichen Reduktion der allgemeinen und diabetesspezifischen Lebensqualität und der Therapiezufriedenheit (EK Ia; Ali et al, 2010). Zudem geht die depressive Symptomatik bei Menschen mit Diabetes im Vergleich zu Diabeteserkrankten ohne depressive Symptomatik einher mit einer ungünstigeren Stoffwechseleinstellung (HbA1c) (EK III; Richardson, 2008) und einer geringeren Adhärenz mit therapeutischen Empfehlungen (EK IIb; Gonzalez et al, 2008). In einer Metaanalyse zeigte sich, dass kognitive Verhaltenstherapie sowie supportive Psychotherapie zu einem deutlichen Rückgang der depressiven Symptomatik bzw. zu erhöhten Remissionsraten sowie zu einer verbesserten diabetischen Stoffwechseleinstellung (kombinierte Effektstärke = –0,581) führen (EK Ia; van der Feltz-Cornelis et al.; 2010). Die Leitlinie empfiehlt, dass die Therapie einer Depression bei Menschen mit Diabetes nach Möglichkeit von Therapeuten mit psychodiabetologischen Kenntnissen durchgeführt werden sollte (EK IV), Empfehlungsgrad B. Kinder- und Jugendliche mit Diabetes leiden gehäuft unter affektiven Störungen. Bei Vorliegen einer solchen Störung sollen Kinder- und Jugendpsychiater bzw. Psychotherapeuten hinzugezogen werden. Die Behandlung soll mit dem Diabetesteam abgestimmt sein (EK III; Holterhus & Beyer, 2009), Empfehlungsgrad A (dies gilt auch bei anderen psychischen Störungen, insbesondere Essstörungen).

Angststörungen und Diabetes: Kontrollierte Studien zeigen eine etwa 20%ige Risikoerhöhung der Lebenszeitprävalenz für Angststörungen bei Patienten mit Diabetes (EK III; Li et al., 2008). Ängste vor diabetesbezogenen Komplikationen und vor Hypoglykämien stellen die stärksten krankheitsspezifischen Belastungen bei Menschen mit Diabetes dar. Diese können zu großen Problemen des Diabetesselbstmanagements führen (EK III; Snoek et al., 2000). Diabetespatienten mit einer zusätzlichen Angststörung weisen eine überdurchschnittliche Belastung, sowohl im Umgang mit dem Diabetes als auch in ihrer allgemeinen gesundheitsbezogenen Lebensqualität, auf (EK III; Kohen et al., 1998). Die Effektivität von Verhaltenstherapie bzw. eines Blutzucker-Wahrnehmungs-Trainings zur Reduktion von Hypoglykämieängsten (EK IIa; Fröhlich et al., 1992) bzw. der Angst vor Folgekomplikationen (EK IIb; Zettler et al., 1995) ist belegt. Die Therapie von Angststörungen bei Diabetes sollte nach Möglichkeit von Therapeuten mit psychodiabetologischen Kenntnissen durchgeführt werden (Expertenkonsens EK IV), Empfehlungsgrad B. Auch hier sind Eltern, insbesondere die junger Kinder, betroffen.

Essstörungen und Diabetes: Nach einer Metaanalyse ist die Prävalenz der Bulimia nervosa und der „nicht näher bezeichneten Essstörungen“ erhöht (EK Ib; Mannucci et al., 2005). Die Angaben zur mittleren Häufigkeit des Insulin-Purgings (absichtliches Weglassen des Insulins zum Zweck der Gewichtsreduktion) schwanken je nach Studie und Region zwischen 5,9 und 39,0 Prozent (EK III; Herpertz et al., 1998; Stancin, Link & Reuter, 1989). Die Prävalenz in einer Untersuchung von weiblichen Teenagern lag bei 14 Prozent (EK IIa; Jones et al., 2000), in einer anderen Studie wurde bei 26,1 Prozent der adoleszenten Patienten ein manipulatives Verhalten bei der Insulinbehandlung beobachtet (EK III; Grylli et al., 2004). In Untersuchungen mit erwachsenen Frauen berichteten 30 Prozent bzw. 34 Prozent über Insulindosismanipulationen zwecks Gewichtsregulation (EK IIa; Rydall et al., 1997, EK III; Goebel et al., 2002).
Im Vergleich zu nicht essgestörten Patienten ist die Stoffwechselkontrolle essgestörter Patienten mit Typ 1 Diabetes in der Mehrzahl der Studien signifikant schlechter (EK IIa; Fairburn et al., 1991; Peveler et al., 1992). Bei Patientinnen mit Typ 1 Diabetes geht eine Anorexia nervosa mit einem signifikanten Anstieg der Mortalität einher (EK IIb; Nielsen, Emborg & Molbak, 2002). Insulin-Purging geht ebenfalls mit einer erhöhten Mortalität einher (EK III; Goebel et al., 2008; Nielsen & Molbak, 1998). Entsprechend einer Metaanalyse ist von einem 3-fach erhöhten Risiko einer Retinopathie bei

Patienten mit Typ 1 Diabetes und Bulimia nervosa auszugehen (EK Ia; Nielsen & Molbak, 1998). Pathologisches Essverhalten ohne Vollbild einer Essstörung stellt ebenfalls ein erhöhtes Risiko für eine diabetische Mikroangiopathie dar (EK IIa; Rydall et al., 1997). Insulin-Purging geht mit einer signifikant höheren Rate an Nephropathie und diabetischem Fußsyndrom einher (EK III; Goebel et al., 2008). Der Zeitraum, in dem Insulin-Purging angewandt wurde und die Dauer des Diabetes sind starke Prädiktoren für eine spätere Nephropathie und Retinopathie (EK IIb; Takii et al., 2008). Zur Therapie von Essstörungen bei Patienten mit Diabetes sollten die in aktuellen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Essstörungen (EK IV) empfohlenen Interventionen angewandt werden. Ein stationäres, multimodales Psychotherapieangebot über drei Jahre wies eine deutliche Besserung der Essstörungssymptomatik, des Insulin-Purgings und der Stoffwechselkontrolle nach (EK IIb; Takii et al., 2)003. Eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapie führt zu einer deutlichen Besserung sowohl der Binge-Eating-Symptomatik als auch zu einer signifikanten Verbesserung der Stoffwechsellage (EK IIa; Kenardy et al., 2002). Lt. Leitlinie sollte die Therapie von Essstörungen bei Menschen mit Diabetes nach Möglichkeit von Therapeuten mit psychodiabetologischen Kenntnissen durchgeführt werden (EK IV, Expertenkonsens, EK IV), Empfehlungsgrad B.

Psychische Faktoren oder Verhaltenseinflüsse und Diabetes: Zahlreiche prospektive Studien haben gezeigt, dass chronischer Stress die Stoffwechseleinstellung und die Lebensqualität negativ beeinflusst (EK III; Chida & Hamer, 2008), vorwiegend durch ungünstige Auswirkungen auf die Behandlungsadhärenz und auf das Gesundheitsverhalten (z. B. Fehlernährung, Bewegungsmangel, Alkoholkonsum). Mangelnde soziale Unterstützung bzw. zwischenmenschliche Probleme können ebenfalls eine Barriere für eine gute Lebensqualität und Stoffwechseleinstellung darstellen (EK III; Pouwer, Kupper & Adriaanse, 2010; Chida & Hamer, 2008). Probleme der emotionalen und kognitiven Krankheitsbewältigung treten im Verlauf der Erkrankung häufig auf und können das Therapieverhalten und die glykämische Kontrolle negativ beeinflussen. Ein besonders hohes Risiko für das Auftreten von Problemen bei der Krankheitsbewältigung weisen Patienten mit Folgekomplikationen auf, wobei grundsätzlich von der Möglichkeit einer negativen Wechselwirkung zwischen chronischem Stress, mangelnder sozialer Unterstützung und Problemen bei der Krankheitsbewältigung ausgegangen werden sollte.

Dies gilt ganz besonders für Kinder, deren Eltern durch akute Krisen und/oder die Diabetestherapie überfordert sind. Eltern und Kinder/Jugendliche sollen durch familienbasierte, verhaltensmedizinische Interventionen dabei unterstützt werden, die Therapie gemeinsam und möglichst konfliktfrei zu verantworten (EK Ia, IIa; Holterhus & Beyer, 2009), Empfehlungsgrad A. Spezifische psychologische Behandlungsmöglichkeiten sollen bei akuten diabetesspezifischen Krisen und bei anderen schwerwiegenden Lebensereignissen angeboten werden (EK Ia; Holterhus & Beyer, 2009), Empfehlungsgrad A.

In mehreren systematischen Reviews (EK Ib; Steed, Cooke & Newman, 2003; Soo & Lam, 2009) und Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien (EK Ia; Winkley et al., 2006; Alam et al., 2009) konnten positive Effekte verschiedenster psychologischer Interventionen auf glykämische Kontrolle und Lebensqualität nachgewiesen werden. Liegen psychische oder Verhaltenseinflüsse vor, die aufgrund ihrer Auswirkungen Krankheitswert haben, sollte eine Therapie lt. Leitlinie nach Möglichkeit von Therapeuten mit psychodiabetologischen Kenntnissen durchgeführt werden (Expertenkonsens EK IV), Empfehlungsgrad B.

In den letzten 15–20 Jahren fand eine deutliche Verschiebung der Behandlung weg von der stationären hin zur ambulanten Versorgung statt. Dies wurde durch die Selbstbehandlungsmöglichkeiten des Diabetes möglich. Dies bedeutet, dass es immer weniger stationäre Einrichtungen zur Versorgung gibt, in denen auch Psychologen und Psychotherapeuten in interdisziplinären Teams behandeln. Gleichzeitig hat sich die Dauer des stationären Aufenthaltes erheblich verkürzt, sodass kaum Zeit und Gelegenheit für psychologische Interventionen bleibt. Parallel wurde im ambulanten Bereich die Möglichkeit geschaffen, diabetologische Schwerpunktpraxen zu gründen, die Typ 1 Diabetiker und Frauen mit Gestationsdiabetes behandeln sowie komplizierte Typ 2 Erkrankungen. Der parallele Aufbau ambulanter, spezifisch psychotherapeutischer Behandlungsangebote blieb dagegen aus.

Stationäre Versorgung findet statt in *Akutkliniken* (hier besonders in Diabetes-Fachkliniken, die im Bettenbedarfsplan aufgenommen sind), in der *diabetologischen Rehabilitation* (hier besonders in gastroenterologischen, internistischen Rehabilitationsklini-

ken mit zum Teil speziellen psychotherapeutischen Schwerpunkten, in *Psychosomatischen Kliniken* (es gibt spezielle Angebote für Patienten mit Diabetes und komorbiden psychischen Erkrankungen) bzw. in *Kliniken für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an Universitätskliniken*. Kodiermöglichkeiten im OPS finden sich über die Ziffer 8-984 bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen und über die Ziffer 9-412x bei der Behandlung von Erwachsenen.

Ambulante Psychotherapie wird angeboten in Hochschulambulanzen mit speziellen Angeboten, in psychotherapeutischen Praxen mit Schwerpunkt Diabetes und in Diabetes-Schwerpunktpraxen, in denen Psychotherapeuten oder speziell fortgebildete Psychologen mit Expertise im Bereich Diabetes (z. B. „Fachpsychologe Diabetes“) arbeiten.

Die psychosoziale Situation und ggf. belastende Lebensereignisse von Kindern und Jugendlichen und deren Familien sollen im Rahmen der Langzeitbetreuung kontinuierlich erfasst und berücksichtigt werden. Dazu sollen Sozialarbeiter und Psychologen mit diabetesspezifischer Expertise Teil des interdisziplinären Teams sein (Empfehlungsgrad A, EK Ib; Holterhus & Beyer, 2009, Kulzer et al., 2013).

d) Qualitative und zeitliche Anforderungen

In der Weiterbildungsordnung Rheinland-Pfalz wird der Umfang mit 80 UE Vermittlung theoretischer Kenntnisse, 200 Std. Praktische Weiterbildung, 25 Std. Supervision, 40 Std. Hospitation in einer anerkannten Diabeteseinrichtung und der Erstellung von 10 Fallberichten angegeben. Die Weiterbildung dauert mind. 18 Monate. Es gibt ein Modul zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Diese Bestandteile sowie der zeitliche Umfang wurden mit der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Psychologie der Deutschen Diabetes Gesellschaft ausgearbeitet und orientiert sich in Teilen an der Fortbildung zum „Fachpsychologen Diabetes“.

Fazit

Diabetes ist eine weit verbreitete Stoffwechselerkrankung, von der auch viele Kinder und Jugendliche betroffen sind. Die hohen Anforderungen an das Selbstmanagement der Erkrankung sind durch psychosoziale Belastungen und psychische Erkrankungen in hohem Maße störanfällig, was das Risiko von erheblichen gesundheitlichen Folgekomplikationen deutlich erhöht. In den einschlägigen Leitlinien wird psychosoziale/psychologische und psychotherapeutische Behandlung bei psychischen Problemen eingefordert, oft werden diabetologische Kenntnisse der Behandler gewünscht. Eine spezialisierte Behandlung in interdisziplinären Teams mit Psychotherapeuten findet aufgrund der zunehmenden ambulanten Versorgung immer weniger statt. Curricula für eine Fort- bzw. Weiterbildung liegen vor, Kenntnisse aus der Ausbildung können nicht vorausgesetzt werden.

Zitierte Literatur

Alam, R., Sturt, J., Lall, R., Winkley, K.: An updated meta-analysis to assess the effectiveness of psychological interventions delivered by psychological specialists and generalist clinicians on glycaemic control and on psychological status. *Patient Educ Couns 2009* Apr; 75(1): 25–36.

Ali, S., Stone, M. A., Peters, J. L., Davies, M. J., Khunti, K.: The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med 2006* Nov; 23(11): 1165-1173.

Ali, S., Stone, M., Skinner, T. C., Robertson, N., Davies, M., Khunti, K.: The association between depression and health-related quality of life in people with type 2 diabetes: a systematic literature review. *Diabetes Metab Res Rev 2010* Feb; 26(2): 75-89.

Barnard, K. D., Skinner, T. C., Peveler, R.: The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 1 diabetes: systematic literature review. *Diabet Med 2006* Apr; 23(4): 445–448.

Cameron, F. J., Amin, R., de Beaufort, C., Codner, E., Acerini, C. L.: ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines – 2014: Diabetes in adolescence. *Pediatric Diabetes 2014*: 15 (Suppl. 20): 245–256.

Chida, Y., Hamer, M.: An association of adverse psychosocial factors with diabetes mellitus: a meta-analytic review of longitudinal cohort studies. *Diabetologia 2008* Dec; 51(12): 2168-2178.

Delamater, A. M., de Wit, M., McDarby, V., Malik, J., Acerini, C. L.: Psychological care of children and adolescents with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes 2014*: 15 (Suppl. 20): 232–244.

Fairburn, C. G., Peveler, R. C., Davies, B., Mann, J. I., Mayou, R. A.: Eating disorders in young adults with insulin dependent diabetes mellitus: a controlled study. *BMJ 1991* Jul 6; 303(6793): 17–20.

Fröhlich, C., Zettler, A., Reinecker, H., Kulzer, B., Imhof, P., Cebulla, U. et al.: Evaluation eines Gruppentrainings zur Verbesserung der Hypoglykämiewahrnehmung (WT) und Angstbewältigung (AT). *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 1992*; 17(5): 30-34.

Goebel-Fabbri, A. E., Fikkan, J., Connell, A., Vangsness, L., Anderson, B. J.: Identification and treatment of eating disorders in women with type 1 diabetes mellitus. Treat Endocrinol 2002; 1(3): 155-162.

Goebel-Fabbri, A. E., Fikkan, J., Franko, D. L., Pearson, K., Anderson, B. J., Weinger, K.: Insulin restriction and associated morbidity and mortality in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care 2008* Mar; 31(3): 415-419.

Gonzalez, J. S., Peyrot, M., McCarl, L. A., Collins, E. M., Serpa, L., Mimiaga, M. J. et al.: Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes Care 2008* Dec; 31(12): 2398-2403.

Grylli, V., Hafferl-Gattermayer, A., Schober, E., Karwautz, A.: Prevalence and clinical manifestations of eating disorders in Austrian adolescents with type-1 diabetes. *Wien Klin Wochenschr 2004* Apr 30; 116(7-8): 230–234.

Herpertz, S., Albus, C., Wagener, R., Kocnar, M., Wagner, R., Henning, A. et al.: Comorbidity of diabetes and eating disorders. Does diabetes control reflect disturbed eating behavior? *Diabetes Care 1998* Jul; 21(7): 1110-1116.

Holterhus, P. M., Beyer, P. et al. (2009): Diagnostik, Therapie und Verlauf des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter. S3-Leitlinie, Registernummer 057-016. http://www.awmf.de (02.11.2015).

Jones, J. M., Lawson, M. L., Daneman, D., Olmsted, M. P., Rodin, G.: Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. *BMJ 2000* Jun 10; 320(7249): 1563-1566.

Kenardy, J., Mensch, M., Bowen, K., Green, B., Walton, J.: Group therapy for binge eating in Type 2 diabetes: a randomized trial. *Diabet Med 2002* Mar; 19(3): 234-239.

Kohen, D., Burgess, A. P., Catalan, J., Lant, A.: The role of anxiety and depression in quality of life and symptom reporting in people with diabetes mellitus. *Qual Life Res 1998* Apr; 7(3): 197–204.

Kulzer, B., Albus, C., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., Lederbogen, F. et al.: Psychosoziales und Diabetes (Teil 1). S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes - Langfassung. Diabetologie und Stoffwechsel 2013; 8(3): 198–242.

Kulzer, B., Albus, C., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., Lederbogen, F. et al.: Psychosoziales und Diabetes (Teil 2). S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes - Langfassung. Diabetologie und Stoffwechsel 2013; 8(4).

Li, C., Barker, L., Ford, E. S., Zhang, X., Strine, T. W., Mokdad, A. H.: Diabetes and anxiety in US adults: findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Diabet Med 2008* Jul; 25(7): 878-881.

Lin, E. H., Korff, M. V., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Anthony, J., Bromet, E. et al.: Mental disorders among persons with diabetes - results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Psychosomatic Research 2008* Dec; 65(6): 571–580.

Mannucci, E., Rotella, F., Ricca, V., Moretti, S., Placidi, G. F., Rotella, C. M.: Eating disorders in patients with type 1 diabetes: a meta-analysis. *J Endocrinol Invest 2005* May; 28(5): 417-419.

Mezuk, B., Eaton, W. W., Albrecht, S., Golden, S. H.: Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes Care 2008* Dec; 31(12): 2383-2390.

Nielsen, S., Emborg, C., Molbak, A. G.: Mortality in concurrent type 1 diabetes and anorexia nervosa. *Diabetes Care 2002* Feb; 25(2): 309-312.

Nielsen, S., Mølbak, A. G.: Eating disorder and type 1 diabetes: overview and summing-up. *Eur Eat Disorders Rev 1998* Mar 1; 6(1): 4-26.

Peveler, R. C., Fairburn, C. G., Boller, I., Dunger, D.: Eating disorders in adolescents with IDDM. A controlled study. *Diabetes Care 1992* Oct; 15(10): 1356-1360.

Pouwer, F., Kupper, N., Adriaanse, M. C.: Does emotional stress cause type 2 diabetes mellitus? A review from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. *Discov Med 2010* Feb; 9(45): 112-118.

Richardson, L. K., Egede, L. E., Mueller, M., Echols, C. L., Gebregziabher, M.: Longitudinal effects of depression on glycemic control in veterans with Type 2 diabetes. *Gen Hosp Psychiatry 2008* Nov; 30(6): 509-514.

Rydall, A. C., Rodin, G. M., Olmsted, M. P., Devenyi, R. G., Daneman, D.: Disordered eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med 1997* Jun 26; 336(26): 1849-1854.

Snoek, F. J., Pouwer, F., Welch, G. W., Polonsky, W. H.: Diabetes-related emotional distress in Dutch and U.S. diabetic patients: cross-cultural validity of the problem areas in diabetes scale. *Diabetes Care 2000* Sep; 23(9): 1305-1309.

Soo, H., Lam, S.: Stress management training in diabetes mellitus. *J Health Psychol 2009* Oct; 14(7): 933-943.

Stancin, T., Link, D. L., Reuter, J. M.: Binge eating and purging in young women with IDDM. *Diabetes Care 1989* Oct; 12(9): 601-613.

Steed, L., Cooke, D., Newman, S.: A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling 2003* Sep; 51(1): 5–15.

Takii, M., Uchigata, Y., Tokunaga, S., Amemiya, N., Kinukawa, N., Nozaki, T. et al.: The duration of severe insulin omission is the factor most closely associated with the microvascular complications of Type 1 diabetic females with clinical eating disorders. *Int J Eat Disord 2008* Apr; 41(3): 259-264.

Takii, M., Uchigata, Y., Komaki, G., Nozaki, T., Kawai, H., Iwamoto, Y. et al.: An integrated inpatient therapy for type 1 diabetic females with bulimia nervosa: a 3-year follow-up study. *J Psychosom Res 2003* Oct; 55(4): 349-356.

van der Feltz-Cornelis, C. M., Nuyen, J., Stoop, C., Chan, J., Jacobson, A. M., Katon, W. et al.: Effect of interventions for major depressive disorder and significant depressive symptoms in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry 2010* Jul; 32(4): 380-395.

Winkley, K., Ismail, K., Landau, S., Eisler, I.: Psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 1 diabetes: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ 2006* Jul 8; 333(7558): 65.

Zettler, A., Duran, G., Waadt, S., Herschbach, P., Strian, F.: Coping with fear of long-term complications in diabetes mellitus: a model clinical program. *Psychother Psychosom 1995*; 64(3-4): 178-184.

4.3 Psychotherapie bei kardiologischen Erkrankungen

a) Empirische Daten und Leitlinien

In der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) stellt das Robert Koch-Institut 2013 fest: „*Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die führende Todesursache in Deutschland und verursachen insgesamt etwa 40 Prozent aller Sterbefälle. Darüber hinaus sind sie mit erheblichen individuellen Krankheitsfolgen verbunden und verursachen hohe gesellschaftliche Krankheitskosten.*

Aufgrund ihrer weiten Verbreitung haben vor allem die koronare Herzkrankheit, der Herzinfarkt und der Schlaganfall große Bedeutung für Public Health.
Die wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind kardiometabolische Erkrankungen wie Hypertonie (Prävalenz 20–25 %), Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen und Adipositas sowie gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen wie Rauchen, körperliche Inaktivität und ungesunde Ernährung. Diese Risikofaktoren können durch gesundheitsbewusstes Verhalten und medikamentöse Therapien beeinflusst werden und eröffnen ein großes Präventionspotential für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
Unterschiedliche psychische Komorbidität, Risikokonstellationen, Behandlungsansätze, Primär- und Sekundärprävention bestehen jeweils bei verschiedenen Herzkrankheiten.“

Psychische Komorbiditäten werden insbesondere beobachtet bei Koronaren Herzerkrankungen (KHK), Herzoperationen, Herztransplantationen, Herzrhythmusstörungen, bei implantiertem Defibrillator (ICD), Herzinsuffizienz sowie funktionellen Herzbeschwerden.

Ladwig et al. berichten Angaben zu verschiedenen Reviews. Danach leiden ICD-Träger zu 11–28 Prozent an Depressionen und zu 11–26 Prozent an einer Angststörung. Die Prävalenz depressiver Störungen ist bei herzinsuffizienten Patienten gegenüber der Allgemeinbevölkerung um das 2- bis 4-fache erhöht. Bereits leichte depressive Symptome erhöhen das Hospitalisierungs- und Mortalitätsrisiko erheblich. Bei Patienten vor und nach Herztransplantation sind komorbide psychische Störungen wie

Depressivität, Angst und PTBS häufig. Eine präoperativ bestehende depressive Störung stellt einen Prädiktor für erhöhte kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität dar.

Patienten mit Herzinsuffizienz zeigen eine verminderte Adhärenz bei notwendigen Änderungen der Lebensführung und Einnahme von Medikamenten; nur 20–60 Prozent aller Patienten nehmen die ärztlich verordneten Medikamente zuverlässig ein (Ladwig et al.).
Nach Titscher et al. (in Titscher, 2011) benötigen 20 Prozent der Herzpatienten eine supportive Psychotherapie über die Zeit der stationären Behandlung hinaus.

Nach Titscher (2011) zeigen Studien zum Nutzen von psychosomatischen Interventionen (nicht kardiologiespezifisch) eine Verringerung der somatischen und psychischen Beschwerden, eine Verbesserung der Lebensqualität, eine Senkung der Krankenhausaufenthaltsdauer und eine Steigerung der Patientenzufriedenheit.

Leitlinien

Die Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) Herzinsuffizienz von 2011 und die NVL Chronische Koronare Herzkrankheit (KHK) von 2014 berücksichtigen jeweils Psychosoziale Aspekte (siehe Abbildung 1 und 2):

Psychosoziale Aspekte[1]		
Diagnose psychischer (Angst, Depression) und sozialer Probleme	• nach Diagnosestellung und in regelmäßigen Abständen im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs oder durch standardisierte Fragebögen • Relevanz der Probleme bzw. auffälliger Fragebogenscores mit Patienten besprechen, ggf. weiterführende Diagnostik veranlassen	**B**
Bei Depression oder Angststörung	• zunächst Angebote im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung inklusive Psychoedukation • bei mittelschweren oder schweren Formen oder unzureichendem Effekt der Grundversorgung unter Hinzuziehung von Spezialisten weitere Behandlungsoptionen (z. B. Stressbewältigungstechniken, Psychotherapie, ggf. Antidepressiva) anbieten.	**B**
Therapie mit Antidepressiva	• Trizyklika vermeiden (proarrhythmisch, negativ inotrop)	**A**
	• andere Behandlungsoptionen (z. B. Psychotherapie, körperliches Training) und etwaige Arzneimittelinteraktionen vor Therapie mit Antidepressiva berücksichtigen	**B**
Information und Schulung	• kognitive Einschränkungen und möglicherweise vorliegende psychische Probleme beachten	**B**

Abbildung 1: Psychosoziale Aspekte, Quelle: Aus: NVL Herzinsuffizienz, S. 5 (A = starke Empfehlung, B = Empfehlung)

Empfehlungen/Statements	Empfehlungsgrad
Psychosoziale Faktoren/Lebensqualität	
Psychosoziale Risikofaktoren tragen zur Entstehung der KHK bei und beeinflussen deren Prognose negativ.	
Betroffen sind vor allem Patienten mit Depression, fehlendem sozialem und emotionalem Rückhalt.	
10-10 Beim Risikofaktoren-Management sollten die individuellen psychosozialen Risikofaktoren des KHK-Patienten berücksichtigt werden.	⇑
10-11 Dazu sind ggf. geeignete unterstützende, psychotherapeutische und/oder medikamentöse Maßnahmen einzuleiten.	⇔

Abbildung 2: Psychosoziale Faktoren/Lebensqualität, Quelle: Aus: NVL Chronische KHK, Kurzfassung, S. 42 (↑ = Empfehlung, ↔ = offen)

Das Positionspapier zur Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Kardiologie von Ladwig et al. ist eine aktualisierte Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK) zu psychosozialen Aspekten in der Kardiologie, die den Erkenntnisstand von 2013 wiedergibt.

Das DGK-Positionspapier ist keine Versorgungsleitlinie, wurde aber konsentiert durch das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) sowie die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (DGPR) und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN).

Ladwig et al. (2013) bewerten: „Trotz deutlicher Fortschritte seit der Erstveröffentlichung des Positionspapiers 2008 existieren weiterhin Forschungsdefizite für die Bewertung der Wirksamkeit psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Konzepte bei kardialen Patienten.“

Im Positionspapier werden etliche Forschungsergebnisse diskutiert und Empfehlungen ausgesprochen.

Eine I-A-Empfehlung (Empfehlungsgrad I, Evidenzgrad A) wurde für die Aufforderung vergeben, psychosoziale Risikofaktoren bei der Einschätzung des KHK-Risikos zu berücksichtigen, die als unabhängige ätiologische und prognostische Risikofaktoren für das Auftreten der koronaren Herzerkrankung (KHK) und für Komplikationen im Behandlungsverlauf der KHK bedeutsam sind. Hierzu werden sowohl soziale Faktoren (niedrige Sozialschicht, mangelnde soziale Unterstützung, Tod des Partners, Einsamkeit) als auch psychische Faktoren (Depression, Depressivität, vitale Erschöpfung, Angst, Feindseligkeit, posttraumatische Belastungsstörung) gezählt. Diese gelten als unabhängige ätiologische Risikofaktoren für das (Neu-)Auftreten der KHK und/oder als Prognosefaktoren für Komplikationen im Behandlungsverlauf der KHK. Auch alters- und geschlechtsspezifische psychosoziale Aspekte sollen berücksichtigt werden (Evidenzgrad C). Zur Behandlung verwendete Verfahren, darunter kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Therapie, und „kollaborative Behandlung“, waren in der Mehrheit im Hinblick auf die Besserung depressiver Symptome wirksam; allerdings waren die Effekte hinsichtlich der kardialen Prognose meist moderat.

Eine I-A-Empfehlung gibt es auch für die Empfehlung, Patienten mit Herzoperationen von einem interdisziplinären Team zu betreuen, in dem die Möglichkeit besteht, auf psychosoziale Aspekte einzugehen, da bei diesen Patienten komorbide psychische Störungen wie Depressivität, Angst und posttraumatische Belastungsstörung häufig und prognostisch ungünstig sind.

Eine I-B-Empfehlung wurde vergeben für die Behandlung psychosozialer Risikofaktoren mit dem Ziel einer Primärprävention der KHK, wenn das Risikomerkmal an sich Krankheitswert besitzt (z. B. Depression) oder die Behandlung klassischer Risikofaktoren erschwert ist.

Bei der langfristigen ärztlichen Begleitung von ICD-Patienten (implantierter Defibrillator) sollen die psychosozialen Folgen der ICD-Technologie beachtet und insbesondere relevante Affektstörungen sowie Krisen bei ICD-Patienten erkannt und fachgerecht behandelt werden.

b) Abgrenzung zur Ausbildung

Im IMPP-Gegenstandskatalog für PP sind das Herz- und Gefäßsystem bzw. dessen Krankheiten zwar kurz genannt (Kapitel 7.4.2). Speziellere psychokardiologische Kenntnisse oder Kompetenzen werden aber nicht erwähnt. Es ist davon auszugehen, dass diese während der Ausbildung nicht erworben werden.

c) Versorgungsrelevante und gesundheitspolitische Aspekte

Institutionen, in denen psychokardiologische Versorgung unter Beteiligung von Psychotherapeuten stattfindet sind Akutkliniken (Psychotherapeutische Ansätze eher selten), Kardiologische Rehabilitation (meistens Einbezug psychosozialer Ansätze/psychotherapeutischer Interventionen) und Psychosomatische Kliniken. Auch im Bereich der ambulanten Psychotherapie wären zur Sekundärprävention kardialer Ereignisse und Nachsorge, z. B. nach Herzinfarkt, psychokardiologische Kompetenzen sinnvoll.

Ladwig et al. (2013) betonen die Bedeutung von Psychologen, möglichst mit psychotherapeutischer Qualifikation: „Mindestens ein Psychologe je Einrichtung sollte über eine Approbation als Psychotherapeut verfügen.“ Sie benennen an mehreren Stellen den spezifischen Beitrag, den unsere Berufsgruppe leisten sollte, z. B.:

- Für Frauen mit koronarer Herzkrankheit (KHK) ist der günstige Effekt einer Psychotherapie auf die kardiale Ereignisrate belegt (Ladwig et al.).
- Bei chronischen Herzerkrankungen des alten Menschen ist nicht selten ein palliativer Behandlungsansatz sinnvoll (Ladwig et al.).
- Das wichtigste Ziel ist es, die immer noch hohe Rate unerkannter und/oder unbehandelter psychischer Begleiterkrankungen kardiologischer Patienten zu senken (Ladwig et al.).

Budde fordert fundierte Kenntnisse über Prozesse der Adaptation an chronische Krankheit und Behinderung sowie über die Bedeutung der Resilienz.
Die klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Interventionen sollten erkennbar und explizit in Bezug zu den übrigen sekundär-präventiven und rehabilitativen Maßnahmen der kardiologischen Versorgung gesetzt werden:

„Die Qualifikation der Leistungserbringer ist wesentlich für die korrekte Diagnostik und die Effizienz psychologischer bzw. psychotherapeutischer Interventionen bei psychisch auffälligen KHK-Patienten. Systematisch sollten Risiken wie Depression, Angst, vitale Erschöpfung, übermäßiger Distress und verringerter Social Support erfasst und adäquat behandelt werden.“ (Budde, 2009)

d) Qualitative und zeitliche Anforderungen

Seit 2009 werden, organisiert über die Weiter- u Fortbildungsakademie der Dt. Gesellschaft für Kardiologie, Fortbildungskurse „Psychokardiologische Grundversorgung“ in Göttingen, München und Freiburg angeboten. Zielgruppe sind Kardiologen, Internisten (Ziel: Abrechnungsgenehmigung, Psychosomatische Grundversorgung), psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten. Ziel ist ein vertieftes Verständnis psychosomatischer Zusammenhänge und die Förderung der Kooperation von Kardiologen und Psychotherapeuten.

Diese Fortbildung umfasst 80 UE an fünf Wochenenden, davon sind 20 Stunden Theorie, 30 UE verbale Intervention (Live- u. Simulationspatienten, Rollenspiele etc.), 30 UE interaktionsbezogene Balintgruppenarbeit sowie eine Abschlussarbeit: Falldarstellung in Inhalt und Umfang eines Berichtes an den Gutachter der Richtlinien-Therapie (weiterführende Informationen: http://www.akademie.dgk.org).

Herrmann-Lingen et al. beschreiben verschiedene Curricula. Das Ziel eines Weiterbildungs-Curriculums für PP/KJP könnte danach die Entwicklung spezifischer psychotherapeutischer Handlungskompetenz im Bereich kardiologischer Erkrankungen sein. Folgende Eckpunkte und Inhalte werden vorgeschlagen:

- 80 UE Theorie:
  Allg. Theorie: Grundlagen der Psychosomatik, Betreuung chronisch kranker Patienten, Sterben und Tod, Palliativversorgung, Psychohygiene, Ethik.
  Spezielle Theorie: Diagnosestellung, Psychosomatische Faktoren und Interventionsmöglichkeiten bei

  - koronaren Herzerkrankungen (Risikofaktoren, Psychodynamik, Myokardinfarkt, Depressivität, Auswirkungen auf Partnerbeziehung, Coping, Genderaspekte, Primär- u. Sekundärprävention, Interventionsmöglichkeiten, Langzeitbehandlung),
  - Herzinsuffizienz (akut u. chronisch – psychosomat. Aspekte; Herztransplantation: Wartezeit, Spenderproblematik, Psychosomatik der Intensivmedizin (Beatmung etc.), Kunstherz, organ. Psychosyndrom),
  - Rhythmusstörungen und Elektrotherapie (bradykarde St., tachykarde St., Vorhofflimmern, Defibrillator),
  - stationärer und ambulanter Rehabilitation,
  - Hypertonie (Genese, Adhärenz, Behandlungsempfehlungen),
  - angeborenen u. erworbenen Herzfehlern,
  - Angst, Panik, somatoforme Herzbeschwerden.
- 20 UE Supervision, Nachweis von Patientenbehandlung über einen Zeitraum von mindestens 1,5 Jahren: 180 Behandlungsstunden oder 30 Behandlungsfälle, davon mindestens zehn Fälle mit mindestens je fünf Behandlungsstunden.
- Eine Woche (40 Stunden) Hospitation in einer stationären, kardiologischen Einrichtung (diskutiert wird auch Hospitation in kardiologischen Akutklinik).
- Fünf supervidierte Behandlungsfälle sind ausführlich zu dokumentieren.

Fazit

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind weit verbreitet und mit erheblichen individuellen Krankheitsfolgen und psychischen Belastungen verbunden. Insbesondere komorbid auftretende Depressionen und Angststörungen sowie die oft notwendige Veränderung des Lebensstiles bedürfen häufig psychotherapeutischer Unterstützung. Dies wird sowohl durch empirische Daten zur Epidemiologie als auch zur Effektivität psychotherapeutischer Interventionen belegt. In der Psychotherapeutenausbildung werden die notwendigen medizinischen Kenntnisse und spezifischen psychotherapeutischen Ansätze nicht vermittelt. Kardiologen und Psychotherapeuten fordern eine auf die Situation der kardiologisch erkrankten Menschen zugeschnittene Qualifikation. Eckpunkte und Inhalte eines Curriculums liegen vor und könnten Grundlage einer Weiterbildung zum Erwerb spezifischer psychotherapeutischer Handlungskompetenz sein.

Zitierte Literatur

Albus, C., Köllner, V. et al.: Psychokardiologie, Psychotherapie im Dialog, 12. Jahrg. Heft 1 / 2011, Thieme.

Budde, H.-G.: Psychotherapie bei Herz-Kreislauferkrankungen, *Psychotherapie Aktuell*, 2/2009, 9–10.

Herrmann-Lingen, C., Albus, C., Titscher, G.: Psychokardiologie - ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen. Deutscher Ärzteverlag: Köln, 2014.

Jordan, J., Herrmann-Lingen, C.: Herzerkrankungen. In: Senf, W., Broda, M. (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme, 2005.

Ladwig, K.-H., Lederbogen, F., Albus, C., Angermann, C., Borggrefe, M., Fischer, D., Fritzsche, K., Haass, M., Jordan, J., Jünger, J., Kindermann, I., Köllner, V., Kuhn, B., Scherer, M., Seyfarth, M., Völler, H., Waller, C., Herrmann-Lingen, C.: Positionspapier zur Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Kardiologie. In: *Der Kardiologe 2013*(7): 7–27, Online publiziert: 14. Februar 2013.

NVL (Nationale Versorgungs-Leitlinie): Chronische KHK (Koronare Herzkrankheit), Kurzfassung, Version 1, 3. Auflage 12/2014, zugänglich über http://www.versorgungsleitlinien.de.

NVL (Nationale Versorgungsleitlinie): Herzinsuffizienz, Version 1.0, 06/2011, zugänglich über http://www.versorgungsleitlinien.de.

4.4 Psychotherapie bei onkologischen Erkrankungen

a) Empirische Daten und Leitlinien

In einer gemeinsamen Veröffentlichung des Robert Koch-Instituts und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister werden unter Krebs, wie international üblich, alle bösartigen Neubildungen einschließlich der Lymphome und Leukämien zusammengefasst. Nicht-melanotische Hautkrebsformen, die verbreitet, aber selten lebensbedrohlich sind, werden nicht berücksichtigt.

In Deutschland erkranken 51 Prozent aller Männer und 43 Prozent aller Frauen im Laufe ihres Lebens an Krebs. Jeder vierte Mann und jede fünfte Frau verstirbt an einer Krebserkrankung. Die Zahlen der Krebserkrankungen steigen kontinuierlich. Zwischen 2000 und 2010 hat in Deutschland die Zahl der Neuerkrankungen um 21 Prozent bei Männern und um 14 Prozent bei Frauen zugenommen. Als entscheidender Einflussfaktor wird die Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung gesehen. 2010 wurden rund 477.300 Krebserkrankungen erstmalig diagnostiziert, davon ca. 252.400 bei Männern und 224.900 bei Frauen. Das mittlere Erkrankungsalter (Median) lag bei beiden Geschlechtern bei 69 Jahren und scheint relativ konstant zu sein.

2014 wurde die S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ (AWMF-Registernummer: 032/051OL) veröffentlicht. Sie richtet sich an alle in der Psychoonkologie sowie Onkologie tätigen Berufsgruppen, wie z. B. Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und -pädagogen, und an Patientinnen und Patienten. Bei der Recherche nach psychoonkologischen Leitlinien im Rahmen der Erstellung dieser S3-Leitlinie wurden weltweit nur zwei Leitlinien mit ausschließlichem Fokus auf die Psychoonkologie recherchiert. Es existiert jedoch eine Vielzahl von organspezifischen Leitlinien, die in unterschiedlichem Umfang psychoonkologische Themen beinhalten. Zwölf von insgesamt 26 berücksichtigten internationalen organspezifischen Leitlinien weisen ein eigenes Kapitel zu „Psychosocial care“, „Psychosocial support“ oder „Psychosocial issues“ auf. Sieben von elf nationalen organspezifischen Leitlinien beinhalten ein eigenes Kapitel mit psychoonkologischen Themen.

Psychoonkologische Intervention wird in der S3-Leitlinie zur Psychoonkologie definiert als „eine nicht-pharmakologische Intervention, in welcher psychologische und sozialarbeiterische Methoden wie z. B. Psychosoziale Beratung, Psychoedukation, Stressbewältigungstraining, Psychotherapie und Entspannungsverfahren, allein oder in Kombination, von einem professionellen Therapeuten in einer persönlichen Interaktion mit Krebspatienten durchgeführt wurde, um deren psychische Belastung zu vermindern und die Lebensqualität zu erhöhen“.

Krebserkrankungen führen häufig zu physischen Belastungen und Störungen.

Tabelle 2: Prävalenz psychischer Störungen bei Krebspatienten (aus der S3-Leitlinie)

Psychische Störung	Punktprävalenz (international)	Range	Punktprävalenz (Deutschland)
1. Affektive Störungen (F30-39)	11.1 %	0–49 %	10,8 %
2. Angststörungen (F40-42.9)	10,2 %	0–50 %	13,5 %
3. Akute Belastungsreaktion (F43.0)	4,8 %	0–28 %	4,1 %
4. Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	2,6 %	0–22 %	2,2 %
5. Anpassungsstörung (F43.2)	12,5 %	0–49 %	8,0 %
6. Somatoforme Störungen (F45.0-45.9)	1,7 %	0,5–11 %	3,1 %
7. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1,3 %	1–1 %	k. A.
8. Essstörungen (F50)	1 %	0–1 %	k. A.
9. Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17)	13,1 %	2–51 %	6,5 %
10. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	4,0 %	0–40 %	2,8 %

Quelle: S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ (AWMF-Registernummer: 032/051OL

Zur 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen bei Krebspatienten gibt es nur wenige Studien mit meist kleinen Fallzahlen.

Die Empfehlungen der S3-Leitlinie zur Psychoonkologie sind sehr allgemein gehalten: Expertenkonsens (EK) der Leitlinie Psychoonkologie:

- Die Indikationsstellung für psychoonkologische Interventionen soll entsprechend dem festgestellten individuellen Bedarf, dem Setting sowie der Krankheitsphase des Patienten (Erstdiagnose, Operation, adjuvante Therapie, rezidivfreie Phase, Rezidivphase, palliative Phase) erfolgen und den Wunsch des Patienten berücksichtigen.
- Patienten mit keiner oder geringer Belastung (festgestellt über Screening und durch weiterführende Diagnostik) sollen eine patientenorientierte Information und eine psychosoziale Beratung angeboten werden.
- Patienten mit diagnostizierten psychischen Störungen sollen entsprechend den vorhandenen störungsspezifischen Leitlinien versorgt werden.
- Patienten mit einer Anpassungsstörung (festgestellt über Screening und weiterführende Diagnostik) sollen eine patientenzentrierte Information und eine psychosoziale Beratung sowie zusätzlich eine psychotherapeutische Einzel- und/oder Gruppenintervention angeboten werden.

Empfehlungen mit Empfehlungsgrad A der Leitlinie zur Psychoonkologie:

- Patienten mit subsyndromalen psychischen Belastungen sollen zusätzlich psychotherapeutische Einzel- und/oder Gruppeninterventionen angeboten werden.
- Entspannungsverfahren und psychoedukative Interventionen sollen Menschen mit Krebserkrankungen, unabhängig vom Belastungsgrad, angeboten werden.
- Menschen mit Krebserkrankungen und einer Anpassungsstörung oder einer subsyndromalen Belastung sollen angeboten werden:
    - Psychotherapeutische Einzelinterventionen
    - Psychotherapeutische Gruppeninterventionen
    - Psychotherapeutische Paarinterventionen

  Dabei sollen die im Rahmen der Diagnostik festgestellten somatischen und sozialen Faktoren und ihre Wechselwirkungen berücksichtigt werden.

Bei der Behandlung psychischer Erkrankungen bei Krebspatienten wird in der Leitlinie auf die Evidenzen der entsprechenden Leitlinien verwiesen.

b) Abgrenzung zur Ausbildung

In der Ausbildung zum Psychotherapeuten ist die Vermittlung von Grundkenntnissen in Psychoonkologie nicht verpflichtend. Im Gegenstandskatalog des IMPP wird die Psychoonkologie nicht erwähnt. Lediglich in Aufzählungen zu Erkrankungen einzelner Organe bzw. Organsysteme kommen Krebserkrankungen, wie z. B. Leukämien als Erkrankungen des Blutes und des Immunsystems, vor.

c) Versorgungrelevante und gesundheitspolitische Aspekte

Deutsche Studien zeigen einen durchschnittlichen psychosozialen Unterstützungsbedarf bei Krebspatienten von 50,2 Prozent. Etwa 30–40 Prozent der an Krebs erkrankten Menschen weisen als Folge der Erkrankung erhebliche psychische Belastungen auf. Studien zeigen, dass psychische Variablen einen bedeutenden Einfluss auf den Krankheitsverlauf und die Lebensqualität haben.

Die psychoonkologische Versorgung findet im stationären und ambulanten Setting statt. Dazu kommen niedrigschwellige, kostenlose Angebote Psychosozialer Krebsberatungsstellen.

In Krankenhäusern sowie in zertifizierten Zentren bieten psychoonkologische Ambulanzen psychoonkologische und psychotherapeutische Beratung, Behandlung und Begleitung für Patienten und ihre Angehörigen an. In zertifizierten Zentren mit vorgegebener psychoonkologischer Struktur (z. B. Brustzentren) müssen Psychoonkologen angestellt sein. Weiterhin werden auch in einigen onkologischen Schwerpunktpraxen psychoonkologische Unterstützungsangebote vorgehalten.

Ambulante Angebote erfolgen primär durch somatisch tätige Haus- und Fachärzte, die eine psychosomatische Grundversorgung mit einem zeitlich umschriebenen Umfang anbieten. Fachärzte für Psychosomatische Medizin, niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie leisten bei diesen Patienten eine psychiatrische Diagnostik und Behandlung, Richtlinienpsychotherapie sowie eine Psychopharmakotherapie. Bei approbierten ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten kann eine

ambulante Psychotherapie wahrgenommen werden. Darüber hinaus bieten laut Leitlinie auch nicht-approbierte Psychotherapeuten ambulante Psychotherapien an.

Eine qualifizierte psychologische Diagnostik und Bedarfsfeststellung sowie eine gezielte psychoonkologische Behandlung zur Unterstützung bei der Bewältigung der Erkrankungs- und Behandlungsfolgen sind weiterhin dringend notwendig und ausbaufähig. Hierzu kann gerade die Psychotherapeutenschaft einen bedeutenden Beitrag leisten.

d) Qualitative und zeitliche Anforderungen

Gemeinsam mit der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie (dapo) und der gesellschaftsinternen Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (PSO) hat die Deutsche Krebsgesellschaft Kriterien für die psychoonkologische Fort- und Weiterbildung erstellt. Ziel ist die Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten in allen Teilgebieten der Psychoonkologie mit Schwerpunkt auf die Diagnostik und Interventionen bei erwachsenen Krebspatienten und deren Angehörigen. Für eine Anerkennung durch die Deutsche Krebsgesellschaft müssen folgende thematische Schwerpunkte im curricularen Fort- und Weiterbildungskonzept enthalten sein:

- psychologische und medizinische Grundlagen der Psychoonkologie
- psychosoziale Aspekte der Krebserkrankung in allen Krankheits- und Behandlungsphasen, einschließlich Rehabilitation und Nachsorge, Progredienz, Palliativ- und Hospizsituation
- Fallarbeit
- Forschungsmethoden und Forschungsergebnisse der Psychoonkologie
- Strukturen psychoonkologischer Versorgung
- sozialrechtliche Grundlagenkenntnisse
- Selbsterfahrung und kritische Reflexion der eigenen beruflichen Praxis

Die Fort- und Weiterbildungsangebote richten sich an Berufstätige aus dem medizinischen und psychosozialen Bereich.

Es gibt bereits Bildungsangebote, die direkt auf approbierte Psychotherapeuten zugeschnitten sind:

- Die dapo hat zusammen mit der PSO der Deutschen Krebsgesellschaft eine „Weiterbildung Psychosoziale Onkologie (WPO)“ konzipiert und bietet in Hamburg, Freiburg und Leipzig ein PT-Curriculum für approbierte Psychologische und Ärztliche Psychotherapeuten sowie für Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie und Fachärzte für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an. Nach Einzelfallprüfung können auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) mit fortgeschrittener Ausbildung zur Erlangung der Approbation oder Psychotherapeuten mit Abschluss an bestimmten Nicht-Richtlinienverfahren teilnehmen. Das Curriculum umfasst sechs Blöcke mit insgesamt 112 UE, davon 22 FE themenzentrierte Selbsterfahrung. Die Anzahl der Teilnehmer ist auf maximal 24 beschränkt.
- Das Institut für psychosomatische Grundversorgung und psychosoziale Onkologie (IPO) Bonn richtet sein Curriculum ebenfalls an ärztliche oder Psychologische Psychotherapeuten und lässt nach Einzelfallprüfung auch nicht approbierte, jedoch klinisch – im onkologischen und psychoonkologischen Bereich – erfahrene Ärzte und Psychologen mit abgeschlossener psychotherapeutischer Weiterbildung oder PiA gegen Ende der Ausbildung zum Psychotherapeuten zu. Das angebotene Curriculum umfasst vier Blockveranstaltungen mit insgesamt 104 UE inklusive themenbezogener beruflicher Selbsterfahrung. Die Anzahl der Teilnehmer ist mit 12 bis max. 24 angegeben.

Fazit

Durch die große und weiter steigende Zahl der Krebsneuerkrankungen und die damit verbundenen psychischen Belastungen und Störungen ist eine flächendeckende psychotherapeutische Versorgung der Betroffenen notwendig. Das Interesse der approbierten Kolleginnen und Kollegen an psychoonkologischen Weiterbildungsangeboten lässt vermuten, dass hier ein Weiterbildungsbedarf besteht. Da es bereits Weiterbildungsangebote gibt, die sich direkt an approbierte Psychotherapeuten richten, sollten die Psychotherapeutenkammern hier ebenfalls tätig werden und die Definition einer Weiterbildung in Psychoonkologie bzw. einer Weiterbildung „Psychotherapie bei Krebserkrankungen“ nicht allein der Deutschen Krebsgesellschaft überlassen.

Zitierte Literatur

Brähler, E. & Weis, J. (2012). Psychoonkologie in Forschung und Praxis. Schattauer: Stuttgart.

Bundesgesundheitsministerium. Nationaler Krebsplan: Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen, Stand: Januar 2012 (http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Nationaler_Krebsplan_-_Handlungsfelder__Ziele_und_Umsetzungsempfehlungen.pdf)

Dorfmüller, M. & Dietzfelbinger, H. (Hrsg.) (2008). Psychoonkologie: Diagnostik - Methoden – Therapieverfahren. München: Urban & Fischer.

Heckl, U. et al. (2011). Aktuelle Versorgungsstrukturen in der Psychoonkologie. In: Nervenheilkunde, 3/2011, S. 124-130, 201.

Herschbach, P. & Heußner, P. (2008). Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis. Stuttgart: Klett-Cotta.

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Langversion 1.0, 2014, AWMF-Registernummer: 032/051OL, http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html (01.09.2015).

Moorey, S. & Greer, S. (Hrsg.) (2007). Kognitive Verhaltenstherapie bei Krebspatienten. Ein praktisches Therapiemanual. München: Elsevier.

Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg.) (2013). Krebs in Deutschland 2009/2010. Berlin.

Schulz-Kindermann, F. (2013). Psychoonkologie. Grundlagen der psychotherapeutischen Praxis. Weinheim: Beltz.

4.5 Schmerzpsychotherapie

a) Empirische Daten und Leitlinien

Schmerz ist eines der zentralen Gesundheitsprobleme. Die Prävalenz ist hoch: Ca. 80 Prozent Lebenszeitprävalenz für ernsthafte (länger als 24 Stunden dauernde) Rückenschmerzen werden genannt. Zu unterscheiden sind „alltägliche Schmerzprobleme“ von klinisch bedeutsamen und damit behandlungsrelevanten Schmerzen, die zu Arztbesuchen und Kosten führen. Schmerz ist das hinsichtlich Prävalenz und Behandlungshäufigkeit führende Gesundheitsproblem (Klaus et al., 2012). Studien von Häuser und Mitarbeitern (2013) beziffern zum einen die Prävalenz von Schmerz in Deutschland und zum anderen die Versorgungssituation von Schmerzpatienten. Etwa 2,8 Prozent der Bevölkerung leiden unter einer Schmerzkrankheit, d. h. unter chronischen Schmerzen, die sich verselbständigt haben und kein Symptom einer zugrunde liegenden somatischen Erkrankung sind (überwiegend mit F-Diagnosen F45.40 bzw. F45.41; Koppert, 2015). Der Anteil von Menschen, die durch chronische nichttumorbedingte Schmerzen klinisch relevant beeinträchtigt und damit behandlungsbedürftig sind, wird auf 7 Prozent geschätzt (Kaiser et al., 2015). Schmerzen von mindestens 6 Monaten Dauer mit einer Intensität von fünf und mehr auf einer 10-stufigen Skala, die mehrere Male pro Woche auftreten, geben in Deutschland 17 Prozent der Bevölkerung an (Breivik et al., 2006).

In einer 2014 veröffentlichten Befragung von über 300 Krankenhäusern mit Akutschmerzdiensten gaben zwar immerhin 79 Prozent an, auch eine psychologische Mitbetreuung bereitzuhalten, allerdings nur 36 Prozent für alle Patienten, in 56 Prozent als „Ausnahmefall“ (Erlenwein et al., 2014).

Leitlinien

Psychologische Diagnose- und Behandlungsverfahren sind inzwischen durch das spezielle schmerzpsychologische Angebot für viele ursprünglich ausschließlich „somatischen Fächern“ vorbehaltene Patientengruppen und Versorgungswege selbstverständlich.

In der S3-Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“ (AWMF-Register Nr. 041/001; Stand: 21.05.2007 inkl. Änderungen vom 20.04.2009) wird für die präoperative Diagnostik der Einbezug von Psychologen explizit unter Bezug auf die schmerzpsychotherapeutische Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) vor elektiven operativen Eingriffen gefordert. Operationserfolge hängen wesentlich von guter Vordiagnostik und auch der Kenntnis möglicher psychosozialer Risikofaktoren ab.

In der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL)-Kreuzschmerz werden diese psychosozialen Risikofaktoren (z. B. Traumatisierungen, Depression, Angst, passive Erwartungen, Schonverhalten, hohe Belastungen am Arbeitsplatz) als „Yellow Flags“ bezeichnet. Die in Zusammenarbeit mit der BPtK erstellte NVL-Kreuzschmerz fordert für Patienten, die in ambulanter ärztlicher Behandlung sind und keine initiale Besserung der Beschwerden und psychosozialen Risikofaktoren zeigen, eine frühzeitige erweiterte psychosoziale Diagnostik zur Indikationsstellung für eine multimodale und/oder psychotherapeutische Behandlungsoption. Auch hier sind spezielle schmerzspychologische Kenntnisse notwendig.

Die explizite Forderung nach Integration Psychologischer Psychotherapeuten bereits bei der Diagnostik ist ebenfalls in der S3-Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTS)“ (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 041/003) zu finden. Hier belegen Daten zudem die Wirksamkeit spezieller schmerzpsychotherapeutischer Behandlungsverfahren auch im Vergleich zu „klassischen“ Alternativen (medikamentös/operativ etc.).

Inzwischen ist auch für spezifisch auf Schmerz orientierte KVT als Monotherapie eine klare Empfehlung ausgesprochen worden (Aktualisierung der S3-Leitlinie Fibromyalgie vom 21.10.2013).

Die schmerzspychologische Expertise wird zurzeit von der DGPSF bspw. in die folgenden Leitlinien zu störungsspezifischen Behandlungen eingebracht:

- SCS-Leitlinie (epidurale Rückenmarkstimulation)
- Fibromyalgie-Leitlinie
- Behandlung akuter peri- und posttraumatischer Schmerzen

- Psychoonkologie
- Nationale Versorgungsleitline Rückenschmerz
- LONTS (Langzeitopioidverordnung für Patienten mit Nicht-Tumor-Schmerzen)

b) Abgrenzung zur Ausbildung

In der Ausbildung zum Psychotherapeuten ist die Vermittlung von schmerzpsychologischen/schmerzpsychotherapeutischen Grundkenntnissen nicht verpflichtend. Im Gegenstandskatalog des IMPP wird Schmerz lediglich an einer Stelle im Zusammenhang mit dem Aufbau des Nervensystems erwähnt.

c) Versorgungsrelevante und gesundheitspolitische Aspekte

In einer konzertierten Aktion zum Thema Schmerz nahmen am 17.09.2014 auf dem 1. Nationalen Schmerzforum hochrangige Vertreter der Politik und der Verbände des Schmerzbereiches teil. Es wurden Defizite der schmerztherapeutischen Versorgung in Deutschland erörtert und Handlungsstränge für die Zukunft entwickelt. Als zentraler Aspekt wurde erarbeitet, dass es Qualitätsindikatoren für die Schmerzbehandlung geben muss, die auf der Basis eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodelles beruhen müssen und die spezielle Expertise im medizinischen und auch psychologischen Bereich erfordern. Die Psychotherapieausbildung allein reiche nicht aus, um den Bedarfen der Schmerzpatienten zu entsprechen. Gefordert wurde eine spezielle schmerzpsychologische Weiterbildung, um qualitätssichernd eine spezifische, adäquate psychologische Behandlung im geforderten multimodalen Behandlungskontext bereitzustellen. Das Curriculum „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ wurde als Konsequenz der Versorgungsdefizite in der ambulanten, teil- und vollstationären Versorgung von Schmerzpatienten entwickelt und entspricht dieser Forderung.

Defizite bestehen auch und gerade für Patienten mit somatischen Symptomen, was die S3-Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ bestätigt: „In einer bundesrepräsentativen Studie wurden 1042 Psychotherapeuten zur Lage der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung Erwachsener in Deutschland nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes befragt (Zepf et al., 2003). Von 11266 Patienten, die probatorische Sitzungen erhielten, wurden insgesamt 61 % in Behandlung und 39 % nicht in Behandlung genommen. Signifikant weniger als statistisch zu erwarten wurden Schmerzpatienten (57 % unbehandelt), somatisch Kranke mit psychischen Veränderungen (51 % unbehandelt) in weitere Behandlung übernommen (…) Ganz allgemein scheint eine körpernahe Symptomatik die Annahme in der ambulanten Psychotherapie zu erschweren; dies gilt für Schmerzpatienten, somatisch Kranke mit psychischen Veränderungen und Patienten mit psychosomatischen Organstörungen.“ (aus: S3-Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“, 051/001 Langfassung, S. 45)

Daraus werden folgende Empfehlungen abgeleitet (Empfehlung 124): Patienten mit schwerer verlaufenden, nicht-spezifischen funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sollen idealerweise mit einem in Deutschland anerkannten psychotherapeutischen Verfahren behandelt werden. Evidenz liegt für folgende psychotherapeutische Interventionen vor: Kognitive Verhaltenstherapie (mit Abstand die breiteste Datenbasis für eine Vielzahl von funktionellen und somatoformen Syndromen; Evidenzgrad 1a); psychodynamische Psychotherapie (Evidenzgrad 2a); Hypnose/Hypnotherapeutische/Imaginative Verfahren (Evidenzgrad 1b); funktionelle Entspannung (Evidenzgrad 1b); operante Verhaltenstherapie (Evidenzgrad 3b).

Psychologische Psychotherapeuten gestalten die mit Schmerzthemen zusammenhängende versorgungspolitische und wissenschaftliche Diskussion wesentlich mit. Die Modifikation der ICD 10-GM (Einführung der F45.41 „chronischer Schmerz mit somatischen und psychischen Faktoren“) ist auf die Initiative der Deutschen Schmerzgesellschaft zurückzuführen. Nach einem fünf Jahre dauernden Prozess wurde diese Diagnose 2009 neu in die ICD 10-GM eingeführt (Rief, 2008; Nilges & Rief, 2010). Erst durch diese Diagnose sind psychotherapeutische Leistungen auch für Patienten möglich, die vorher ausschließlich somatisch behandelt wurden: Patienten z. B. mit mehrfachen Wirbelsäulenoperationen (sog. failed back surgery) oder anderen chronischen

postoperativen Schmerzen, mit Opioidabhängigkeit oder mit neuropathischen Schmerzen (Phantomschmerzen, CRPS, Polyneuropathie, Post-Zoster-Schmerzen).

Der Schwerpunkt schmerzpsychotherapeutischer Tätigkeit liegt derzeit im stationären und teilstationären Bereich. Psychologische Psychotherapie in Schmerzkliniken und -ambulanzen hat als obligatorische Komponente multimodaler Behandlung bei komplexen Schmerzsyndromen seit Einführung der OPS 8-919 einen festen Platz. Die Wirksamkeit dieser Interventionsformen ist ausreichend belegt. Multimodale Schmerztherapie wird inzwischen in über 300 Kliniken angeboten (Kaiser et al., 2015, Stand Ende 2014: 427 Kliniken).

Im DRG-System mit der OPS 8-918 sind die Leistungen der Psychologischen Psychotherapeuten eine entscheidende Grundlage für die Versorgung von Patienten und damit auch für die Erlöse der Leistungserbringer. Der Bedarf an Psychologischen Psychotherapeuten hat dadurch auch in ursprünglich rein „organmedizinischen“ Kliniken zugenommen. In einer Befragung von 37 Einrichtungen zur Schmerztherapie waren Psychologische Psychotherapeuten in allen Fällen feste Teammitglieder. Immerhin 56 Prozent davon hatten eine Weiterbildung „Schmerzpsychotherapie“ der DGPSF absolviert (Nagel et al., 2012).

Für die in Schmerzkliniken tätigen Ärzte wird als Kriterium die Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ zumindest für Leitungsfunktionen angenommen. Als zwingend im Team wurde von Beginn an eine „psychosomatisch, psychiatrische oder psychologische Fachrichtung“ gefordert. Seit 2013 wird im OPS 8-918 für psychologische Mitarbeiter die Approbation explizit als Voraussetzung gefordert. Zur Qualifikation der Psychologischen Psychotherapeuten darüber hinaus findet sich noch keine Angabe. Eine bundesweite Regelung wäre Voraussetzung, um – vergleichbar mit den Kriterien für Ärzte – zumindest für die Psychologische Leitung eine Qualifikation „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ zu fordern.

Erhebliche Defizite bestehen in der ambulanten Versorgung, z. B. um die in der NVL-Kreuzschmerz empfohlenen Versorgungswege von psychologischer Seite umzusetzen.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft (früher DGSS) hat 2011 einen Vorschlag zur Klassifikation von Schmerzbehandlungseinrichtungen veröffentlicht (Sabatowski et al., 2011). Daraufhin haben die großen Schmerzgesellschaften Strukturkriterien zur Akkreditierung von Schmerzbehandlungseinrichtungen erarbeitet und aktuell konsentiert. Nach diesen Kriterien (BVSD, 2015) können Psychologinnen und Psychologen interdisziplinäre Institutionen zur Schmerzbehandlung leiten (Schmerzkliniken/Ambulanzen). Als „offiziell“ anerkannte Einrichtungen wie Schmerzzentren und Arztpraxen sind darin auch spezialisierte psychologische Praxen mit Schwerpunkt „Schmerz“ neu eingeführt worden. Die vollständigen Kriterien sind inzwischen veröffentlicht (Müller-Schwefe et al., 2015).

Der 117. Deutsche Ärztetag hat dies 2014 aufgegriffen. Gefordert wird in den Bedarfsplänen der vertragsärztlichen Versorgung eine konsequente Berücksichtigung schmerztherapeutischer Einrichtungen. Dazu wird auch die Schmerzpsychotherapie gerechnet: „Zur flächendeckenden Erreichbarkeit ist die Berücksichtigung schmerztherapeutischer Einrichtungen mit definierten Strukturmerkmalen, wie zum Beispiel Zentren für interdisziplinäre Schmerzmedizin, interdisziplinäre Kopfschmerz-/Rückenschmerz-/Kinderschmerzzentren, Ambulanzen/Praxen mit qualifizierter und spezialisierter Schmerzmedizin sowie **schmerzpsychotherapeutische Einrichtungen**, in den Bedarfsplänen der Landesvertragspartner nach § 99 SGB V von zentraler Bedeutung. Diese Maßnahme dient zum einen der Sicherstellung einer adäquaten und wohnortnahen schmerzmedizinischen Versorgungstruktur, zum anderen ist sie Voraussetzung für angemessene Vergütung und wirtschaftliche Planungssicherheit schmerztherapeutisch tätiger Ärzte.“ (Beschlussprotokoll des 117. Deutschen Ärztetages, 2014) Dies gilt auch für Psychologische Psychotherapeuten.

Psychologische Psychotherapeuten arbeiten in den Vorständen der Schmerzgesellschaften (Vizepräsidentschaft Deutsche Schmerzgesellschaft seit über 25 Jahren), Kommissionen und Arbeitskreisen der Schmerz-Fachgesellschaften mit.

e) Qualitative und zeitliche Anforderungen

In der Weiterbildungsordnung Rheinland-Pfalz wird der Umfang mit 80 UE Vermittlung theoretischer Kenntnisse, 200 Std. Praktische Weiterbildung, 25 Std. Supervision, mindestens halbjährige Mitarbeit in oder die 18-monatige enge Kooperation mit einer anerkannten schmerztherapeutischen Einrichtung, Teilnahme an mindestens 12 interdisziplinären Schmerzkonferenzen und die Erstellung von 10 Fallberichten angegeben. Die Weiterbildung dauert mind. 18 Monate. Diese Bestandteile sowie der zeitliche Umfang wurden in Kooperation mit der DGPSF ausgearbeitet und orientieren sich in Teilen an der dort etablierten Fortbildung zum „Speziellen Schmerzpsychotherapeuten“. Die Weiterbildung kann mit Schwerpunkt für Erwachsene und/oder für Kinder und Jugendliche absolviert werden.

Fazit

Die Prävalenz von Schmerzen ist sehr hoch. Es gibt einen Konsens aller im schmerztherapeutischen Bereich tätigen Professionen, dass psychologische/psychotherapeutische Expertise an verschiedensten Stellen der Behandlung (chronischer) Schmerzen nötig ist. Dies ist auch in verschiedenen Leitlinien gefordert und findet seine Konsequenz im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS). Die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen ist durch verschiedene Studien belegt. In der Psychotherapeutenausbildung werden die notwendigen medizinischen Kenntnisse und spezifischen psychotherapeutischen Ansätze nicht vermittelt. Eine spezifische Qualifikation für Psychologen und Psychotherapeuten wird bisher über die Fachgesellschaften angeboten, daneben gibt es eine Verankerung in der Weiterbildungsordnung Rheinland-Pfalz.

Zitierte Literatur

Arnold, B. et al. (2009): Multimodale Schmerztherapie. Konzepte und Indikation. *Der Schmerz*, 23, 112–120. DOI 10.1007/s00482-008-0741-x.

Beschlussprotokoll 117. Deutscher Ärztetag Düsseldorf, 27.-30.05.2014. Ärztetags-Drucksache Nr. IV – 01, 2014, 143.

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., Gallacher, R. (2006): Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and treatment. *European Journal of Pain 10*, 287–333.

BVSD (2015): Gemeinsame Pressemitteilung der Fachverbände. http://www.bv-schmerz.de/medien/pdf/gem%20PM%20Struktur%20Schmerzmedizin%20100815.pdf (15.08.2015).

Erlenwein, J. et al. (2014): Akutschmerztherapie in der stationären Versorgung an deutschen Krankenhäusern. Ergebnisse des Akutschmerzzensus 2012. *Der Schmerz*, 28, 147–156. DOI 10.1007/s00482-014-1398-2.

Häuser, W. et al. (2013): Prävalenz chronischer Schmerzen in Deutschland. Befragung einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Der Schmerz*, 27, 46–55. DOI 10.1007/s00482-012-1280-z.

Kaiser, U., Sabatowski, R., Azad, S. C. (2015): Multimodale Schmerztherapie. Eine Standortbestimmung. *Der Schmerz* (online). DOI 10.1007/s00482-015-0030-4.

Klaus, K. et al. (2012): The Distinction Between „Medically Unexplained " and „Medically Explained" in the Context of Somatoform Disorders. *Int. J. Behav. Med*. DOI 10.1007/s12529-012-9245-2.

Koppert, W. (2015): Brauchen wir einen Facharzt für Schmerzmedizin? *Der Schmerz* (online). DOI 10.1007/s00482-015-0058-5.

Müller-Schwefe et al. (2015): Struktur der schmerzmedizinischen Versorgung in Deutschland: Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen. Konsens der „Gemeinsamen Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin". *Schmerzmedizin*, 31, 22–29.

Nagel, B. et al. für die Ad-hoc-Kommission „Multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie der Deutschen Schmerzgesellschaft": Struktur- und Prozessqualität multimodaler Schmerztherapie (2012). Ergebnisse einer Befragung von schmerztherapeutischen Einrichtungen. *Der Schmerz*, 26, 661–669. DOI 10.1007/s00482-012-1207-8.

Nilges, P., Rief, W. (2010): F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren: Eine Kodierhilfe. *Der Schmerz*, 24, 209–212.

Rief, W., Treede, R. D., Schweiger, U., Henningsen, P., Rüddel, H., Nilges, P. (2008): Neue Schmerzdiagnose in der deutschen ICD-10-Version. Nervenarzt.

Sabatowski, R., Maier, C., Willweber-Strumpf, A., Thomm, M., Nilges, P., Kayser, H. et al. (2011): Empfehlung zur Klassifikation schmerztherapeutischer Einrichtungen in Deutschland. *Der Schmerz*, 25, 368–376.

5 Anlagen

5.1 Statement des Ausschusses PTI der BPtK zum Thema „Zusatzqualifizierung“

Der PTI-Ausschuss nimmt Bezug auf den Bericht der Kommission Zusatzqualifizierung zum 27. DPT:
„Psychotherapeutische Mitbehandlung körperlicher Krankheiten: Geeignete Weiterbildungsgänge“.

Auf seiner Sitzung am 18. September 2015 in Frankfurt und an den nachfolgenden Wochen hat der Ausschuss darüber beraten und möchte der Kommission folgende Rückmeldungen geben:

1. Der Ausschuss begrüßt die Ausarbeitungen der Kommission, da dort Themen aufgegriffen werden, die für die angestellten Kolleginnen und Kollegen wichtig sind und im Zuge der Ausbildungsreform mit zu klären wären.
2. Der Ausschuss diskutierte darüber, ob es sinnvoll wäre, schon zum jetzigen Zeitpunkt Entscheidungen zu treffen, und ist eher der Meinung, dass die Zusatzbezeichnungen erst dann abschließend zu definieren wären, wenn die Ausbildungsreform beschlossen ist. Erst dann liegen definitive Informationen darüber vor, welche Inhalte in der Ausbildung vermittelt werden und welche Inhalte durch die Weiterbildung, die zur Fachkunde führt, abgedeckt werden. Danach können die Anforderungen zum Erwerb einer Zusatzbezeichnung definitiv festgelegt werden. Der Bericht der Kommission sollte dementsprechend im Zuge des Transitionsprozesses auch mit Aussagen zur zeitlichen Abfolge verschiedener Arbeitsschritte versehen werden.
3. Der Ausschuss unterstützt die Position der Kommission, dass eine Weiterbildung in „Somatopsychotherapie“ zu unspezifisch wäre und würde darin auch eine Abwertung jener Errungenschaft des Psychotherapeutengesetzes sehen, die Psychotherapie nicht alleine auf psychische Störungen zu begrenzen.
4. Der PTI-Ausschuss diskutierte auch über die genutzten Begrifflichkeiten der Zusatzbezeichnungen. Der Ausschuss begrüßt, dass in der endgültigen Version des Berichtes der Kommission das Stichwort „Psychotherapie“ in einem Atemzug mit dem Fachgebiet genannt wird.
5. Diskutiert wurde vom Ausschuss auch, wer die Curricula zu formulieren hätte. Der Ausschuss hätte Bedenken dagegen, dass die von den Fachgesellschaften schon formulierten Curricula unbesehen übernommen werden. Die Fachgesellschaften haben zweifellos ein Interesse an Qualitätssicherung durch Qualifizierung, aber teilweise auch ein monetäres Interesse an umfangreicher Weiterbildung für Zusatzbezeichnungen. Auch wäre zu diskutieren, ob diese Zusatzbezeichnungen zusammen mit der Bundesärztekammer ausgearbeitet werden sollten/könnten.
6. Die Kommission hat mit dem Ergebnis ihrer Arbeit fünf Zusatzbezeichnungen vorgeschlagen. In einem nächsten Arbeitsschritt wäre in den politischen Gremien der BPtK eine Priorisierung vorzunehmen. Hierzu sollte geprüft werden, in welchen Bereichen insbesondere auch die Kolleginnen und Kollegen aus den Kliniken eine psychotherapeutische Zusatzbezeichnung nutzen könnten, um sich von nicht-psychotherapeutischen Zertifikaten abzugrenzen. Der Ausschuss kann den Vorstand der BPtK dabei unterstüt-

zen, zu einer Analyse der „Marktlage“ für Zertifikate im Hinblick auf die vorgeschlagenen Zusatzbezeichnungen zu kommen. Gerne können wir die PTI-Ausschüsse der Landeskammern bitten, dazu auch eine Rückmeldung zu geben.

Die Kolleginnen und Kollegen des PTI-Ausschusses der BPtK haben abschließend ihr großes Interesse an dem Thema bekundet und würden dazu sehr gerne mit dem Vorstand der BPtK und den Arbeitsgruppen des Transitionsprozesses bzw. mit der Kommission weiter im Dialog bleiben.

Im Auftrag des PTI-Ausschusses der BPtK

Karl-Wilhelm Höffler

Karl-Wilhelm Höffler

Beethovenstr. 6, 55450 Langenlonsheim
E-Mail: karl-wilhelm.hoeffler@t-online.de

Langenlonsheim 14. Oktober 2015

5.2 Weitere Quellen zu den ausgewählten Bereichen

Ergänzende Literatur zu Diabetes

Ahmed, A. T., Karter, A. J., Liu, J.: Alcohol consumption is inversely associated with adherence to diabetes self-care behaviours. *Diabet Med 2006* Jul; 23(7): 795–802.

Amsberg, S., Anderbro, T., Wredling, R., Lisspers, J., Lins, P. E., Adamson, U. et al.: A cognitive behavior therapy-based intervention among poorly controlled adult type 1 diabetes patients--a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns 2009* Oct; 77(1): 72–80.

Attari, A., Sartippour, M., Amini, M., Haghighi, S.: Effect of stress management training on glycemic control in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract 2006* Jul; 73(1): 23–8.

Brands, A. M., Biessels, G. J., de Haan, E. H., Kappelle, L. J., Kessels, R. P.: The effects of type 1 diabetes on cognitive performance: a meta-analysis. *Diabetes Care 2005* Mar; 28(3): 726–35.

Cox, D. J., Kovatchev, B. P., Gonder-Frederick, L. A., Summers, K. H., McCall, A., Grimm, K. J. et al.: Relationships between hyperglycemia and cognitive performance among adults with type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Care 2005* Jan; 28(1): 71–7.

Cuijpers, P., Riper, H., Lemmers, L.: The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction 2004* Jul; 99(7): 839–45.

De Groot, M., Anderson, R., Freedland, K. E., Clouse, R. E., Lustman, P. J.: Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med 2001* Jul; 63(4): 619–30.

De Stefano, F., Ford, E. S., Newman, J., Stevenson, J. M., Wetterhall, S. F., Anda, R. F. et al.: Risk factors for coronary heart disease mortality among persons with diabetes. *Ann Epidemiol 1993* Jan; 3(1): 27–34.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Demenz - DEGAM-Leitlinie Nr. 12. http://leitlinien degam de/uploads/media/LL-12_Langfassung_TJ_03_korr_01 pdf, 2008, Available from: URL: http://leitlinien.degam.de/uploads/media/LL-12_Langfassung_TJ_03_korr_01.pdf.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie PuND, Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. - Selbsthilfe Demenz. Demenzen (S3-Leitlinie). http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013_S3_Demenzen_lang_11-2009_11-2011.pdf, 2009, Available from: URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013_S3_Demenzen_lang_11-2009_11-2011.pdf.

DGPM, DKMP, DGKJP, DGPPN, DGPs, DÄVT et al.: Diagnostik und Therapie der Essstörungen (S3-Leitlinie). http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Diagnostik_Therapie_Essstörungen.pdf, 2010, Available from: URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Diagnostik_Therapie_Essstörungen.pdf.

Ford, E. S., De Stefano, F.: Risk factors for mortality from all causes and from coronary heart disease among persons with diabetes. Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow-up Study. *Am J Epidemiol 1991* Jun 15; 133(12): 1220–30.

Gaebel, W., Falkai, P.: Behandlungsleitlinie Schizophrenie (S3-Leitlinie). S3 - Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie ed. Darmstadt: Steinkopff-Verlag, 2006.

Katon, W., Fan, M. Y., Unutzer, J., Taylor, J., Pincus, H., Schoenbaum, M.: Depression and diabetes: a potentially lethal combination. *J Gen Intern Med 2008* Oct; 23(10): 1571–5.

Kruse, J., Schmitz, N., Thefeld, W.: On the association between diabetes and mental disorders in a community sample: results from the German National Health Interview and Examination Survey. *Diabetes Care 2003* Jun; 26(6): 1841–6.

McKibbin, C. L., Golshan, S., Griver, K., Kitchen, K., Wykes, T. L.: A healthy lifestyle intervention for middle-aged and older schizophrenia patients with diabetes mellitus: a 6-month follow-up analysis. *Schizophr Res 2010* Aug; 121(1-3): 203–6.

Nouwen, A., Winkley, K., Twisk, J., Lloyd, C. E., Peyrot, M., Ismail, K. et al.: Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia 2010* Dec; 53(12): 2480–6.

Osborn, D. P., Wright, C. A., Levy, G., King, M. B., Deo, R., Nazareth, I.: Relative risk of diabetes, dyslipidaemia, hypertension and the metabolic syndrome in people with severe mental illnesses: systematic review and metaanalysis. *BMC Psychiatry 2008*; 8: 84.

Pedersen-Bjergaard, U., Reubsaet, J. L., Nielsen, S. L., Pedersen-Bjergaard, S., Perrild, H., Pramming, S. et al.: Psychoactive drugs, alcohol, and severe hypoglycemia in insulin-treated diabetes: analysis of 141 cases. *Am J Med 2005* Mar; 118(3): 307–10.

Retnakaran, R., Cull, C. A., Thorne, K. I., Adler, A. I., Holman, R. R.: Risk factors for renal dysfunction in type 2 diabetes: U.K. Prospective Diabetes Study 74. *Diabetes 2006* Jun; 55(6): 1832–9.
Richardson, T., Weiss, M., Thomas, P., Kerr, D.: Day after the night before: influence of evening alcohol on risk of hypoglycemia in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care 2005* Jul; 28(7): 1801–2.
Richardson, T., Kerr, D.: Moderators, monitoring and management of hypoglycaemia. In: Frier BM, Fisher M, editors. *Hypoglycaemia in Clinical Diabetes*. 2 ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2007,101–20.
Rubin, R. R., Gaussoin, S. A., Peyrot, M., DiLillo, V., Miller, K., Wadden, T. A. et al.: Cardiovascular disease risk factors, depression symptoms and antidepressant medicine use in the Look AHEAD (Action for Health in Diabetes) clinical trial of weight loss in diabetes. *Diabetologia 2010* Aug; 53(8): 1581–9.
Stenstrom, U., Goth, A., Carlsson, C., Andersson, P. O.: Stress management training as related to glycemic control and mood in adults with Type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract 2003* Jun; 60(3): 147–52.
van Dam, H. A., van der Horst, F. G., Knoops, L., Ryckman, R. M., Crebolder, H. F., van den Borne, B. H.: Social support in diabetes: a systematic review of controlled intervention studies. *Patient Educ Couns 2005* Oct; 59(1): 1–12.
Weyerer, S.: Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes [Heft 28], 2005. Berlin, Robert Koch-Institut.
Willi, C., Bodenmann, P., Ghali, W. A., Faris, P. D., Cornuz, J.: Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA 2007* Dec 12; 298(22): 2654–64.
Wright, R. J., Frier, B. M.: Vascular disease and diabetes: is hypoglycaemia an aggravating factor? *Diabetes Metab Res Rev 2008* Jul; 24(5): 353–63.
Zhang, X., Norris, S. L., Gregg, E. W., Cheng, Y. J., Beckles, G., Kahn, H. S.: Depressive Symptoms and Mortality among Persons with and without Diabetes. *American Journal of Epidemiology 2005* Apr 1; 161(7): 652–60.
Zeyfang, A., Bahrmann, A., Wernecke, J.: Diabetes mellitus im Alter. Diabetologie und Stoffwechsel 2012; 7 (Suppl.2): 163–169.

Ergänzende Literatur zur Psychotherapie bei kardiologischen Erkrankungen

(nach Budde, in PT Aktuell, 2/2009):

Appels, A., Mulder, P. (1989): Fatigue and heart disease: The association between „vital exhaustion" and past, present and future coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 727–738.
Bardé, B., Jordan, J. (2003): Psychodynamische Beiträge zu Ätiologie, Verlauf und Psychotherapie der koronaren Herzkrankheit. Frankfurt/Main: VAS.
Barth, J., Bengel, J. (2003): Interventionen zur Raucherentwöhnung bei kardiovaskulären Erkrankungen. Frankfurt/Main: VAS.
Bart, J., Schumacher, M., Herrmann-Lingen, Ch. (2004): Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosom. Medicine*, 66, 645–650.
Blumenthal, J. A. et al. (1997): Stress management and exercise training in cardiac patients with myocardial ischemia. *Archives of Internal Medicine*, 157, 2213–2223.
Blumenthal, J. A. et al. (2002): Usefulness of psychosocial treatment of mental stress induced myocardial ischemia in men. *American Journal of Cardiology*, 89, 164–168.
Budde, H. G. (2006): Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen – Cardiologie: Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In: Beiglböck, W., Feselmayer, S., Honemann, E. (Hrsg.): Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung. Wien / New York: Springer, 443–464.
Budde, H. G., Langosch, W. (2004): Psychologische Interventionen bei koronarer Herzkrankheit (KHK) – Empirische Befunde und Schlussfolgerungen für die praktische Versorgung. Psychotherapeutische Praxis, 4, 177–182.
Cossette, S., Frasure-Smith, N., Lespérance, F. (2001): Clinical implications of a reduction in psychological distress on cardiac prognosis in patients participating in a psychological intervention program. *Psychosomatic Medicine*, 63, 257–266.
Denollet, J. (2000): Type D personality: A potential risk factor refinded. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 255–266.
Dusseldorp, E. et al. (1999): A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychology*, 18, 506–519.

Frasure-Smith, N. et al. (1997): Randomised trial of home-based psychosocial nursing intervention for patients recovering from myocardial infarction. *Lancet*, 350, 473–479.
Frasure-Smith, N., Prince, R. H. (1985): The Ischemic Heart Disease Life Stress Monitoring Program: Impact on mortality. *Psychosomatic Medicine*, 47, 431–445.
Frasure-Smith, N., Prince, R. H. (1989): Long-term follow up of the Ischemic Heart Disease Life Stress Monitoring Program. *Psychosomatic Medicine*, 51, 431–445.
Grande, G. (2008): Genderspezifische Aspekte der Gesundheitsversorgung und Rehabilitation nach Herzinfarkt. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51, 36–45.
Grande, G., Badura, B. (2001): Die Rehabilitation der KHK aus gesundheitssystemanalytischer Perspektive. Frankfurt/Main: VAS.
Herrmann-Lingen, C., Buss, U. (2002): Angst und Depressivität im Verlauf der koronaren Herzkrankheit. Frankfurt/Main: VAS.
Jones, D. A., West, R. R. (1996): Psychological rehabilitation after myocardial infarction: Multicentre randomized control trial. *British Medical Journal*, 313, 1517–1521.
Ladwig, K.-H., Erazo, N., Rugulies, R. (2004): Zur Bedeutung von Ärger und Ärgerausdruck für die Entstehung und Prognose der koronaren Herzkrankheit. Frankfurt/Main: VAS.
Laederach-Hofmann, K., Messerli-Buergy, N. (2004): Panikstörung, kardiales Syndrom X und koronare Herzkrankheit. Frankfurt/Main: VAS.
Langosch, W., Budde, H. G., Hahn, P. (2004): Psychosomatik des Herzinfarktes. In: Roskamm, H., Neumann, F.-J., Kalusche, D., Bestehorn, H.-P. (Hrsg.): Herzkrankheiten – Pathophysiologie, Diagnostik, Therapie. 5. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1269–1283.
Langosch, W., Budde, H. G., Linden, W. (2003): Psychologische Interventionen zur koronaren Herzkrankheit (Stress-Bewältigung, Entspannungsverfahren, Ornish-Gruppen). Frankfurt/Main: VAS.
Langosch, W., Budde, H. G., Linden, W. (2007): Psychological Interventions for Coronary Heart Disease: Stress management, Relaxation and Ornish Groups. In: Jordan, J., Barde, B., Zeiher, A. (Hrsg.): Contributions Toward Evidence-Based Psychocardiology. New York: APA, 231–254.
Lazanowski, C., Jordan, J. (2003): Psychosoziale Aspekte der Herzkatheteruntersuchung, Koronarangiographie und -angioplastie (PTCA). Frankfurt/Main: VAS.
Linden, W. (2000): Psychological treatments in cardiac rehabilitation: Review of rationals and outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 443–454.
Linden, W., Stossel, C., Maurice, J. (1996): Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease. *Archives of Internal Medicine*, 256, 745–752.
Löwel, H., Heier, M., Hörmann, A., Meisinger, C. (2005): Koronare Herzkrankheiten bei Männern und Frauen. Praxis Verhaltenstherapie. *Klin. Verhaltensmed. Rehab*,. 18, 226–231.
Myrtek, M. (2000): Das Typ-A-Verhaltensmuster und Hostilität als eigenständige Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit. Frankfurt/Main: VAS.
Myrtek, M. (2001): Meta-analyses of prospective studies on coronary heart disease, Type A personality, and hostility. *International Journal of Cardiology*, 79, 245–251.
Ong, L., Linden, W., Young, S. (2004): Stress management: What is it? *Journal of Psychosom*. *Research*, 56, 133–137.
Ornish, D. (1991): Open Your Heart. New York: Random House. / (1992): Revolution in der Herztherapie. Stuttgart: Kreuz.
Ornish, D. (1998): Avoiding revascularization with lifestyle changes: The Multicenter Lifestyle Demonstration Project. *American Journal of Cardiology*, 82, 72T–76T.
Ornish, D. (1999): Die revolutionäre Therapie: Heilen mit Liebe. München: Mosaik-Verlag.
Ornish, D. et al. (1990): Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. *Lancet,* 336, 129–133.
Ornish, D. et al. (1998): Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA*, 280, 2001–2007.
Orth-Gomér, K. et al. (2009): Stress Reduction Prolongs Life in Women with Coronary Disease – The Stockholm Women´s Intervention Trial For Coronary Heart Disease (SWITCHD). Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, 2, 25–32.
Rees, K., Bennett, P., West, R., Davey Smith, G., Ebrahim, S. (2004): Psychological interventions for coronary heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD002902.DOI: 10.1002/14651858.CD002902.pub2.
Rosengreen, A. et al. (2004): Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study). *Lancet,* 364, 953–962.
Rozanski, A., Blumenthal, J. A., Kaplan, J. (1999): Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 2192–2217.
Rugulies, R. (2002): Depression as a predictor for coronary heart disease: A review an meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 51–61.

Rugulies, R., Siegrist, J. (2007): Sociological Aspects of the Development and Course of Coronary Heart Disease: Social Inequality an Chronic Emotional Distress in The Workplace. In: Jordan, J., Barde, B., Zeiher, A. (Hrsg.): Contributions Toward Evidence-Based Psychocardiology. New York: APA, 13–33.
Schlicht, W., Kanning, M., Bös, K. (2003): Psychosoziale Interventionen zur Beeinflussung des Risikofaktors Bewegungsmangel. Frankfurt/Main: VAS.
Sheps, D. S., Soufer, R., Freedland, K. E. (2007): Psychological stress and myocardial ischemia: Understanding the link and the implications. *Psychosom. Medic*., 69, 491–492.
Skala, J. A., Freedland, K. E., Carney, R. M. (2005): Heart Disease. Göttingen: Hogrefe & Huber.
Titscher, G., Schöppl, Ch. (2000): Die Bedeutung der Paarbeziehung für Genese und Verlauf der koronaren Herzkrankheit. Frankfurt/Main: VAS.
Weidemann, H., Meyer, K., Fischer, T., Wetzel, A. (2003): Frauen und koronare Herzkrankheit. Frankfurt/Main: VAS.
Writing Committee for the ENRICHD investigators (2003): Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease patients (ENRICHD) randomized trial. *JAMA,* 289, 3106–3116.
Yusuf, S. et al. (2004): Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study). *Lancet*, 364, 937–952.

Ergänzende Literatur zu Psychotherapie bei onkologischen Erkrankungen

Aulbert E, Nauck C, Radbruch L (Hrsg.) (2011) Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart: Schattauer.
Bradt J, Dileo C, Grocke D, Magill L (2011) Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. Cochrane Database Syst Rev. (8): CD006911.
Diegelmann C, Isermann M (Hrsg.) (2011) Ressourcenorientierte Psychoonkologie. Psyche und Körper ermutigen. 2. erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
Dorn A, Wollenschein M, Rohde A (2007) Psychoonkologische Therapie bei Brustkrebs mit Manual zur Bonner Semistrukturierten Kurzzeitpsychotherapie (BSKP-ONK). Mit Vorbereitungsbögen auf CD-ROM. Deutscher Ärzte-Verlag.
Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Küffner R (2013) Effects of psychooncological interventions on emotional distress and quality of life in adult cancer patients: systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Oncology. 31(6). S. 782–793.
Goebel S, von Harscher M, Mehdorn HM (2011) Comorbid mental disorders and psychosocial distress in patients with brain tumours and their spouses in the early treatment phase. Support Care Cancer. Nov; 19(11). S. 1797–1805.
Heußner P, Besseler M, Dietzfelbinger H, Fegg M, Lang K, Mehl U, Pouget-Schors D Riedner C, Sellschopp A (Hrsg.) (2009) Manual Psychoonkologie. Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge. München: Zuckschwerdt.
Holland J, Breitbart W, Jacobsen P, Lederberg M, Loscalzo M, McCorkle R (Hrsg.) (2010) Psychooncology. New York: Oxford University Press.
Hübner J (2014) Onkologie interdisziplinär. evidenzbasiert - integrativ - patientenzentriert. Stuttgart: Schattauer.
Kusch M, Labouvie H, Hein-Nau B (2013) Klinische Psychoonkologie. Springer 2013.
Liao Y-C, Liao W-Y, Shun S-C, Yu C-J, Yang P-C, Lai Y-H (2011) Symptoms, psychological distress, and supportive care needs in lung cancer patients. Support Care Cancer. Nov;19(11). S. 1743–1751.
Merckaert I, Libert Y, Messin S, Milani M, Slachmuylder J-L, Razavi D (2010) Cancer patients' desire for psychological support. prevalence and implications for screening patients' psychological needs. Psychooncology. Feb;19(2) . S. 141–149.
Singer S, Brown A, Einenkel J, Hauss J, Hinz A, Klein A, et al (2011) Identifying tumor patients' depression. Support Care Cancer. 19(11) S. 1697–1703.
Schmohl, C (2015) Onkologische Palliativpatienten im Krankenhaus. Seelsorgliche und psychotherapeutische Begleitung. Stuttgart: Kohlhammer
Schopperth T (Hrsg.) (2012): Psychoonkologie - Risiken und Chancen des Wandels. Dapo-Jahrbuch. Lengerich: Pabst.
Schumacher A et al. (Hrsg.) (2011) Psychoonkologie – Bewegliche Vielfalt in starren Strukturen? Dapo-Jahrbuch. Lengerich: Pabst.
Schwarz R, Singer S (2008) Einführung Psychosoziale Onkologie. München: Reinhardt
Tschuschke V (2011) Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Vehling S, Koch U, Ladehoff N, Schön G, Wegscheider K, Heckl U et al. (2012) Prävalenz affektiver und Angststörungen bei Krebs: Systematischer Literaturreview und Metaanalyse. PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie. 62(07) S. 249–258.
Weis J, Brähler E (Hrsg.) (2013) Psychoonkologie in Forschung und Praxis. Stuttgart: Schattauer.

Ergänzende Literatur und aktuelle Zahlen zu schmerztherapeutischen Behandlungseinrichtungen (Stand 10/2015)

Arnold, B. et al. (2015): Akutstationäre multimodale Schmerztherapie und Rehabilitation. Rahmenbedingungen, Aufgaben und differenzierte Patientenzuweisung. *Schmerz*. Online DOI 10.1007/s00482-015-0063-8.

Arnold, B. et al. (2014): Multimodale Schmerztherapie für die Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. Ein Konsensuspapier der Ad-hoc-Kommission Multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie der Deutschen Schmerzgesellschaft zu den Behandlungsinhalten. *Schmerz*, 28, 459–472.

Kaiser, U., Arnold, B., Pfingsten, M., Nagel, B., Lutz, J., Sabatowski, R. (2013): Multidisciplinary pain management programs. *J. Pain Res.*, 6, 355–358.

Pfingsten, M., Flor, H., Nilges, P. (2015): Psychologie und Schmerz in Deutschland. Rückblick und Ausblick. *Der Schmerz*, 29, 544–549

https://www.weisse-liste.de/de/krankenhaus/icd-fachkatalog/: „Multimodale Schmerztherapie“ entsprechend OPS 8-918 wird aktuell in 427 Kliniken mit obligatorischer Beteiligung Psychologischer Psychotherapeuten durchgeführt. Hinzu kommen offiziell weitere 39 mit „Teilstationärer Multimodaler Behandlung“. Weitere 329 Kliniken führen „Multimodale Schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung“ (8-91b) durch. Auch hier sind Psychologische Psychotherapeuten obligatorisch Teil des Behandlungsteams.