

# Diskussionsbeiträge von Mitgliedern des DKPM: Psychosomatische Medizin 2017

Hans-Christian Deter

## Abstrakt

Die Psychosomatik in Deutschland wird in den Anfängen im letzten Jahrhundert skizziert und mit dem aktuellen Zustand verglichen. Unterschiedliche Konzepte und Schwerpunkte haben sich entwickelt. Am Beispiel der Herausgabe eines Standardwerks der deutschen Psychosomatik werden die unterschiedlichen Sichtweisen charakterisiert und Chancen und Risiken dieser Entwicklung gewichtet.

Wenn man viele Jahrzehnte zurückblickt, hat sich die Auffassung von der psychosomatischen Medizin im Lauf der Zeit erheblich gewandelt. Von Krehls: „Wir behandeln nicht Krankheiten sondern kranke Menschen, über v. Weizsäckers Einführung des „Subjekts in die Medizin“ und v. Uexkülls Vorstellungen von „integrierter Medizin“ und einer speziellen Zeichenlehre (Semiotik) war es ein weiter Weg, der zum „Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ führte. Dieser versucht nun das Konzept von Psychosomatik zu konkretisieren, zu festigen und eine Stabilisierung im Rahmen der vorhandenen medizinisch gesellschaftlichen Interaktionen zu erreichen.

Hierbei wird deutlich, dass jede Zeit eigene Prioritäten setzte und das Gesamtbild der Psychosomatik und die von ihren Protagonisten angestrebten Ziele sich in dieser Zeit erheblich gewandelt haben. Das kann man begrüßen oder bedauern, wichtiger scheint eine Analyse über die angestrebten Zielsetzungen im nationalen Gesundheitssystem, und auch im internationalen Rahmen. Wir dürfen davon ausgehen, dass die psychosomatisch/psychotherapeutische Versorgung in Deutschland auf hohem Niveau praktiziert wird und in vielen europäischen Ländern als mögliche Perspektive, aber auch kritisch gesehen wird.

Am Beispiel Deutschland lässt sich zeigen, dass wir es, wie auch in anderen Ländern, mit verschiedenen Interessen im psychoso-

matischen Feld zu tun haben, die teilweise miteinander kompatibel sind und teilweise kontrovers von unterschiedlichen Gruppen verfolgt werden. Hierbei lassen sich Überlegungen zur ambulanten und stationären Versorgung, wissenschaftliche, Aus- und Weiterbildungs- und organisatorische Aspekte unterscheiden [1].

1. Das Ziel einer sich klinisch verstehenden Psychosomatik sollte nach Meinung vieler sein, das Durchdringen und Wirksamwerden psycho-somatischer, psycho-sozialer und Verhaltens-Aspekte in alle Bereichen der Medizin. Soll das durch Spezialisten oder durch Hebung des psychosomatischen Niveaus in der Gesamtmedizin geschehen? Im ersten Fall bieten sich eigene Gruppierungen wie Ärzte für psychosomatische psychotherapeutische Medizin, Ärzte für psychiatrische psychosomatische Medizin, andere Arztgruppen mit Psychotherapiequalifikation, Psychologen für Psychotherapie des pathologischen Verhaltens oder tiefenpsychologisch ausgebildet und Ärzte oder Psychologen für bestimmte psychotherapeutische Techniken (Tiefenpsychologische Verfahren, Verhaltenstherapie) oder Medizinbereiche an (Schmerztherapie, Psychokardiologie, Psychoonkologie etc.). Diese können auch in stationären Einrichtungen Schwerpunkte der Versorgung bilden. Es ist klar, dass hier Momente der Organisation psychotherapeutischer Leistungen durch die Krankenkassen (Kurzzeittherapie (25 Stunden), Langzeittherapie (50/100 Std.), Psychoanalyse (160/240 Std.) einerseits die auskömmliche Entlohnung sichert andererseits Eigengesetzlichkeiten schafft, die mit der Studienlage psychosomatisch/psychosozial mit beeinflusster Erkrankungen nicht immer zu tun haben. Es entstehen Eigengesetzlichkeiten, die den Wert ärztlich somatischen Handelns für die psychische Situation von Patienten (nicht nur für „psychiatrische-“ oder

Psychotherapie Fälle) als unspezifische ärztliche Tätigkeit ansieht und möglicherweise nicht ausreichend wertschätzt (was oft der Studienlage geschuldet ist).

2. Hier nun ist die Studienlage für die verschiedenen Krankheitsbilder angesprochen, die für die „kleine Psychiatrie“ Depressions-, Angsterkrankungen und somatoforme Störungen zunehmend solider geworden ist [2–4], aber oft psychosomatische Aspekte bei körperlichen Krankheiten nur auf die niedrigste Evidenzklasse „Expertenwissen“ stützt. Eine klinische Forschung mit relativ kleinen Fallzahlen (oft an somatoformen, Angst, depressiven oder Persönlichkeitsstörungen), die Evaluation psychodiagnostischer Fragebogen für ausgewählte soziale Fragestellungen standen bisher im Mittelpunkt des wissenschaftlich psychosomatischen Interesses (abzulesen an Abstrakts auf den jährlichen Kongressen für Psychosomatik oder den Publikationen in PPmP und ZPM). Das hat Folgen für die Leitlinediskussion in den entsprechenden AWMF-Gremien mit klinischen Experten aus anderen Fächern und war auf nationaler Ebene u.a. für Depression, Angst, somatoforme und Essstörungen, auf europäischer Ebene nur für die Präventionsleitlinien bei der koronaren Herzerkrankung erfolgreich [5].
3. Die Aus- und Weiterbildung hinsichtlich psychosomatischer Medizin ist dank der Aktivitäten der Fachgesellschaften DKPM, DGPM und der leitenden Fachvertreter ein beispielhafter Erfolg. Leider werden die Weiterbildungsbemühungen für Psychosomatik in den einzelnen Fachgebieten sehr unterschiedlich geschätzt: während Allgemeinmediziner und Gynäkologen psychosomatische Inhalte und Fertigkeiten sehr weitgehend integriert haben, stehen andere Fachgebiete noch am Anfang. Da die Aus- und Weiterbildungssysteme einem ständigen Wandel ausgesetzt

sind, gibt es Hoffnung auf Verbesserung, aber auch die Fortschritte im Ausbildungsbereich müssen immer wieder bestätigt werden.

- Hinsichtlich der Organisation psychosomatischer Versorgung gibt es gute und langfristige Kooperationen auf nationaler (Medizinpsychologen, Allgemeinmediziner, somatische Facharztgruppen) und lokaler Ebene. Größere Forschungsprojekte wurden durch DFG, BMBF, BMG, EU und private Stiftungen (Volkswagen, Barz usw.) gefördert. Hier blieb die Zusammenarbeit auf nationaler Ebene mit Neurologen und Psychiatern sehr begrenzt, mit Pharmafirmen fand sie nur in geringem Maß statt. So bleibt eine umgrenzte Psychotherapieintervention über 15 bis 50 Stunden bei unterschiedlichen einer Psychotherapie aber grundsätzlich zugänglichen Krankheiten ein Hauptschwerpunkt aktueller psychosomatischer Forschung. Daneben spielen Versorgungs-, Konzept- und Grundlagenforschung eine eher geringere Rolle. Konkurrenz entsteht durch den Anspruch verschiedener Gruppen (Psychiater, Psychologen) über Aspekte der Psychotherapie und ihrer Integration in die verschiedenen Fachgebiete und Fragestellungen mit zu entscheiden und entsprechende „Auftragsforschung“ für einzelne Gruppen anzustoßen: psychoanalytische, verhaltenstherapeutische, pharmakologische Behandlungen, bei denen dann das gemeinsame Ziel die psychosomatische Versorgung für einzelne Krankheitsgruppen zu verbessern und das zu belegen, oft verloren geht.

Es ist reizvoll zu sehen, wie sich diese Situation der Psychosomatik in Deutschland in einem Buch widerspiegelt, das von Thure von Uexküll, einem von drei ersten europäischen Repräsentanten des „International College of Psychosomatic Medicine“ und Mitbegründer des Deutschen Kollegiums für Medizin 1975, Chefarzt für Innere Medizin, 1979 erstmals herausgegeben wurde und nun unter Koordination seines früheren Mitarbeiters Karl Köhle in der 8. Auflage erschienen ist. Weitere Herausgeber sind W. Herzog, P. Joraschky, J. Kruse, W. Langewitz und W. Söllner; 112 männliche und 37 weibliche meist deutsche teilweise international gut ausgewiesene Autoren/innen

haben erneut ein differenziertes und eindrucksvolles Werk vorgelegt [6].

## Einleitung

In den ersten sieben Auflagen sollte dieses Buch „dazu beitragen, den psychosomatisch-psychotherapeutischen Verständnis- und Handlungsansatz in die Medizin zu integrieren“. In der 8. Auflage steht das „Verhältnis von Theorie und Praxis in veränderter Sicht“ im Mittelpunkt: Medizin wird nun als Handlungswissenschaft gesehen, die evidenzbasiert und in der Arbeit am Einzelfall gesichert sein sollte. Die Grundlagenwissenschaften werden unter den Erfordernissen des biopsychosozialen Modells genutzt und Entwicklungspsychologie und Kognitionswissenschaften einbezogen. Ärztliches Kommunikationsverhalten gilt als zentrale Thematik und sollte durch Fallarbeit und die Klassifikation von Krankheiten (DSM 5, OPD) ergänzt werden. Zur Therapie und Klinik finden sich eigene umfangreiche Kapitel. Im ersten Kapitel wird der Versuch unternommen, eine Brücke von den Theorien, Kenntnissen und Erfahrungen T. v. Uexkülls in die heutigen Erfordernisse der Medizin zu schlagen. Die ursprünglichen Kapitel v. Uexkülls aus früheren Auflagen wurden nun im elektronisch präsentierten Ergänzungsteil aufgenommen.

## Integrierte Medizin

Die Autoren verbinden die integrierte Medizin für alle Fächer aus fachpolitischen Gründen mit der Entwicklung zum „Facharzt“, die nicht wie im Buch beschrieben seit 1992 als Facharzt für psychosomatische, sondern für „psychotherapeutische Medizin“ und seit 2003 nach Einbeziehung der 1927 gegründeten „Allgemeinen Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie“ zum international einmaligen „Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ führte. T.v. Uexküll hatte diese Entwicklung zum Facharzt anfangs abgelehnt, weil er um die psychosomatische Integration in die Medizin fürchtete, und deshalb eine eigenständige Gesellschaft für „Integrierte Medizin“ gegründet. Seine Überlegungen, Theorien und seine Vorstellungen zur klinischen integrierten Medizin lassen sich aus den zusätzlichen elektronisch angebotenen Filmen ([www.netmediaviewer.de](http://www.netmediaviewer.de)) zur Ulmer Bettenstation, mit einem Vortrag zur Plazebo-Problematik, und Filmen von erfahrenen niedergelassenen All-

gemeinmediziner und Hautärztinnen in der eigenen Praxis sehr gut nachvollziehen. Dem Leser fehlt aber am Anfang eine intellektuelle Auseinandersetzung in diesem Kapitel mit der Frage was bleibt von den Konzepten zur „Zeichenlehre“ (Semiotik, - sie kommt in einem späteren Kapitel), zum „Konstruktivismus“ und zur „Systemtheorie“, was hat sich nicht bewährt, was muss geändert werden und warum müssen neue Wege beschritten werden? Psychosomatische Medizin in Deutschland über 40 Jahre zu beschreiben bleibt so in gewissem Maße unbefriedigend. Dagegen wird die differenzierte Beschreibung von Einzelfällen in verschiedenen klinischen Disziplinen als Beispiel für die Evidenz integrierter Medizin dargestellt und ein günstiger Fallverlauf als Beleg für eine gelungene Kommunikation und als Evidenz verstanden.

Das Beispiel im Film von 1976, in dem akute Herzpatienten noch 21 Tage stationär behandelt wurden und Kranke 12 Tage auf ihre Herzschrittmacher Implantation warten mussten, belegt aber eindrucksvoll, wie radikal sich die Medizin inzwischen gewandelt hat und eine Auseinandersetzung mit den alten psychosomatischen Konzepten benötigt. Bspw. könnte ein entsprechender Film von der heutigen Ulmer, Heidelberger oder Berliner internistischen Bettenstation zeigen, wie sich das Diagnosespektrum auf Fälle konzentriert, die psychologisch/psychosomatisch auffällig sind und eine intensivere psychotherapeutische Intervention benötigen. Das war auf der internistischen Station in Ulm nicht der Fall, dort wurden alle Patienten unter psychosomatischem Aspekt betreut.

## Diese neue Entwicklung hat Konsequenzen für die psychosomatische Theorie, psychosomatische Diagnostik und Therapie

**Theorie** Das Konzept der psychosomatischen Medizin hat sich in den letzten 80 Jahren gewandelt. Das v. Uexküll'sche Situationskreismodell (das auf ein Modell des Biologen Jakob von Uexküll zurückging und nicht mehr im Buch erscheint) beschrieb die Herausforderungen der Umgebung an das Individuum und dessen individuelle (seelisch/praktische) Bewältigung. Das Gestaltkreismodell von V. v. Weizsäcker versuchte diese Zusammenhänge in anderer Weise zu beschreiben. Die bisherige Psy-

chosomatik konzentrierte sich vor allem auf das Individuum, seine seelischen Reaktionen und die im Körper feststellbaren Auswirkungen (F. Dunbar 1935, Wittkower, 1937) – erfasst durch physiologische, psychologische und internistische Methoden. So kam es zum bio-psycho-sozialen Modell (Engel 1979) und zum Konzept der „funktionellen Störungen“ wie z. B. Hyperventilation, Herzneurose, Myogelosen, oder Reizkolon, die alle sehr differenzierte Beschreibungen des biologisch/somatischen und psychischen Zusammenhangs voraussetzten. Bei körperlichen internistischen Erkrankungen (Asthma bronchiale, Colitis ulcerosa, Ulcus pepticum u.a.) wurde früher der emotionale, psychische Verursachungsanteil (möglicherweise in Fallbeispielen zu stark) betont. Kognitive und adaptative (Coping) psychologische Konzepte haben die Vorstellungen zu den ehemaligen („Holy Seven“) und mittlerweile vielen anderen (psychosomatisch/somatopsychischen) Erkrankungen bereichert.

**Diagnostik** Diese Sichtweise hat sich nun aber unter der Dominanz amerikanisch/psychiatrischer Anschauungen (Diagnostic Statistical Manual (DSM 5. Aufl.) gewandelt, die partiell mit der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD), zuletzt in der 10. Auflage in Beziehung stehen (Kap. 25). Hier wurden die „funktionellen Störungen“ durch „somatoforme Störungen“ ersetzt und dabei auf ihre internistische pathophysiologische Beschreibung weitgehend verzichtet oder nur in den somatischen Spezialkapiteln begrenzt aufgeführt (z. B. Fibromyalgie, funktionelle gastrointestinale Störungen). In der DSM 5 wird dieses Konstrukt nun erneut umdefiniert in „multiforme somatische Symptome“ zu einem „Syndrom“, das auf einen eigenartig manipulativen Umgang mit „Krankheitsbildern“ hinweist und Patienten nicht leicht zu erklären ist. Es hat weder mit dem Modell von v.Uexküll noch mit dem von v. Weizsäcker konzeptuelle Gemeinsamkeiten und steht unter der Dominanz einer psychisch/psychiatrischen Sichtweise, die eindeutige und wissenschaftlich evidente Beschreibungskriterien für psychische/psychiatrische Phänomene verlangt und internistisch/somatische Zusammenhänge nicht weiter berücksichtigt.

**Behandlung** Wenn psychische oder psychosomatische Störungen schwerer (psychiatrischer) oder weniger schwerer Art im

Fokus einer Psychosomatischen Medizin stehen, finden sie sich im Zentrum eines therapeutischen Interesses, das leicht von „Psycho“-Spezialisten (ärztliche Psychotherapeuten, Psychiater, Psychologen) wahrgenommen, bzw. übernommen wird. Es steht dann nicht mehr das Situationskreismodell (Uexküll) für alle Patienten im Zentrum, sondern das allgemeine Psychotherapiemodell von Orłinski und Howard (Kap. 32) oder das Modell von Grawe (Kap. 8) für „Psycho“-patienten, je nach Selektionskriterium 3%, 20% oder 40% aller Patienten; oder 32% der deutschen Bevölkerung. Die allgemeine ärztliche Behandlung und spezifische Erfahrung des Allgemein- oder Facharztes bei der Behandlung körperlicher Erkrankungen, wird bei speziellen Psychotherapiemaßnahmen (Kap. 33–41) oft nur am Rande wahrgenommen. Andere psychopharmakologische (Kap. 43), medikamentöse, physiotherapeutische u.ä. Maßnahmen (Kap. 42) geraten aus dem Fokus und bleiben wie auch sozioökonomische (Kap. 23) oder Geschlechtseinflüsse (Kap. 24) in der psychotherapeutischen Praxis, aber auch in Psychotherapiestudien oft ungenügend berücksichtigt.

Die deutsche Psychosomatik und besonders die Verfasser des „Uexküll“ müssten zu dieser Entwicklung stärker Stellung beziehen und sie kritisch begleiten, wenn sie nicht die Spaltung mitmachen wollen, die durch die dominierende wissenschaftliche Sichtweise weltweit angestoßen wird. Eine Konzentration auf Psychotherapie mit diagnostischen und therapeutischen Methoden, die in der deutschen Psychosomatik z. Zeit beobachtet werden kann, droht die Konzentration auf die psychische Situation von Patienten zu verstärken und die somatischen Voraussetzungen, die in den einzelnen Fächern verankert sind, zu vernachlässigen.

Es würde die Besprechung des Buches überfordern auf alle 104 Kapitel differenziert einzugehen. Es fällt aber auf, dass die Grundlagenwissenschaften, insbesondere die neuesten Entwicklungen der psychosomatischen Hirnforschung nur sehr knapp behandelt werden, der psychotherapeutische/methodische theoretische und praktische Anteil den großen Mittelteil ausmacht und die verschiedenen Krankheitsbereiche vor allem nach Belastungsschwere und Psychotherapiemöglichkeiten geglie-

dert sind. Hierbei stehen depressive-, Angst-, somatoforme- und Essstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen im Zentrum und werden im Wesentlichen unter klinischen Aspekten beschrieben.

Der Leser erhält einen guten Überblick über die Theorie und die angewandten psychodiagnostischen und psychotherapeutischen Methoden im ambulanten und stationären Bereich. Psychosomatische Aspekte werden in der Allgemeinmedizin, Chirurgie, Gynäkologie, Urologie, Hals-Nasen Ohren Heilkunde, Orthopädie, Neurologie, Dermatologie, Anästhesiologie, Kinderheilkunde und Zahnheilkunde von teilweise sehr kompetenten Autoren beschrieben. Aus der Psychiatrie wird ein Kapitel über das Delir als Beispiel für organisch begründete psychische Erkrankungen einbezogen. Die Thematik der Abgrenzung zwischen den Fächern „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ und Psychiatrie und Psychotherapie“ wird ebenso wenig weiter verfolgt wie internationale Aspekte der psychosomatischen Medizin.

Wie in den vorigen Auflagen sind wichtige innere Krankheiten (Hypertonie, KHK, Asthma etc.) in eigenen Kapiteln vertreten. Die Frage bleibt, haben die Autoren Anschluss an den aktuellen wissenschaftlichen Diskurs bei den einzelnen somatischen Erkrankungen gefunden oder beruht ihr Wissen auf eigener klinischer Erfahrung oder Kenntnis der Literatur. Es finden sich in diesen Kapiteln nicht viele Autoren, die auch eigene Forschungsergebnisse auf hohem internistischen oder psychosomatischen Niveau publiziert haben.

Eine Stärke des Buches ist die differenzierte Herausarbeitung der Arzt Patient Interaktion (Kap. 27) sowie die klinische Beschreibung von Problemen und möglichen therapeutischen Antworten in der stationären psychosomatischen (Kap. 49–51) und rehabilitativen Behandlung (Kap. 52) und im psychosomatischen Konsiliar/Liaison Dienst (Kap. 48).

Zum anderen werden breit und umfassend Aus- und Weiterbildungsinhalte, und der Weg, Kenntnisse, Fertigkeiten, Techniken und Erfahrungen im psychosomatischen Bereich zu sammeln, beschrieben.

Bei der Fülle der angebotenen Themen scheint das Buch etwas überladen, weit abliegende und manchmal wenig aktuelle Themen werden einbezogen und das elektronisch zur Verfügung gestellte Material ist nicht ausreichend nutzbar.<sup>1</sup>

## Resumé

Was kann das Buch zur Lösung der am Anfang beschriebenen offenen Fragen in Deutschland beitragen? Sicher werden sich in Weiterbildung befindende oder fertige Fachärzte für Psychosomatische Medizin oder Kandidaten, die den Zusatztitel Psychotherapie erwerben oder haben von einzelnen Kapiteln profitieren, ebenso wie Verhaltensmediziner und Psychologen von einzelnen Psychotherapie- oder Krankheitskapiteln. Dem Allgemeinmediziner oder somatischen Facharzt werden die 1200 Seiten möglicherweise zu umfangreich sein, um das für ihn Wichtige herauszufinden. Ob die Inhalte ausreichend auf ihn zugeschnitten sind, bleibt eine weitere Frage.

Was wären denn heute „Essentials“ einer Psychosomatischen Medizin, die es weiter zu entwickeln gilt, – neben eigenen Erfahrungen mit Patienten, differenzierten Falldarstellungen und wissenschaftlichen Untersuchungen an unterschiedlichen Patientenstichproben?

**1. Wissenschaftliche Evidenz psychosomatischer Diagnostik und Therapie in den somatischen Fachgebieten:** Ein entscheidender Punkt wird sein, inwiefern die medizinischen Fachgesellschaften die Inhalte dieses Buches akzeptieren und übernehmen werden: Werden sie sie in nationale oder Europäische Leitlinien und Disease Management Programme (DMP) umsetzen? Dazu bedarf es persönlicher Überzeugungsarbeit in den einzelnen Fachgesellschaften und überzeugende (Evidenz basierte) Studien. Ob das eine psychosomatisch/ psychotherapeutische Fachgesellschaft besser kann als eine gut mit den Fachdisziplinen vernetzte „integrierte Medizin“, wird die Zukunft erweisen. Das jüngste Beispiel im internistischen Lehrbuch

„Harrison“ (19. Auflage, 2017), herausgegeben von amerikanischen, übersetzt von deutschen Internisten ist aber eher entmutigend. Viele psychosomatische Beiträge wurden in dieser letzten Auflage auf eine „sehr eingeschränkte psychiatrische Sichtweise“ reduziert.

## 2. Kommunikation mit allen klinischen Fächern über psychosomatische Aspekte in ihrem jeweiligen Fach:

Integrierte Medizin benötigt die Kommunikation mit allen Fächern und eine Sprache, die auch andere verstehen. Sie wirkt möglicherweise zu fremd und zu diffus, um einzelne Ergebnisse in ein Fachgebiet zu integrieren, wenn sie sich historisch, philosophisch, soziologisch verankert und systemkritisch gegenüber der aktuellen Medizin („reine Körpermedizin“, „ökonomische Dominanz“) beschreibt. Die Integration psychosomatischer Aspekte in die Medizin wird damit nicht gefördert, sondern die Trennung in „Psycho-“, und „Somato-medicin“ bleibt erhalten oder wird gestärkt.

## 3. Begrenzte Repräsentanz der Evidenzbasierten Handlungswissenschaft in der praktischen Medizin:

Das Konzept, „Medizin als Handlungswissenschaft zu sehen, die evidenzbasiert gesichert sein sollte“, könnte dazu führen sich zusammen mit Psychologen und Psychiatern auf psychotherapeutische Fragestellungen zu konzentrieren, aber wichtige nicht evidenzbasierte Bereiche oder Bereiche in denen in absehbarer Zeit eine Evidenzbasierung nicht so leicht möglich ist, zu unterschätzen, bzw. zu vernachlässigen (das Fachwissen und -Können des somatischen Facharztes, seine somatische Behandlungskunst und Art der Kommunikation, diese „Medizin“ sollte nicht mit „Psychotherapie“ verwechselt werden).

Dieses Buch, das den Anspruch vertritt, integrativ zu sein, ist mittlerweile zunehmend ein Buch für Psychospezialisten geworden, die in der allgemeinen Patientenversorgung an ausgewählten Plätzen wirksam werden. Vielleicht ist ja in unserer Zeit die Spezialisierung und nicht die Integration die Chance, der Weg erfolgreich zu sein und damit das Gebot der Stunde. Mit dem bisherigen Verständnis von Psychosomatischer Medizin wie sie P. Christian, A. Jores, A.W. v. Eiff oder T. v. Uexküll vertre-

ten haben, hat das aber im Grunde relativ wenig zu tun.

## Literatur

- [1] Zipfel S, Herzog W, Kruse J et al. Psychosomatic Medicine in Germany: More Timely than Ever. *Psychother Psychosom.* 2016; 85: 262–269
- [2] Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007; 369: 946–955
- [3] Petrak F, Baumeister H, Skinner TC et al. Depression and diabetes: Treatment and health-care delivery. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015; 3: 472–485
- [4] Herrmann-Lingen C, Beutel ME, Bosbach ASPIRR-CAD Study Group. et al. A Stepwise Psychotherapy Intervention for Reducing Risk in Coronary Artery Disease (SPIRR-CAD): Results of an Observer-Blinded, Multicenter, Randomized Trial in Depressed Patients With Coronary Artery Disease. *Psychosom Med.* 2016; 78: 704–715
- [5] Albus C, De Backer G, Bages N et al. *Gesundheitswesen* 2005; 67: 1–8
- [6] Köhle K, Herzog W, Joraschky P et al. *Uexküll Psychosomatisch Medizin - Theoretische Modelle und klinische Praxis.* München: Elsevier; Aufl. 2017

## Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-121857>  
*Psychother Psych Med* 2017; 67: 537–540  
 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
 ISSN 0937-2032

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Hans-Christian Deter  
 Medizinische Klinik mit Schwerpunkt  
 Psychosomatik  
 Charité Universitätsmedizin Berlin  
 Campus Benjamin Franklin  
 Hindenburgdamm 30  
 12203 Berlin  
 deter@charite.de

<sup>1</sup> Der elektronische Zugang wird nur ein einziges Mal gewährt, was man erst merkt, wenn es zu spät für die weitere Beschäftigung mit den Inhalten ist.

- Das Gesamtliteraturverzeichnis, auf das in allen Texten Bezug genommen wird, ist schwer zu finden oder nicht vorhanden.