



Bio-psycho-soziale oder psychotherapeutische Medizin – zur aktuellen Entwicklung der Psychosomatik in der klinischen Praxis

Hans-Christian Deter

Eingegangen: 14. Juni 2017 / Angenommen: 19. Juni 2017 / Online publiziert: 25. Juli 2017
© Springer-Verlag GmbH Austria 2017

Zusammenfassung In Deutschland hat sich ein Modell der Psychosomatischen Medizin entwickelt, das psychotherapeutische Methoden in die klinische Praxis integriert. Ein Konzept, das auf die Krankheitsvorgänge im menschlichen Körper und auf die Interaktion von kranken Menschen mit ihrer Umgebung gerichtet ist, wurde zu einer Basis der psychosomatischen Forschung und hat sich in der Medizin etabliert. Der vorliegende Artikel beschreibt die Ergebnisse dieser psychosomatischen Entwicklung hinsichtlich klinischer Versorgung und Forschung. Er skizziert mögliche Defizite und beschreibt Entwicklungslinien und zukünftige Aufgaben der psychosomatischen Medizin.

Schlüsselwörter Integrierte Medizin · Psychotherapie · Forschung · Lehre · Gesundheitssystem

Bio-psycho-socio or psychotherapeutic medicine – actual development of psychosomatics in clinical practice

Summary In Germany a model of Psychosomatic Medicine has developed, which integrated several psychotherapeutic methods in clinical practice. The concept, which focused on disease mechanisms in the human body and the interaction between diseased individuals and their environment became a basic psychosomatic research strategy and was implemented in medical care. In this paper the result of a psychosomatic development in clinical health care and research and possible deficiencies are de-

scribed. Perspectives of development and future tasks of Psychosomatic Medicine will be reviewed.

Keywords Psychosomatic medicine as a comprehensive field · Psychotherapy · Research · Training · Health care system

Einführung

Die Psychosomatische Medizin hat sich in den letzten Jahrzehnten in Deutschland gut entwickelt, indem sie zwei Traditionen aus der Inneren Medizin und aus der psychiatrisch orientierten Psychotherapie integrierte. Dabei profitierte sie von ihrer institutionellen Unabhängigkeit und von den Herausforderungen einer sich schnell entwickelnden, erfolgreichen Medizin. Klinische, krankheitsorientierte Psychotherapie ist mittlerweile eine gleichwertige Methode unter den verschiedenen medizinischen Behandlungsverfahren [19]. Hiermit wird ein Zugang in die Medizin realisiert, der Aspekte einer biopsychosozialen Medizin verfolgt, aber bisher das medizinische Feld deutlich weniger beeinflusst hat als eine ursprünglich angestrebte integrierte psychosomatische Medizin zu realisieren versuchte.

Mittlerweile sind kritische Stimmen zu hören, die „die Psychosomatik als möglicherweise historisches Relikt sehen, welches sich zwischen Neurobiologie und Psychosozialer Betreuung auflösen könnte“. Deshalb entstand die Frage einer Standortbestimmung: Wie sieht heute – nach einer langjährigen erfolgreichen Etablierung – eine notwendige klinische Patientenversorgung und eine hochkarätigen Forschung aus?

In diesem Artikel sollen deshalb einige bedeutsame Aspekte der historischen Entwicklung der Psychosomatischen Medizin in Deutschland und deren aktuelle Situation beschrieben werden. Es schließt sich am

Prof. Dr. med. H.-C. Deter (✉)
Medizinische Klinik m.S. Psychosomatik, Charité Campus
Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin,
Deutschland
deter@charite.de

Schluss eine Projektion in die Zukunft an, die auch die Situation in den deutschsprachigen Nachbarländern miteinbezieht.

Entwicklung der psychosomatischen Medizin in Deutschland

Psychosomatische Medizin hat verschiedene Vorläufer des aktuellen Modells der bio-psycho-sozialen Medizin. Die psychotherapeutische Medizin hat ihre Wurzeln in der Psychoanalyse (S. Freud, C.G. Jung) und in einer sich anthropologisch verstehenden psychiatrischen Psychotherapie (Binswanger), die beide von hervorragenden deutschen, österreichischen und Schweizer Persönlichkeiten geprägt wurden. Die integrative psychosomatische Medizin hat sich aus der Inneren Medizin entwickelt und die Interaktion von Psyche, Körper und sozialer Umgebung konzeptualisiert [35]. Hollistisches Denken findet sich im gesamten Verlauf der Medizingeschichte, wurde aber am Beginn des 19. Jahrhunderts in der sogenannten Romantischen Medizin besonders akzentuiert (H. Heinrich, G. Carus). Diese war in weiten Teilen mystisch und spekulativ, sah aber die Einheit von Körper und Geist als gegeben an. Schon vor S. Freud war das Interesse an der dunklen Seite des menschlichen Erlebens, an Träumen und dem Unbewußten groß. Dieses Interesse wurde in der Mitte des 19. Jahrhunderts abgelöst von einer stark wissenschaftlich orientierten Medizin („Geisteskrankheiten sind Hirnkrankheiten“, W. Griesinger, 1865), die sich auf die Aufdeckung von Mechanismen konzentrierte, die Krankheiten im Körper hervorriefen oder beeinflussten, bei denen aber damals auch schon soziale Ursachen gesehen wurden (R. Virchow). Trotz der nun folgenden intensiven und erfolgreichen Entwicklung der medizinischen Wissenschaft erhielt sich eine philosophisch akzentuierte Diskussion über das menschliche „Sein“ in der Medizin (im Sinne einer Anthropologie), über Körper und Seele [16]. So konnte v. Krehl (1907) feststellen: „Wir behandeln nicht Krankheiten, sondern kranke Menschen“. Darüberhinaus entwickelte sich eine interdisziplinäre wissenschaftliche Verstehensweise in der Medizin und eine Reflektion über die Begrenztheit eines Forschungsansatzes, um die „Wirklichkeit“/ Realität zu erfassen, insbesondere, wenn es um den Kranken als Subjekt (v. Weizsäcker) ging. Hieraus entwickelten sich aus der Inneren Medizin in Heidelberg (R. Siebeck), aber auch in Berlin (F. Kraus, G.v. Bergmann) und Wien (F. Deutsch) eine psychosomatische Praxis, die höchst einflussreich hinsichtlich internistischer Grundlagenforschung und neuer Behandlungsansätze wurde.

Am Ende des 19. Jahrhunderts (S. Freud) und mit dem 1. Weltkrieg wurde deutlich, dass Patienten mit „Neurosen“ und „funktionellen Störungen“ in der Psychiatrie und der Inneren Medizin nicht effektiv behandelt werden konnten. Dieses Erkenntnis wurde u. a. auch zum Motor einer sich schnell entwickelnden

psychoanalytischen Psychotherapie, die im deutschen und bald im anglo-amerikanischen Sprachraum weitere Fortschritte machte und sowohl klinisch als auch wissenschaftlich breite Anwendung fand. 1926 wurde die Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie mit dem ersten Präsidenten C.G. Jung gegründet.

In einer umfangreichen Übersichtsarbeit über die Ergebnisse psychosomatischer Forschung konnte Flunders Dunbar über 2000 Forschungsarbeiten auflisten, von denen ein großer Teil (insbesondere zur Psychotherapie) im deutschen Sprachraum entstanden war [10]. Zwischen den zwei Weltkriegen wurden die ersten psychosomatischen Kliniken in Berlin, Heidelberg und Baden-Baden gegründet, die sowohl psychische (E. Simmel), somatische (G. Groddeck) als auch soziale (V.v. Weizsäcker) Aspekte von Krankheiten erforschten und behandelten.

Die Erfahrungen unter dem nationalsozialistischen Regime und im 2. Weltkrieg führte weitere Internisten wie A. Jores in die Psychosomatik, die schwere Belastungen gesehen und am eigenen Leib erlebt hatten. So wurde der Kongress für Innere Medizin 1949 zu einem Schwerpunkt psychosomatischer Forschung und Behandlung. Im weiteren Verlauf beeinflussten Internisten wie v. Weizsäcker, Jores und T. v. Uexküll die weitere institutionelle Entwicklung der psychosomatischen Medizin an den Universitäten in Deutschland entscheidend [6].

Sie erhielten erhebliche Unterstützung durch Psychotherapeuten, die sich nicht wie viele deutsche Psychiater mit der nationalsozialistischen Rassen-theorie identifiziert hatten und sich hierbei schuldig gemacht hatten. Ein Teil der Psychotherapeuten hatte während der Nazizeit weiter arbeiten können und neue Sichtweisen und Methoden entwickelt (z. B. I.H. Schultz: Autogenes Training, H. Schultz-Henke: Neopsychoanalyse). Diese Gruppe der überlebenden Psychotherapeuten geriet zwar in Konflikt mit der Gruppe der wieder zurückkommenden emigrierten Psychoanalytiker, förderte aber die gesellschaftliche Anerkennung von Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland. Es entstanden sozial einflussreiche Gesellschaften in der Inneren Medizin und der Psychotherapie, die ihre Interessen durchsetzen konnten, zumal neue Studien zur therapeutischen Wirksamkeit von Psychotherapie [9] ihr Anliegen erheblich beförderte.

Darüberhinaus gab es günstige Entwicklungen im Rahmen der „Studentenrevolte“ 1968, die zu einer freieren Sichtweise auf psychosoziale Zusammenhänge führte und die Väter-Generation, die sich mit der Naziideologie identifiziert hatte, bekämpfte (das waren insbesondere auch eine erhebliche Anzahl von in der Psychiatrie tätigen Professoren).

Mit der Unterstützung von Internisten (T. v. Uexküll) und Psychotherapeuten (H.E. Richter) konnte Psychosomatische Medizin an den medizinischen Fakultäten in die studentische Lehre integriert und neue Professuren geschaffen werden (1970). Insgesamt gibt

es heute an deutschen Universitäten 22 Professoren für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in 25 eigenständigen Abteilungen.

In Nachfolge der internistischen psychosomatischen deutschen Tradition 1974 wurde das interdisziplinäre und integrative „Deutsche Kollegium für psychosomatische Medizin“ gegründet (T.v. Uexküll, P. Hahn, A.E. Meyer et al.), mit klinischen und wissenschaftlichen Aktivitäten im gesamten Bereich der Medizin für Ärzte (Allgemeinärzte, Internisten, Gynäkologen, Dermatologen u. a.), Psychologen und andere Berufsgruppen, die im Bereich der klinischen und wissenschaftlichen Medizin tätig waren.

Ein weiterer Schritt wurde in Deutschland – nach heftiger Auseinandersetzung in der Ärzteschaft – mit der Einführung eines „Facharztes für Psychotherapeutische Medizin“ 1992 erreicht (P. Janssen, S.O. Hoffmann, H. Schepank). Die Gesellschaft gleichen Namens vereinigte sich mit der schon 1927 gegründeten „Allgemeinen ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie“ zur „Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie“. Diese sah es als wichtige Aufgabe an, unterschiedliche psychotherapeutische Methoden auf unterschiedlichen medizinischen Spezialisierungsebenen für Studenten, Assistenten in Weiterbildung und den eigenen und anderen Fachärzten anzubieten und wissenschaftlich zu evaluieren. Trotz einer sehr unterschiedlichen Geschichte im Verlauf des letzten Jahrhunderts kam es bald mit den Fachärzten für Psychiatrie zu einer Abgrenzungs-, Kompetenz- und Konkurrenzsituation bezüglich verschiedener Krankheitsgruppen, Behandlungsverfahren und Versorgungsfelder, die sich bisher nicht immer einvernehmlich klären ließen. Dennoch entwickelte sich diese Art von psychosomatisch/psychotherapeutischer Medizin in Deutschland erfolgreich und weitgehend institutionell unabhängig [19]. Diese Gesellschaft bestand in theoretischer, praktischer und finanzieller Hinsicht gegenüber anderen medizinischen Fachgesellschaften auf Eigenständigkeit.

Zum Verhältnis von Psychosomatik und Psychotherapie

Psychosomatische Medizin zeigt sich heute in Deutschland einmal im Versuch der Integration psychosomatischer Gesichtspunkte in alle medizinische Aktivitäten [6, 13, 35] und zum anderen als Facharzt Disziplin [19]. Beide psychosomatischen Gesellschaften und ihre Kooperationspartner haben den Anspruch, in unterschiedlicher Weise im Bereich der Krankenversorgung in allen Disziplinen psychosomatische Aspekte zu berücksichtigen, im Rahmen von Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung Ärzte und andere Berufsgruppen zu schulen und eine psychosomatisch anspruchsvolle Forschung durchzuführen.

Hierbei waren beide Gesellschaften in den letzten 25 Jahren recht erfolgreich – im Aufbau selbständi-

ger psychosomatischer Abteilungen an den medizinischen Fakultäten, an Allgemeinkrankenhäusern und in Rehabilitationseinrichtungen und auch im ambulanten Bereich. Es zeigte sich aber, dass die zu lösenden Aufgaben die Kräfte einer einzelnen Fachgesellschaft übersteigt und es aus unterschiedlichen Gründen zu Schwerpunktsetzungen kommen muss, die nur zum Teil die o. g. Ziele einer Psychosomatischen Medizin noch realisieren können. Das hat einmal mit den eigenen Ansprüchen zu tun, aber auch mit anderen professionellen und fachlichen Gruppierungen, die sich in diesem Feld bewegen und ihrerseits eigene Interessen verfolgen.

Klinische Medizin und Psychosomatik

Vorüberlegungen

Was verstehen wir heute unter Psychosomatik in der medizinischen Versorgung:

- Die Berücksichtigung psychologischer und sozialer Aspekte bei der Entstehung und dem Verlauf aller körperlichen Erkrankungen. Das schließt Prävalenz, Verhaltens- und Persönlichkeitsaspekte, Einfluss auf den Krankheitsverlauf und das Ergebnis ein; sowie Effekte psychosozialer Behandlungen.
- Die Berücksichtigung psychologischer und sozialer Aspekte bei der Entstehung und Verlauf aller funktionellen/somatoformen Erkrankungen und anderen psychologischen Störungen mit körperlichen Symptomen. Das schließt Prävalenz, Verhaltens- und Persönlichkeitsaspekte, Einfluss auf den Krankheitsverlauf und das Ergebnis ein; sowie Effekte psychosozialer Behandlungen.
- Untersuchung von psycho-neuro physiologischen, endokrinen und immunologischen Mechanismen bei den o. g. Erkrankungen und bei Gesunden.
- In einem Gesundheitssystem beschäftigt sich Psychosomatische Medizin mit dem Verständnis und der Optimierung ärztlichen Handelns in der Arzt-Patientenbeziehung, den Notwendigkeiten für Patient und Arzt und in einer bio-psycho-sozialen Perspektive einer kritischen Bewertung der Struktur und Entwicklung der nationalen Gesundheitsversorgung.

Wenn man dieses Aufgabenfeld akzeptiert, wird deutlich, dass hier nur eine breite interdisziplinäre Aktivität zielführend sein kann [5]. Ein einseitiges Vorgehen, das allein somatische Erfordernisse in das Zentrum rückt, erscheint ebenso wenig angebracht, wie die Fokussierung auf selektionierte schwere psychopathologische Fälle in einer psychiatrischen Behandlung, die im Rahmen der eigenen Fachdisziplin psychiatrisch/psychosomatische Aspekte von allen körperlichen Erkrankungen, funktionellen/somatoformen Erkrankungen und anderen psychologischen Störungen

mit körperlichen Symptomen nur am Rande miteinbezieht.

Auch die Schwerpunktsetzung auf die „Psyche“ mit Hilfe von Psychotherapie oder Psychopharmakotherapie oder auf die „soziale Situation und ihre Veränderung“ mit Hilfe von Soziotherapie wird den skizzierten Herausforderungen für eine umfassende klinisch/psychosomatische Medizin nur teilweise gerecht.

Eine klinische Versorgung in den Fachgebieten sollte alle diese Aspekte 1. durch den Allgemeinarzt oder somatischen Facharzt (Internisten, Gynäkologen, Kinderarzt, u. a.) gewährleisten und einen Großteil der psychosomatischen Versorgung durchführen. In einem gestuften Vorgehen müssten Versorgungsschwerpunkte über 2. eine spezielle Weiterbildung in Psychosomatik und Psychotherapie von in den Fachgebieten tätigen Ärzten wahrgenommen werden. Darüberhinaus sollte 3. eine spezialisierte fachpsychosomatische/fachpsychiatrische Behandlung vorgehalten werden, die auch psychologische Psychotherapeuten integriert.

Am Beispiel des Reizkolons lässt sich sehr gut zeigen, dass der größte Teil dieser Patienten sich selbst behandelt oder vom Hausarzt behandelt wird, nur ein sehr kleiner Prozentsatz dieser Kranken, die körperlich begründbare und oft auch psychische Symptome haben und entsprechend behandelt werden, benötigen auch eine psychiatrische Behandlung [12]. Ähnliches gilt für körperlich kranke Patienten mit psychischen Symptomen (Depression, Angst), die oft nicht stark ausgeprägt sind und mit der Krankheit selbst oder im Zusammenhang mit einer misslungenen Krankheitsverarbeitung zu sehen sind (KHK, [18]; Diabetes [27, 28]; Schmerz; Psychoonkologie). Hier erscheint eine zielgerichtete, auf die Ursprungs-krankheit bezogene Diagnostik und Behandlung angemessen, die von entsprechenden Fachärzten für Allgemeinmedizin etc. (mit und ohne psychosomatische Weiterbildung), aber auch von Fachärzten für Psychosomatik oder für Psychiatrie z. Zt. nur zum Teil geleistet werden kann.

Voraussetzungen im deutschen Gesundheitssystem

Die im Gesundheitssystem erfassbare psychosomatische Versorgung einzelner körperlicher Krankheitsgruppen aufzuzeigen, ist schwierig. Es besteht aber kein Zweifel, dass pauschal etwa 32 % der deutschen Bevölkerung an behandlungsbedürftigen psychischen oder psychosomatischen Beschwerden leiden [39]. Ein psychosomatischer Behandlungsansatz benötigt deshalb entsprechend weitergebildete Ärzte, ärztlich/psychologisch geschulte Psychotherapeuten und andere Berufsgruppen.

Psychotherapeuten wurden in den letzten Jahren in Deutschland erfolgreich etabliert [41]. Nach der Einführung des psychosomatischen Facharztes wurde eine psychosomatische Versorgung auf drei Ebenen

vorgeschlagen und in die Weiterbildung von Ärzten umgesetzt:

1. Die *Psychosomatische Grundversorgung* können alle Fachärzte lernen. Etwa 35.000 Allgemeinärzte und 12.000 Gynäkologen sind inzwischen qualifiziert [21]. In Berlin führten 1994 etwa 40 % aller hier niedergelassenen Ärzte diese Zusatzbezeichnung.
2. *Zusatztitel Psychotherapie*: Alle Fachärzte können sich in diesem Bereich weiterbilden und etwa 18.000 haben diesen Titel erworben [21]. Allgemeinmediziner, Internisten und Gynäkologen haben neben Psychiatern und Neurologen häufig diese Qualifikation erworben.
3. *Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*: Es gibt etwa 5000 Fachärzte in Deutschland [3].

Psychologen können sich zum approbierten Psychotherapeuten weiterbilden, und es gibt weitere Möglichkeiten für Schwestern, Diätassistenten, Physiotherapeuten und Sozialarbeiter psychosomatische Qualifikationen zu erwerben.

Ambulante psychosomatische Versorgung

21.312 in Psychotherapie weitergebildete Ärzte [34] und 16.664 Psychologische Psychotherapeuten sind in der ambulanten Versorgung in Deutschland tätig [21].

Stationäre Behandlung

In Universitätskliniken und einigen Allgemeinen Krankenhäusern gibt es selbständige Psychosomatische Bettenabteilungen und psychosomatische Konsultations/Liaisondienste, die etwa 0,5–1,5 % aller stationären Patienten versorgen. Darüberhinaus werden dort zusätzlich psychiatrische Konsultations/Liaisondienste für etwa 3–3,5 % [20] aller stationären Patienten angeboten.

223 Psychosomatische Kliniken (teilweise auf bestimmte Krankheitsgruppen wie Essstörungen, Schmerzpatienten und PTSD spezialisiert) versorgen etwa 10.000 stationäre Patienten pro Jahr und gewährleisten in der Regel auch den psychosomatischen Konsiliardienst. Meistens wird im stationären Setting ein multimodales Behandlungskonzept im Rahmen einer Teambehandlung angeboten. Die Einhaltung von Standards erfolgt im Rahmen einer umfangreichen Qualitätssicherung [29].

Rehabilitation

Neben der ambulanten und stationären Behandlung, die durch die Krankenkassen finanziert wird, bestehen in Deutschland von der Rentenversicherung finanzierte Rehabilitationskliniken, die kardiologische, onkologische, neurologische, orthopädische und psychosomatische Patienten behandeln, um Arbeitsunfähigkeiten vorzubeugen oder wiederherzustellen. Es

gibt hier 141 Einrichtungen für psychosomatische Medizin mit etwa 16.000 zusätzlichen Betten [24].

Alle diese Einrichtungen sind in der Regel keine psychiatrischen, sondern selbständige psychosomatische Einrichtungen, die mit verschiedenen Fachabteilungen in unterschiedlicher Weise zusammenarbeiten. In den letzten Jahren haben sich die therapeutischen Bemühungen auf die integrierte Versorgung von somatoformen/funktionellen Störungen, Essstörungen, körperliche Erkrankungen mit psychischer Symptomatik, insbesondere in der Schmerzbehandlung, Psychokardiologie, Psychoonkologie und Psychodiabetologie konzentriert. Patienten mit Angst, mit depressiven und Persönlichkeitsstörungen werden von verschiedenen (psychosomatischen, psychiatrischen u. a.) Fachärzten behandelt.

Psychosomatische Forschung

Während früher die Spezifitätshypothese und die sogenannten „psychosomatischen Erkrankungen“ (wie essentielle Hypertonie, Asthma etc.) und später psychophysiologische und die Evaluation ambulanter [9] und klinischer psychosomatischer Konzepte im Vordergrund des Interesses standen, haben sich mittlerweile die Schwerpunkte auf andere Fragestellungen verschoben, die im Folgenden kurz und keineswegs vollständig beschrieben werden sollen. Die Evaluation psychotherapeutischer Verfahren bei ausgewählten psychischen Störungen, die einen hohen Effekt durch die Psychotherapie wahrscheinlich machen, wurden in randomisierten, kontrollierten Studien geprüft und hierbei auch von der deutschen Forschungsgemeinschaft, dem Forschungs- und Gesundheitsministerium und verschiedenen Stiftungen gefördert.

Die Konzeptualisierung, Implementierung und Prüfung manualisierter (psychodynamischer oder kognitiv behavioraler) Kurztherapie konnte im Rahmen der ANTOP Studie an Anorexia nervosa Patienten [40], der SPIRR-CAD Studie an depressiven Patienten mit koronarer Herzerkrankung [18] und bei Herzinsuffizienzpatienten [25] gezeigt werden. Randomisierte kontrollierte Studien zu somatoformen Störungen (PISO) [30] und zur Sozialangst (SOPHONET [22]), zum Diabetes (DAD [27, 28]) und zur Depression [23] waren erfolgreich und konnten den Wert psychotherapeutischer Behandlungen in der medizinischen Versorgung eindrucksvoll bestätigen.

Auch im Rahmen der Psychoonkologie kam es zu einer erfolgreichen psychosomatischen Forschung, die die Diagnostik und Behandlung dieser Patienten nachdrücklich unterstützt (z. B. [37]).

Web-gestützte Verfahren haben sich in den letzten Jahren zunehmend durchgesetzt und konnten an Adipösen (Interbed, Base, Restart [8, 38]) und anderen essgestörten Patientengruppen in ihrem zusätzlichen Wert beschrieben werden.

Die erheblichen Forschungsbemühungen in der Psychosomatik führten dazu, dass entsprechende

ausgewiesene Wissenschaftler und erfahrene Kliniker in europäischen (zur KHK Prävention) und nationalen Leitlinien (Essstörungen, somatoforme/funktionelle Störungen, Angsterkrankungen, Depressionen u.v.a.m.) erfolgreich mitarbeiteten und hier psychosomatische Aspekte einbringen konnten [1, 12, 17].

Weniger häufig, aber durchaus erfolgreich gestalteten Psychosomatiker Bevölkerungsbasierte Kohortenstudien im Sinne einer „Public Health“ Forschung (Gutenberg Health Study in Mainz [2], KORA Studie in Augsburg, ESTHER Studie in Heidelberg [31]). Hierdurch konnten Daten zur Verursachung und zum Verlauf von Diabetes, KHK und anderen chronischen Erkrankungen auch aus psychosomatischer Sicht gewonnen werden.

Psychosomatische Versorgungsforschung erfolgte u. a. in groß angelegten Projekten an somatoformen und Essstörungen in Hamburg ([32], „Psychnet“ [15]) und bei der Erfassung und Behandlung psychosozialer Aspekte von onkologischen Patienten [33]. Aber auch die Erfassung der ambulanten und stationären ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der Versorgungsforschung wurde ausgiebig fortgesetzt.

Die Grundlagenforschung fand dagegen an wenigen psychosomatischen Einrichtungen auf hohem Niveau statt, führte dort aber zu wichtigen neuen Erkenntnissen in der psychophysiologischen, Stress-, neuroimmunologischen [36] und der Hirnforschung mit bildgebenden Verfahren [14]. Auch das wichtige Gebiet der Placebo-Forschung entwickelte sich beispielhaft und hochrangig [11].

Die Weiterentwicklung theoretischer Konzepte der bio-psycho-sozialen Medizin wurde in interdisziplinären internationalen Forschungsinitiativen mit Medizinern, Psychologen und Philosophen in den letzten Jahren ebenfalls verfolgt (s. a. [41]).

Forschungsförderung

Der Wettbewerb um Forschungsgelder ist hochkompetitiv, und ein großer Teil der psychosomatischen Forscher ist in der Forschung nicht Vollzeit, sondern zusätzlich klinisch oder psychotherapeutisch tätig. Die Nähe zur Klinik erscheint als Vorteil, aber die dort einzubringende Zeit der Wissenschaftler führt oft an die Belastungsgrenze des einzelnen forschenden Arztes, so dass zunehmend mehr Psychologen in den psychosomatischen Forschungsprojekten tätig sind.

Ein Teil der psychosomatischen Forschung wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft, dem Forschungsministerium und anderen Ministerien gefördert. Darüberhinaus haben sich wichtige Stiftungen wie die Volkswagenstiftung, die Robert Bosch Stiftung, die Christina Barzstiftung und andere etabliert. Ein Teil des Forschungsgeldes kommt auch von der Europäischen Union.

Aus- und Weiterbildung in psychosomatischer Medizin und Psychotherapie

Studentenausbildung: Sie findet seit 1970 an allen 34 medizinischen Fakultäten für alle Medizinstudenten statt. Die 26 psychosomatischen Abteilungen beteiligen sich an der Entwicklung, Implementierung und Evaluierung dieser Ausbildung [26].

Ärztliche Weiter- und Fortbildung: Psychosomatische Grundversorgung, zusätzliche Qualifizierung zum Zusatztitel Psychotherapie und die Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind in das ärztliche Weiterbildungssystem fest eingebunden und werden in allen Bundesländern praktiziert [41].

Anmerkung zur Entwicklung der aktuellen Psychosomatik im deutschen Sprachraum außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

Es wäre interessant und reizvoll, die Entwicklung der Psychosomatik in Deutschland mit der in anderen deutschsprachigen Ländern zu vergleichen. Dieses würde aber den Rahmen eines solchen Artikels sprengen. Die vielfältigen psychoanalytischen und psychotherapeutischen Entwicklungen in Österreich erfordern ebenso eine tiefer gehende Darstellung wie die Entwicklung der Psychotherapie in der Schweiz, die vor allem von psychiatrischen Persönlichkeiten geprägt wurde. So muss dieser Abschnitt rudimentär bleiben und gibt vor allem die Sicht aus Deutschland auf die Nachbarländer wieder. Aber auch diese Sicht erscheint interessant, da es von teilweise gemeinsamen Wurzeln (z. B. durch die Psychoanalyse) zu unterschiedlichen Entwicklungen in der Krankenversorgung kam. Offensichtlich gibt es inzwischen eine Tendenz, wieder enger zusammen zu arbeiten.

Im deutschen Sprachraum haben sich gute Beziehungen zu psychotherapeutischen (Wien, Zürich, Salzburg, Graz), zu medizinpsychologischen (Zürich, Innsbruck, Graz) und zu internistischen (Wien, Basel, Bern) Institutionen entwickelt, die auch einen Großteil der Forschung in den jeweiligen Ländern tragen und in engem Austausch mit der deutschen Psychosomatik, z. B. auf den jährlich stattfindenden Deutschen Psychosomatikerkongressen stehen.

In Österreich wurde schon 1954 die erste psychosomatische Station eröffnet (E. Ringel), daneben stand die Psychotherapieforschung im Mittelpunkt (H. Strotzka), während aktuell die gastroenterologisch/psychosomatische Forschung an chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (G. Moser), die psychoneuroimmunologische Forschung (C. Schubert), die Persönlichkeitsstörungen (S. Döring) und die allgemeine Patientenversorgung über die Grenzen hinaus sichtbar sind.

In der Schweiz kamen Autoren von Psychodiagnostik- und Psychotherapiekonzepten oft aus der Psychiatrie: Bewältigungskonzepte E. Heim; psycho-

somatische Epidemiologie J. Angst; systemische Psychotherapie J. Willi; psychosomatischer Konsiliardienst C. Buddeberg; Diagnostik und Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen U. Schnyder. Aber auch in der Inneren Medizin waren einzelne Forscher beispielgebend: für Schmerzpatienten R. Adler; für onkologische Patienten A. Kiss und die Arzt-Patienten Kommunikation R. Langewitz. In Zürich hat sich mittlerweile an der ETH ein angesehenes Zentrum für biologische Stressforschung etabliert (U. Ehler) und in Bern neben anderen Aktivitäten im Bereich der psychosomatischen Medizin ein Schwerpunkt für psychosomatische Gerinnungsforschung bei Herzpatienten (R. v. Känel). Psychiatrische, internistische und wenig psychosomatische Einrichtungen, sowie psychologische Forschungsabteilungen tragen und fördern diese Aktivitäten, die allerdings erheblich ausgeweitet werden könnten. Der Schweizer Nationalfond erscheint hier als eine beispielhafte Förderungsinstitution, wie auch die Carus- und Asconastiftung, die die sogenannte bio-soziale Forschung in der Schweiz voranbringen.

Die klinische Situation unterscheidet sich zwischen den drei Ländern grundlegend: einen psychosomatischen Facharzt gibt es nur in Deutschland, während in der Schweiz und Österreich Allgemeinmediziner, Kinderärzte und Psychiater den größten Teil der psychosomatischen Versorgung leisten.

Ein „Diplom für Psychosomatische Medizin und/oder Psychotherapeutische Medizin“ der österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) wird in Österreich nach entsprechender Qualifikation vergeben, ein sogenannter Zweitfacharzt (Facharzt plus psychosomatischer Facharzt) ist noch in Diskussion. Ein Titel für Psychotherapie kann in Österreich von vielen Berufsgruppen erworben werden, seine Leistungen werden aber durch die Krankenkassen nicht vollständig finanziert.

In der Schweiz gibt es seit 2009 einen Fähigkeitsausweis „Psychosomatische und Psychosoziale Medizin“ der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM), der von Ärzten nach entsprechender Weiterbildung erworben werden kann. Eine Kosten deckende Bezahlung für entsprechende Leistung ist Gegenstand von Verhandlungen. Zur Frage, ob eine psychosomatisch/psychotherapeutisch notwendige Versorgung in den einzelnen Ländern durch die angebotenen Diplome für Psychosomatische Medizin; Diplom für Psychotherapeutische Medizin (Österreich); den Fähigkeitsausweis für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (Schweiz); die Zusatzbezeichnungen Psychosomatische Grundversorgung, Psychotherapie für die alle Fachärzte, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Deutschland) oder allein durch Fachärzte und Kliniken für Psychiatrie qualitativ ausreichend gesichert werden kann, hängt von der Qualität der Weiterbildung, der Dichte des Versorgungsnetzes und der finanziell auskömmlichen

Behandlungsintensität ab und wird z. Zt. in einzelnen Ländern hinsichtlich medizinischer Notwendigkeit und finanzieller Schwerpunktsetzung unterschiedlich beurteilt. Eine psychosomatische Versorgung im weiteren Sinn und eine qualitative hochstehende psychosomatische Forschung (s. oben) erscheint aber in allen drei Ländern ausbaufähig und wünschenswert.

Perspektiven einer psychosomatischen und Risiken einer psychotherapeutischen Medizin

Wie in der Geschichte der psychosomatischen Medizin beschrieben, hat sich die Situation in Deutschland in unterschiedliche Richtungen entwickelt. Chancen konnten genutzt werden, aber es entstanden auch verschiedene Risiken für eine Psychosomatische Medizin, die als bio-psycho-soziale Medizin auf allen medizinischen Ebenen Wirkung zu entfalten sucht. Diese Risiken sollen im Folgenden benannt und hinsichtlich zukünftiger Perspektiven diskutiert werden.

1. Eine Psychosomatische Medizin kann sich nur in einer guten Zusammenarbeit mit allen medizinischen Fachgesellschaften entwickeln, dieses erscheint als wichtige Voraussetzung für ihre erfolgreiche Integration. Eine psychosomatisch/psychotherapeutische wie auch eine psychiatrische Fachgesellschaft arbeitet dagegen mit anderen ärztlichen Fachgesellschaften (wie Chirurgie oder Innere Medizin) auf gleicher Augenhöhe. Sie konkurriert mit diesen um Einfluss, Macht und Geld an Universitäten, Krankenhäusern und in der ambulanten Versorgung. Das hat Auswirkungen auf die psychosomatische und die psychotherapeutische Versorgung: Psychosomatische und andere Fachärzte, Psychiater und Psychologen konkurrieren im ungünstigen Fall um die Psychotherapie, die insgesamt von der Frequenz und ihrem finanziellen Volumen in Deutschland (aber nicht in gleichem Maße in Österreich und der Schweiz) zugenommen hat.
2. Hieraus ergeben sich zwei Szenarien: a) Bei auskömmlicher Finanzierung von Psychotherapie droht erneut eine Spaltung in eine psychotherapeutische/psychologische/psychiatrische und in eine somatische Medizin mit dem Risiko, dass somatische Fachärzte den Wettbewerb um finanzielle Ressourcen mit den „Psychospezialisten“ verlieren und den gesamten psychosomatischen Bereich ihrer Tätigkeit diesen überlassen (müssen). Sie haben dann für ihren eigenen Arbeitsbereich „Psychosomatik in der Fachdisziplin“ (z. B. Gynäkologie, Innere Medizin, Orthopädie) im Zweifelsfall eine zu schwache Lobby, um finanziell ausreichend für die eigene Arbeit honoriert zu werden. Hierdurch könnte eine Tendenz entstehen, sich auf den mechanistischen und medikamentösen somatischen Bereich allein zu beschränken. b) Bei einer nicht ausreichenden Finanzierung von angemessener Psychotherapie droht eine Übernahme der psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung durch nicht ausreichend qualifizierte Ärzte oder im Sinne einer Selektion die psychiatrische Betreuung von „psychiatrisch“ stark belasteten Patienten. Andere depressive, Angst- oder somatisierende Patienten werden diagnostisch und therapeutisch im Sinne einer psychosomatischen Medizin beim Haus- oder Facharzt entweder nicht ausreichend erfasst oder nicht adäquat behandelt. Dieses widerspricht nicht nur dem Wunsch vieler Patienten in der Allgemeinbevölkerung, sondern auch den psychosomatischen Vorstellungen. Die Konkurrenz der Ärzte untereinander und der Ärzte mit den Psychologen wird stattdessen gefördert.
3. Eine interdisziplinäre psychosomatische Gesellschaft repräsentiert alle Wissenschaftler und Kliniker, die in der praktischen Medizin tätig sind. Eine Facharztgesellschaft (psychosomatisch, psychiatrisch oder allgemeinmedizinisch) konzentriert sich in erster Linie auf Ärzte als ordentliche Mitglieder, andere Berufe, wie Psychologen, Soziologen, Biochemiker, Physiologen, Schwestern, Physiotherapeuten erscheinen als „zusätzlich“ und damit als nicht ganz ebenbürtig. Eine psychotherapeutische Fachgesellschaft dürfte beim Erreichen von institutionellen Vorteilen erfolgreich sein, das Ziel einer Integration psychosomatischer Aspekte in alle klinischen Fächer ist aber möglicherweise schwerer zu erreichen.
4. Wenn eine Fachgesellschaft alle psychotherapeutisch tätigen Ärzte repräsentiert und Standards für eine solche Ausbildung und Behandlung setzt, kann sie in Kooperation oder in Konkurrenz zu den entsprechenden Fachgesellschaften (für Allgemeinmedizin, Psychiatrie oder Gynäkologie) kommen, die in diesem Bereich ebenfalls in eigener Weise Patienten behandeln. In der ambulanten Versorgung sind zur Zeit in Deutschland 3058 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (von insgesamt 11.000 Psychiatern) tätig [21]. Hinzu kommen 10.269 andere Fachärzte mit einem Zusatztitel Psychotherapie und 16.664 Psychologische Psychotherapeuten [4]. Eine medizinische Versorgung mit Psychotherapie in einem Land erfordert Kooperationen und kann im ungünstigen Fall zu unangemessener Konkurrenz und zur erneuten Spaltung in „Psycho-“ und „Somatomedizin“ führen, die das Gegenteil einer sich als integriert verstehenden Psychosomatischen Medizin ist.
5. In der deutschen Forschungstradition tendierten Psychosomatiker mehrheitlich dazu, klinische Fragestellungen zu bearbeiten, wobei anfangs weniger randomisierte kontrollierte Studien (RCT), sondern Einzelfallstudien oder klinische Verläufe im Fokus standen (s. oben). Das hat sich nun sehr verändert, aber eine psychotherapeutisch orientierte Psychosomatik wird leichter zugänglichen und therapeutisch aussichtsreicheren Patienten, wie Kranken mit

somatoformen oder Essstörungen mehr Aufmerksamkeit schenken als den schwierigen und eine intensive Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen erfordernden Fragen nach bio-psycho-sozialen Mechanismen und deren Behandlungen bei anderen chronisch somatischen Erkrankungen. Die Breite eines psychosomatischen Forschungsansatzes, einschließlich Grundlagenforschung (mit neurowissenschaftlichen Fragestellungen (brain-gut axis, brain-heart axis), Psychoneuroimmunologie, Psychophysiology, etc.) gerät möglicherweise zugunsten von Psychotherapie- und Versorgungsforschung von depressiven, somatoformen, Angst- oder Persönlichkeits-Störungen tendenziell aus dem Fokus des wissenschaftlichen Interesses. Das hat Konsequenzen für die klinische Versorgung „somatischer Patienten“: Leitlinien und Disease Management Programme (DMP) fordern vom psychosomatischen Bereich aktuelle überzeugende Studien zur Diagnostik und Behandlung dieser Patienten, wenn diese bei den DMP oder Leitlinien berücksichtigt werden sollen. Bezüglich Interventionen sind diese nicht leicht auf hohem methodischen Niveau und mit entsprechender Fallzahl als RCT's zu erbringen. Niederschwellige psychotherapeutische Angebote konkurrieren dann mit psychopharmakologischen Behandlungen, wobei erstere manchmal von staatlichen Forschungsinstitutionen und letztere meist von der Industrie finanziert werden. Psychotherapiestudien mit 50 oder mehr Behandlungsstunden bei körperlich Kranken sind oft nur in einem „stepped care Modell“ [18] oder als „integrated care Modell“ realisierbar und erfüllen z. Zt. nur partiell die Erwartungen. Die wissenschaftliche Klärung dieser Aspekte ist aber für eine Psychosomatik in den klinischen Fachgebieten entscheidend.

6. Internationale Kommunikation and Kooperation erscheint bei der Fülle der klinischen Aufgaben und Forschungsfragestellungen in der Psychosomatik eine wichtige Voraussetzung für eine langfristig erfolgreiche Perspektive [7]. Hier müssen Gemeinsamkeiten und gemeinsame Interessen als Motor für neue klinische Entwicklungen und internationale Forschungsbemühungen oder gar größere gemeinsame Forschungsprojekte genutzt werden. Es gibt einen internationalen Austausch für Europäische Leitlinien im Bereich der Kardiologie [1] und eine intensive Zusammenarbeit mit der Gruppe der europäischen Konsultations/Liaisonpsychiater. Darüberhinaus haben sich engere Bindungen zur amerikanischen und japanischen psychosomatischen Gesellschaft entwickelt. Aber eine Offenheit für die Bedingungen in anderen Ländern und das Angehen gemeinsamer Perspektiven ist – nicht nur im deutschen Sprachraum – eine Herausforderung für die Zukunft.

Konklusion und Ausblick

Die Psychosomatische Medizin in Deutschland zeigt sich in einem breiten medizinischen Ansatz [13] und einer spezialisierten psychotherapeutischen medizinischen Disziplin [19]. Es bleibt offen, wie weit sich beide Richtungen weiter fördern und gegenseitig stimulieren oder in der Auseinandersetzung mit verschiedenen interessierten, klinisch bestens vernetzten und wissenschaftlich erfolgreichen Disziplinen an den Rand gedrängt werden. Hier sind vor allem in der Wissenschaft Neurologen und Hirnforscher zu nennen und in der Versorgung psychiatrische Fachärzte mit einer kurzen psychotherapeutischen Weiterbildung oder Psychologen und andere Berufsgruppen ohne medizinisch ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen. Könnte die Medizin heute schon auf die Psychosomatik verzichten? – Ja, wenn deren Inhalte von Ärzten in allen medizinischen Fachgesellschaften angewandt werden (v. Uexküll). Das ist bisher leider nicht der Fall. – Die Alternative, es finden sich genügend Fachkollegen und Partner im klinischen Feld, die die Belange der Psychosomatik unterstützen. Dieses bleibt eine Aufgabe für die Zukunft.

Zur Zeit sind Patientenorganisationen, Krankenversicherungen, Rententräger und die veröffentlichte Presse sehr offen für psychosomatische medizinische Aspekte, es führt aber zur Frage, ob die betroffenen Psychosomatiker und Psychotherapeuten – wie ihre Vorgänger am Anfang des 20. Jahrhunderts oder in der Zeit nach dem 2. Weltkrieg – die einigende Perspektive, die Kraft, das Politikverständnis und das Empfinden für Möglichkeiten haben, wichtige Gruppen in der nationalen Medizinischen Versorgung für sich zu gewinnen. Dafür gibt es in Deutschland eine größere institutionelle Basis als in anderen Ländern. Psychosomatik ist hier nicht ein Synonym für eine Form der Konsultations/Liaisonpsychiatrie. Das Beispiel aus Deutschland könnte deshalb auch andere Länder ermutigen, die Situation zu prüfen und den hier beschriebenen Weg in Krankenversorgung, Forschung, studentischer Lehre und ärztlicher Weiterbildung aufzunehmen und für den eigenen Bereich angemessen weiter zu entwickeln.

Danksagung Meinen Kollegen Stephan Zipfel und Johannes Kruse danke ich für ihre wertvolle Unterstützung bei dieser Arbeit. Die zitierten Daten zur Versorgungssituation in Deutschland wurden der Arbeit von Zipfel u. a. 2016 entnommen, die in englischer Sprache erschienen ist.

Interessenkonflikt H.-C. Deter gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Albus C, De Backer G, Bages N, Deter HC, Herrmann-Lingen C, Oldenburg B, Sans S, Schneiderman N, Williams RB, Orth-Gomer K. Psychosocial factors in coronary heart disease – scientific evidence and recommendations for clinical practice. *Gesundheitswesen*. 2005;67(1):1–8.
- Beutel ME, Wiltink J, Kirschner Y, Sinning C, Espinola-Klein C, Wild PS, Munzel T, Blettner M, Zwiener I, Lackner K, Michal M. History of depression but not current depression is associated with signs of atherosclerosis: data from the gutenbergh health study. *Psychol Med*. 2014;44:919–25.
- Bundesärztekammer. About the German Medical Association 2014. <http://www.bundesaerztekammer.de/weitersprachen/english/german-medical-association/>. Zugegriffen: 23.10.15.
- Bundespsychotherapeutenkammer. 2014. <http://www.bptk.de/>. Zugegriffen: 31.12.2015
- Deter HC. *Angewandte Psychosomatik*. Stuttgart: Thieme; 1997.
- Deter HC. Psychosomatic medicine and psychotherapy: on the historical development of a special field in Germany. *Adv Psychosom Med*. 2004;26:181–9.
- Deter HC, Orth-Gomér K, Wasilewski B, Verissimo R. The European Network on Psychosomatic Medicine (ENPM) – history and future directions. *Biopsychosoc Med*. 2017;11:3.
- de Zwaan M, Herpertz S, Zipfel S, Tuschen-Caffier B, Friederich HC, Schmidt F, Gefeller O, Mayr A, Lam T, Schade-Brittinger C, Hilbert A. Interbed: Internet-based guided self-help for overweight and obese patients with full or subsyndromal binge eating disorder. A multicenter randomized controlled trial. *Trials*. 2012;13:220.
- Dührssen A, Jorswieck E. Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit Psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt*. 1965;36:166–9.
- Dunbar F. *Emotions and bodily changes: a survey of literature on psychosomatic interrelationships, 1910–1933*. New York: Columbia University Press; 1935.
- Enck P, Benedetti F, Schedlowski M. New insights into the placebo and nocebo responses. *Neuron*. 2008;59(2):195–206.
- Enck P, Aziz Q, Barbara G, Farmer A, Fukudo S, Mayer AE, Niesler B, Quigley E, Rajilic-Stojanovic M, Schemann M, Schwille-Kiuntke J, Simren M, Zipfel S, Spiller R. Irritable bowel syndrome. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2:1–24.
- Fava GA, Belaise C, Sonino N. Psychosomatic medicine is a comprehensive field, not a synonym for consultation liaison psychiatry. *Curr Psychiatry Rep*. 2010;12:215–21.
- Friederich HC, Wu M, Simon JJ, Herzog W. Neurocircuit function in eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2013;46:425–32.
- Härter M, Kentgens M, Brandes A, Bock T, Dirmaier J, Erzberger M, Furstenberg W, Hillebrandt B, Karow A, von dem Knesebeck O, König HH, Lowe B, Meyer HJ, Romer G, Rouhiainen T, Scherer M, Thomasius R, Watzke B, Wegscheider K, Lambert M. Rationale and content of psychenet: the Hamburg network for mental health. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;262(Suppl 2):S57–S63.
- Henkelmann T, Hahn P. Historical insights of psychosomatic medicine in Heidelberg. *Proc 16 Eur Conf on Psychosomatic Research*, New York. 1987, S. 47–52.
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet*. 2007;369:946–55.
- Herrmann-Lingen C, Beutel ME, Bosbach A, Deter HC, Fritzsche K, Hellmich M, Jordan J, Jünger J, Ladwig KH, Michal M, Petrowski K, Pieske B, Ronel J, Söllner W, Stöhr A, Weber C, de Zwaan M, Albus C, SPIRR-CAD Study Group. 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(6):704–15.
- Herzog W, Beutel M, Kruse J. *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute – zur Lage des Fachgebietes in Deutschland*. Stuttgart: Schattauer; 2014.
- Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, de Jonge P, van Dijk R, Creed F, Crespo MD, Cardoso G, Guimaraes-Lopes R, Mayou R, van Moffaert M, Rigatelli M, Sakkas P, Tienari P. Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001;23(3):124–32.
- KBV. (KBV) NAO SHIP 2014. <http://www.kbv.de/html/>. Zugegriffen: 31.12.2015.
- Leichsenring F, Salzer S, Beutel ME, Herpertz S, Hiller W, Hoyer J, Huesing J, Joraschky P, Nolting B, Poehlmann K, Ritter V, Stangier U, Strauss B, Stuhldreher N, Tefikow S, Teismann T, Willutzki U, Wiltink J, Leibing E. Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: A multicenter randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2013;170:759–67.
- Leichsenring F, Schauenburg H. Empirically supported methods of short-term psychodynamic therapy in depression – towards an evidence-based unified protocol. *J Affect Disord*. 2014;169:128–43.
- Linden M. Psychosomatic inpatient rehabilitation: the German model. *Psychother Psychosom*. 2014;83:205–12.
- Lossnitzer N, Herzog W, Stork S, Wild B, Müller-Tasch T, Lehmkuhl E, Zugck C, Regitz-Zagrosek V, Pankuweit S, Maisch B, Ertl G, Gelbrich G, Angermann CE, Competence Network Heart F. Incidence rates and predictors of major and minor depression in patients with heart failure. *Int J Cardiol*. 2013;167:502–7.
- Maatouk-Burmann B, Ringel N, Spang J, Weiss C, Moltner A, Riemann U, Langewitz W, Schultz JH, Juenger J. Improving patient-centered communication: results of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2016;99:117–24.
- Petrak F, Herpertz S, Albus C, Hermanns N, Hiemke C, Hiller W, Kronfeld K, Kruse J, Kulzer B, Ruckes C, Zahn D, Müller MJ. Cognitive behavioral therapy versus sertraline in patients with depression and poorly controlled diabetes: the diabetes and depression (dad) study: a randomized controlled multicenter trial. *Diabetes Care*. 2015a;38:767–75.
- Petrak F, Baumeister H, Skinner TC, Brown A, Holt RI. Depression and diabetes: treatment and health-care delivery. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015b;3:472–85.
- Probst T, von Heymann F, Zaudig M, Konermann J, Lahmann C, Loew T, Tritt K. The effectiveness of psychosomatic inpatient treatment – results of a multicenter follow-up study. *Z Psychosom Med Psychother*. 2009;55:409–20.
- Sattel H, Lahmann C, Gundel H, Guthrie E, Kruse J, Noll-Hussong M, Ohmann C, Ronel J, Sack M, Sauer N, Schneider G, Henningsen P. Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2012;200:60–7.
- Schaefer R, Kaufmann C, Wild B, Schellberg D, Boelter R, Faber R, Szecsenyi J, Sauer N, Guthrie E, Herzog W. Specific collaborative group intervention for patients with medically unexplained symptoms in general practice: a cluster randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2013;82:106–19.
- Shedden-Mora MC, Gross B, Lau K, Gumz A, Wegscheider K, Lowe B. Collaborative stepped care for somatoform disorders: a pre-post-intervention study in primary care. *J Psychosom Res*. 2016;80:23–30.

33. Sklenarova H, Krumpelmann A, Haun MW, Friederich HC, Huber J, Thomas M, Winkler EC, Herzog W, Hartmann M. When do we need to care about the caregiver? Supportive care needs, anxiety, and depression among informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors. *Cancer*. 2015;121:1513–9.
34. Statistik-Portal. g-bdndIS-D: Anzahl vertragsärztlicher Psychotherapeuten in Deutschland nach Bundesland im Jahr 2014.
35. von Uexküll T. Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: Ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler RWH, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiak W (Hrsg.). *Psychosomatische Medizin: Theoretische Modelle und klinische Praxis* Bd. 7. München: Elsevier; 2011. S. 3–40.
36. Waller C, Bauersachs J, Hoppmann U, Hoch J, Krause S, Szabo F, Engler H, Rottler E, Herrmann-Lingen C, Guendel H. Blunted cortisol stress response and depression-induced hypocortisolism is related to inflammation in patients with CAD. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67:1124–6.
37. Weissflog G, Brahler E, Leuteritz K, Barthel Y, Kuhnt S, Wiltink J, Zwerenz R, Beutel ME. Does psychodynamic short-term psychotherapy for depressed breast cancer patients also improve fatigue? Results from a randomized controlled trial. *Breast Cancer Res Treat*. 2015;152:581–8.
38. Wild B, Hunnemeyer K, Sauer H, Hain B, Mack I, Schellberg D, Müller-Stich BP, Weiner R, Meile T, Rudofsky G, Königsrainer A, Zipfel S, Herzog W, Teufel M. A 1-year videoconferencing-based psychoeducational group intervention following bariatric surgery: results of a randomized controlled study. *Surg Obes Relat Dis*. 2015;11:1349–60.
39. Wittchen HU, Müller N, Storz S. Psychiatric disorders: incidence, psychosocial effects and correlation with physical illnesses. *Gesundheitswesen*. 1998;60(Suppl 2):S95–S100, Article in German.
40. Zipfel S, Wild B, Gross G, Friederich HC, Teufel M, Schellberg D, Giel KE, de Zwaan M, Dinkel A, Herpertz S, Burgmer M, Lowe B, Tagay S, von Wietersheim J, Zeeck A, Schade-Brittinger C, Schauenburg H, Herzog W. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (antop study): randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;383:127–37.
41. Zipfel S, Herzog W, Kruse J, Henningsen P. Psychosomatic medicine in Germany: more timely than ever. *Psychother Psychosom*. 2016;85(5):262–9.