PSYCHOLOGIE • GESELLSCHAFT • POLITIK

2012

DIE GROSSEN VOLKSKRANKHEITEN

Beiträge der Psychologie zu Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung

Berufsverband Deutscher
Psychologinnen und Psychologen

Herausgeber
Vorstand des Berufsverbandes
Deutscher Psychologinnen
und Psychologen e.V. (BDP)
Bundesgeschäftsstelle
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin

Hauptgeschäftsführerin
Dr. Eileen Mertens
Tel.: (030) 20 91 66 600
Fax: (030) 20 91 66 680
www.bdp-verband.de
info@bdp-verband.de

Verantwortlich im Sinne des Presserechts
Dipl.-Psych. Sabine Siegl
Präsidentin des BDP

Hinweis der Redaktion:
Im Bericht wird im Interesse der Lesbarkeit überwiegend die männliche Form verwendet. Gemeint sind aber in jedem Fall die Vertreter beiderlei Geschlechts.

Berufsverband
Deutscher
Psychologinnen
und Psychologen

PSYCHOLOGIE
GESELLSCHAFT • POLITIK • 2012

DIE GROSSEN VOLKSKRANKHEITEN

Beiträge der Psychologie zu Prävention,
Gesundheitsförderung und Behandlung

Bibliografische Information der
Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese
Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie.
Detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
http://dnb.ddb.de abrufbar.

ISBN 978-3-942761-16-1

Verlag
Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Berlin

Satz/Layout
Michael Zander, Berlin

Druck
druckhaus köthen GmbH, Köthen

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist
urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung
außerhalb der engen Grenzen des
Urheberrechtsgesetzes in der jeweils
geltenden Fassung ist ohne Zustimmung des
Verlages und des Herausgebers unzulässig und strafbar.
Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen,
Übersetzungen, Mikroverfilmungen und
die Einspeicherung und Verarbeitung in
elektronischen Systemen.

Alle Rechte vorbehalten
© 2012 Deutscher Psychologen Verlag GmbH
Printed in Germany

ISBN 978-3-942761-16-1

INHALT

Dipl.-Psych. Sabine Siegl
VORWORT 8

1 VOLKSKRANKHEITEN DER MODERNE: AKTUELLER STAND UND ZUKUNFTSAUFGABEN 11

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel & Prof. Dr. Oskar Mittag
1.1 Gesundheitliche und ökonomische Bedeutung von chronischen Erkrankungen und psychischer Komorbidität 11

1.1.1 Zusammenfassung 11
1.1.2 Bedeutung von chronischen Krankheiten und psychischer Komorbidität 11
1.1.3 Häufigkeiten und Folgen von psychischen Störungen bei somatischen Erkrankungen 12
1.1.4 Gesundheitsförderung und Prävention 13
1.1.5 Diagnostik und Behandlung 13
1.1.6 Ausblick 14
1.1.7 Empfehlungen 15

Prof. Dr. Frank Jacobi
1.2 Warum sind psychische Störungen Volkskrankheiten? 16

1.2.1 Einführung 16
1.2.2 Besonderheiten psychischer Störungen gegenüber den klassischen körperlichen Volkskrankheiten 16
1.2.3 Psychische Störungen sind die teuerste Erkrankungsgruppe überhaupt 18
1.2.4 Besteht eine Schieflage in den aktuellen Versorgungs-, Angebots- und Präventionsstrukturen? 20
1.2.5 Fazit 22

2 RESSOURCE PSYCHOLOGIE: KONZEPTE UND STRUKTURELLE MASSNAHMEN FÜR MEHR GESUNDHEIT ... 25

Prof. Dr. Martin Hautzinger

2.1 Volkskrankheit Depression ... 25

2.1.1 Zusammenfassung ... 25

2.1.2 Prävalenz und Kosten ... 25

2.1.3 Beiträge der Psychologie zur Ätiologie ... 27

2.1.4 Beiträge der Psychologie zur Therapie und Prävention ... 28

2.1.5 Empfehlungen ... 30

Dipl.-Psych. Julia Scharnhorst, MPH

2.2 Burnout– eine neue Volkskrankheit? ... 31

2.2.1 Zusammenfassung ... 31

2.2.2 Was ist Burnout? ... 31

2.2.3 Wie häufig ist Burnout? ... 32

2.2.4 Woher kommt Burnout? ... 34

2.2.5 Was muss zur Burnout-Prävention getan werden? ... 36

2.2.6 Wie können Psychologen bei der Prävention und Behandlung von Burnout helfen? ... 37

2.2.7 Empfehlungen ... 38

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael Pfingsten

2.3 Volkskrankheiten: Psychologie des Rückenschmerzes ... 40

2.3.1 Zusammenfassung ... 40

2.3.2 Vorbemerkung ... 40

2.3.3 Ist-Zustand: Prävalenzen und Kosten ... 41

2.3.4 Schmerz und Psychologie ... 42

2.3.5 Angst-Vermeidungs-Modell ... 43

2.3.6 Implikationen für die Therapie ... 44

2.3.7 Management des Rückenschmerzes ... 44

2.3.8 Multimodale Therapie chronifizierter Rückenschmerzen ... 45

Prof. Dr. Petra Warschburger

2.4 Adipositas: Konzeptuelle Beiträge der Psychologie ... 47

2.4.1 Zusammenfassung ... 47

2.4.2 Einleitung ... 47

2.4.3 Psychosoziale Aspekte der Adipositas ... 48

2.4.4 Psychologische Konzepte bei der Entstehung und Aufrechterhaltung ... 49

2.4.5 Psychologische Interventionskonzepte ... 51

2.4.6 Empfehlungen ... 54

PD Dr. phil. Harald Baumeister & Dr. phil. Nico Hutter

2.5 Koronare Herzerkrankung und psychische Störungen ... 55

2.5.1 Zusammenfassung ... 55

2.5.2 Koronare Herzerkrankung und psychische Komorbidität ... 55

2.5.3 Epidemiologie psychischer Störungen bei KHK ... 57

2.5.4 Ätiologie psychischer Störungen bei KHK ... 57

2.5.5 Diagnostik psychischer Störungen bei KHK ... 58

2.5.6 Behandlung psychischer Störungen bei KHK ... 59

2.5.7 Praxisbeispiel: Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in die kardiologische Rehabilitation ... 61

1. Psychodiagnostischer Stufenplan ... 62

2. Förderliche und hinderliche Implementierungsbedingungen ... 62

2.5.8 Fazit und Ausblick ... 64

PD Dr. Michael Kusch

2.6 Strukturierte psychoonkologische Versorgung ... 66

2.6.1 Zusammenfassung ... 66

2.6.2 Einleitung ... 66

2.6.3 Epidemiologie ... 66

2.6.4 Emotionaler Distress ... 67

2.6.5 Kognitiv-emotionale Auseinandersetzung mit Krebs ... 67

2.6.6 Integrierte psychoonkologische Versorgung ... 68

2.6.7 Gestufte psychoonkologische Versorgung ... 69

PD Dr. Bernhard Kulzer

2.7 Diabetes ... 72

2.7.1 Zusammenfassung ... 72

2.7.2 Krankheitsbild, Epidemiologie, Kosten ... 72

2.7.3 Notwendigkeit nationaler Diabetes-Pläne ... 73

2.7.4 Diabetes als „verhaltensmedizinische" Erkrankung ... 73

2.7.5 Bedeutung psychologischer, verhaltensbezogener und sozialer Faktoren für den Verlauf und die Prognose der Erkrankung ... 74

2.7.6 Praxisbeispiele ... 78

2.7.7 Empfehlungen ... 80

EMPFEHLUNGEN DES BDP ... 81

Literaturverzeichnis ... 87

Adressverzeichnis der Autoren ... 110

VORWORT

Mit dem fünften Bericht zu gesundheitlichen Themen führt der BDP seine Reihe der Publikationen zu besonderen gesellschaftlichen Herausforderungen fort. Diesmal haben wir uns mit dem Thema „Die großen Volkskrankheiten" beschäftigt. Als Psychologinnen und Psychologen möchten wir den Stellenwert der Psychologie in der Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung verdeutlichen.

Volkskrankheiten betreffen viele Menschen. Dadurch stellen sie hohe Anforderungen an die Strukturen im Gesundheitswesen. Sie verursachen jedoch nicht nur körperliche Beschwerden und zunehmend höhere Kosten, sondern auch immense psychische Belastungen. Zudem führen sie zu hohen Einbußen in der Lebensqualität und verkürzen die Lebenserwartung.

Bislang wurde angesichts der Tatsache, dass die Bevölkerung immer älter wird und dadurch die Kosten in der Krankenversorgung steigen, über absehbare Leistungsbeschränkungen in unserem Gesundheitssystem diskutiert. Die gesundheitliche Chancengerechtigkeit steht auf dem Spiel. Wir wollen in dieser Diskussion den Trumpf der Psychologie ausspielen: Die psychischen Faktoren stellen ein großes Potenzial für Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung dar. Dennoch werden sie in der ambulanten Versorgung viel zu wenig berücksichtigt.

Mit dem diesjährigen Bericht will der BDP deshalb seinen Beitrag leisten, diese Schieflage aufzuzeigen. Psychologische Faktoren bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Heilung körperlicher Erkrankungen sind gesundheitlich relevant und können im großen Ausmaß helfen, Kosten einzusparen. Psychische Belastungen und Störungen sollten deshalb auch einen höheren Stellenwert in der Versorgung somatischer und psychischer Erkrankungen bekommen.

Psychische Belastungen und Störungen können gleichzeitig mit körperlichen Erkrankungen auftreten oder auch diesen vorangehen. Weiterhin können sie diese ursächlich bedingen oder als Folge einer oder mehrerer körperlicher Erkrankungen eintreten. Sie nehmen Einfluss auf die Heilungsdauer bzw. die Chronifizierungsprozesse. Deshalb finden Sie im ersten Kapitel: „Volkskrankheiten der Moderne: Aktueller Stand und Zukunftsaufgaben" zwei thematisch unterschiedlich gelagerte Eröffnungsbeiträge. Damit wollen wir den vielen Dimensionen des Themas Rechnung tragen.

Psychische Störungen werden zu häufig noch als klar abgrenzbares Thema und Problem Einzelner betrachtet. Statt sie in entsprechenden stationären psychiatrischen und ambulanten psychotherapeutischen Angeboten in nahezu unsichtbarer Weise zu versorgen, wollen wir deutlich machen: Psychische Erkrankungen sind eine Volkskrankheit an sich. Doch auch in puncto „körperliche" Volkskrankheiten vernachlässigt man im Gesundheitswesen bisher die Tatsache, dass bei den Volkskrankheiten nicht nur der Körper, sondern auch die Psyche betroffen ist. Im ersten Beitrag „Gesundheitliche und ökonomische Bedeutung von chronischen Erkrankungen und psychischer Komorbidität" steht daher die hohe gesundheitliche und ökonomische Bedeutung psychischer Störungen im Zusammenhang mit somatischen Erkrankungen im Fokus. Die Chancen, die die Einbindung der Psychologie in die Versorgung im Sinne des somatopsychologischen Ansatzes birgt, werden von ausgewiesenen Experten im zweiten Kapitel beschrieben. Sie zeigen die Wirksamkeit psychologischer Maßnahmen bei koronarer Herzerkrankung, Rückenschmerz, Übergewicht, Diabetes und Krebs eindrücklich auf. Neben dem Körper muss in der modernen Gesundheitsversorgung die Psyche deutlich stärker eingebunden sein.

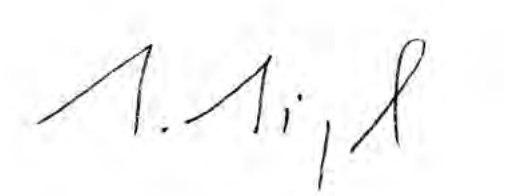
Psychische Störungen stellen heute jedoch auch schon für sich allein eine Volkskrankheit dar. Das wird im zweiten Beitrag des ersten Kapitels beschrieben, das die Frage beantwortet: „Warum sind psychische Störungen Volkskrankheiten?“

Aus den darin dargestellten Fakten wird deutlich, dass psychische Störungen eine Volkskrankheit mit starkem Einfluss auf entgangene Lebensjahre und Lebensqualität und in der Summe die teuerste Erkrankungsgruppe darstellen. Trotz der in diesem Bericht beschriebenen wirksamen präventiven psychologischen Maßnahmen und der finanziellen Einsparmöglichkeiten im Gesundheitswesen bleiben viele Menschen mit psychischen Störungen ohne Versorgung. Angesichts der Potenziale in diesem Bereich erfolgt die Forschungsförderung ebenfalls noch unzureichend.

Mittlerweile hat die Häufigkeit psychischer Belastungen und Störungen ohne zusätzliche körperliche Erkrankung bereits zum Charakter einer eigenständigen Volkskrankheit geführt. Depression und „Burnout“ sind in aller Munde. Ihre Auswirkungen auf Fehlzeiten und Renteneintritte haben in den vergangenen Jahren immer mal wieder zu öffentlichen Diskussionen und Absichtserklärungen geführt, der Unter- und Fehlversorgung entgegenzuwirken. Die notwendigen Veränderungsplanungen und folgenden Umsetzungsschritte stehen jedoch noch aus. In diesem Bericht werden die bei Volkskrankheiten effektiven und notwendigen Maßnahmen von Seiten der Psychologie benannt. In den Empfehlungen unseres Berufsverbands am Ende des Berichts werden sie abschließend zusammengefasst.

Der Bericht wendet sich mit seinen Botschaften an einen großen Kreis von Adressaten: die Fachöffentlichkeit im Medizinbetrieb sowie im Gesundheits- und Sozialwesen, Entscheider in der Versorgungsgestaltung, Politiker und Verbände, Betroffene und Selbsthilfestrukturen sowie alle weiteren interessierten Kreise. Wir freuen uns, Ihnen als Leser neue Informationen, weiterführende Gedanken und Vorschläge unterbreiten zu können, wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und hoffen auf eine fruchtbare gesellschaftliche Diskussion.

Wenn es um Volkskrankheiten geht, ist es dringend notwendig, psychologische Faktoren zu berücksichtigen. Deren wirksame, durch Forschungsergebnisse belegte Maßnahmen müssen flächendeckend in die Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung eingeführt werden.



Dipl.-Psych. Sabine Siegl
Präsidentin des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen

1 VOLKSKRANKHEITEN DER MODERNE: AKTUELLER STAND UND ZUKUNFTSAUFGABEN

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel & Prof. Dr. Oskar Mittag

1.1 GESUNDHEITLICHE UND ÖKONOMISCHE BEDEUTUNG VON CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN UND PSYCHISCHER KOMORBIDITÄT

1.1.1 Zusammenfassung

Chronische körperliche Erkrankungen sind neben den krankheitsspezifischen Problemen mit Einschränkungen der Lebensqualität, der sozialen und der beruflichen Integration und mit familiären Belastungen verbunden. Sie machen zudem den größten Teil der Kosten im Gesundheitswesen aus. Gerade bei häufigen chronischen Erkrankungen wie Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Schmerzsyndromen findet sich oft eine somatopsychische Komorbidität, die die genannten Einschränkungen noch verstärkt. Psychologische Maßnahmen können dazu beitragen, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und die Behandlung der chronischen Erkrankungen zu optimieren. Das System der medizinischen Rehabilitation bietet aufgrund seiner Multiprofessionalität, die psychologische Interventionen mit einschließt, gute Ansatzpunkte zur Versorgung. In der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung werden Menschen mit somatopsychischer Komorbidität häufig ungenügend versorgt.

1.1.2 Bedeutung von chronischen Krankheiten und psychischer Komorbidität

Chronische körperliche und psychische Erkrankungen sind neben akuten Erkrankungen die wesentlichen Gründe für Krankheitsfehltage und Frühberentungen. Chronische Erkrankungen stellen den häufigsten Grund für vorzeitige Berentungen (Erwerbsunfähigkeitsrenten) dar. Führend sind dabei inzwischen psychische Erkrankungen, vor allem depressive Störungen, die seit zirka 2000 mit 36 Prozent bei den Frauen und 25 Prozent bei den Männern vor muskuloskelettalen Erkrankungen (vor allem Rückenschmerzen), Neubildungen (Krebs) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen die meisten Frühberentungen verursachen. Psychische Erkrankungen gehören auch zu den häufigsten Gründen für krankheitsbedingte Fehlzeiten mit steigender Tendenz (Robert-Koch-Institut, 2006).

Neben den hohen direkten (zum Beispiel Therapie- bzw. Versorgungskosten) und indirekten (zum Beispiel Arbeitsausfall) Krankheitskosten gehen chronische Erkrankungen mit verminderter Lebensqualität einher (sogenannte intangible Kosten). Vielfach ist die Integration ins Arbeits- und Berufsleben

deutlich eingeschränkt. Aber auch familiäre und weitere psychosoziale Belastungen treten auf (Bengel & Helmes, 2011). Bei den meisten dieser Erkrankungen spielen psychische Faktoren in der Entstehung und/oder Aufrechterhaltung eine wesentliche Rolle (siehe Ehlert, 2003). Auch bei chronischen Erkrankungen, die in ihrer Ätiologie und Pathogenese kaum oder nicht vom Lebensstil beeinflusst werden, spielen psychische und soziale Faktoren bei der Behandlung eine wesentliche Rolle (zum Beispiel multiple Sklerose). So sind die Motivation zur Behandlung, die Compliance und Adhärenz und die Bereitschaft zu Kontrolluntersuchungen und zur Durchführung von Maßnahmen zur Sekundärprävention von psychosozialen Faktoren beeinflusst. Auch die Reintegration ins Arbeits- und Berufsleben und die soziale Integration hängen stark von psychischen und sozialen Determinanten ab (zum Beispiel Arbeitszufriedenheit, soziale Unterstützung). Dies gilt umso mehr, wenn die chronischen körperlichen Erkrankungen gemeinsam mit starken und überdauernden Belastungen oder psychischen Störungen einhergehen. In letztem Fall spricht man von somatopsychischer Komorbidität, das heißt vom Auftreten von psychischen Belastungen und Störungen bei – insbesondere chronischen – körperlichen Erkrankungen.

1.1.3 Häufigkeiten und Folgen von psychischen Störungen bei somatischen Erkrankungen

Menschen mit einer chronischen somatischen Erkrankung weisen im Vergleich zu gesunden Personen und der Allgemeinbevölkerung ein etwa eineinhalb bis zweifach erhöhtes Risiko für eine (komorbide) psychische Störung auf. Viele Patienten mit einer chronischen körperlichen Erkrankung geben nach der Diagnosestellung sowie im Verlauf der Behandlung psychische Belastungen an. Zwischen 15 und 30 Prozent der Patienten mit einer chronischen körperlichen Erkrankung (Rückenschmerzen, kardiovaskuläre Erkrankung, Krebs, Lungenerkrankung, Diabetes) erfüllen die Kriterien für eine psychische Störung. 16 bis 23 Prozent dieser Patienten weisen eine affektive Störung auf, 18 bis 27 Prozent eine Angststörung, neun bis 18 Prozent eine somatoforme und fünf bis neun Prozent eine substanzbezogene Störung (Härter, Baumeister & Bengel, 2007). Die Schwere der Erkrankung erhöht erwartungsgemäß das Risiko für psychische Komorbidität; Frauen und allein lebende Menschen sind häufiger betroffen. Der Einfluss der Anzahl körperlicher Erkrankungen scheint bedeutsamer zu sein als der der Erkrankungsart: Patienten mit ein oder zwei körperlichen Erkrankungen zeigen im Vergleich zu somatisch gesunden Personen eineinhalbmal so häufig komorbide psychische Störungen; körperlich multimorbid (mehr als an zwei Krankheiten) erkrankte Patienten weisen jedoch zweimal so häufig psychische Störungen auf.
Die psychische Störung kann sich als Reaktion auf eine somatische Erkrankung und deren Behandlung entwickeln, zum Beispiel wenn eine Krebserkrankung eine Anpassungsstörung auslöst. Eine psychische Störung kann aber auch dem Beginn körperlicher Symptome bzw. Erkrankungen vorausgehen und/oder kann sie ungünstig beeinflussen, zum Beispiel wenn eine unbehandelte depressive Störung den Übergang von akuten zu chronischen Rückenschmerzen verstärkt. Es ist ferner möglich, dass die somatische Erkrankung und die psychische Störung kausal nicht miteinander verbunden sind, sondern lediglich zeitlich koinzident auftreten.
Patienten mit körperlichen Erkrankungen und psychischen Störungen sind „doppelt belastet“ im Sinne einer sowohl psychischen als auch körperlichen Symptomatik (Helmes et al., 2007). Sie weisen eine erhöhte Morbidität und Mortalität, eine niedrigere Lebensqualität (Baumeister, Hutter, Bengel & Härter, 2011)

sowie erhöhte Versorgungskosten (u. a. Hutter, Schnurr & Baumeister, 2010) auf. Besonders gut sind die Zusammenhänge bei Morbidität und Mortalität für depressive Störungen untersucht. So gilt eine Depression beispielsweise als unabhängiger Risikofaktor für die Entwicklung (u. a. Rugulies & Siegrist, 2002) und Prognose (Barth et al., 2004) einer koronaren Herzerkrankung mit einer annähernden Verdoppelung der koronaren Morbidität und Mortalität. Frauen mit einem Diabetes mellitus und einer komorbiden depressiven Störung weisen innerhalb einer Zehnjahresperiode ein dreifach erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer koronaren Herzerkrankung gegenüber Diabetes-Patientinnen ohne Depression auf (Clouse et al., 2003).

1.1.4 Gesundheitsförderung und Prävention

Viele der genannten chronischen Erkrankungen zeichnen sich durch eine prinzipielle Beeinflussbarkeit durch Veränderungen im (Gesundheits-)Verhalten aus (Schwartz et al., 1999; Willett, 2002). Daher spielen Interventionen, die auf eine Änderung des gesundheitsbezogenen Lebensstils (insbesondere Nikotinverzicht, ausreichende körperliche Bewegung und gesunde Ernährung) gerichtet sind, in der Prävention eine große Rolle. Neben den klassischen Methoden der psychologischen Beratung der Patienten und der Angehörigen, den Konzepten zur Stressbewältigung und zur Entspannung und Achtsamkeit sind verschiedene indikations- und problemspezifische Maßnahmen verfügbar, die vielfach unter der Bezeichnung „Patientenschulung" angeboten werden (Faller et al., 2011).
Diese Maßnahmen, insbesondere die Patientenschulung und die Gesundheitsförderung, basieren auf genuin psychologischen Konzepten der sozial-kognitiven Verhaltenstheorien und der kognitiven Verhaltenstherapie und berücksichtigen die Änderungsmotivation der Patienten (vgl. Mittag & Bengel, 2007). Vor allem für die Wirksamkeit von Methoden der Handlungs- und Bewältigungsplanung (Gollwitzer, 1999) gibt es gute Evidenz aus empirischen Studien (zum Beispiel Sniehotta et al., 2005). Wichtige Prinzipien sind darüber hinaus:

- *das Maßschneidern der Interventionen unter Berücksichtigung des Stadiums der Änderungsbereitschaft,*
- *das Eingehen auf die subjektive Krankheitstheorie,*
- *die Schaffung einer positiven Konsequenzerwartung,*
- *die Förderung von Selbstwirksamkeitserwartungen (vgl. Mittag & Bengel, 2007).*

Zentrale Probleme im Vorgehen liegen in einer begrenzten Therapiemotivation, einer auf somatische Aspekte konzentrierten Laientheorie, höherem Alter und den Einschränkungen durch die Erkrankung bzw. durch die Behandlungen.

1.1.5 Diagnostik und Behandlung

Die Behandlung bei den meisten (nicht psychischen) chronischen Erkrankungen ist vornehmlich somatisch ausgerichtet. Selbst in der medizinischen Rehabilitation, bei der am ehesten von einer biopsychosozialen Sichtweise und einer interdisziplinären Behandlung ausgegangen werden kann, werden viele Patienten mit komorbiden psychischen Störungen nicht diagnostiziert und ausreichend behandelt (vgl. Farin et al., 2002; Irle et al., 2002). Durch die weitere Entwicklung von Praxisempfehlungen für

psychologische Interventionen einschließlich des Screenings auf psychische Komorbidität soll hier eine Verbesserung erreicht werden.
In der medizinischen Rehabilitation sind psychologische Interventionen fester Bestandteil des Behandlungsspektrums, wenngleich auch hier die Versorgungsrelation verbessert werden muss (Bengel & Helmes, 2011). Für den Einsatz in der somatischen Rehabilitation wurde beispielsweise ein Konzept zur abgestuften Diagnostik, Differenzialdiagnostik und Indikationsstellung bei psychischen Belastungen und Störungen bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen entwickelt (Baumeister et al., 2012). Die Rehabilitationseinrichtungen erhalten dabei eine intensive Beratung und Begleitung zur Verbesserung der Erkennungsraten und der Psychodiagnostik psychischer Störungen.
Für zwei chronische Erkrankungen (koronare Herzerkrankung und Rückenschmerzen) wurden darüber hinaus aktuell auch evidenzbasierte Praxisempfehlungen für psychologisches Handeln im Einzelfall entwickelt und breit konsentiert. Die Praxisempfehlungen umfassen die Bereiche Screening, vertiefte Diagnostik und Behandlung psychischer Komorbidität sowie psychologische Interventionen zur Lebensstiländerung (Reese et al., 2012a, 2012b). Die Empfehlungen beziehen sich nicht ausschließlich auf die Psychologen in der Rehabilitation, sondern sie beziehen weitere Mitarbeitergruppen im interdisziplinären Team ein. Für die Durchführung psychologischer Interventionen durch andere Berufsgruppen (zum Beispiel Handlungs- und Bewältigungsplanung durch Sporttherapeuten) ist eine entsprechende Fortbildung der Mitarbeiter erforderlich. Andere Empfehlungen, zum Beispiel die Anwendung motivierender Gesprächsführung, erfordern eine entsprechende Schulung und Supervision des gesamten Reha-Teams einer Einrichtung. Hier kommt den Psychologen eine zentrale Rolle zu. Die Behandlung chronischer Krankheiten sollte aufgrund ihrer Bedeutung und Effektivität noch stärker als bisher auf psychologischen Konzepten basieren.
Im ambulanten Bereich besteht eine relative Unterversorgung der Patienten mit somatopsychischer Komorbidität, teils aufgrund der monodisziplinären Behandlung, teils aufgrund der begrenzten Motivation und Bereitschaft der Patienten für ergänzende psychologisch-psychotherapeutische Behandlung. Die Versorgung wird jedoch auch dadurch begrenzt, dass im ambulanten Sektor nur psychotherapeutische Leistungen vergütet werden können, nicht jedoch die verschiedenen und in ihren Effekten gut belegten psychologischen Maßnahmen – gerade für chronisch kranke Patienten.

1.1.6 Ausblick

Die Bedeutung der Psychologie in der Versorgung chronisch kranker Menschen wird gerade angesichts der steigenden psychischen Belastungen und Störungen weiter zunehmen. In den nächsten Jahren werden mehr Psychologen und Psychotherapeuten in der stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitation und im Konsil- und Liaisondienst der stationären medizinischen Versorgung gebraucht. Die Maßnahmen beziehen sich jedoch nicht ausschließlich auf Psychotherapie, sondern auf Gesundheitsförderung, Risikofaktorenreduktion, Patientenschulung und Stressbewältigung. Ebenso werden Psychotherapeuten benötigt, die sich insbesondere auch in der ambulanten Versorgung auf chronisch körperlich kranke Menschen mit einer komorbiden psychischen Störung spezialisieren, ohne jedoch in jedem Fall länger dauernde Psychotherapien anbieten zu müssen.
Angesichts der demografischen Entwicklung, der Zunahme psychischer Belastungen und Störungen und der Fortschritte in der Akutmedizin sowie der Bedürfnisse und Anforderungen der Patienten werden die Anforderungen an die Psychologie in der Rehabilitation zunehmen. Die Veränderungen bei den Reha-

bilitanden bezüglich Krankheitsschwere, Multimorbidität, Alter, Migrationshintergrund und Arbeitsbedingungen erfordern höhere psychologische Kompetenz nicht nur im direkten therapeutischen Kontakt mit den Rehabilitanden, sondern auch in der Fortbildung der anderen Berufsgruppen.

1.1.7 Empfehlungen

Was wäre wünschenswert hinsichtlich der Rolle der Psychologie in der Versorgung chronisch Kranker? Wegen der großen Bedeutung der psychischen Komorbidität bei chronischen körperlichen Erkrankungen und der Notwendigkeit von Interventionen zur nachhaltigen Änderung des gesundheitsbezogenen Lebensstils brauchen wir mehr Psychologen in der rehabilitativen Versorgung und in der Konzeptentwicklung (zum Beispiel bei den Reha-Trägern) sowie in der Fort- und Weiterbildung anderer Berufsgruppen. Auch in der ambulanten Versorgung brauchen wir Psychotherapeuten, die sich auf die Behandlung chronisch körperlich kranker Menschen mit psychischer Komorbidität spezialisieren. In den (Reha-)Kliniken sollten Psychologen den Ärzten gleichgestellt sein; approbierte Psychologen sind heilkundlich tätige Therapeuten und können Leitungsfunktion ausüben. Wichtige Stakeholder in diesem Zusammenhang sind der Gesetzgeber, die deutsche Rentenversicherung als wichtigster Reha-Träger sowie die Krankenkassen, wissenschaftliche Fachgesellschaften, die Psychotherapeutenkammer und der Berufsverband der Deutschen Psychologinnen und Psychologen und hier besonders der Arbeitskreis „Klinische Psychologie in der Rehabilitation". Die Mehrkosten für das Versorgungssystem aufgrund psychischer Komorbidität sind belegt, es fehlen jedoch Studien, die den positiven Kosteneffekt von klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen dokumentieren.

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel, Dipl.-Psych.
Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie
Institut für Psychologie
Universität Freiburg
Engelbergerstr. 41
79085 Freiburg
Tel.: (0761) 203 21 22
E-Mail: bengel@psychologie.uni-freiburg.de

Prof. Dr. Oskar Mittag, Dipl.-Psych.
Abteilung für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin
Universitätsklinikum Freiburg
Engelbergerstr. 21
79106 Freiburg
Tel.: (0761) 27 07 35 40
E-Mail: oskar.mittag@uniklinik-freiburg.de

Prof. Dr. Frank Jacobi

1.2 WARUM SIND PSYCHISCHE STÖRUNGEN VOLKSKRANKHEITEN?

1.2.1 Einführung

Als Volkskrankheiten werden nicht übertragbare Krankheiten bezeichnet, die aufgrund großer Verbreitung und großer wirtschaftlicher Auswirkungen (Behandlungskosten, Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung) sozial ins Gewicht fallen, also eine besondere Public-Health-Relevanz besitzen. Die Errungenschaften unserer Zivilisation, allen voran Kanalisation und verbesserte Hygiene, medizinischer Fortschritt in Krankheitsprävention (zum Beispiel Impfungen) und Therapie (zum Beispiel Antibiotikatherapie) sowie eine gesicherte Nahrungsversorgung haben dazu geführt, dass zahlreiche Krankheiten, die in vorindustrieller Zeit häufig waren, heute deutlich seltener auftreten und vor allem seltener zum Tode führen. Gleichzeitig nahm die Häufigkeit von Krankheiten zu, die man in früheren Zeiten kaum kannte, und dies sind die Volkskrankheiten – oder auch „Zivilisationskrankheiten" – unserer Tage. Für diese wurden für Mortalität und andere Krankheitsfolgen bestimmte in industrialisierten Ländern verbreitete Lebensstile, Verhaltensweisen und Umweltfaktoren als gesundheitsgefährdend identifiziert. Als typische Zivilisationskrankheiten gelten Herz-Kreislauf-Erkrankungen (zum Beispiel die Folgen von Bluthochdruck), Arthrose und Diabetes mellitus Typ 2 (unter anderem als Folge von Überernährung und mangelnder Bewegung). Insbesondere auch die drastisch gestiegene Lebenserwartung trägt hier zur vermehrten Bedeutung solcher Krankheiten bei, da in medizinisch weniger entwickelten Regionen ein Großteil der Menschen zuvor an anderen Erkrankungen stirbt, zum Beispiel an Infektionskrankheiten (Aids, Malaria, Tuberkulose). Außerdem werden in Ländern mit schlechterer medizinischer Versorgung bestimmte Erkrankungen kaum diagnostiziert und tauchen somit auch nicht bzw. stark untererfasst in den entsprechenden Statistiken auf.
Psychischen Störungen sowie psychischen Aspekten im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen und deren Risikofaktoren kommt innerhalb der Volkskrankheiten eine herausragende Bedeutung zu, die im vorliegenden Beitrag umrissen werden soll. Für psychische Störungen, aber auch anhand der allgemeinen Möglichkeiten der Psychologie hinsichtlich Prävention und Behandlung nahezu im gesamten für uns relevanten Krankheitsspektrum kann gezeigt werden, dass Entwicklung, Erhalt und Wiederherstellung psychischer Gesundheit die größte Herausforderung – bzw. das größte Potenzial – in der Gesundheitsversorgung des 21. Jahrhunderts darstellt.

1.2.2 Besonderheiten psychischer Störungen gegenüber den klassischen körperlichen Volkskrankheiten

Obwohl der Eindruck entstanden sein mag, angesichts der enormen Aufmerksamkeit in den letzten Jahren sei zu psychischen Störungen bereits alles gesagt worden, muss darauf hingewiesen werden, dass hier trotz großer Fortschritte im Wissen und in der „Awareness" viele Fragen hinsichtlich Verbreitung, Entstehung, Präventions- und Interventionsmöglichkeiten noch offen und viele spezielle Schwierigkeiten hinsichtlich des Umgangs mit psychischen Störungen nach wie vor vorhanden sind.

Störungsdefinition und diagnostische Schwellenwerte

Auch bei körperlichen Erkrankungen wie Bluthochdruck und Diabetes ist es keinesfalls klar und einfach zu bestimmen, ab welchen Schwellen (zum Beispiel bei Diabetes hinsichtlich der gemessenen HbA1c-Werte als Nüchternwert oder über einen bestimmten Zeitraum hinweg) nun wirklich eine manifeste Erkrankung sowie Interventionsbedarf vorliegt. Die Diagnose psychischer Störungen, zum Beispiel mittels diagnostischer Interviews anhand der Störungskriterien des DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), ist in der Regel zumindest ebenso zuverlässig (reliabel) wie die Diagnostik vieler körperlicher Diagnosen, auch wenn bei Letzteren häufig „objektive" Laborparameter herangezogen werden können. Depressionen zum Beispiel haben, insbesondere wenn man sie als Folge nicht gelungener Stressbewältigung versteht, grundsätzlich dimensionalen Charakter, das heißt, sie sind nicht einfach vorhanden oder nicht vorhanden, sondern mehr oder weniger stark ausgeprägt, und es muss eine Konvention für kritische Schwellenwerte vorliegen, ab denen eine Diagnose gestellt wird. Aber auch im Sinne von DSM-IV und ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases) krankheitsdefinitorisch „unterschwellige" depressive Syndrome sind bereits mit deutlich erhöhten direkten und indirekten Krankheitskosten assoziiert. Weiterhin sorgen viel diskutierte „depressionsnahe" Konstrukte wie „Burnout" oder „Chronic-Fatigue-Syndrom" für einige Verwirrung (und Forschungsprobleme) in diesem Bereich.

Stigmatisierung psychischer Störungen und Priorisierung der Behandlung unmittelbar lebensbedrohlicher Erkrankungen

Wir können zwar in letzter Zeit eine zunehmende Entstigmatisierung psychischer Probleme konstatieren: Betroffene stellen sich häufiger als früher mit ihren psychischen Symptomen im Gesundheitssystem vor, und entsprechende Diagnosen werden heute häufiger gestellt als früher. In vielen Fällen wurden zum Beispiel in der Vergangenheit bei Rückenschmerzen muskuloskelettale Erkrankungen als „Stellvertreterdiagnosen" für eine Krankschreibung eingesetzt. Dennoch ist ein tabufreier Umgang mit psychischen Störungen nach wie vor noch Zukunftsmusik und eine bedeutende gesellschaftliche Aufgabe.

Dies mag zum einen damit zusammenhängen, dass wie bereits angesprochen zum Beispiel eine Depressionsdiagnose weniger „handfest" erscheint als manche körperliche Diagnose. Außerdem werden psychische Störungen nicht als unmittelbar lebensbedrohlich wie „richtige" Krankheiten erachtet – wobei hier in der Regel übersehen wird, dass psychische Störungen sehr wohl mächtige Risikofaktoren für erhöhte Mortalität im Verlauf von körperlichen Erkrankungen sind (zum Beispiel Barth et al., 2004).

Bei der notwendigen Allokation von bei uns zwar hohen, aber dennoch begrenzten Gesundheitsressourcen (zum Beispiel „hochtechnisierte Apparatemedizin" gegenüber „Verhaltensmedizin") wird allzu leicht – und vielleicht auch allzu menschlich – den unmittelbar kurzfristig lebenserhaltenden bzw. lebensverlängernden Maßnahmen Priorität eingeräumt. Eine Priorisierung von Maßnahmen, deren Nutzen weiter in der Zukunft liegt (zum Beispiel Behandlung von Depressionen oder Angststörungen, die präventiv den Outcome von Diabetes-Erkrankungen verbessern; Lustman & Clouse, 2005) oder deren Nutzen darin besteht, die Lebenszeit eben *nicht* zu verlängern, aber diese nicht verlängerte Lebenszeit mit höherer gesundheitsbezogener Lebensqualität und weniger Rolleneinschränkungen zu verbringen, wäre – zumindest derzeit noch – politisch kaum durchsetzbar. Übrigens wird auch im Zusammenhang mit „echter" Mortalität, die bei psychischen Störungen weniger unmittelbar relevant ist, leicht vernachlässigt, dass

auch seltene mit psychischen Störungen assoziierte tödliche Ereignisse (wie Suizid oder letal verlaufende Unterernährung bei schweren Anorexien) für eine Gesellschaft „teure" Ereignisse sind, da häufiger als bei körperlichen Erkrankungen besonders junge Leute betroffen sind.
Und zusätzlich haben psychische Störungen nach wie vor das Manko, dass die vermeintliche Eigenverantwortlichkeit in diesem Bereich eher als bei mancher körperlichen Erkrankung eine für den Einzelnen möglicherweise unangenehme „Schuldfrage" aufkommen lässt. Auch wenn es manchmal so proklamiert wird, möchten wir bezweifeln, dass es heutzutage tatsächlich „schick" ist, einen Burnout zu haben, zum Beispiel um damit eine große Leistungsbereitschaft zu signalisieren. Die überwiegende Mehrheit (90 Prozent) findet es zwar durchaus gut, dass es zum Beispiel ärztliche, psychotherapeutische und andere psychosoziale Angebote zur Förderung psychischer Gesundheit gibt, 43 Prozent würden aber bei einem seelischen Problem selbst nicht hingehen (GFK, 2003)!
Man kommt also über die Runden, indem man sich zusammenreißt oder quasi seelsorgerische oder „Hausrezepte" anwendet, vernachlässigt aber die entgangenen Gesundheitschancen, die einem bei einer verbesserten professionellen Pflege der psychischen Gesundheit möglich gewesen wären!
Dabei handelt es sich übrigens um einen typischen – eventuell evolutionsbiologisch grundsätzlich sinnvollen, aber dennoch in unseren Zeiten dysfunktionalen Bias: Wir tendieren dazu, kurzfristige, direkt sichtbare Effekte gegenüber indirekten wie etwa einem entgangenen (langfristigen) Nutzen überzubewerten.

1.2.3 Psychische Störungen sind die teuerste Erkrankungsgruppe überhaupt

Die verstärkte Würdigung der Depression und anderer psychischer Störungen in den vergangenen zehn bis 20 Jahren (zum Beispiel „There is no health without mental health" als ein zentrales Gesundheitsmotto der Europäischen Kommission seit 2005) hat sicherlich nicht zuletzt damit zu tun, dass deren Bedeutung hinsichtlich monetärer Krankheitskosten, aber auch hinsichtlich entgangener Lebensjahre („burden of disease") aufgrund von krankheitsbedingten Einschränkungen zunehmend erkannt wird. Die Entwicklung bei den Krankschreibungs- und Berentungszahlen im Vergleich zu denen bei körperlichen Diagnosen, aber auch die epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Befunde sprechen hier eine eindeutige Sprache (Gustavsson et al., 2011; Wittchen et al., 2011[1]).
Doch wie kann es sein, dass vermeintlich „weiche" Diagnosen wie psychische Störungen heutzutage insgesamt höhere Krankheitskosten produzieren sollen als klassische „harte" Diagnosen wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes zusammen? Wichtige Gründe dafür sind:

„Hebel 1": Die hohen Prävalenzen psychischer Störungen (für Deutschland über 15 Millionen betroffene Erwachsene; Jacobi, Klose & Wittchen, 2004[2]) lassen die Gesamtkosten in der Summe auch bei vergleichsweise niedrigen Kosten des Einzelfalls in die Höhe schnellen.

„Hebel 2": Die Zeit bzw. die Dauer, die mit psychischen Störungen (und damit assoziierten Einschränkungen) verbracht wird, ist angesichts des oft chronischen oder episodischen Verlaufs länger als bei mancher körperlichen Erkrankung oder Verletzung, die eventuell unter Aufwendung relativ hoher, aber einmaliger Kosten vergleichsweise kurzfristig geheilt werden kann. Die „years lived with disability" (YLD) – ein Maß für Krankheitslast, das von der WHO entwickelt wurde, um auch die Folgen von nicht akut

lebensbedrohlichen Erkrankungen quantifizieren zu können – sind daher ausgesprochen hoch: Für die EU wird geschätzt, dass über 40 Prozent der durch nicht tödlich verlaufende Krankheiten produzierten Einschränkungsjahre allein auf psychische Störungen attribuierbar ist (Wittchen et al., 2011).

„Hebel 3“: Von psychischen Störungen sind, anders als bei den körperlichen Volkskrankheiten, **vermehrt jüngere Menschen im produktiven und reproduktiven Alter betroffen**, was ebenfalls aus gesamtgesellschaftlicher Sicht zu einem vergleichsweise höheren Schaden führt. Beispiel Bundesgesundheitssurvey 1998: In der deutschen Allgemeinbevölkerung wird die Zwölfmonatsprävalenz von psychischen Störungen bei den unter 45-Jährigen über 30 Prozent geschätzt – aber diejenige von Herzerkrankungen, Diabetes und Krebserkrankungen jeweils unter ein Prozent.
Außerdem fallen die Einschränkungsprofile bei psychischen Störungen in der modernen Arbeitswelt mit ihren vermehrten psychomentalen, emotionalen und kommunikativen Anforderungen besonders ins Gewicht. Personen mit psychischen Vulnerabilitäten oder manifesten Störungen wären früher, als eher körperliche Tätigkeiten im Mittelpunkt standen, noch leichter beruflich unauffällig geblieben, als dies heutzutage der Fall ist. Die Krankheitslasten durch verschiedene Erkrankungsarten haben sich also in ihrer Größenordnung von der körperlichen Seite hin zur psychosozialen verschoben.

„Hebel 4“: Ein quasi versteckter und bislang noch unzureichend quantifizierter Faktor ist der Aspekt der **Auswirkungen von körperlich-psychischer Komorbidität und der damit verbundenen indirekten Kostenfaktoren.** Bisherige Studien und Statistiken fokussieren oft auf Hauptdiagnosen (in der Regel körperlicher Art) und vernachlässigen Aus- und Wechselwirkungen beim Vorliegen mehrerer Diagnosen (quer- und längsschnittlich), was aber eigentlich die Regel und nicht die Ausnahme darstellt (vgl. zum Beispiel Sonderheft Bundesgesundheitsblatt; Koch, Mehnert & Härter, 2011). In der Praxis der Gesundheitsstatistiken und der Gesundheitsforschung geraten psychische Störungen dabei leicht ins Hintertreffen, und die aktuellen hohen Kostenschätzungen für psychische Störungen sind daher immer noch als konservativ zu bewerten.
Quantitativ besonders bedeutsam ist dies im Bereich der Störungen im Zusammenhang mit Alkohol und Tabak. Den durch erhöhten Konsum dieser Substanzen verursachten enormen Krankheitskosten durch körperliche Folgeerkrankungen sind in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die psychischen Diagnosen Substanzmissbrauch und -abhängigkeit „vorgeschaltet“ (das heißt, ohne Missbrauchs- und Abhängigkeitsphänomene würden die Erkrankten auch weniger konsumiert haben). Die Diagnosen Nikotinabhängigkeit und Alkoholmissbrauch werden aber in Krankheitskostenrechnungen wie zum Beispiel bei Gustavsson et al. (2011) oft gar nicht berücksichtigt (unter anderem weil es zurzeit in der Öffentlichkeit noch schwer vermittelbar ist, etwas so „Normales“ als „psychische Störung“ zu bezeichnen).
Ein weiteres Beispiel betrifft den gesundheitsökonomisch immens wichtigen Risikofaktor Übergewicht: Auch wenn die individuelle Gewichtsentwicklung stark genetisch determiniert ist und auch wenn Adipositas in unseren Diagnosesystemen nicht als psychische Störung gewertet wird, sind es doch in entscheidendem Maße Verhaltensfaktoren und weitere psychologische sowie soziale Einflüsse, die zu Übergewicht als fehlangepasster Bilanz zwischen Nahrungszufuhr und Bewegung führen.

Letztes Beispiel: Kosten jenseits von Krankheitskosten, zum Beispiel durch Aggression und Kriminalität im Zusammenhang mit Alkohol- oder Drogenintoxikation oder antisozialen Persönlichkeitsstörungen, fallen bei der Bewertung psychischer Störungen als Volkskrankheiten oft unter den Tisch. Je weiter also die Auswirkungen psychischer Störungen oder psychischer Aspekte bei gesellschaftlichen Krankheitslasten gefasst werden, desto mehr Bedeutung müsste man ihnen im Vergleich zu körperlichen Volkskrankheiten einräumen.

1.2.4 Besteht eine Schieflage in den aktuellen Versorgungs-, Angebots- und Präventionsstrukturen?

Im Grunde kann auch die Sonderstellung bei der Versorgung – die Erkennens- und Behandlungsquoten sind bei psychischen Störungen niedriger als bei anderen Krankheitsarten (Jacobi & Preiß, 2011; Wittchen & Jacobi, 2001; Wittchen et al., 2011) – als mögliche Mit-Ursache für hohe Kosten durch Chronifizierung gewertet werden.

Im internationalen Vergleich ist das Hilfs- und Behandlungssystem in Deutschland – wenn auch stark in verschiedene Sektoren und Kostenträger fragmentiert – zwar überdurchschnittlich gut ausgebaut. So ist zum Beispiel Psychotherapie als fachärztliche Kassenleistung mit der Möglichkeit des Direktzugangs zum Psychotherapeuten nicht eben etwas Selbstverständliches, und die stationären Behandlungsmöglichkeiten psychischer Störungen (einschließlich Reha-Maßnahmen) sind international geradezu einzigartig (Schulz et al., 2011).

Dennoch stellt sich angesichts der genannten besonderen Krankheitslasten einerseits und der vielfach belegten Wirksamkeit psychosozialer Interventionen andererseits (vgl. zum Beispiel Barlow, 2004, oder Barth & Lannen, 2011, oder die in den vergangenen Jahren entwickelten Leitlinien, die sich auf evidenzbasierte Interventionen stützen) die Frage, ob nicht dennoch die Ressourcen unseres Gesundheitssystems noch im Ungleichgewicht hinsichtlich des Public-Health-Nutzens stehen. Verhaltensfaktoren erscheinen nach wie vor an den Rand gedrängt, wenn man etwa betrachtet, dass vor dem Hintergrund, dass psychische Störungen über 30 Prozent der Krankheitslasten *aller* Erkrankungsgruppen ausmachen, nur etwa fünf Prozent der GKV-Ausgaben im ambulanten Bereich in Psychotherapie fließen (Gesamtausgaben für den Bereich „psychische und Verhaltensstörungen“: zehn bis 15 Prozent; Statistisches Bundesamt, 2010).

Auch bei Forschung und Lehre im Gesundheitsbereich erscheint die psychische Gesundheit unterrepräsentiert. So wird zum Beispiel die Übermacht der von der Pharmaindustrie finanzierten Forschung nicht annähernd durch öffentliche Förderung verhaltensbezogener Forschung wettgemacht (obwohl in den vergangenen Jahren hier durchaus zum Beispiel durch BMG und BMBF neue Schritte unternommen wurden). Auch in der gesundheitsökonomischen Forschung in Deutschland ist das Thema „psychische Störungen“ unterrepräsentiert (König, Willich & Koch-Gromus, 2012). Ebenfalls bemerkenswert: Weit weniger als zehn Prozent des Medizinstudiums werden klinisch-psychologischen Inhalten (psychischen Störungen oder psychischen Faktoren im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen) gewidmet.

Wir sind somit nach wie vor konfrontiert mit entgangenem Nutzen durch Fehlversorgung, zum Beispiel bei chronischen Rückenschmerzen mit dem regelmäßigen Absolvieren des gesamten teuren orthopädischen Diagnostik- und Versorgungspfades einschließlich Bildgebung, obwohl letztlich nur ein kleiner Bruchteil der Betroffenen eine organmedizinische Ätiologie aufweist. Der mögliche Zusatznutzen klinisch-

psychologischer Interventionen bei der Prävention von Krankheiten und negativen Krankheitsfolgen[3] sowie bei der Behandlung – einschließlich der Unterstützung medizinischer Maßnahmen – ist im Grunde noch gar nicht ausgelotet.

Einhergehend mit der steigenden Lebenserwartung und den Fortschritten in Medizin und Pharmazie steigen auch die Kosten der gesundheitlichen Versorgung. Hohe Forschungs- und Entwicklungskosten werden aufgewendet und führen nur noch zur Erreichung eines geringen zusätzlichen Nutzens, nicht selten beschränkt auf die Reduzierung von Nebenwirkungen bzw. auf die Steigerung der Adhärenz. Die auseinanderdriftende Schere von steigendem Versorgungsbedarf und steigenden Behandlungskosten macht für eine zukunftsfeste gute Gesundheitsversorgung eine bevölkerungsbezogene Strategie erforderlich. Um eine breit angelegte Rationierung von Gesundheitsleistungen zu vermeiden, sollten insbesondere Rationalisierungspotenziale in der Versorgung gehoben werden – und die bislang gering genutzten Potenziale der Psychologie in ihrem Beitrag zur Gesundheitsförderung und Vermeidung bzw. Heilung von Erkrankungen sind hier ein bedeutsamer Ansatzpunkt. Hierbei sollten insbesondere auch mögliche Flexibilisierungen im Bereich psychotherapeutischer Leistungen geprüft werden, da einige Regelungen und Anreizsysteme der deutschen Richtlinien-Psychotherapie es zum Teil verhindern, dass mehr Betroffene auch relativ niederschwellig solche Leistungen erhalten können.

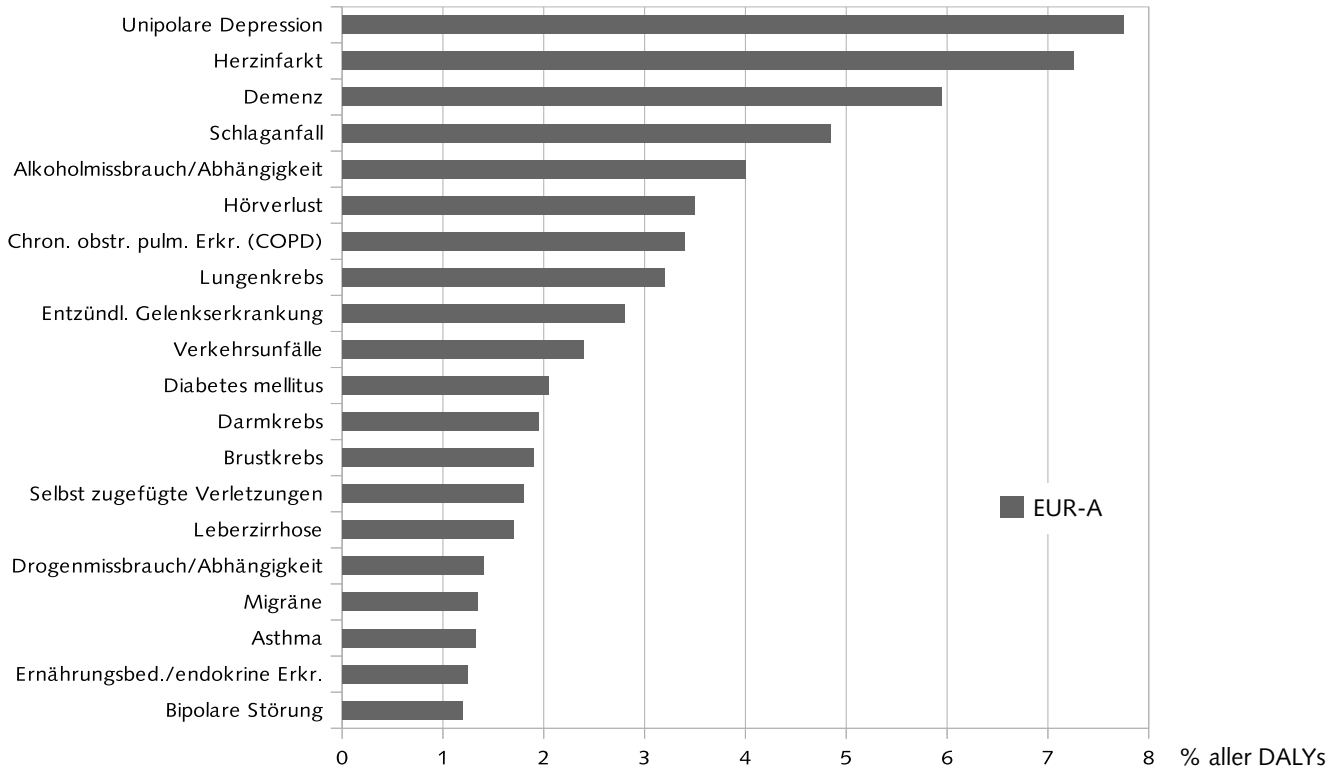


Abbildung 1:

Die 20 Hauptursachen für verlorene Lebensjahre (DALY; in europaischen Regionen mit niedriger Sterblichkeit, EUR-A): An der Spitze der 110 beurteilten gesundheitsbedingten Belastungsfaktoren stehen Depression und andere psychische Störungen sowie weitere Erkrankungen, bei denen psychische Faktoren entscheidend beteiligt sein können bzw. für deren Rehabilitation sich klinisch-psychologische Interventionen bewährt haben (World Health Report 2002 zu „burden of disease“).

Die „Global burden of disease"-Studien der WHO haben verdeutlicht, dass klinisch-psychologisch beeinflussbare psychische und Verhaltensfaktoren bei einer Vielzahl von Ursachen für Behinderung und Tod eine wichtige Rolle spielen. Neben fünf psychischen Störungen im engeren Sinne (Depression, Demenzen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit und -missbrauch, bipolare Störungen), für die psychotherapeutische und andere Behandlungsverfahren prinzipiell zur Verfügung stehen, finden sich in Abbildung 1 unter den 20 Störungen mit der größten Krankheitslast (WHO, 2002) konservativ betrachtet zumindest weitere acht Bereiche, bei denen psychische Faktoren entscheidend beteiligt sein können bzw. für deren Rehabilitation sich klinisch-psychologische Interventionen bewährt haben (Herzinfarkt, Schlaganfall, chronisch obstruktive pulmonale Erkrankung [COPD], Verkehrsunfälle, selbstverletzende/suizidale Handlungen, Migräne, Asthma, ernährungsbedingte Störungen). Somit kann letztendlich auch jenseits der (Richtlinien-)Psychotherapie psychischer Störungen von einem erhöhten verhaltensmedizinischen Bedarf und somit von ausgeprägter Fehl- und Unterversorgung ausgegangen werden. Hierbei kann spekuliert werden, inwieweit durch eine entsprechende Erhöhung der Behandlungskapazitäten und einen breiteren Einsatz effektiver Interventionen sowie eine adäquate Bedarfsweckung auf Patientenseite hier eine positivere Bilanz zwischen erhöhten direkten Behandlungskosten und möglicherweise wesentlich niedrigeren indirekten Kosten aufgrund günstigerer Verläufe erzielbar wäre. Und auch wenn eine vermehrte spezifische Behandlung psychischer Störungen unterm Strich nicht mit monetären Kosteneinsparungen verbunden wäre, kann dies die Kosteneffektivität des Versorgungssystems steigern (zum Beispiel Vermeidung von Fehlbehandlungen, Verbesserung der Lebensqualität bei den Behandelten bei gleichen Gesundheitsausgaben, wenn diese verstärkt für klinisch-psychologische Interventionen aufgewendet würden; Kosten- und Nutzenaspekte der Psychotherapie werden erörtert bei Margraf, 2009).

1.2.5 Fazit

Die Bedeutung psychischer Störungen als „Volkskrankheiten" bzw. psychischer Gesundheit im Allgemeinen ist in den vergangenen Jahrzehnten auf verschiedenen Ebenen gestiegen, insbesondere wenn man sich die drastische Zunahme psychischer Diagnosen bei Krankschreibungen und vorzeitigen Berentungen betrachtet. Sind wir also mittlerweile eine „Generation Psycho" geworden, die übermäßig empfindlich eigentlich harmlose, normale stressbezogene Befindlichkeiten als krankheitswertig bezeichnet, obwohl eigentlich gar keine „echte" Krankheit vorliegt?

Eine solche Empfindlichkeits-Hypothese oder der Verdacht einer „Psychiatrisierung normaler Probleme" mögen aufgrund der genannten Besonderheiten in diesem Bereich zunächst naheliegen und werden auch gerne ins Feld geführt, freilich stets ohne genauer auszuführen, wo „Krankheiten im engeren Sinne" aufhören und „allgemeine Lebensprobleme" beginnen. Dennoch muss in diesem Zusammenhang mitgedacht werden, dass in den vergangenen 20 Jahren die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) und Frühberentungen insgesamt deutlich zurückgegangen ist (und dass es nach wie vor noch eine beträchtliche Menge an „versteckten", also unerkannten und unbehandelten psychischen Störungen gibt). Im internationalen (OECD-)Vergleich rangiert Deutschland beim Krankenstand mit drei bis vier Prozent im mittleren Bereich. Wie weit ist es realistisch und wünschenswert, diesen Krankenstand noch weiter zu drücken? Wie wollen wir das Verhältnis von Maximierung der Lebenserwartung gegenüber der Maximierung gesundheitsbezogener Lebensqualität und Gesundheit im Sinne der Aufrechterhaltung von

Rollenfunktionen und Teilhabe zukünftig gestalten? Und wie weit sollen auch soziale Faktoren – man denke an die bekannten sozialen Gradienten der Gesundheit (vgl. zum Beispiel Rugulies & Siegrist, 2002) – in diese Gesamtrechnung einfließen?

Der Begriff der „Bedarfsgerechtigkeit" wird immer unscharf bleiben (Schmacke, 2012), und im Grunde ist es letztlich eine (gesellschafts-)politische und keine wissenschaftliche Frage, wie wir auf Grundlage des von der WHO bereits 1946 proklamierten biopsychosozialen Gesundheitsverständnisses mit psychischen Störungen sowie mit psychischen Faktoren bei körperlichen (Volks-)Krankheiten umgehen wollen.

[1] Alle Publikationen dieses Projekts zu Verbreitung und Kosten psychischer sowie neurologischer Erkrankungen in der EU sowie zusätzliche Informationen sind zu finden unter www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/sizeandburden.html.

[2] Eine Aktualisierung der Prävalenzzahlen anhand der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS; Robert-Koch-Institut) und ihrer eingebetteten Zusatzuntersuchung „Psychische Gesundheit" (TU Dresden) ist in Kürze zu erwarten; siehe www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/degs_w1_node.html.

[3] Vgl. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, DIMDI, 2005.

Korrepondenzadresse

Prof. Dr. Frank Jacobi
Professur für Klinische Psychologie
Psychologische Hochschule Berlin (PHB)
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin

Tel.: (030) 20 91 66 220
Fax: (030) 20 91 66 17
E-Mail: f.jacobi@psychologische-hochschule.de

2 RESSOURCE PSYCHOLOGIE: KONZEPTE UND STRUKTURELLE MASSNAHMEN FÜR MEHR GESUNDHEIT

Prof. Dr. Martin Hautzinger

2.1 VOLKSKRANKHEIT DEPRESSION

2.1.1 Zusammenfassung

Depressive Störungen sind häufig und betreffen einen großen Teil der Bevölkerung im Lebensverlauf. Die gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen (individuelles Leid, soziale und berufliche Nachteile, gesellschaftliche Kosten) sind beachtlich. Unverändert ist das Erkennen depressiver Symptome und Erkrankungen defizitär, obgleich einfache Instrumente zur Verdachtsdiagnostik vorliegen. Die Behandlung, vor allem die evidenzbasierte, angemessene Behandlung, depressiver Störungen erreicht weit weniger als die Hälfte aller Betroffenen, dabei sind die Erfolge der medikamentösen und der psychotherapeutischen Behandlung zweifelsfrei belegt. Abhängig von der Art (Schweregrad, Symptombild, Verlauf) der Depression sind spezifische Behandlungen indiziert. Präventive Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe und zur Verhinderung des Auftretens von Depressionen liegen vor und bedürfen der breiten Anwendung.

2.1.2 Prävalenz und Kosten

Niedergeschlagenheit, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Antriebsarmut (als zentrale Auffälligkeiten) bzw. Ängste, Hoffnungslosigkeit, Unlust, Selbstzweifel, Selbstabwertung, Schlafstörungen, Appetitverlust, Libidoverlust, Gewichtsabnahme, Konzentrationsprobleme, vielerlei körperliche Beschwerden, Arbeitsstörungen, Morgentief mit Tagesschwankungen des Befindens, Selbstmordideen (als weitere Symptome) sind typische Beschwerden depressiver Menschen. Halten fünf dieser Symptome länger als zwei Wochen konstant an und es gibt keine andere (organische, substanzbedingte) Erklärung für diese Symptomatik, dann wird dieser Störung Krankheitswert zugeschrieben und eine „Major Depression" bzw. „depressive Episode" diagnostiziert. Treten nur zwei oder drei dieser Symptome auf, doch bestehen diese dafür über längere Zeit (über Jahre), dann wird eine „Dysthymie" diagnostiziert. Treten wiederholt depressive Episoden auf, dann handelt es sich um eine „rezidivierende Depression". Besteht eine depressive Episode (über Jahre) fort bzw. ist durch keine Therapie eine Remission zu erreichen, dann handelt es sich um eine „chronische" bzw. „therapierefraktäre" Depression.

Unipolar verlaufende Depressionen sind mit 5,7 Prozent (Median einer Zusammenfassung von 25 Bevölkerungsstudien) bzw. 6,9 Prozent (Expertenmeinung) recht häufig (Wittchen et al., 2011). Nimmt

man die bipolar verlaufenden Depressionen (bipolare Störungen) hinzu, dann erhöhen sich diese Prävalenzen um knapp ein Prozent. Das Risiko, im Laufe eines Lebens an einer Depression zu erkranken, liegt zwischen zwölf Prozent (Männer) und 25 Prozent (Frauen). Dabei weisen Frauen (2,3-fach erhöht) und Menschen aus sozial benachteiligten Schichten sowie allein lebende, geschiedene bzw. verwitwete Personen durchweg höhere Erkrankungsraten auf. Das Ersterkrankungsalter für Depressionen liegt im frühen bis mittleren Erwachsenenalter, doch bereits im Jugendalter ist ein deutlicher Anstieg zu beobachten (Hautzinger, 2010).

Die Verläufe depressiver Störungen unterliegen großer interindividueller Variabilität. Als einzelne Episode kann Depression in jeder Lebensphase auftreten, wiederkehrende Erkrankungsphasen (rezidivierende Depressionen) sind jedoch die Regel. Depressionen weisen eine hohe Komorbidität mit Angststörungen, Zwangsstörungen, akuten und posttraumatischen Belastungsstörungen, Substanzmissbrauch, Essstörungen und somatoformen Störungen auf. Bei chronischen bzw. dauerhaft die Funktion einschränkenden körperlichen Erkrankungen (zum Beispiel Herzinfarkt, Parkinson, Schlaganfall, Diabetes, Krebs usw.) finden sich ebenfalls die körperliche Erkrankung ungünstig beeinflussende, hohe Depressionsraten (20 bis 70 Prozent). Angesichts dieser Zahlen (über 30 Millionen Menschen erkranken in Europa im Laufe eines Jahres an einer Depression; Wittchen et al., 2011) lassen sich die vielfältigen gesellschaftlichen Auswirkungen und die hohen Kosten aufgrund von Depressionen erahnen. Bezogen auf 10 000 Menschen ergeben sich Belastungen und Krankheitsjahre für Frauen von 134,4 DALY (ein Index für verlorene gesunde Lebensjahre) und für Männer von 70,9 DALY (siehe Abbildung 1), was Depressionen weit über die Kosten und Verluste, verursacht durch andere psychische Störungen, hebt.

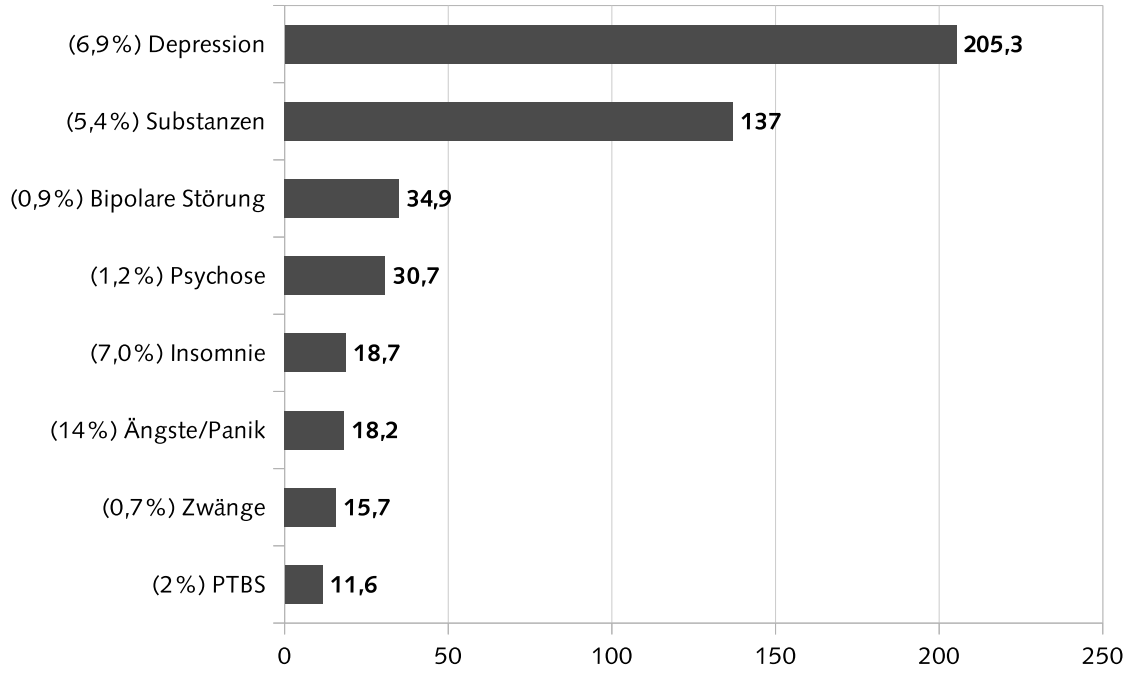


Abbildung 1:

Prävalenzen (Prozent) und Menge verlorener gesunder Lebensjahre (DALY auf 10000) durch psychische Erkrankungen (nach Wittchen et al., 2011)

2.1.3 Beiträge der Psychologie zur Ätiologie

Depressionen treten in der Folge belastender Lebenserfahrungen, aktueller bzw. chronischer Belastungen (Stress), aufgrund von gesellschaftlichen und individuellen Erfahrungen, bestimmten Persönlichkeitszügen sowie neuroendokrinologischen und neurobiologischen Besonderheiten auf. Familiäre Häufungen depressiver Störungen sind typisch, und eine genetische Komponente (im Sinne einer erhöhten Vulnerabilität) muss angenommen werden. Dennoch weiß man heute, dass Depression als komplexe psychische Erkrankung immer nur als Interaktion unterschiedlicher externer und interner, früherer und aktueller Risiko- und Einflussfaktoren entstehen kann (Hautzinger, 2010; Brakemeier et al., 2012).

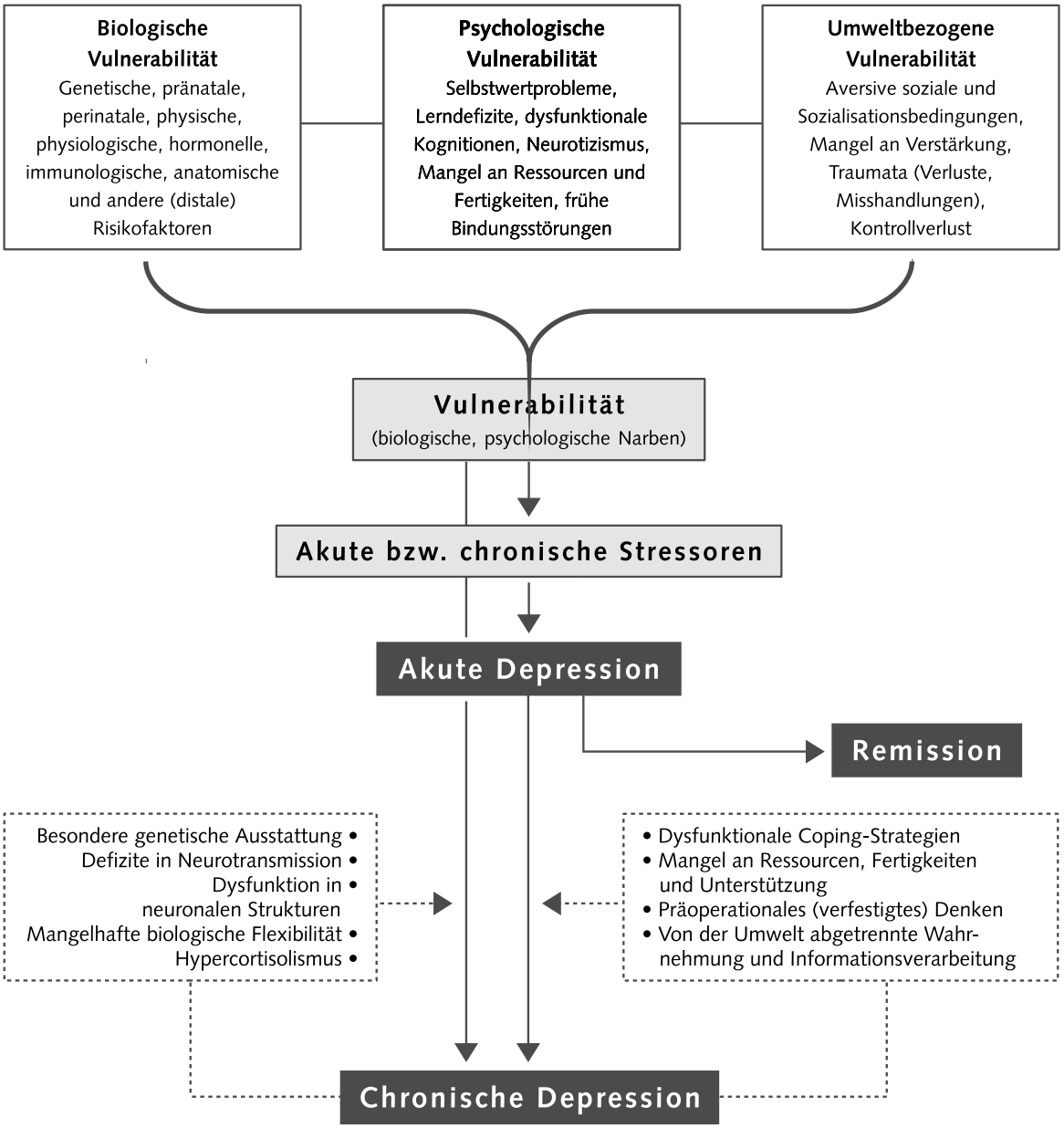


Abbildung 2:

Biopsychosoziales Erklärungsheuristik für die Entstehung von (chronischen) Depressionen (nach Brakemeier, Schramm & Hautzinger, 2012)

Neben den bereits erwähnten epidemiologischen Studien, verbunden mit der Bedeutung von sozialen bzw. soziodemografischen Faktoren (Geschlecht, Schicht, Alter, Kultur, Industrialisierung usw.), bestimmen vor allem Längsschnittstudien zur Bedeutung von entwicklungsgeschichtlichen Faktoren (Misshandlung, Missbrauch, Bindungserfahrung, Verluste, chronische Belastungen, Stress) den Erkenntnisstand. Experimentelle Querschnittstudien zur Rolle kognitiver und emotionaler Faktoren sowie zur Rolle neurobiologischer und neuroendokrinologischer Strukturen bzw. Funktionen unter Verwendung moderner Bildgebungsmethoden stellen weitere wissenschaftliche Bemühungen dar, die Ursachen depressiver Entwicklungen besser zu verstehen. Einen weiteren Schwerpunkt bilden aktuelle Forschungen zur Rolle von Depression bei der Entstehung bzw. dem Verlauf von Diabetes mellitus (Kompetenznetz Diabetes), Schlaganfall, Herz-Kreislauf-, onkologischen und neurologischen Erkrankungen. Dabei wird zunehmend deutlich, dass Depressionen für zahlreiche körperliche Erkrankungen (wie zum Beispiel koronare Herzerkrankungen, Diabetes, immunologische Beeinträchtigungen) ursächlich wirken bzw. für einen ungünstigen Krankheitsverlauf bedeutsam sind.

2.1.4 Beiträge der Psychologie zur Therapie und Prävention

Eine angemessene, evidenzbasierte Behandlung depressiver Störungen ohne Psychotherapie ist heute nicht mehr denkbar. Die wissenschaftlichen Bemühungen der letzten vier Jahrzehnte erbrachten Hunderte Studien, welche den Stellenwert psychologischer Maßnahmen im Rahmen der Therapie von Depressionen eindrücklich unterstreichen und heute gut belegte Praxisempfehlungen darstellen. Das drückt sich nicht nur im generellen Vorkommen in den nationalen und internationalen Versorgungsleitlinien (ÄZQ, 2009) aus, sondern auch in der Differenzierung von psychologischen Interventionen für bestimmte Altersgruppen (Kinder, ältere Menschen), für bestimmte Rahmenbedingungen (ambulant, stationär, Gruppen- bzw. Einzeltherapie), für bestimmte Schweregrade, bei Komorbidität und hinsichtlich bestimmter Ziele (Symptomreduktion, Erhaltung der Remission, Rückfallprophylaxe) der heterogenen Erkrankung Depression aus. So erwies sich eine Kombination aus Pharmakotherapie und einer kognitiven Erhaltungstherapie bei der Gruppe ehemals depressiver Patienten mit fünf und mehr depressiven Episoden in der Vorgeschichte als hilfreicher und wirksamer als bei den Patienten mit weniger Episoden bzw. als die Kombination mit unterstützenden Gesprächen (Stangier et al., 2012). Oder Psychotherapie (siehe nächsten Abschnitt) war besonders wirksam bei chronisch depressiven Patienten mit traumatisierenden Misshandlungen in der Kindheit (Nemeroff et al., 2003).

Aktuelle, noch laufende Studien (Schramm et al., 2011) untersuchen Neuentwicklungen spezifischer psychotherapeutischer Interventionen (zum Beispiel CBASP: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) für die Therapie chronischer Depressionen, die längerfristige Rolle von psychologischen Interventionen in der Rückfallprophylaxe rezidivierender Depressionen, die Bedeutung der psychotherapeutischen Depressionsbehandlung bei Diabetes mellitus (Petrak et al., 2010) und die Möglichkeiten der Verhinderung (universale Prävention) bzw. Reduktion (selektive Prävention) depressiver Entwicklungen in Risikogruppen (Pössel et al., 2011).

Diese (universalen) Präventionsprogramme werden dabei zum Beispiel in achten Klassen von Haupt- bzw. Realschulen im regulären Unterricht (Wahl et al., 2012) umgesetzt. Die Fertigkeiten und Lebenskompetenzen, die den Jugendlichen vermittelt werden, sind: (a) Wahrnehmung des Zusammenhangs von Befinden,

Emotionen, Beschwerden und Gedanken, Einstellungen, Wahrnehmungen und Verhalten, Handlungen, Tun (Modul „Mood Spiral"); (b) Stimmungsverschlechtung bzw. Stimmungsverbesserung durch kognitive Kontrolle (Modul „Think"); (c) Verhaltensänderungen und Alltagsstrukturierung sind entscheidend für Befindensverbesserung und Stimmungsregulation (Modul „Just do it"); (d) soziale Fertigkeiten und interpersonelle Kompetenzen machen das Leben leichter (Modul „Get in touch"). Zielgruppengerechte Übungen, Beispiele und Filme helfen den Trainern (welche auch Lehrer sein können!) und den Schülern, diese Fertigkeiten zu erlernen. Die Ergebnisse, die inzwischen in mehreren Studien repliziert werden konnten (Pössel et al., 2012), zeigen, dass diese schulbasierten Interventionen tatsächlich den Anstieg depressiver Symptome reduzieren und soziales Verhalten günstig beeinflussen.

Zielgruppe	Hauptschüler 8. Klasse
Programmziele	Förderung von Lebenskompetenzen und Emotionsregulation zur Prävention von Depression
Umfang	10 Doppelstunden in geschlechtshomogenen Gruppen
Trainer	Lehrer und Psychologen
Inhalte	Kognitiv verhaltenstherapeutische Basiselemente
Materialien	Trainermanual, Schülerarbeitsblätter auf CD-Rom, Lehrfilme auf DVD

Abbildung 3: Universales Präventionsprogramm (Wahl et al., 2012)

Eine national und international bedeutsame Studie (Beutel et al., 2012) bemüht sich seit 2006 um die Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie im Vergleich zur kognitiven Verhaltenstherapie bei chronifizierten Depressionen unter realistischen Versorgungsbedingungen mittels eines kontrollierten, zum Teil randomisierten Designs. Die Studie hat inzwischen nahezu 400 Patienten mit einer unipolar verlaufenden, doch chronifizierten Depression eingeschlossen. An vier nationalen Behandlungszentren sind über 80 Psychoanalytiker (approbiert, zertifiziert, erfahren, niedergelassen) und über 60 Verhaltenstherapeuten (approbiert, zertifiziert, erfahren, niedergelassen) unter Supervision an der ambulanten Behandlung beteiligt. Das Besondere an dieser Studie ist zum einen, dass es gelingt, Patienten, die eindeutig definierte Einschlusskriterien erfüllen müssen, unabhängig von den Behandlungen und „verblindet" gegenüber der Therapieform vor, im Verlauf und bis zum Ende der nach den Regeln der Psychotherapierichtlinien bewilligten Therapie diagnostisch und hinsichtlich der Depressionsschwere zu beurteilen. Zum anderen werden Patienten mit einer klaren Therapiepräferenz eingeschlossen und hinsichtlich ihrer Präferenz behandelt, doch werden auch Patienten ohne Präferenz eingeschlossen und per Zufall (randomisiert) entweder auf Psychoanalyse oder Verhaltenstherapie verteilt. Die Studientherapien laufen noch bis 2014, sodass frühestens 2015 mit ersten Auswertungen und Ergebnissen zu rechnen ist.

2.1.5 Empfehlungen

Der heutige Kenntnisstand zur Behandlung – insbesondere zur Psychotherapie – depressiver Störungen (deJong-Meyer et al., 2007; Nationale Versorgungsleitlinie Depression, 2009) lässt sich zu folgenden Empfehlungen verdichten:

1. Eine Psychotherapie bei Depression besteht in der Regel aus zwei Phasen: einer Akutbehandlungsphase mit dem Ziel der Symptomreduktion und einer Erhaltungs- bzw. Stabilisierungsphase u. a. auch mit dem Ziel der Rezidivprophylaxe.
2. Bei leichten und mittelschweren Depressionen zeigt Psychotherapie (insbesondere kognitive Verhaltenstherapie) eine vergleichbare Wirkung wie Antidepressiva. Im ambulanten Rahmen zeigt Psychotherapie auch bei schweren Depressionen vergleichbare Effekte, wenn sie von erfahrenen Therapeuten durchgeführt wird.
3. Unter dem Aspekt der längerfristigen Wirksamkeit nach Abschluss der Aktubehandlung ist die Psychotherapie einer rein medikamentösen Therapie überlegen.
4. In der Kombination von Antidepressiva und Psychotherapie brechen weniger Patienten die Pharmakotherapie ab, nehmen die Patienten die Medikamente zuverlässiger ein und zeigen die deutlichsten Besserungsraten.
5. Bei schweren, rezidivierenden und chronischen Depressionen ist eine Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie indiziert.
6. Für Depressionen im Jugendalter und im höheren Lebensalter liegen Evidenzen für die Wirksamkeit und Akzeptanz von Psychotherapie vor.
7. Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe bei rezidivierenden Depressionen sind vor allem bei Vorliegen einer erhöhten Episodenzahl in der Vorgeschichte sinnvoll.
8. Es lässt sich zeigen, dass präventive (schulbasierte, selektive) Maßnahmen bei noch nicht depressiv auffälligen Kindern und Jugendlichen vorbeugende und positiv verhaltensändernde Effekte haben.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Martin Hautzinger
Eberhard Karls Universität
Fachbereich Psychologie
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Schleichstr. 4
72076 Tübingen
E-Mail: hautzinger@uni-tuebingen.de

Dipl.-Psych. Julia Scharnhorst, MPH

2.2 BURNOUT – EINE NEUE VOLKSKRANKHEIT?

2.2.1 Zusammenfassung

Die neueste Zivilisationskrankheit in Deutschland ist nicht körperlicher, sondern psychischer Natur. Krankenkassen, Rentenversicherung und Fachverbände veröffentlichen immer neue alarmierende Zahlen über vermehrte Krankschreibungen und frühzeitige Berentungen wegen psychischer Störungen. So nimmt auch die Zahl der Burnout-Betroffenen von Jahr zu Jahr zu. Die Weltgesundheitsorganisation warnt ebenfalls davor, dass psychische Erkrankungen in den nächsten Jahrzehnten mit die wichtigsten Volkskrankheiten werden.

Daher stellen sich Fragen danach, wie sowohl der Einzelne als auch die gesamte Gesellschaft mit dem Thema „Burnout" umgehen sollen. Welche Ansätze sind für die Prävention nötig? Wie lassen sich ausreichend geeignete Behandlungsmöglichkeiten für Betroffene schaffen? Da es sich bei Burnout um eine psychische Belastung oder Störung handelt, ist hier insbesondere die Expertise von Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gefragt.

2.2.2 Was ist Burnout?

Schon diese Frage ist nicht leicht zu beantworten, denn es gibt keine einheitliche Definition des Burnouts! Selbst der in Deutschland weithin anerkannte Burnout-Experte Matthias Burisch widmet in seinem Standardwerk über sieben Seiten diesem Thema, um letztendlich eine genaue Definition schuldig zu bleiben.

Der amerikanische Psychoanalytiker Herbert Freudenberger schrieb 1975 den ersten wissenschaftlichen Artikel zum Thema „Burnout". Freudenberger war selbst betroffen, da er als Psychoanalytiker sehr lange Arbeitstage hatte und sich auch noch ehrenamtlich stark in der Drogenarbeit engagierte. Freudenberger beschrieb bei sich Kraftlosigkeit und Müdigkeit bei gleichzeitiger Schlaflosigkeit. Er litt auch an Magen- und Kopfschmerzen. Seine Stimmung war verändert: Er war reizbarer und unflexibler. Er beschrieb unter dem Begriff „Burnout" den psychischen und physischen Abbau der ehrenamtlichen Mitarbeiter im sozialen Bereich.

In den ersten wissenschaftlichen Beschreibungen wurden drei Dimensionen beschrieben, die den Zustand des Burnouts ausmachen:

1. *emotionale Erschöpfung (durch fehlende emotionale und physische Ressourcen),*
2. *ein unpersönlicher bis zynischer Umgang mit den Klienten,*
3. *ein Gefühl der Wirkungslosigkeit bei der Erreichung von persönlichen Zielen im Beruf.*

Eine recht umfassende und heute auch weitgehend anerkannte Definition für Burnout liefern Schaufeli und Enzmann (1998, S. 36):

„Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand ‚normaler' Individuen. Er ist in erster Linie von Erschöpfung gekennzeichnet, begleitet von Unruhe und Anspannung (distress), einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung dysfunktionaler Einstellungen

und Verhaltensweisen bei der Arbeit. Diese psychische Verfassung entwickelt sich nach und nach, kann dem betroffenen Menschen aber lange unbemerkt bleiben. Sie resultiert aus einer Fehlpassung von Intentionen und Berufsrealität. Burnout erhält sich wegen ungünstiger Bewältigungsstrategien, die mit dem Syndrom zusammenhängen, oft selbst aufrecht."

Burnout – keine klinische Diagnose

Im Gesundheitswesen gilt Burnout nicht als Krankheit! Krankheiten werden in Deutschland in dem international weit verbreiteten Klassifikationssystem ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) beschrieben. Alle Erkrankungen, die im Gesundheitswesen auf Kosten der Krankenkassen behandelt werden dürfen, sind darin enthalten. Es gibt jedoch keine Möglichkeit, Burnout als Krankheitsdiagnose zu klassifizieren. In der ICD-10-Klassifizierung findet sich ein Verweis auf Burnout nur an einer einzigen Stelle, nämlich im Kapitel zu „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen". Alle anderen Kapitel beschreiben „Krankheiten":

„Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung
Inkl.: Akzentuierung von Persönlichkeitszügen
Ausgebranntsein (Burnout)
Einschränkung von Aktivitäten durch Behinderung
Körperliche oder psychische Belastung o. n. A.
Mangel an Entspannung oder Freizeit
Sozialer Rollenkonflikt, anderenorts nicht klassifiziert
Stress, anderenorts nicht klassifiziert
Unzulängliche soziale Fähigkeiten, anderenorts nicht klassifiziert
Zustand der totalen Erschöpfung."

Burnout wird im ICD-10 also als Schwierigkeit bei der Lebensführung eingeordnet, zusammen mit sozialen Rollenkonflikten, Stress und mangelnden sozialen Fähigkeiten. Es wird auch keine Unterscheidung getroffen zwischen Burnout, Stress und einem Zustand der totalen Erschöpfung.
Diese Einschätzung als „Randphänomen" steht im Widerspruch zur Aufmerksamkeit, die das Phänomen „Burnout" zurzeit erfährt. Damit wird einerseits das tatsächliche Leiden der Betroffenen eher verharmlost und einer persönlichen Unfähigkeit zur Lebensbewältigung zugeschrieben. Andererseits werden auch die gesellschaftlichen Auswirkungen nicht ausreichend präzise fassbar, und Präventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz erscheinen eher nebensächlich, denn der Arbeitgeber kann ja dann nicht verantwortlich gemacht werden für die „Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung" seiner Mitarbeiter.

2.2.3 Wie häufig ist Burnout?

Obwohl das Thema „Burnout" so großes Interesse findet, gibt es leider nur sehr wenige genaue Angaben über die Häufigkeit von Burnout. Das liegt unter anderem daran, dass es keine einheitliche Definition von Burnout gibt. Aus einigen neueren Untersuchungen und Daten aus dem europäischen Ausland lässt sich die Burnout-Häufigkeit aber zumindest annähernd abschätzen.

*Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (*DEGS*)*

In Deutschland ist das Robert-Koch-Institut zuständig für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes. In seiner „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland", deren erste Ergebnisse im Juni 2012 veröffentlicht wurden, machte das Institut auch das Thema „Burnout" zum Schwerpunkt. Insgesamt erklärten 4,2 Prozent der Befragten, dass bei ihnen ein Burnout-Syndrom durch einen Arzt oder Psychotherapeuten festgestellt worden war. Frauen waren dabei mit 5,2 Prozent häufiger betroffen als Männer mit 3,3 Prozent. Im Laufe eines Jahres waren 1,5 Prozent der Befragten betroffen. Die am häufigsten betroffene Altersgruppe ist die der 40- bis 49-Jährigen.
Chronischen Stress gaben 13,2 Prozent der Frauen an, bei den Männern waren es mit 11,1 Prozent etwas weniger. Die Befragten, die auch ein Burnout-Syndrom hatten, gaben fast doppelt so hohe Werte bei der Stressbelastung an im Vergleich mit denjenigen ohne Burnout.

Auswertung der Bundespsychotherapeutenkammer zur Arbeitsunfähigkeit

Ebenfalls im Jahr 2012 hat die Bundespsychotherapeutenkammer die Daten der großen gesetzlichen Krankenkassen zur Arbeitsunfähigkeit der Arbeitnehmer aufgrund von psychischen Erkrankungen und Burnout ausgewertet.
„Dabei zeigte sich, dass die Anzahl der Krankschreibungen aufgrund eines Burnouts seit 2004 um 700 Prozent, die Anzahl der betrieblichen Fehltage sogar um fast 1400 Prozent gestiegen ist." (Bundespsychotherapeutenkammer, 2012)
Die Zahlen der Krankenkassen lassen allerdings nur einen begrenzten Rückschluss auf die tatsächlichen Zahlen zu, da Burnout keine Diagnose im klinischen Sinne ist, sondern nur zusätzlich zur Beschreibung angegeben werden kann. Dennoch geben diese Zahlen einen Eindruck davon, dass das Burnout-Syndrom auch aus der Perspektive der Krankenkassen immer häufiger und immer besorgniserregender wird.
Über alle Krankenkassen hinweg ist seit Jahren ein stetiger Anstieg sowohl bei den Krankheitstagen als auch bei den Krankheitsfällen wegen Burnout zu beobachten. Demnach hat sich der Anteil der Arbeitsunfähigkeitsfälle in den Jahren 2004 bis 2011 verachtfacht! Eine Krankschreibung wegen Burnout dauert im Durchschnitt fast vier Wochen (26 Tage).
„Aktuell werden fünf Prozent aller Krankschreibungen bzw. 12,5 Prozent aller betrieblichen Fehltage durch psychische Erkrankungen verursacht. Damit hat sich der Anteil der AU-Tage aufgrund von psychischen Erkrankungen an allen betrieblichen Fehltagen seit 2000 etwa verdoppelt. Die Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen sind überdurchschnittlich lang, durchschnittlich 30 Tage." (Bundespsychotherapeutenkammer, 2012)

Weitere Studien zur Burnout-Häufigkeit

Andere Angaben weisen eine ziemliche Spanne auf: Zahlen aus anderen Untersuchungen, zum Beispiel der Krankenkassen, nennen Zahlen von zirka zehn bis 25 Prozent der Erwerbstätigen als von chronischer Erschöpfung bis hin zu Burnout betroffen. 20 bis 30 Prozent der Beschäftigten in Risikoberufen gelten als gefährdet, ebenfalls in einen Burnout zu rutschen. Eine repräsentative Umfrage von „TNS Emnid" vom Dezember 2010 ergab, dass sich 12,5 Prozent aller Beschäftigten in ihrem Job überfordert fühlen (Kaschka, Korczak, & Broich, 2011).

Berufe mit erhöhtem Burnout-Risiko

Es gibt auch Untersuchungen und Schätzungen zur Häufigkeit des Ausgebranntseins in bestimmten Risiko-Berufsgruppen:

- *Ärzte: 15 bis 30 Prozent,*
- *Lehrer: 35 Prozent,*
- *Pflegekräfte auf Intensiv-, Aids- und Krebsstationen: 40 bis 60 Prozent.*

2.2.4 Woher kommt Burnout?

Neben Familie, Freunden und Freizeit ist das Arbeitsleben einer der zentralen Lebensbereiche. Günstige Arbeitsbedingungen fördern das Wohlbefinden, die psychische Gesundheit und tragen zur Persönlichkeitsentwicklung bei. Ungünstige Verhältnisse bei der Arbeit können dagegen zu einer Belastung werden, die sowohl psychische als auch körperliche Störungen nach sich ziehen kann.
Grundsätzlich kann ein Burnout zwei unterschiedliche Ursachen haben: äußere Faktoren (der Umwelt) und innere Faktoren (der Person).

Innere Faktoren

Zu den eigenen Wertvorstellungen, die zu einer Selbstüberforderung, zum Missachten der eigenen Leistungsgrenzen und im Endeffekt eventuell zu einem Burnout führen können, gehören zum Beispiel:

- *sehr hohe Ideale, zum Beispiel im sozialen Bereich,*
- *ausgeprägter Ehrgeiz,*
- *Perfektionismus,*
- *Unfähigkeit zum Neinsagen.*

Diese Einstellungen klingen durchaus positiv, dahinter verbergen sich allerdings oft andere Motive. Häufig sind es Ängste, die die Menschen dazu bringen, mehr zu leisten, als sie auf Dauer eigentlich können:

- *Angst vor Ablehnung,*
- *Angst, Erwartungen nicht zu entsprechen,*
- *Angst vor Gesichtsverlust,*
- *Angst vor Arbeitsplatzverlust,*
- *Angst vor Versagen,*
- *Angst vor Kritik.*

Äußere Faktoren

Im Allgemeinen wird Burnout immer mit dem Arbeitsleben in Verbindung gebracht. Die spontan am häufigsten genannten psychischen Belastungen sind Zeitdruck und Überforderung durch eine zu hohe Arbeitsmenge.
Aus der Forschung wissen wir allerdings, dass die Ursachen für psychische Überlastungen und damit auch für Burnout sehr vielfältig und komplex sind. Damit ergeben sich auch sehr unterschiedliche Anknüpfungspunkte für die Prävention von Burnout: an den individuellen Arbeitsplätzen, im gesamten Unternehmen und auch auf gesellschaftlicher Ebene.

Da es sehr schwierig ist, eine Grenze zu ziehen zwischen „noch normalem Stress“ und den Anfängen eines Burnouts, gibt es auch nur wenige wissenschaftliche Erkenntnisse über die Ursachen eines Burnouts in der Arbeitswelt. Wir gehen davon aus, dass ein Burnout verursacht wird durch die empfundene psychische Überlastung im Arbeitsleben bei gleichzeitig vorliegenden Persönlichkeitsmerkmalen und Einstellungen, die dazu beitragen, dass zu viel Kraft investiert wird. Es ist dann nicht unbedingt sinnvoll, nach speziellen Burnout-Auslösern zu suchen. Erfolgversprechender ist es, sich die aus der Forschung gut bekannten Faktoren anzusehen, die zu Stress führen können.
Die psychische Leistungsfähigkeit bzw. Belastung der Mitarbeiter wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Die wichtigsten Einflüsse sind:

- *Arbeitsaufgabe und -inhalt, zum Beispiel geringer Handlungsspielraum,*
- *physikalische Arbeitsbedingungen, zum Beispiel Beleuchtung, Klima, Lärm,*
- *sozialer Kontext und Organisationsbedingungen, zum Beispiel schlechtes Führungsverhalten,*
- *gesellschaftliche Belastungen, zum Beispiel Arbeitsplatzunsicherheit.*

Aus der Forschung sind schon lange verschiedene Belastungen bekannt, die sich negativ auf das psychische Wohlbefinden der Mitarbeiter auswirken können. Neben den schon lange bekannten Ursachen für Stress gibt es auch neue Belastungsfaktoren, die häufig die Folge von technischen und organisatorischen Veränderungen sind:

- *neue Formen von (unsicheren) Arbeitsverträgen und Arbeitsplatzunsicherheit,*
- *alternde Erwerbsbevölkerung,*
- *Intensivierung der Arbeit mit langen Arbeitszeiten,*
- *erhöhte Anforderungen an Flexibilität und Mobilität,*
- *Informationsflut, ständige Unterbrechungen und ständige Erreichbarkeit durch neue Kommunikationstechnologien,*
- *hohe emotionale Anforderungen bei der Arbeit, zum Beispiel im Gesundheitswesen und in der Dienstleistungsbranche,*
- *unzureichende Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben,*
- *ständiger Wandel, wenig Stetigkeit und Verlässlichkeit am Arbeitsplatz.*

Die genannten persönlichen Einstellungen und Verhaltensweisen sowie die äußeren Arbeitsbedingungen müssen nicht zwangsläufig bei allen Betroffenen in einer Überforderung münden. Hierfür gibt es zwei Begründungen:

1. *Es kommt auch auf die Fähigkeiten des Einzelnen an, mit Belastungen umzugehen und sie auszugleichen. Außerdem können Kraftquellen in der Arbeitsumgebung auch objektiv schwierige Arbeitssituationen leichter erträglich machen, sodass sie subjektiv als nicht so gravierend und belastend empfunden werden. Eine der wichtigsten Kraftquellen im Arbeitsleben ist die Anerkennung.*
2. *Eine erhöhte Burnout-Gefahr entsteht immer dann, wenn eine bestimmte Persönlichkeitsausprägung mit ihren Fähigkeiten und Bedürfnissen auf eine Arbeitsumgebung mit bestimmten Anforderungen trifft, die für diese Person nicht gut passt. Erst wenn der sogenannte „Person-Environment-Fit“ – also die Passung zwischen Person und Arbeitsumgebung – für den Einzelnen ungünstig ist, steigt die Burnout-Wahrscheinlichkeit.*

Gesellschaftliche Ursachen

Burnout-Ursachen finden sich nicht nur in der Persönlichkeit einzelner Menschen oder in den Arbeitsbedingungen in bestimmten Unternehmen oder Branchen. Es gibt auch gesamtgesellschaftliche Entwicklungen, die die Zunahme des Phänomens „Burnout" begünstigen.
Dazu gehört natürlich die Wirtschafts- und Finanzkrise, die bei vielen Menschen zu existenziellen Verunsicherungen und Ängsten geführt hat. Auch die zunehmenden Leistungsanforderungen durch Personalabbau bei gleichzeitig erhöhten Anforderungen und der erhöhte Konkurrenz- und Wettbewerbsdruck durch die Globalisierung erhöhen das Risiko für psychische Belastungen und Störungen in der Gesellschaft.
Da psychische Beschwerden immer noch als Tabuthema gelten und eher der persönlichen Schwäche des Betroffenen zugeordnet werden, fehlen Präventionsmaßnahmen in den Unternehmen. Die wenigsten Unternehmen kommen ihren Verpflichtungen nach, die psychischen Belastungen zu analysieren und zu beheben. Hier fehlt es insbesondere an einer Gesetzgebung, die die Unternehmen verpflichtet, sich auch dem Thema der psychischen Belastungen präventiv zu widmen. Außerdem fehlt es an entsprechend qualifiziertem Personal, um den Arbeits- und Gesundheitsschutz nicht nur auf den Körper, sondern auch auf die Psyche anwenden zu können.

2.2.5 Was muss zur Burnout-Prävention getan werden?

In den Unternehmen

Der erste und wichtigste Schritt ist deswegen, an den Quellen und Ursachen der Belastungen anzusetzen. Dazu gehört, einerseits die Mitarbeiter sowohl in ihren Rechten als auch in ihren Fähigkeiten im Umgang mit psychischen Belastungen zu stärken. Für die Stärkung der individuellen Widerstandskraft eignet sich das Resilienzkonzept.
Andererseits müssen die Arbeitgeber dazu gebracht werden, die wissenschaftlichen Erkenntnisse über gute und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen auch umzusetzen. Ergänzt werden müssen diese Bemühungen um einen dauernden Verbesserungsprozess der Arbeitsbedingungen unter Einbeziehung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dazu müssen die psychischen Belastungen regelmäßig beurteilt werden (Gefährdungsanalyse) und passende Gegenmaßnahmen entwickelt werden.

Gesetzliche Regelungen

Damit diese Ansätze in den Unternehmen wirklich energisch verfolgt werden, müssen die Arbeitsschutzgesetze ergänzt werden. Psychische Belastungen müssen in diesen Gesetzen, die weitgehend noch auf den Arbeits- und Unfallschutz ausgerichtet sind, ausdrücklich erwähnt werden. Des Weiteren muss festgelegt werden, was hier jeweils die Aufgaben von Mitarbeitern und Unternehmen zur Prävention psychischer Belastungen sein sollen.

Qualifizierung

Häufig fehlt neben dem Willen, dieses Thema aktiv anzugehen, allerdings auch das Know-how. Es braucht neben dem bereits gut etablierten System der Betriebsärzte in Zukunft die Betriebspsychologen. Ebenso wie alle Betriebe einen Betriebsarzt haben müssen, der sie betreut, muss in Zukunft auch der Betriebs-

psychologe etabliert werden. Es reicht nicht, die bisherigen Akteure – meist Ärzte oder Techniker – weiterzubilden. Hier müssen Experten eingesetzt werden, die sich aufgrund ihrer Berufsausbildung mit dem Thema der psychischen Belastungen von Grund auf auskennen. Es würde auch niemand von einem Psychologen erwarten, nebenbei noch den technischen oder somatisch-medizinischen Arbeitsschutz mit zu übernehmen.

Im Gesundheitswesen

Die Fallzahlen der psychisch Erkrankten steigen seit Jahrzehnten an, die Behandlungsmöglichkeiten dagegen bleiben auf dem gleichen Niveau der Unterversorgung. So kommt es, dass Burnout-Betroffene oft monatelang auf einen geeigneten Therapieplatz warten müssen und nur mangelhaft oder überhaupt nicht behandelt werden.
Wir brauchen also mehr Anlaufstellen für Burnout-Betroffene, wo auch kurzfristig Hilfen durch fachlich qualifiziertes Personal (klinische Psychologinnen, Psychotherapeutinnen) angeboten werden können. Dazu gehören niedrigschwellige Angebote vor Ort, zum Beispiel in Beratungsstellen, Praxen und Klinikambulanzen. Aber auch ausreichend Plätze in psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken müssen geschaffen werden. Damit könnte den Betroffenen viel Leid erspart werden, und langfristige Arbeitsunfähigkeiten könnten verhindert werden.

2.2.6 Wie können Psychologen bei der Prävention und Behandlung von Burnout helfen?

Psychologen können und müssen an verschiedenen Stellen der Burnout-Prävention und -Behandlung mitwirken, da sie über vielfältige Fachkenntnisse auf diesem Gebiet verfügen.
In der Burnout-Prävention direkt in den Unternehmen haben sie eine Reihe von Aufgaben. So können sie zum Beispiel Fortbildungsangebote für Mitarbeiter durchführen, wie:

- *Stressmanagement,*
- *Zeitmanagement,*
- *Work-Life-Balance,*
- *Widerstandskraft stärken – Resilienz entwickeln,*
- *Emotionsarbeit – gesunder Umgang mit Gefühlen,*
- *Entspannungstechniken.*

Sie können zum Coaching oder zur Beratung eingesetzt werden bei Belastungen am Arbeitsplatz, auch in Form von „Employee Assistance Programs“ (externe Mitarbeiterberatung).
Da für das psychische Wohlbefinden am Arbeitsplatz die Führungskräfte eine entscheidende Rolle spielen, ist die Fortbildung und Schulung der Vorgesetzten von großer Bedeutung. Die wichtigsten Themen wären „gesundheitsförderliche Führung zur Burnout-Prävention“ und „Umgang mit bereits betroffenen Mitarbeitern“. Für das gesamte Unternehmen können Psychologen beratend zur Verfügung stehen. Sie können darüber informieren, wie günstige Arbeitsbedingungen gestaltet werden sollten. Psychologen sind die Experten der Wahl bei der Durchführung von Gefährdungsanalysen psychischer Belastungen und der Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen. Aufgrund ihrer Ausbildung in Statistik lassen sie sich auch sehr gut einsetzen in der Evaluation von durchgeführten Maßnahmen.

Schließlich können Psychologen auch kompetent Gruppen moderieren und leiten, zum Beispiel Steuerungskreise für Gesundheitsmanagement oder Gesundheitszirkel.
Wenn es bereits zu einem Burnout gekommen ist, sind entsprechend ausgebildete Psychologen (klinische Psychologen, Psychotherapeuten) in eigener Praxis, in Beratungsstellen oder Kliniken gut qualifiziert, um den Betroffenen aus dem Zustand des Burnouts herauszuhelfen. Dann geht es auch darum, gemeinsam Strategien zu entwickeln, wie das Arbeitsverhalten in Zukunft aussehen soll, um ein erneutes Auftreten eines Überlastungssyndroms zu verhindern.
Das Thema der psychischen Belastungen sollte also nicht ohne psychologische Expertise angegangen werden, da Psychologen hier dank ihrer Ausbildung über die nötigen Fachkompetenzen und Fähigkeiten verfügen, die für eine erfolgreiche Burnout-Prävention und -Behandlung gebraucht werden.

2.2.7 Empfehlungen

- Die Arbeitsbedingungen müssen verbessert werden, um psychische Belastungen möglichst zu minimieren. Dazu gehören insbesondere ausreichende Ressourcen, um Arbeits- und Zeitdruck in einem erträglichen Maße zu halten. Auch die Führungskräfte müssen mehr Kenntnisse und Fähigkeiten erwerben, um die Bedingungen für ihre Mitarbeiter und ihr eigenes Führungsverhalten gesundheitsförderlich zu gestalten.
- Mitarbeiter müssen in den Betrieben die nötigen Kenntnisse und Fähigkeiten zum Umgang mit psychischen Belastungen erhalten, zum Beispiel in Form von internen oder externen Fortbildungen, aber auch in Form von Supervision oder Coaching.
- Die Arbeitsschutzgesetze müssen ergänzt werden um das Thema der psychischen Belastungen, damit die Durchführung einer Gefährdungsanalyse inklusive der psychischen Belastungen und die Ableitung entsprechender Maßnahmen wirklich flächendeckend von allen Firmen durchgeführt werden.
- Neben der Verpflichtung, Betriebsärzte einzusetzen, muss gleichwertig die Etablierung von Betriebspsychologen erfolgen. Das Personal bei Unfallversicherungsträgern und Aufsichtsämtern muss auf dem Gebiet der psychischen Belastungen weiter qualifiziert und um psychologische Experten ergänzt werden.
- Es müssen Qualitätsstandards für Arbeitsbedingungen entwickelt werden, die eine gesundheitsgerechte und psychisch nicht schädigende Arbeit beschreiben.
- Es müssen vermehrt Anlaufstellen für Betroffene geschaffen werden, in denen auch kurzfristig fachliche Hilfe angeboten werden kann. Dazu gehören zum Beispiel Employee Assistance Programs, Beratungsstellen, psychotherapeutische Praxen, Ambulanzen und Kliniken.
- Es muss mehr in die Erforschung der Burnout-Entstehung und besonders der Burnout-Prävention investiert werden.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Julia Scharnhorst, MPH
Health Professional Plus
Am Redder 11
22880 Wedel
Tel.: (04103) 701 81 40
E-Mail: julia.scharnhorst@h-p-plus.de

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael Pfingsten

2.3 VOLKSKRANKHEITEN: PSYCHOLOGIE DES RÜCKENSCHMERZES

2.3.1 Zusammenfassung

Rückenschmerzen sind ein komplexes Phänomen, in das psychologische Faktoren eingebettet sind. Insbesondere chronische Schmerzen können durch kognitive Einflüsse, die emotionale Situation, das Verhalten der Betroffenen wie durch psychischen Distress im weitesten Sinn stark beeinflusst sein. Bei chronischen Schmerzen nehmen die psychologischen Faktoren eine besondere Bedeutung ein; eine monomodale Behandlung ohne die Berücksichtigung des psychosozialen Umfeldes kann bei diesen Patienten nicht erfolgreich sein. Um chronische Verläufe zu vermeiden, ist es sinnvoll, dass potenzielle Risikofaktoren aus dem psychosozialen Bereich möglichst frühzeitig identifiziert werden. Das Angst-Vermeidungs-Konzept bietet gute Ansätze, die sowohl zum Verständnis der Chronifizierung als auch für therapeutische Prinzipien genutzt werden können.

2.3.2 Vorbemerkung

Was das Problem des Rückenschmerzes insgesamt schwierig macht, ist die Tatsache, dass es sich bei diesem Krankheitsbild nicht um eine abgrenzbare Krankheitsentität handelt, sondern um eine Ansammlung von Symptomen, die durch unterschiedliche Mechanismen hervorgerufen werden können. Die Ursachen rangieren von den mit fünf Prozent eher selten vorkommenden spezifischen Ursachen bis zu unbedenklichen Belastungsschmerzen als Zeichen körperlicher Beanspruchung. In mehr als 80 Prozent der Fälle handelt es sich um rezidivierende Schmerzzustände, die sich nicht auf *einen* spezifischen Krankheitsprozess mit definierbarer körperlicher Ursache zurückführen lassen – die sogenannten nicht spezifischen Rückenschmerzen (Pfingsten & Hildebrandt, 2011). Um diesen Begriff hat es in den letzten Jahren in Deutschland eine intensive Auseinandersetzung gegeben. Nicht spezifische Rückenschmerzen bedeuten aber nicht, dass es sich – mangels ausreichenden Nachweises einer körperlichen Pathologie – um Schmerzen mit psychosomatischem Ursprung handelt. Er bedeutet lediglich, dass ernsthafte körperliche Erkrankungen als Ursache ausgeschlossen sind. Dennoch gibt es somatische Zusammenhänge. Diese betreffen in der Regel gutartige, aber mitunter sehr schmerzhafte und bewegungseinschränkende Funktionsstörungen, die sehr nachhaltig unter den Einfluss psychosozialer Faktoren gelangen. Die Bezeichnung „nicht spezifischer Schmerz" hat den entscheidenden Vorteil, dass sie die Aufmerksamkeit von der ausschließlichen Betrachtung struktureller bzw. funktioneller Veränderungen zu einem Verständnis einer multifaktoriellen Genese von Rückenschmerzen lenkt (Hildebrandt & Pfingsten, 2011). Der Begriff ist quasi auch als eine Hilfskonstruktion zu verstehen, die unter anderem das Ziel verfolgt, auf die in vielen Fällen gegebene Multikausalität des Phänomens hinzuweisen und damit die monomodale Anwendung spezifischer, in der Regel invasiver Maßnahmen kritischer zu bewerten.

Einhergehend mit der hohen Prävalenz von Rückenschmerzen gibt es eine große Anzahl unterschiedlicher Therapieangebote, die bezüglich ihrer Indikation und Effizienz kaum noch zu überblicken sind. Angesichts der weiten Verbreitung von Rückenschmerzen, der damit verbundenen hohen medizinischen Inanspruchnahme, der Vielfältigkeit der Verläufe und der beteiligten Krankheitsfaktoren sowie der vielen

diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten ist es für den einzelnen Arzt nicht einfach, eine adäquate und rationelle Behandlungsstrategie für diesen Beschwerdekomplex zu finden. Um diese Situation zu verbessern, wurde Ende 2010 die „Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz" veröffentlicht, in der eine evidenzbasierte Bewertung der vielfältigen Therapieangebote erfolgte. Die Inhalte dieser Versorgungsleitlinie und der Therapiebewertungen verdeutlichen, dass für die optimale Versorgung von Menschen mit Rückenschmerzen die Kompetenz einer umfassenden, multidisziplinären Behandlung notwendig ist und eine monomodale Behandlung in der Regel nicht ausreicht (Pfingsten, 2009; BÄK, 2010).

2.3.3 Ist-Zustand: Prävalenzen und Kosten

Dadurch, dass Rückenschmerzen häufig auftreten, alle Bevölkerungsschichten erfassen und in der Regel rezidivierenden Charakters sind, erzeugen sie eine enorme Krankheitslast und verursachen erhebliche Kosten für das Gesundheitssystem. In Bezug auf Prävalenz- und Inzidenzraten sowie in Bezug auf die entstehenden Kosten weisen sie seit Jahren eine ansteigende Tendenz auf (Fahland et al., 2011). In einer 2007 publizierten Studie konnte anhand einer Befragung von fast 10000 zufällig ausgewählten Bürgern aus Deutschland gezeigt werden, dass die Punktprävalenz von Rückenschmerzen zirka 35 Prozent beträgt (Schmidt et al., 2007). 84 Prozent der Betroffenen hatten eher leichte bis mittlere Schmerzen, während 16 Prozent unter stark beeinträchtigenden Beschwerden litten. Die direkten und indirekten Krankheitskosten beliefen sich in Deutschland im Jahr 2006 auf zirka 15 Milliarden Euro. Die eher kleinere Gruppe von chronischen Patienten (zirka 16 Prozent der Betroffenen), die neben starken körperlichen in der Regel auch erhebliche psychosoziale Beeinträchtigungen aufweisen, verursacht dabei mit 62 Prozent der Gesamtkosten die höchsten Ausgaben (Wenig et al., 2008).
Bei der Betrachtung der epidemiologischen Zahlen der letzten Jahrzehnte könnte der Eindruck entstehen, dass Rückenschmerzen immer häufiger auftreten und immer höhere Kosten verursachen. Ein solcher Trend wird von dem schottischen Orthopäden und international renommierten Rückenschmerzexperten Gordon Waddell jedoch bezweifelt. Waddell stellt vielmehr die Hypothese auf, dass man trennen muss zwischen einer nicht vorhandenen „Epidemie von Rückenschmerzen" und einer zunehmenden Epidemie von *subjektivem Beeinträchtigungserleben* durch Rückenschmerzen, die sich insbesondere in einer Zunahme rückenschmerzbedingter Krankheitstage manifestiert. Dieses Erleben von Beeinträchtigung wird stark durch psychologische Faktoren beeinflusst (Waddell, 1998).
Bezüglich der Risikofaktoren für die Entstehung und das Anhalten von Rückenschmerzen gibt es überzeugenden Belege dafür, dass

a) *Aspekten des Lebensstils, wie Übergewicht, Rauchen, schlechter allgemeiner Gesundheitszustand, körperliche Inaktivität,*
b) *beruflichen Faktoren, wie subjektiv erlebte Überlastung, geringe soziale Unterstützung, Arbeitsplatzunzufriedenheit, und*
c) *insbesondere psychosozialen Faktoren (s. u.)*

eine besondere Bedeutung zukommt. Diese Faktoren stehen offensichtlich in einer komplexen und komplizierten Wechselwirkung mit sozioökonomischen und klinischen Faktoren wie dem Vorhandensein früherer Schmerzen (Fahland et al., 2011).

2.3.4 Schmerz und Psychologie

Schmerz ist eine subjektive Erfahrung und ein Erlebensphänomen und wird daher durch psychologische Faktoren beeinflusst. Dies ist bereits bei **akuten** Schmerzen der Fall, wobei durch experimentelle Befunde eindeutig nachgewiesen ist, dass die Rahmenbedingungen, in denen Schmerz erlebt wird, entscheidend auf die Stärke und Dauer der Schmerzen Einfluss nehmen können (Turk & Rudy, 1986). Konsequenzen ergeben sich hieraus zum Beispiel auch für die postoperative Schmerztherapie und die Versorgung schwerer akuter Schmerzen, in die Maßnahmen aus dem psychologischen Spektrum – wie zum Beispiel eine am emotionalen Zustand des Patienten orientierte Wissensvermittlung oder die Vermittlung von Entspannungs- und Schmerzbewältigungstechniken – eingebettet sein sollten (Schön et al., 2007).

Besonders bedeutsam werden psychologische Phänomene beim **chronischen** Schmerz. Mit fortschreitender Chronifizierung nimmt die Bedeutung psychologischer Mechanismen für die Aufrechterhaltung der Schmerzen zu. Somatische Faktoren stehen in den meisten Fällen nur am Anfang der Kausalkette und verlieren aufgrund multipler Beeinflussung durch psychosoziale Faktoren zunehmend an Bedeutung. Insbesondere der individuelle Umgang mit den Schmerzen, die sogenannte Krankheitsbewältigung, bestimmt den weiteren Verlauf. Die aus dem Symptom „Schmerz" resultierenden Konsequenzen sind für die Aufrechterhaltung der chronischen Symptomatik – im Sinne eines Teufelskreises – schließlich mehr verantwortlich als die ursprünglich auslösende Situation. Letztendlich entsteht ein eigenständiges Krankheitsbild, das geprägt ist durch Auswirkungen auf der körperlichen Ebene (zum Beispiel körperliche Dekonditionierung), psychische Beeinträchtigungen (Angst, Depressivität), Veränderungen im Verhalten (Schon- und Vermeidungsverhalten, „Schmerzmanagement"-Aktivitäten), eine maladaptive Krankheitsbewältigung sowie soziale Konsequenzen (Arbeitsplatzverlust, soziale Isolation), die wiederum auf den Schmerz zurückwirken (Pfingsten et al., 2011a).

Das Ausmaß der erlebten Beeinträchtigung als Befinden ist offensichtlich mehr von psychischen als von körperlichen Faktoren beeinflusst. Wie sehr sich jemand beeinträchtigt fühlt – und sich dann entsprechend verhält –, hängt nicht allein von der objektiven Schwere der Erkrankung ab, sondern wesentlich vom Ausmaß der erlebten Kompensationsmöglichkeiten, von der subjektiven Verfügbarkeit von Hilfsmitteln und dem Umfang, in dem ein Patient gelernt hat, Einschränkungen der Beweglichkeit durch veränderte Bewegungsabläufe auszugleichen. Der weitere Krankheitsverlauf scheint in entscheidender Weise davon abhängig zu sein, was ein Betroffener über die Ursache seiner Beschwerden denkt, wie sie beeinflusst werden können und welches Verhalten ihn vor weiterer Schädigung bewahrt (Pfingsten et al., 2011b).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass beim Prozess der Schmerzchronifizierung vielfältige Verursachungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen individuell und komplex miteinander konfundieren. Neben vorrangig somatischen Mechanismen wirken auf diesen Vorgang auch Prozesse der Wahrnehmung und der Aufmerksamkeit, der kognitiven Bewertung und der emotionalen Befindlichkeit verhaltenssteuernd ein. Persönlichkeitsdispositionen und Lernerfahrungen können dabei sowohl Wahrnehmungsorientierungen und Bewertungen beeinflussen wie auch bestimmte Verhaltenspräferenzen nach sich ziehen (Pfingsten & Eich, 2011).

Die meisten Ergebnisse zum Verständnis der Schmerzchronifizierung liegen für den muskuloskelettalen Schmerz vor. In prospektiven Studien zeigt sich nahezu konsistent, dass

1. *psychische Belastung im weitesten Sinne, auch Depressivität,*
2. *schmerzbezogene Angst und*
3. *die Vermeidung normaler (körperlicher) Aktivitäten*

wesentliche Voraussetzungen für die Chronifizierung darstellen (Boersma & Linton, 2006). Punkt 1 („psychischer Distress") umfasst eine sehr große Bandbreite individueller Konstellationen, zum Beispiel psychosomatische Kausalität im engeren Sinn, Traumatisierungen, psychische Komorbidität oder anhaltende Stresserfahrungen. Die Punkte 2 und 3 lassen sich weitgehend einem übergeordneten Mechanismus zuordnen, der in dem zurzeit elaboriertesten Modell der Entwicklung chronischer muskuloskelettaler Schmerzen zusammengefasst ist: dem Angst-Vermeidungs-Modell (Pfingsten, 2009; Vlaeyen, 1995; Leeuw, 2007).

2.3.5 Angst-Vermeidungs-Modell

Im Angst-Vermeidungs-Modell des bewegungsbezogenen Schmerzes werden Kognitionen und das daraus resultierende Verhalten der Betroffenen als entscheidend dafür angesehen, ob sich aus einem einfachen Schmerzgeschehen ein komplizierter chronischer Verlauf entwickeln kann.

Kognitive Überzeugungen sind für die Prognose der Krankheitsentwicklung von großer Bedeutung. Diese Einschätzungen sind stark durch Vorstellungen der Patienten über die Art der Erkrankung, ihre potenziellen Auswirkungen und ihre Behandelbarkeit sowie die psychische Beeinträchtigung und das Krankheitsverhalten beeinflusst. Viele Patienten mit Rückenschmerzen sind davon überzeugt, dass Aktivität, Belastung und Bewegung dem Rücken schaden und dadurch Schmerz verursacht oder verstärkt wird. Als Konsequenz auf diese Schmerzüberzeugung reagieren sie typischerweise mit einer (angstmotivierten) Vermeidung von Bewegung und Belastung. Die Befürchtung bzw. Vorstellung eines sich (möglicherweise) verstärkenden Schmerzes behindert die Ausübung von körperlicher Aktivität schließlich mehr als die körperlichen Beeinträchtigungen selbst. Vermeidung von Bewegung führt langfristig zu einer fortschreitenden Deaktivierung mit körperlicher Dekonditionierung, Fehlhaltung, Koordinationsstörungen sowie erheblichen Schwächen wichtiger Muskelgruppen im Bereich des Rumpfes. Abgesehen von den Auswirkungen auf der körperlichen Ebene kommt es auch zu psychosozialen Konsequenzen (sozialer Rückzug, zunehmende Angst, depressive Symptome) und damit im Sinne eines Teufelskreises zu einer Verfestigung der Krankenrolle und des Beeinträchtigungserlebens. Dieses Vermeidungsverhalten ist ausgesprochen löschungsresistent, da die betreffende Person aufgrund der Vermeidung nicht mehr die Erfahrung machen kann, dass zwischen Reiz (Bewegung) und Schmerz keine notwendige Verbindung besteht (Leeuw, 2007).

Diese Laientheorien der Patienten werden im medizinischen Versorgungssystem oftmals unterstützt, indem vermittelt wird, dass Heilung durch passive Maßnahmen, Spritzen und Krankschreibung erreichbar sei. Der Diagnostik nicht spezifischer struktureller Veränderungen in bildgebenden Verfahren wird zu große Bedeutung beigemessen. Frühes und wiederholtes Röntgen, häufige Injektionen und wiederholte chirotherapeutische Manipulationen, Verordnung passiver physikalischer Maßnahmen, Anweisungen zur Schonung und Belastungsvermeidung sowie lang anhaltende medikamentöse Behandlung verstärken

das Krankheitsgefühl und fördern die weitere Aktivitätsintoleranz. Gleiches gilt für Krankschreibung über längere Zeiten.

2.3.6 Implikationen für die Therapie

Unter Berücksichtigung des Angst-Vermeidungs-Modells sollten therapeutische Maßnahmen daraufhin geprüft werden, ob sie möglicherweise problematische Angst-Vermeidungs-Einstellungen festigen. Diesbezüglich sind insbesondere **Rückenschulen** daraufhin zu prüfen, ob sie inhaltlich pauschalisierende Vermeidungs-Dogmen transportieren oder nach modernen Konzepten angelegt sind (Lühmann et al., 1999).

Bei starken Angst-Vermeidungs-Kognitionen und einem ausgeprägten Schon- und Vermeidungsverhalten ist es sinnvoll, Elemente der Angstbehandlung in die Therapie von Patienten mit Rückenschmerzen einzubeziehen. Wiederholte Exposition, das heißt Konfrontation mit dem angstauslösenden Stimulus (spezifische Bewegungen und Belastungen), sowie die Verhinderung des Vermeidungsverhaltens sind dabei die effektivsten Therapiemethoden (Leeuw, 2007). In einem intensiven körperlichen Training kann eine Löschung des konditionierten Zusammenhanges zwischen Angst und Bewegung und dem resultierenden Vermeidungsverhalten erreicht werden. Dabei steht die Löschung der phobischen Reiz-Reaktions-Verbindung sowie aufrechterhaltender Kognitionen im Mittelpunkt, während Kraft-, Beweglichkeits- und Ausdauersteigerungen in den Hintergrund treten. Die Patienten sollen unter kontrollierten Bedingungen am eigenen Verhalten erleben, dass sie sich ohne Schmerzverstärkung bewegen können. Grundlagen einer derartigen Vorgehensweise sind unter anderem die Durchführung von Bewegungsübungen nach Quotenplänen sowie weitere verhaltenstherapeutische Prinzipien, wie sie ausführlich bei Hildebrandt beschrieben sind (Hildebrandt et al., 2003).

2.3.7 Management des Rückenschmerzes

In der Versorgungspraxis hat sich im Umgang mit Rückenschmerzen in den vergangenen Jahren wenig geändert. Bei den verschriebenen und angewandten Maßnahmen dominieren immer noch passive Therapien, obwohl diese Therapieformen nachgewiesenermaßen wenig effektiv sind. In der „Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz“ sind die evidenzbasierten Empfehlungen für die Behandlung von Patienten mit Rückenschmerzen jüngst zusammengefasst worden (Bundesärztekammer et al., 2010; Hildebrandt et al., 2011).

Bei **akuten Rückenschmerzen** muss in jedem Fall eine frühe Diagnostik für abwendbar gefährliche Verläufe (in der „Versorgungsleitlinie Kreuzchmerz“ sogenannte „red flags“) durchgeführt werden, obwohl diese selten sind. Deren spezifische Ursachen (zum Beispiel Infektion, Tumor, Osteoporose, Fraktur, Bandscheibenvorfall) lassen sich durch eine ausführliche körperliche Untersuchung und Anamnese in der Regel leicht identifizieren und dann einer entsprechenden Behandlung zuführen.

Finden sich keine Hinweise für gefährliche Verläufe und andere ernst zu nehmende Pathologien, sollen zunächst keine weiteren diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden, und die Schmerzen sind als „nicht spezifisch“ zu klassifizieren. In dieser unklaren Situation sind folgende Maßnahmen sinnvoll:

- *Durch Medikamente eine adäquate Kontrolle der Symptome erreichen, das heißt Linderung der Schmerzen, sodass die Betroffenen ihren täglichen Aktivitäten schnellstmöglich nachgehen können,*
- *Vermeidung von unnötigen diagnostischen Maßnahmen ohne Konsequenzen, die letztlich die Gefahr einer somatischen Fixierung beinhalten, sowie*
- *Prävention einer Chronifizierung, indem auf Risikohinweise für chronische Verläufe (sogenannte „yellow flags") geprüft wird. Sollten derartige Faktoren identifizierbar sein (zum Beispiel depressive Symptome, Probleme am Arbeitsplatz, psychovegetative Reaktionen, ausgeprägte Angst-Vermeidungs-Einstellungen), sollte frühzeitig eine risikobasierte Intervention unter Hinzuziehung schmerzpsychologischer Expertise erfolgen (Schmidt et al., 2010).*

Eine **ausführliche Beratung** über den normalerweise gutmütigen Charakter von Rückenschmerzen, die Motivierung zur Beibehaltung bzw. Intensivierung der körperlichen Aktivität und die möglichst schnelle Rückkehr in die Normalität sind die wichtigsten Behandlungsprinzipien beim akuten nicht spezifischen Rückenschmerz. Eine anschauliche Aufklärung über die Erkrankung, die gute Prognose und die Behandlungsmöglichkeiten soll dazu führen, dass die Betroffenen möglichst aktiv bleiben. Schwerpunkt der ärztlichen Aufklärung ist die Tatsache, dass körperliche Bewegung keine Schäden verursacht, sondern eine Linderung der Beschwerden fördert.

Bei **chronischen Rückenschmerzen** reichen die oben beschriebenen Strategien nicht mehr aus. In der Regel haben sich erhebliche Veränderungen auch im psychosozialen Bereich ergeben, die eine Gesundung nachhaltig verhindern. Folgende Strategien sollen dann eingesetzt werden (vgl. Kröner-Herwig & Pfingsten, 2011):

- *Förderung eines adäquaten (biopsychosozialen) Krankheitsverständnisses,*
- *Verständigung auf ein gemeinsames Krankheitsmodell und Förderung der aktiven Mitarbeit der Patienten,*
- *Verhinderung von schädigendem Krankheitsverhalten,*
- *Einleitung einer zeitnahen effizienten Therapiestrategie und umfassende Aufklärung durch die behandelnden Ärzte, sofern notwendig auch Einsatz psychotherapeutischer Intervention,*
- *Durchbrechung des Chronifizierungskreislaufes mit den Zielen „Erhalt bzw. Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit" sowie „Vermeidung bzw. Verminderung von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit".*

Am ehesten sind die genannten Ziele erreichbar in multimodalen Behandlungsprogrammen.

2.3.8 Multimodale Therapie chronifizierter Rückenschmerzen

Die multimodale Behandlung hat die Empfehlungen zum Vorgehen bei der Versorgung von Rückenschmerzen in den letzten Jahren auf internationaler Ebene dominiert (Hildebrandt & Pfingsten, 2010). Eine der wesentlichen Prämissen des dabei zugrunde liegenden Konzepts ist die Verlagerung des Behandlungsschwerpunkts von der symptomatischen Schmerzbehandlung auf die Behandlung gestörter körperlicher, psychischer und sozialer Funktionen, daher auch die Bezeichnung „functional restoration". Der Functional-restoration-Ansatz zeichnet sich durch eine klare aktivitätsfördernde Orientierung unter

kognitiv-verhaltenstherapeutischen Prinzipien aus. Das Vorgehen ist konzentriert auf die Verringerung der subjektiv erlebten Behinderung mittels einer Veränderung situativer Rahmenbedingungen und kognitiver Prozesse. In die Behandlung sind sporttherapeutische, ergotherapeutische, physiotherapeutische und psychotherapeutische Interventionen in einem standardisierten Gesamtkonzept integriert (Arnold et al., 2011). Die Behandlung wird von einem festen Therapeutenteam aus Ärzten, Psychologen bzw. Psychotherapeuten sowie Physio-, Ergo- und Sporttherapeuten erbracht. Obligat ist eine gemeinsame Beurteilung des Behandlungsverlaufs innerhalb regelmäßiger Teambesprechungen unter Einbindung aller Therapeuten. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden nehmen dabei einen zentralen Stellenwert ein, der sich nicht nur auf direkte schmerzbezogene Interventionen beschränkt (Kröner-Herwig & Pfingsten, 2011), sondern auch auf generelle Prinzipien der Behandlungssteuerung (Arnold et al., 2011). In der Schmerzklinik der Universitätsmedizin Göttingen wird ein solches multimodales Behandlungsprogramm seit mehr als 20 Jahren erfolgreich eingesetzt (Hildebrandt & Pfingsten, 2009).

Diese Programme erwiesen sich in der nationalen wie in der internationalen Literatur hinsichtlich Schmerzintensität, Behinderung, Depressivität, Lebensqualität und auch hinsichtlich sozioökonomischer Faktoren (zum Beispiel Rückkehrrate in den Erwerbsprozess) gegenüber herkömmlichen Therapien, Wartegruppen oder weniger intensiven Behandlungsformen als überlegen (Chou et al., 2007). Es wird nicht nur eine Reduzierung der Schmerzintensität und der psychischen Beeinträchtigung erreicht, sondern auch eine Steigerung der subjektiven und objektiven Funktionskapazität bei gleichzeitiger Reduzierung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Diese positiven Ergebnisse wurden übereinstimmend in mehreren Studien aus schmerztherapeutischen Einrichtungen in Deutschland erreicht (Hildebrandt & Pfingsten, 2009; Buchner et al., 2006; Nagel & Korb, 2009; Pöhlmann et al., 2009; Schöps et al., 2000). Leider fehlen für diese modernen Behandlungskonzepte in Deutschland derzeit immer noch die entsprechenden berufspolitischen und gesetzgeberischen Voraussetzungen. Die Durchführung dieser Programme ist an hohe Anforderungen bzw. struktur- und prozessqualitative Voraussetzungen gebunden, die unter anderem eine Qualifizierung der beteiligten Fachdisziplinen (Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten) in der Schmerztherapie erfordern (Arnold et al., 2009).

Korrespondenzadresse

Prof. Dipl.-Psych. Dr. Michael Pfingsten
Leitender Psychologe
Schmerztagesklinik und -ambulanz
Zentrum Anästhesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
Robert-Koch-Str. 40
37075 Göttingen
Tel.: (0551) 39 88 16
Fax: (0551) 39 41 64
E-Mail: michael.pfingsten@med.uni-goettingen.de

Prof. Dr. Petra Warschburger

2.4 ADIPOSITAS: KONZEPTUELLE BEITRÄGE DER PSYCHOLOGIE

2.4.1 Zusammenfassung

Adipositas stellt ein bedeutendes Gesundheitsproblem im Erwachsenen-, aber auch bereits im Kindes- und Jugendalter dar. Dies veranschaulichen nicht nur die erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsraten, sondern auch die mit Adipositas verbundenen hohen gesundheitsökonomischen Kosten. Neben den medizinischen mit Adipositas assoziierten Risikofaktoren sind die weitreichenden psychosozialen Konsequenzen zu beachten. Therapiestudien zeigen, dass Ernährungsumstellung und Bewegungsaktivierung in Kombination mit verhaltenstherapeutischen und kognitiv-behavioralen Methoden mit den besten Therapieeffekten verbunden sind. Die Therapieeffekte, bezogen auf das Gewicht, sind moderat; auch im psychosozialen Bereich zeigen sich Verbesserungen. Die Verbesserung der Therapieeffekte, gerade bezogen auf die langfristige Gewichtsstabilisierung, ist dringend erforderlich. Der Einbezug psychologischen Wissens in Prävention und Therapie der Adipositas ist unverzichtbar.

2.4.2 Einleitung

Adipositas (definiert als gesundheitsgefährdendes Übergewicht) ist angesichts der hohen Verbreitung und des Gefährdungspotenzials *die* Volkskrankheit. Die Zahl der Betroffenen ist in den letzten Jahren national und international stark gestiegen, und viele Experten sprechen mittlerweile von einer „Pandemie". So sind deutschlandweit 23,3 Prozent der Männer und 23,9 Prozent der Frauen adipös. Damit nimmt Deutschland im europäischen Raum eine Spitzenposition ein (Mensink et al., 2012). Schätzungen gehen bis 2015 von einem weiteren Anstieg auf bis zu 34,4 Prozent bei Frauen und 36,8 Prozent bei Männern aus (von Ruesten et al., 2011). Erschreckend ist mit 6,1 Prozent auch die hohe Zahl der bereits betroffenen Kinder und Jugendlichen (Kurth & Schaffrath-Rossario, 2010). Die gesundheitspolitische Relevanz ergibt sich nicht nur aus der damit verbundenen erhöhten Morbidität und Mortalität (Guh et al., 2009; Reilly & Kelly, 2011), sondern auch aus den deutlich erhöhten gesundheitsökonomischen Kosten im Kindes- (Pelone et al., 2012) wie auch Erwachsenenalter (von Lengerke, John, Mielck & KORA Study Group, 2010; Withrow & Alter, 2011). So macht nach Withrow und Alter (2011) Adipositas zwischen 0,7 und 2,8 Prozent der gesundheitsbezogenen Ausgaben einer Gesellschaft aus; im Vergleich zu einem Normalgewichtigen werden durch einen Adipösen 30 Prozent mehr direkte Kosten verursacht. Darüber hinaus weisen adipöse Arbeitnehmer durchschnittlich zehn krankheitsbedingte Fehltage mehr als Normalgewichtige auf (Neovius, Johansson, Kark & Neovius, 2009) und ihr Anteil an den Personen, die als erwerbsunfähig, gelten ist um 1,35 bis 2,3 höher als der Anteil von normalgewichtigen Personen. Als Gründe hierfür werden unter anderem auch die erhöhten Raten von komorbiden psychischen Störungen genannt (Neovius, Johansson, Rössner & Neovius, 2008).

Obwohl Adipositas zu den somatischen Erkrankungen gezählt wird, spielen psychosoziale Faktoren eine entscheidende Rolle. Diese werden sicherlich immer wieder in der Literatur angesprochen, aber der Hauptfokus liegt – gerade auch im Erwachsenenalter – auf den medizinischen Aspekten der Adipositas.

Im Folgenden soll die Bedeutung psychischer Prozesse für ein umfassendes Verständnis der Adipositas herausgearbeitet werden. Dabei wird im ersten Schritt auf die psychosoziale Situation der Betroffenen eingegangen. Diese spielt natürlich auch bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Adipositas eine wichtige Rolle. Im letzten Schritt sollen psychologische Behandlungskonzepte vorgestellt werden, und deren Wirksamkeit soll betrachtet werden.

2.4.3 Psychosoziale Aspekte der Adipositas

Adipositas ist als sichtbares Störungsbild, das zudem dem gängigen Schönheitsideal widerspricht, einer besonders starken Diskriminierung ausgesetzt. In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, dass adipöse Personen stärker Vorurteilen und negativen Stereotypen ausgesetzt sind. So werden sie als faul, willensschwach, weniger intelligent und erfolglos wahrgenommen (Puhl & Heuer, 2009, 2010) – eine Zuschreibung, die bereits bei Kindern im Vorschulalter beobachtet werden kann (Puhl & Latner, 2007). Besonders problematisch ist die Beobachtung, dass diese Stereotype auch unter Angehörigen des Gesundheitswesens und der Gesundheitsberufe stark verbreitet sind (Puhl & Heuer, 2009, 2010). Darüber hinaus konnte auch gezeigt werden, dass sich diese negative Sichtweise in den letzten Jahrzehnten noch weiter verstärkt hat (Latner & Stunkard, 2003). Hinzu kommen die geringeren Chancen auf eine höhere Bildung und auf dem Arbeitsmarkt (Agerström & Rooth, 2011; Puhl & Brownell, 2001). Adipösen Personen werden jedoch nicht nur vermehrt negative Eigenschaften zugeschrieben und Chancen verwehrt, sondern sie erleiden auch physische Diskriminierung, zum Beispiel in Form zu schmaler Krankenhausbetten oder Sitzplätze (Myers & Rosen, 1999).

Diese erfahrene oder auch nur subjektiv wahrgenommene Diskriminierung hat weitreichende Konsequenzen für das psychische Wohlbefinden der Betroffenen (Menzel et al., 2010). So zeigen erste Untersuchungen, dass sogar die Betroffenen diese negative Sicht auf ihre eigene Person internalisieren (Puhl, Moss-Racusin & Schwartz, 2007; Warschburger & Döring, 2011). Griffiths, Parsons und Hill (2010) konnten in einer systematischen Übersicht illustrieren, dass bereits bei adipösen Kindern und Jugendlichen signifikante Einschränkungen im globalen Selbstwert sowie in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (vgl. auch Tsiros et al., 2008) vorzufinden sind. Darüber hinaus wird immer wieder auch eine um den Faktor zwei bis drei erhöhte psychische Komorbidität berichtet (Eschenbeck, Kohlmann, Dudey & Schürholz, 2009; de Wit et al., 2010; Luppino et al., 2010), während in repräsentativen Studien vor allem bei Erwachsenen diese Zusammenhänge nicht in allen Studien bestätigt werden konnten (pro: Erhart et al., 2011; kontra: Hach, Ruhl, Klotsche, Klose & Jacobi, 2006; Lamertz, Jacobi, Yassouridis, Arnold & Henkel, 2002). Während im Kindes- und Jugendalter der Fokus vor allem auf die erhöhte Prävalenz von Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen gelegt wird (Cortese et al., 2008; Holtkamp et al., 2004), rücken ab dem Jugendalter vor allem die komorbiden affektiven Störungen in den Mittelpunkt des Interesses. McElroy et al. (2004) kommen zu dem Schluss, dass sich ein Zusammenhang zwischen affektiven Störungen und Adipositas in erster Linie in klinischen Studien und hier vor allem auch für Frauen nachweisen lässt. Prospektive Studien deuten darauf hin, dass sich Depression und Adipositas wechselseitig verstärken (Luppino et al., 2010). Im Erwachsenenalter muss bei repräsentativen Stichproben vor allem mit einer verminderten körperlichen Lebensqualität und einer Einschränkung der alltäglichen Aktivitäten bei

der Selbstversorgung gerechnet werden (Backholer, Wong, Freak-Poli, Walls & Peeters 2012; Fontaine & Barofsky, 2001; Lengerke & Stehr, 2011). Relativ konsistent wird in der Literatur ein verstärktes Auftreten von gestörtem Essverhalten und einer erhöhten Körperunzufriedenheit berichtet (De Zwaan, 2001; Herpertz-Dahlmann et al., 2008; Tanofsky-Kraff, 2009).

2.4.4 Psychologische Konzepte bei der Entstehung und Aufrechterhaltung

Wie bereits erwähnt gehört Adipositas zur Gruppe der somatischen Erkrankungen, und es liegen bislang auch keine überzeugenden Belege vor, um das heterogene Störungsbild in seiner Gesamtheit zu den psychischen Störungen zu zählen (Marcus & Wildes, 2009). Dennoch bedeutet dies nicht, dass eine solche Klassifikation nicht doch auf Subgruppen zutreffen würde, da psychologische Prozesse hier ausnahmslos eine Rolle spielen.

Die Entstehung und Aufrechterhaltung von Adipositas ist multifaktoriell und individuell sehr unterschiedlich. Generell ist ein Ungleichgewicht von Energiezufuhr (in Form von Getränken und Nahrungsmitteln) und Energieverbrauch für die Gewichtszunahme verantwortlich. Dieses Ungleichgewicht kann viele verschiedene Ursachen haben: Neben dem sicherlich nicht zu vernachlässigenden genetischen Anteil (vgl. Silventoinen, Rokholm, Kaprio & Sørensen, 2010) spielen veränderbare Umweltfaktoren, wie der Lebensstil der Betroffenen (vor allem bezogen auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten, aber zum Beispiel auch auf das Stresserleben), sowie die adipogene Umwelt, zum Beispiel durch das Angebot an hochkalorischen Nahrungsmitteln oder in Form einer bewegungsfeindlichen Umgebung, eine wichtige Rolle. Die neuere epigenetische Forschung konnte belegen, dass die Manifestation von genetischen Veranlagungen durch die konkreten Umweltbedingungen mit beeinflusst wird (Symonds, Sebert & Budge, 2011), womit die Bedeutsamkeit des individuellen Lebensstils für die Manifestation von Adipositas nochmals unterstrichen wird. Zahlreiche Studien betonen, dass unser Ess- und Ernährungsverhalten sowie das Ausmaß an Inaktivität und Aktivität multifaktoriell bedingt sind. Zu den Einflussfaktoren zählen physische Determinanten, wie die Verfügbarkeit zum Beispiel von Sportgeräten oder Nahrungsmitteln, bauliche Gegebenheiten und bei Kindern zusätzlich das elterliche Vorbild sowie das elterliche Erziehungs- und Steuerungsverhalten (Berge, Wall, Loth & Neumark-Sztainer, 2009; Fuemmeler, Anderson & Mâsse, 2011; Sleddens, Gerards, Thijs, de Vries & Kremers, 2011; van der Horst et al., 2007). Des Weiteren beeinflussen psychische Faktoren, wie die psychische Befindlichkeit (zum Beispiel emotional induziertes Essverhalten) oder die erlebte Selbstwirksamkeit, unser Verhalten (Ogden, 2010; Warschburger, 2011). Eine Veränderung des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens mit dem Ziel einer Gewichtsreduktion muss diesen Faktoren Rechnung tragen, um langfristig angemessenes, gesundheitsrelevantes Verhalten aufzubauen. In Abbildung 1 sind die vielfältigen Einflüsse auf die Entstehung und Aufrechterhaltung der Adipositas grafisch dargestellt. Unterschieden wird zwischen Phasen der Prädisposition, der Manifestation und der Chronifizierung. Einige Faktoren spielen in den unterschiedlichen Phasen eine Rolle und können daher nicht nur einer Phase zugeordnet werden. Zum Beispiel beeinflusst das mütterliche Steuerungsverhalten das konkrete Essverhalten des Kindes und kann zur Entstehung von Adipositas prädisponieren. Gleichzeitig spielt es aber auch eine wichtige Rolle bei der Chronifizierung des gesundheitsgefährdenden Übergewichts. Vor allem in der Phase der Chronifizierung der Adipositas ist zu beachten, dass sich zahlreiche ungünstige Verhaltensmuster entwickelt haben, die dem Aufbau eines gesundheitsförderlichen

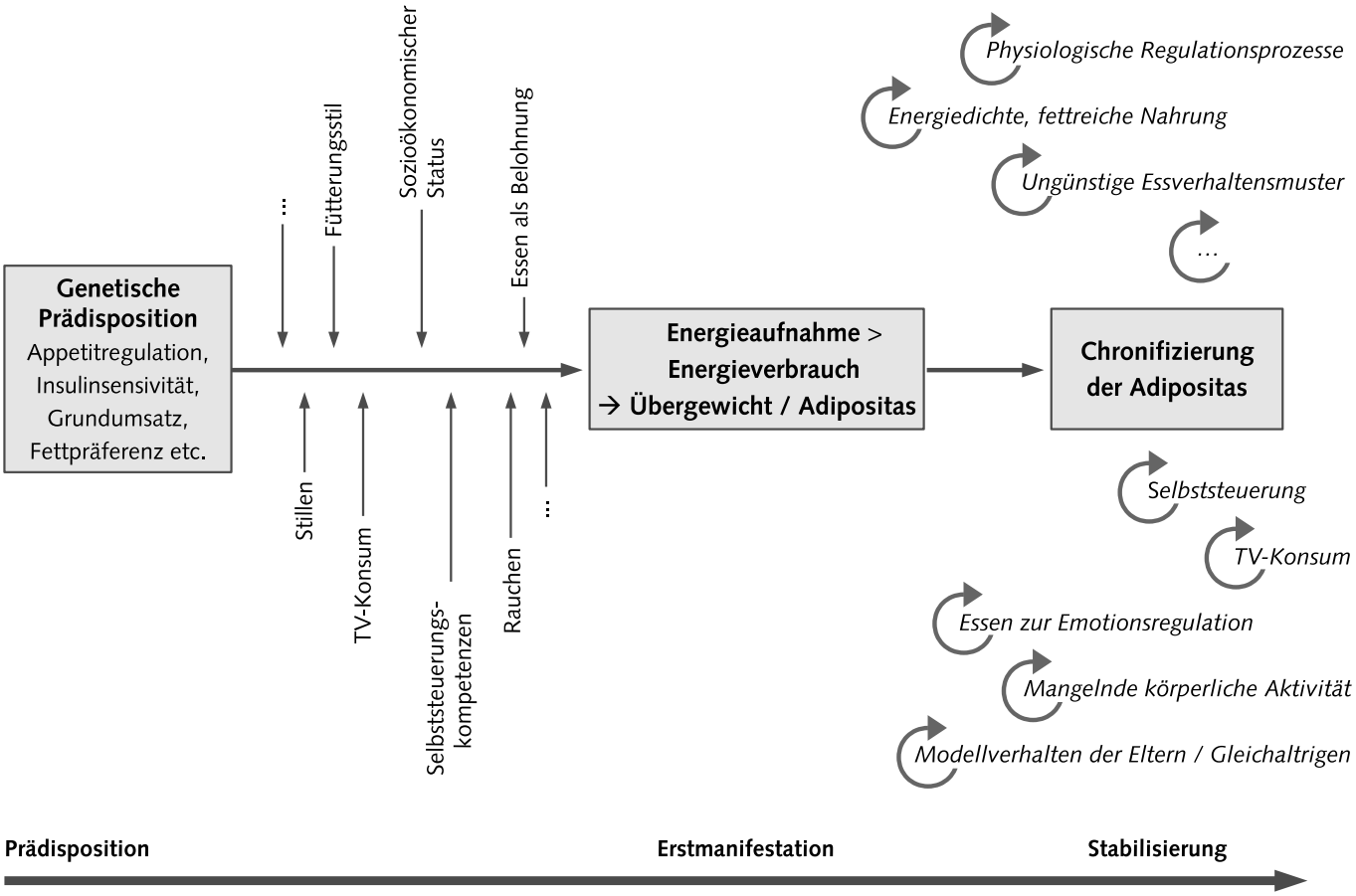


Abbildung 1:

Multifaktorielles Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodell der Adipositas
(zitiert nach Warschburger & Petermann, 2008)

Verhaltens entgegenstehen. So können die erlebten Hänseleien dazu beitragen, dass sich die Betroffenen stärker zurückziehen, mehr Fernsehen konsumieren und Essen einsetzen, um „ihren Kummer und Frust abzureagieren", was aber wiederum – im Sinne eines Teufelskreises – dazu beiträgt, dass sie weiter an Gewicht zunehmen und dadurch weiterhin verstärkter sozialer Diskriminierung ausgesetzt sind. Diese Teufelskreise gilt es therapeutisch zu unterbrechen, um Veränderungen zu erzielen.

Unser Essverhalten wird als automatisches Verhalten verstanden, das in der Regel nicht bewusst gesteuert wird (Cohen & Farley, 2008). In einer adipogenen Umwelt, in der Nahrungsmittel im Überfluss zur Verfügung stehen und die physische Umwelt eher zum Verweilen als zur körperlichen Aktivität einlädt, werden hohe Anforderungen an die Selbstregulationskompetenzen des Einzelnen gestellt. Gefordert wird eine besonders hohe „Widerstandsfähigkeit" gegenüber hochkalorischen Nahrungsmitteln oder den Versuchungen inaktiver Freizeitgestaltung etc. Gerade im Zusammenhang mit der Regulation des Ess- und Ernährungsverhaltens wurde in den letzten Jahren verstärkt der Frage nachgegangen, ob und inwieweit sich Übergewichtige und Normalgewichtige in ihrer Fähigkeit, sich selbst bewusst zu steuern, unterscheiden. Gerade für das Kindes- und Jugendalter gibt es eine Reihe von Befunden, die in Richtung verminderter Selbstregulationsfähigkeiten bei übergewichtigen Kindern deuten. So ergaben sich Hinweise, dass übergewichtige Kinder sowohl sensitiver auf Belohnungen reagieren als auch eine geringere inhibitorische Kontrolle (mental geplante Handlungen stoppen) zeigen (Braet, Claus, Verbeken & van Vlierberghe, 2007;

Nederkoorn, Braet, van Eijs, Tanghe & Jansen, 2006). Befunde deuten darauf hin, dass übergewichtige Kinder und Heranwachsende Nahrungsmittel als belohnender und erstrebenswerter wahrnehmen als ihre normalgewichtigen Altersgenossen (Epstein et al., 2007). So weisen adipöse Jugendliche und junge Erwachsene einen stärkeren Aufmerksamkeitsfokus („attention bias") auf Fotos mit Nahrungsmitteln oder essensbezogene Wörter auf (Calitri, Pothos, Tapper, Brunstrom & Rogers, 2010; Nijs, Franken & Muris, 2010; Werthmann et al., 2011). Mittlerweile liegen auch prospektive Längsschnittstudien vor, die den Zusammenhang mit einer verstärkten Gewichtszunahme belegen (Anzman & Birch, 2009; Seeyave et al., 2009; Tsukayama, Toomey, Faith & Lee Duckworth, 2010).

2.4.5 Psychologische Interventionskonzepte

Eine Therapie der Adipositas sollte nicht nur einseitig auf die Verminderung des Gewichts abzielen, sondern auch auf eine Verbesserung der mit Adipositas assoziierten Risikofaktoren und Krankheiten, des Gesundheitsverhaltens (wie Ernährung und Bewegung), der Selbstmanagementfähigkeiten und Stressverarbeitungsstrategien, auf eine Steigerung der Lebensqualität und schließlich auf eine Prävention von Arbeitsunfähigkeit und vorzeitiger Berentung (DAG, 2007). Es gilt als unstrittig, dass nur eine umfassende Lebensstiltherapie zu einer langfristigen Gewichtsreduktion und einer grundlegenden Verbesserung der psychosozialen Situation beitragen kann. Programme, die einseitig auf Ernährung und/oder körperliche Aktivität fokussieren, gelten schon seit den 1980er-Jahren als überholt und langfristig unwirksam (Stunkard, 1978). Nationale und internationale Fachgesellschaften fordern in ihren Behandlungsempfehlungen multimodale Programme (vgl. DAG, 2003; NHLBI, 2000). Psychologische Konzepte sind unverzichtbarer Bestandteil dieser multimodalen Therapieansätze und enthalten nicht nur Psychoedukation, sondern auch konkrete Verhaltensstrategien zur Initiierung und Aufrechterhaltung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. Als besonders indiziert gelten die behavioralen und kognitiv-behavioralen Methoden; zu erwähnen sind hier vor allem folgende Techniken (vgl. Benecke, 2008; Grilo, 1996; Warschburger & Petermann, 2008):

- *Psychoedukation (über die Entstehung und die Aufrechterhaltung von Adipositas),*
- *Verhaltensverträge und Vereinbarungen von lang- und kurzfristigen Zielen,*
- *Selbstbeobachtung und Verhaltensprotokollierung (bezogen auf Gewicht, Ernährung und Bewegung),*
- *Selbstbewertung und -verstärkung (zum Beispiel mit Hilfe von Gewichtsprotokollen),*
- *Stimulus-Kontrolle (zum Beispiel wenig Essensvorräte; Eltern bieten keine hochkalorischen Nahrungsmittel an),*
- *Selbstinstruktionsverfahren (zum Beispiel zur Steuerung des Essverhaltens),*
- *kognitive Umstrukturierung (zum Beispiel bezogen auf die eigene Körperwahrnehmung),*
- *Selbstsicherheitstrainings (zum Beispiel zum Umgang mit sozialer Ausgrenzung),*
- *Stressimpfungs- und Problemlösetrainings (zum Beispiel zum Umgang mit stressinduziertem Essverhalten),*
- *Verhaltensübungen (zum Beispiel zum Ablehnen hochkalorischer Nahrungsmittel),*
- *Verstärkungsverfahren (zum Beispiel Token-Programme),*
- *Rückfallprophylaxe.*

Diese Komponenten werden in multimodale Lebensstilprogramme integriert, die neben der psychologischen Komponente auch Ernährungsberatung und Programme zur Steigerung der körperlichen Aktivität als weitere Behandlungssäulen beinhalten. Bei Kindern und Jugendlichen ist zusätzlich die Arbeit mit den Eltern unverzichtbar (Moß, Kunze & Wabitsch, 2011; Warschburger & Petermann, 2008). Beispielhaft für den Bereich der Kinder und Jugendlichen sollen die Inhalte des „Adipositastrainings" (Warschburger, Petermann & Fromme, 2005) vorgestellt werden. Es handelt sich um ein kognitiv-behaviorales Gruppenprogramm für elf- bis 15-jährige Kinder. In zwölf Einheiten für Kinder wird beispielsweise über Ursachen des Übergewichts, Hänseleien, Fit-Tricks zur gesunden Ernährung und Problemlösestrategien gesprochen. Parallel werden den Eltern in vier bis zehn begleitenden Sitzungen Informationen über den medizinischen Hintergrund sowie zur Bedeutung des eigenen Modellverhaltens gegeben. Das soll die Selbstmanagementfertigkeiten der Kinder zur langfristigen Gewichtsreduktion stärken und den Eltern zeigen, wie sie ihre Kinder dabei unterstützen können. Die Trainingsinhalte werden mit Hilfe von Arbeitsblättern vermittelt; zur Anwendung kommen unter anderem auch Selbstmonitoring (zum Beispiel Gewichtskurven, Nahrungs- und Bewegungsprotokolle), Selbstinstruktionen (zum Beispiel in Form von „Erinnerungskärtchen"), Therapieverträge, Token-Programme sowie Rollenspiele zum selbstsicheren Verhalten (zum Beispiel in Mobbing-Situationen oder beim Ablehnen von hochkalorischen Nahrungsmitteln). So wird mit den Kindern gemeinsam erarbeitet, in welchen Situationen sie essen (ohne hungrig zu sein), wie ihr konkretes Essverhalten aussieht und welche Folgen dieses Verhalten für sie hat. Darauf aufbauend werden konkrete Verhaltensstrategien (zum Beispiel Stimuluskontrolle und Vergegenwärtigen langfristiger Ziele) erarbeitet und geübt. Die neu erworbenen Strategien sollen dann von den Kindern als Hausaufgabe im häuslichen Umfeld erprobt und gefestigt werden.
Beispielhaft für das Vorgehen im Erwachsenenalter soll das Programm von Fairburn (2008) skizziert werden. Dabei handelt es sich um ein einzeltherapeutisches Vorgehen mit neun inhaltlichen Modulen:

- *Modul 1: Einleitung und Behandlung,*
- *Modul 2: Gewichtsreduzierung,*
- *Modul 3: Hindernisse beim Abnehmen,*
- *Modul 4: körperliche Aktivität,*
- *Modul 5: Körperschema,*
- *Modul 6: Gewichtsziele,*
- *Modul 7: Primärziele,*
- *Modul 8: gesunde Ernährung,*
- *Modul 9: Gewichtsstabilisierung.*

Auch hier werden Tagebücher zum Selbstmonitoring sowie Hausaufgaben eingesetzt. Im Fokus des Programms steht die langfristige Aufrechterhaltung der Gewichtsreduktion.

Der derzeitige Forschungstand unterstützt die Wirksamkeit von multimodalen Ansätzen mit verhaltenstherapeutischen Konzepten im Erwachsenenalter (Lo Presti, Lai, Hildebrandt & Loeb, 2010; Barte et al., 2010; Söderlund, Fischer & Johansson, 2009; Shaw, O'Rourke, Del Mar & Kenardy, 2005) wie auch im Kindes- und Jugendalter (siehe Überblick bei Warschburger, 2011) mit moderaten Effekten auf den Gewichtsstatus. So weisen beispielsweise rund 70 bis 80 Prozent der behandelten Kinder einen niedrigeren Gewichtsstatus auf als die Kinder der Kontrollgruppe. Dabei ist auch die hohe Heterogenität der Studien zu beachten; die Effekte waren stärker bei einem intensiveren Einbezug von behavioralen Methoden (Kitzmann et al., 2010; Lo Presti, Lai, Hildebrandt & Loeb, 2010). Selten wurden die Effekte auf die psychosozialen Parameter wie Lebensqualität und Selbstwert geprüft. Aber auch in diesem Bereich liegen positive Befunde vor (Blaine, Rodman & Newman, 2007; Lowry, Sallinen & Janicke, 2007; Stubbs et al., 2011). Wichtig ist auch hervorzuheben, dass sich keine Hinweise auf ein verstärktes Auftreten von Essstörungen infolge der Behandlung fanden (Butryn & Wadden, 2005; Stubbs et al., 2011). Die Stärkung und der Aufbau von Selbstmanagementfertigkeiten wie dem Führen von Selbstbeobachtungsprotokollen, zum Beispiel in Form von Gewichtskurven, Ernährungs- und Bewegungstagebüchern (Burke & Wang, 2011), oder das Setzen von realistischen Interventionszielen (Pearson, 2012) werden als wesentliche, wenn auch nicht als voneinander unabhängige Behandlungskomponenten diskutiert. Prospektive Studien legen nahe, dass der kontinuierliche Einsatz von Selbstbeobachtungsprotokollen im Kindes- und Jugendalter den Therapieerfolg vorhersagen kann (Butryn, Phelan, Hill & Wing, 2007; Germann, Kirschenbaum & Rich, 2007; Krukowski, Bursac, Harvey-Berino & Ashikaga, 2012).

Ein wesentliches Problem in der Therapie der Adipositas besteht auch in der hohen „Schwundrate", sei es dadurch, dass die Angebote nicht in Anspruch genommen oder Therapien frühzeitig abgebrochen werden (Skelton & Beech, 2011). Aufbau und Stabilisierung von Veränderungsmotivation ist auch hier eine zentrale Aufgabe. Das Konzept der motivierenden Gesprächsführung widmet sich in besonderer Weise der psychologischen Analyse und dem Beseitigen von Ambivalenzen. Dieser Ansatz erwies sich als wirksame Strategie zur Verbesserung des erzielten Gewichtsverlusts (Armstrong et al., 2011).

Neben der Bedeutung der psychologischen Konzepte in der Therapie der Adipositas spielen psychische Faktoren eine wichtige Rolle als Prädiktoren für die längerfristige Gewichtsstabilisierung (Rieber et al., 2010; Teixeira, Going, Sardinha & Lohman, 2005) und den Drop-out (Moroshko, Brennan & O´Brien, 2011). Aufgrund der heterogenen Befundlage lassen sich bislang kaum allgemeingültige Schlussfolgerungen ziehen. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass psychologische Variablen bis zu 30 Prozent der Effekte in der langfristigen Gewichtsstabilisierung aufklären. Diskutiert werden unter anderem Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Körperbild, Lebensqualität und Kontrollüberzeugung, wobei die Ergebnisse je nach Studienpopulation, Behandlungsprogramm und Untersuchungszeitpunkt variieren können (Stubbs et al., 2011). Gerade für den Bereich der Gewichtsstabilisierung sind weitere Studien dringend nötig.

2.4.6 Empfehlungen

Die vorangegangenen Darstellungen haben die Komplexität von Adipositas verdeutlicht, aber auch gezeigt, auf welch vielfältige Weise psychologische Faktoren auf den Krankheitsprozess Einfluss nehmen. Bei Adipositas handelt es sich mitnichten um ein kosmetisches Problem, sondern vielmehr um eine ernst zu nehmende gesundheitliche Gefährdung – und dies bereits in jungen Jahren. Zahlreiche Studien konnten belegen, dass – auch und gerade im Kindes- und Jugendalter – die multimodalen Therapiekonzepte mit hohen Erfolgsraten verbunden sind. Daher ist dringend zu fordern, dass:

- *Adipositas von den Krankenkassen als chronische Erkrankung anerkannt wird,*
- *die Kosten für die multimodalen Behandlungskonzepte mit starker psychologischer Beteiligung von den Krankenkassen getragen werden und damit den Betroffenen der Zugang zu evidenzbasierten Therapien ermöglicht wird,*
- *trotz aller therapeutischen Erfolge der Problematik der geringeren Therapieerfolge mit zunehmenden Alter Rechnung getragen wird, indem auf der einen Seite evidenzbasierte Präventionskonzepte stärker unterstützt werden und auf der anderen Seite die Kriterien für die Indikation für eine multimodale Behandlung oder Psychotherapie nicht so restriktiv formuliert werden, dass eine solche Behandlung erst dann erfolgen kann, wenn bereits massive Folgeschädigungen (körperlicher und/oder psychischer Art) aufgetreten sind,*
- *die Forschung dabei unterstützt wird,*
  - **a)** *evidenzbasierte Präventions- und Interventionsprogramme zu entwickeln,*
  - **b)** *nicht nur die kurzfristigen Effekte dieser Ansätze, sondern auch vor allem die langfristigen Effekte zu untersuchen.*

Die Volkskrankheit „Adipositas“ ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und nicht nur das Problem von einzelnen Betroffenen. Es müssen vernetzte Strukturen entwickelt werden, bei denen psychologische Erkenntnisse und Konzepte nicht fehlen dürfen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Petra Warschburger
Universität Potsdam
Beratungspsychologie
Karl-Liebknecht-Str. 24–25
14476 Potsdam
Tel.: (0331) 977 29 88
Fax.: (0331) 977 28 74
E-Mail: warschb@uni-potsdam.de

PD Dr. phil. Harald Baumeister & Dr. phil. Nico Hutter

2.5 KORONARE HERZERKRANKUNG UND PSYCHISCHE STÖRUNGEN

2.5.1 Zusammenfassung

Psychische Störungen sind sowohl als Risikofaktor für die Erstmanifestation einer koronaren Herzerkrankung (KHK) als auch für den Verlauf der Krankheit von Bedeutung. Bei vorliegenden psychischen Störungen zeigen sich eine erhöhte Mortalität und Morbidität, eine niedrigere Lebensqualität und Adhärenz sowie erhöhte Versorgungskosten. Der Zusammenhang zwischen KHK und psychischen Störungen wird bidirektional über biologische und behaviorale Prozesse erklärt. Aus der Häufigkeit und den Folgen psychischer Störungen leitet sich die Notwendigkeit für eine frühzeitige Psychodiagnostik ab. Im Kontext somatischer Erkrankungen stehen validierte Assessment-Verfahren zur Erfassung psychischer Belastungen und Störungen zur Verfügung. Als Praxisbeispiel wird hierzu eine Studie zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in die medizinische Rehabilitation beschrieben. Die Behandlung einer psychischen Störung kann sowohl durch psychotherapeutische als auch durch medikamentöse Maßnahmen erfolgen. Die Evidenz beschränkt sich jedoch auf die Behandlung komorbider depressiver Störungen und zeigt hier zwar einen (geringfügigen) Nutzen im Hinblick auf die depressive Symptomatik der Patienten, nicht jedoch in Bezug auf die meisten anderen psychosozialen und medizinischen Outcome-Parameter, wie zum Beispiel Lebensqualität, Mortalität und kardiologische Ereignisse. Ausgehend von dieser ernüchternden Evidenz zur Wirksamkeit von Depressionsbehandlungen bei depressiven KHK-Patienten richtet sich der Forschungsfokus auf mögliche Alternativen zu den etablierten Standardbehandlungen, wie zum Beispiel Collaborative-Care-Ansätze, präventive Maßnahmen und webbasierte Interventionen.

2.5.2 Koronare Herzerkrankung und psychische Komorbidität

Koronare Herzerkrankungen (KHK) stellen ein großes und in Zukunft wachsendes Problem für die Gesundheitsversorgung dar. KHK werden vom Statistischen Bundesamt mit 15,8 Prozent als die häufigste Todesursache in Deutschland im Jahr 2009 beziffert (Statistisches Bundesamt, 2009). Die American Heart Association berichtet, dass im Jahr 2006 17,6 Millionen Amerikaner an KHK litten (American Heart Association, 2010). Auch die ökonomische Belastung für die Gesundheitssysteme ist enorm, insbesondere durch die hohe Rate an Krankenhauseinweisungen, Pflegeheimaufenthalten und Arztbesuchen (Turpie, 2006).

Neben medizinischen sind psychosoziale Faktoren für die Entwicklung und den Verlauf einer KHK von Bedeutung und werden in der Literatur zum einen als Risikofaktor für die Entwicklung einer KHK diskutiert, zum anderen als prognostische Variable für den Verlauf einer KHK untersucht. Hierbei sind einerseits psychologische Aspekte bei der Behandlung der KHK und andererseits komorbide (das heißt gleichzeitig vorliegende) psychische Störungen im Fokus der Forschung. Der vorliegende Beitrag fokussiert auf die Komorbidität zwischen KHK und psychischen Störungen, während psychologische Aspekte bei der Behandlung der KHK im Folgenden nur kurz skizziert werden.

In Bezug auf psychologische Aspekte zur (begleitenden) Behandlung der KHK stehen insbesondere Interventionen zur Verhaltensänderung im Fokus der Psychokardiologie. Veränderbare „Lifestyle"-Risikofaktoren wie Rauchen, erhöhter Alkoholkonsum, ungünstige Ernährung, mangelnde körperliche Aktivität, stressassoziiertes Verhalten sowie fehlende Behandlungs- und Medikamentenadhärenz sind bedeutsame Risikofaktoren für die Entwicklung und Progredienz einer KHK (Baumeister, Krämer & Brockhaus, 2008; Schwarzer, 2004). Gleichzeitig bieten psychologische Interventionen zur Verhaltensänderung erfolgversprechende Ansätze, um dysfunktionale Risikoverhaltensweisen nachhaltig zu modifizieren (Baumeister et al., 2008; Schwarzer, 2004). Die Forschung zur Veränderung von Gesundheitsverhalten nimmt dementsprechend eine prominente Rolle im Bereich der Gesundheitsversorgung von KHK-Patienten ein und lässt sich grob in die Bereiche Relevanz von Gesundheitsverhaltensweisen, theoretische Modelle zur Verhaltensänderung sowie Interventionen zur Änderung des Gesundheitsverhaltens untergliedern (Baumeister et al., 2008).

In den letzten Jahrzehnten sorgte insbesondere die gesundheitspsychologische Forschung für die Grundlagen theoriebasierter Interventionen zur Verhaltensänderung (Renneberg & Hammelstein, 2006; Schwarzer, 2004). Die aktuelle Evidenz spricht für eine prinzipielle Wirksamkeit psychologischer Interventionen zur Lebensstiländerung bei KHK (Baumeister et al., 2008; Whalley et al., 2011). Eine vertiefte Übersicht zu diesem Teilbereich der Psychokardiologie findet sich zum Beispiel bei Herrmann-Lingen, Albus und Tischer (2007), Jordan, Bard und Zeiher (2006) sowie Schwarzer (2004).

2.5.3 Epidemiologie psychischer Störungen bei KHK

Das letzte Jahrzehnt wurde insbesondere von der Erkenntnis geprägt, dass psychische Störungen – und hier insbesondere depressive Störungen – bei KHK-Patienten häufig auftreten und einen negativen Zusammenhang mit verschiedenen medizinischen, gesundheitsökonomischen und patientenzentrierten Outcomes aufweisen. So weisen Patienten mit kardiologischen Erkrankungen im Vergleich zu körperlich gesunden Personen ein zirka eineinhalbfach erhöhtes Risiko für psychische Störungen innerhalb eines Jahres auf (40,7 Prozent versus 25 Prozent; Härter et al., 2007). Ergebnisse des Bundesgesundheitssurveys 1998 (Baumeister, Kriston, Bengel & Härter, 2010) und des World Mental Health Surveys (Ormel et al., 2007) unterstreichen diese Risikoeinschätzung, da bei Patienten mit Herzerkrankungen im Vergleich zu Patienten ohne Herzerkrankung ein erhöhtes Risiko (Odds Ratio, OR) für depressive Störungen von 1,6 bis 2,1, für Angststörungen von 2,2 bis 2,6 und für substanzbezogene Störungen von 1,4 bis 1,7 gefunden wurde. Komorbide psychische Störungen sind darüber hinaus mit einer negativen Prognose bei KHK-Patienten assoziiert (untersucht vor allem für Depression). Es gilt als gesichert, dass komorbide depressive Störungen einhergehen mit:

- *erhöhter Mortalität (Barth, Schumacher & Herrmann-Lingen, 2004; Kendler, Gardner, Fiske & Gatz, 2009),*
- *erhöhter Morbidität (Katon, Lin & Kroenke, 2007),*
- *erhöhten Versorgungskosten (Haschke, Hutter, Baumeister, im Druck; Baumeister, Haschke & Hutter, eingereicht),*
- *verringerter Lebensqualität (Baumeister, Balke & Härter, 2005; Baumeister, Hutter, Bengel & Härter, 2011)*
- *und geringerer Adhärenz mit den Behandlungsempfehlungen (Ziegelstein et al., 2000).*

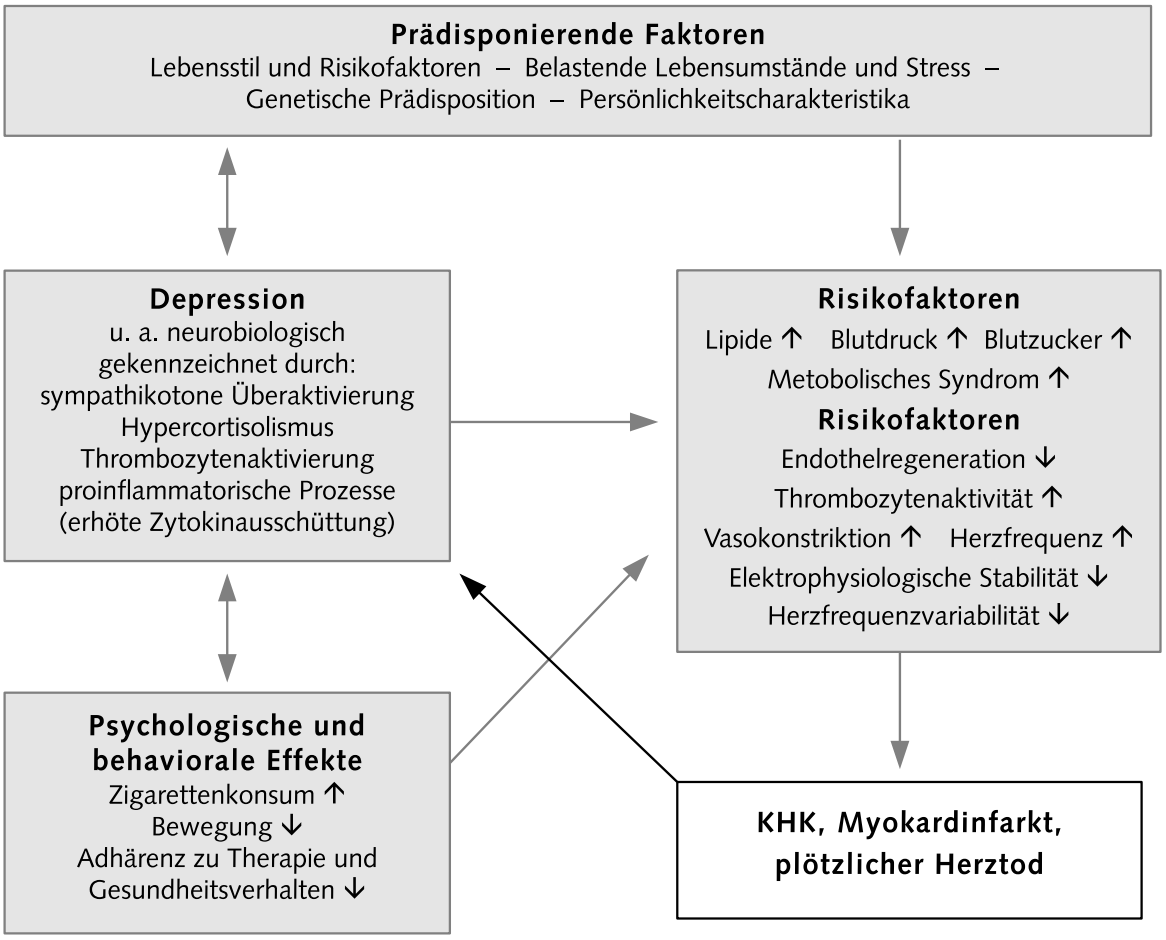


Abbildung 1:

Neurobiologische und psychosoziale Interaktionen bei Depression und kardiovaskulären Erkrankungen (modifiziert nach Härter & Baumeister, 2007)

2.5.4. Ätiologie psychischer Störungen bei KHK

Neben biologischen Prozessen kann die Häufung von Risikofaktoren bei Patienten mit psychischer Komorbidität als mögliche Erklärung für die Entstehung und den negativen Krankheitsverlauf einer KHK herangezogen werden (vgl. Abbildung 1). Dazu gehören die behavioralen Risikofaktoren wie Rauchen, körperliche Inaktivität und fettreiche Ernährung sowie Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes, Hypercholesterinämie, Fettleibigkeit und erhöhter Homocysteinspiegel (Hutter, Baumeister & Bengel, 2009). Zu den pathophysiologischen Erklärungsmodellen gehört die Assoziation von Depression mit einer Hyperaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HHN-Achse; Goldston & Baillie, 2008; Härter & Baumeister, 2007; Joynt, Whellan & O'Connor, 2003; Musselman, Evans & Nemeroff, 1998). Die hierdurch vermehrte Konzentration von Katecholaminen und Cholesterin im Blut kann zu Atherosklerose und koronaren Thrombosen sowie zu ventrikulären Arrhythmien führen. Des Weiteren wirken sich psychische Störungen wie die Depression negativ auf den autonomen Tonus und die Herzfrequenzvariabilität aus. Eine erhöhte Aktivierung des Blutgerinnungssystems und der Thrombozytenfunktion, die das Risiko für kardiale Ereignisse erhöht, ist ein zentrales Charakteristikum von Herzerkrankungen und

wurde bei depressiven Patienten nachgewiesen. Gleiches gilt für die endotheliale Dysfunktion, die bei der Entwicklung von Herzerkrankungen eine zentrale Rolle spielt und bei depressiven Patienten ebenfalls zu finden ist (Hutter et al., 2009). Allerdings ist unklar, ob diese Dysfunktion durch die Depression oder deren medikamentöse Behandlung bedingt ist. Psychische Störungen sind weiterhin mit einer Aktivierung immunologischer Prozesse assoziiert, die sich auch bei akuten koronaren Syndromen finden (Goldston & Baillie, 2008; Härter & Baumeister, 2007; Joynt et al., 2003; Musselman et al., 1998). Bei der Generalisierung der Befunde muss beachtet werden, dass sich Studien zum ätiologischen Zusammenhang zwischen KHK und psychischen Störungen nahezu ausschließlich auf Depression beziehen.

Für andere psychische Störungen könnten abweichende Zusammenhänge bestehen. So sind zum Beispiel stressbezogene Störungen wie posttraumatische Belastungsstörungen und das Chronic-Fatigue-Syndrom mit Hypokortisolismus assoziiert (Fries, Hesse, Hellhammer & Hellhammer, 2005), was einen von Depression zu unterscheidenden ätiologischen Zusammenhang zwischen diesen Störungen und KHK nahelegt.

2.5.5 Diagnostik psychischer Störungen bei KHK

Ein Problem in der Versorgung von KHK-Patienten stellt das ungenügende Erkennen komorbider psychischer Störungen dar. Härter et al. (2004) konnten in einer Studie zeigen, dass die Erkennensraten psychischer Störungen (neben depressiven Störungen auch Angststörungen, somatoforme Störungen und Substanzstörungen) bei kardiologischen Rehabilitanden lediglich bei 32 Prozent liegen. Für Patienten im Akutkrankenhaus zeigen sich mit 38 bis 56 Prozent ähnlich geringe Erkennensraten (Hansen et al., 2001). Eine frühzeitige Psychodiagnostik würde die Indikationsstellung zu psychischen Interventionen ermöglichen und der Chronifizierung der Störung entgegenwirken.

Die Diagnostik psychischer Störungen kann durch Symptomüberschneidungen im Bereich der somatischen Symptome (Schlafstörung, Energieverlust, Gewicht- und Appetitverlust) erschwert sein, da sie ebenso auch Folge der KHK sein können (Baumeister, Kury & Bengel, 2011). Eine genaue Zuordnung der Symptome zur somatischen oder psychischen Erkrankung ist häufig nicht möglich. Im Kontext somatischer Erkrankungen werden daher bei der Erfassung der psychischen Symptomatik häufig speziell auf diesen Bereich abgestimmte Screening-Fragebögen (zum Beispiel Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) eingesetzt, da sie auf das Assessment somatisch ausgerichteter Symptome verzichten (Reuter & Härter, 2007).

Screening-Fragebögen stellen eine ökonomische Möglichkeit dar, psychische Störungen bei KHK-Patienten zu erfassen. Sie erlauben es, den Schweregrad der psychischen Störung zu erfassen, und liefern darüber hinaus mit Hilfe von Cut-off-Werten eine Einteilung in auffällige und unauffällige Patienten. Damit ist jedoch eine Diagnosestellung nach den diagnostischen Kriterien der Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 nicht möglich. Dafür sind klinische Interviews nötig, die die Symptomatik standardisiert anhand definierter Kriterien erfragen. Reliabilität und Validität psychischer Diagnosen gelten bei klinischen Interviews im Vergleich zu Screening-Fragebögen als erhöht (Reuter & Härter, 2007).

Um den im klinischen Alltag häufig begrenzten Ressourcen Rechnung zu tragen, schlagen Baumeister et al. (2011) für die Psychodiagnostik in der medizinischen Rehabilitation ein mehrstufiges Vorgehen vor, bestehend aus einem initialen Screening aller Patienten und darauf aufbauender vertiefter psycho-

diagnostischer Schritte. Im Praxisbeispiel dieses Beitrags wird der psychodiagnostische Stufenplan näher vorgestellt, der im Rahmen des von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) geförderten Projektes „Diagnostik, Indikation und Behandlung von psychischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation (DIBpS)“ in 13 Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation implementiert und evaluiert wurde.
Im akutmedizinischen sowie im ambulanten haus- und fachärztlichen Setting bedarf es für die Diagnostik psychischer Störungen einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit Konsiliar- und Liaisondiensten, Psychologischen Psychotherapeuten, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzten für psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Auch hier können sich Screening-Verfahren als erster Schritt für eine psychodiagnostische Abklärung anbieten, wobei die Vor- und Nachteile eines Routine-Screenings in primär somatisch orientierten Behandlungssettings gut abgewogen werden müssen (Baumeister, 2011; Lichtman et al., 2008; Linden & Vodermaier, 2012; Thombs et al., 2008; Thombs et al., 2012).
Alternativ zu etablierten klassischen Screening-Instrumenten befinden sich computeradaptive Assessments, die die Anforderungen an ökonomische Verfahren (Testreduktion im Vergleich zu klassischen Testverfahren um 50 bis 90 Prozent) mit sehr guten Gütekriterien bestmöglich erfüllen und zahlreiche Nachteile etablierter Verfahren überwinden, in der Entwicklung wie zum Beispiel der RehaCAT-Kardio (Abberger et al., eingereicht; Haschke et al., 2012; Frey et al., 2011; van der Linden & Glas, 2000).

2.5.6 Behandlung psychischer Störungen bei KHK

Die Indikation zur psychotherapeutischen oder psychopharmakologischen Behandlung depressiver Störungen bei KHK-Patienten hängt vom Schweregrad der Störung, der individuellen familiären und beruflichen Lebenssituation, der Phase der Krankheitsbewältigung, der Therapiemotivation sowie der Präferenz der Betroffenen und den Zugangsmöglichkeiten zu psychosozialen Behandlungsangeboten ab (Helmes, Schuhmacher & Bengel, 2007). Darüber hinaus zeichnen sich KHK-Patienten durch bestimmte Merkmale aus, die bei der Indikationsstellung und Therapieplanung berücksichtigt werden sollten (Barth, Harter, Paul & Bengel, 2005). So sind Patienten mit KHK häufig Männer im mittleren und höheren Lebensalter, gehören häufig der sozialen Unterschicht an und weisen meist Risikofaktoren auf, die durch eine Verhaltensänderung verringert werden könnten (Rauchen, fettreiche Ernährung, körperliche Inaktivität). Der Motivation zur Inanspruchnahme psychologischer Angebote stehen oftmals Abwehrtendenzen bezüglich des sich Eingestehens psychologischer Hilfebedürftigkeit und ein vorwiegend somatisch orientiertes Krankheitskonzept im Weg (Barth et al., 2005).
Zur Behandlung psychischer Störungen stehen sowohl psychotherapeutische als auch medikamentöse Interventionen zur Verfügung (Hutter et al., 2009). Dabei entsprechen Interventionen zur Behandlung von psychischen Störungen bei KHK-Patienten im Wesentlichen der Behandlung psychischer Störungen im Allgemeinen. Zur Wirksamkeit dieser Behandlungen sei auf entsprechende Übersichten verwiesen (zum Beispiel Berger, 2009; Wittchen & Hoyer, 2011). In Bezug auf pharmakologische Behandlungen von KHK-Patienten mit psychischen Störungen müssen die Medikamente nicht nur auf die Veränderung des Krankheitsverlaufs und der psychischen Symptomatik untersucht werden, sondern auch auf kardiale Verträglichkeit und mögliche Nebenwirkungen (Hutter et al., 2009). Bei einer medikamentösen Behandlung depressiver Störungen werden zum Beispiel selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

(SSRI) bevorzugt, da sie geringere kardiologische Nebenwirkungen aufweisen als trizyklische Antidepressiva (Frasure-Smith & Lesperance, 2006). Aufgrund der genannten möglichen Interaktionseffekte sowie der allgemeinen Nebenwirkungen antidepressiver Medikamente kommt die aktuelle NICE-Guideline zur Behandlung depressiver Störungen bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen entsprechend zu dem Schluss, dass antidepressive Medikamente nur bei Patienten mit mittelgradiger bis schwerer Depression als Erstbehandlung empfehlenswert sind (allein oder in Kombination mit Psychotherapie), während psychologische und psychotherapeutische Interventionen bei Patienten mit unterschwelliger oder leichter bis mittelgradiger Depression vorzuziehen sind (NICE, 2009; Baumeister, 2012). Analoge Behandlungsempfehlungen für weitere häufig vorliegende komorbide psychische Störungen bei KHK-Patienten liegen unserem Wissen nach noch nicht vor.

Die Evidenz zur Wirksamkeit psychologischer und psychopharmakologischer Interventionen zur Behandlung psychischer Störungen von KHK-Patienten ist gering und bezieht sich mit wenigen Ausnahmen (zum Beispiel Bauer et al., 2012; Merswolken, Siebenhuener, Orth-Gomer, Zimmermann-Viehoff & Deter, 2011) fast ausschließlich auf die Behandlung komorbider depressiver Störungen. Ein aktuelles Cochrane-Review fasst die Ergebnisse aus 16 randomisierten kontrollierten klinischen Studien (RCTs) zusammen (Baumeister, Hutter & Bengel, 2011). Sowohl psychologische Interventionen als auch psychopharmakologische Interventionen erwiesen sich in Bezug auf die Reduktion der depressiven Symptomatik und in Bezug auf erfolgreiche Depressionsremissionen als geringfügig der Standardbehandlung bzw. einem Placebo überlegen. In Bezug auf die meisten weiteren untersuchten psychosozialen und medizinischen Outcome-Parameter zeigten sich jedoch keine positiven Effekte.

Ausgehend von dieser ernüchternden Evidenz zur Wirksamkeit von Depressionsbehandlungen bei depressiven KHK-Patienten richtet sich der Forschungsfokus auf mögliche Alternativen zu den etablierten Standardbehandlungen. Zu nennen sind hierbei insbesondere Collaborative-Care-Ansätze als komplexere, aber gegebenenfalls auch wirksamere Interventionen, die die psychosoziale und medizinische Behandlung von KHK-Patienten mit Depression verbinden (Baumeister & Hutter, im Druck). In diesem Zusammenhang sind in neuerer Zeit mehrere Studien durchgeführt worden, die die Qualität der Versorgung von depressiven KHK-Patienten zu verbessern versuchten (Davidson et al., 2010; Huffman et al., 2011; Katon et al., 2010; Rollman et al., 2009). Die dort beschriebenen multidisziplinären und multimodalen Interventionen deuten dabei neben substanziellen Depressionseffekten darauf hin, dass Collaborative-Care-Interventionen auch in der Lage sind, weitere psychosoziale (zum Beispiel Lebensqualität) und somatische Outcomes positiv zu beeinflussen (Baumeister & Hutter, im Druck). Auch präventive Maßnahmen, die die Entwicklung depressiver Störungen bei KHK-Patienten zu verhindern versuchen, sowie webbasierte Interventionsansätze, die darauf abzielen, sowohl Behandlungen kosteneffektiver zu gestalten als auch Patienten zu erreichen, die man mit den etablierten Behandlungsangeboten nicht erreichen würde, stehen vermehrt im Fokus der Forschung (Andersson, Ljotsson & Weise, 2011; Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy & Titov, 2010; Cuijpers, van Straten, Smit, Mihalopoulos & Beekman, 2008; Munoz, Cuijpers, Smit, Barrera & Leykin, 2010). Im Hinblick auf die Prävention und die webbasierte Behandlung depressiver Störungen im Allgemeinen liegen vielversprechende Ergebnisse vor (Andrews et al., 2010; Cuijpers et al., 2008). Die Wirksamkeitsuntersuchung in Bezug auf KHK-Patienten sowie in Bezug auf weitere komorbide psychische Störungen steht jedoch noch weitestgehend aus.

2.5.7 Praxisbeispiel: Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in die kardiologische Rehabilitation

Im Rahmen des von der Deutschen Rentenversicherung geförderten Projektes „Diagnostik, Indikation und Behandlung von psychischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation (DIBpS)“ erfolgte vor dem Hintergrund der hohen Prävalenz psychischer Störungen bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen von 2007 bis 2010 die Überprüfung der Umsetzbarkeit eines psychodiagnostischen Stufenplans in kardiologischen, orthopädischen und onkologischen Rehabilitationseinrichtungen.
Für die Implementierung wurde eine vierstündige Fortbildung konzipiert (Vogel et al., 2009). Die Fortbildungsinhalte basieren auf dem von Hahn et al. (2007) entwickelten Modellcurriculum zum Erkennen und Diagnostizieren psychischer Belastungen und Störungen bei Patienten mit somatischen Erkrankungen. Der psychodiagnostische Stufenplan besteht aus einem Eingangs-Screening, der vertieften psychodiagnostischen Untersuchung, der Indikationsstellung und Behandlung sowie der Dokumentation (vgl. Abbildung 2). Nach einer Kurzbeschreibung des psychodiagnostischen Stufenplans erfolgt eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse aus der Evaluation der Implementierung. Ein ausführlicher Leitfaden zur Implementierung des Stufenplans findet sich auf der Homepage der DRV-Bund zum freien Download (http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=broschuere_psych_komorb.pdf (Baumeister et al., 2011]).

I.	**Eingangs-Screening** • *z. B. mittels PHQ-9 oder HADS*
II.	**Vertiefte psychodiagnostische Untersuchung** • *z. B. mittels Screening-Fragen zu spezifischen psychischen Störungen und* • *z. B. mittels internationaler Diagnose-Checklisten für ICD-10*
III.	**Indikationsstellung und Behandlung** • *für spezifische psychologische, psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung*
IV.	**Dokumentation** • *Dokumentation psychischer Belastungen und Störungen im ärztlichen Entlassungsbericht* • *Aussprechen einer Behandlungsempfehlung für die postrehabilitative Versorgung*

Abbildung 2:

Psychodiagnostischer Stufenplan (modifiziert nach Baumeister et al., 2011)

1. Psychodiagnostischer Stufenplan

Schritt I: Eingangs-Screening

Alle Patienten der medizinischen Rehabilitation sollten vor oder zu Beginn der stationären Behandlung routinemäßig mittels geeigneter Screening-Instrumente untersucht werden. Bei der Wahl des diagnostischen Verfahrens sollte beachtet werden, dass das Verfahren hinsichtlich Länge, Wortwahl, Verständlichkeit und Lesbarkeit für die jeweiligen Patienten der Klinik angemessen ist. Die Steuerungsfunktion des diagnostischen Verfahrens sollte unter Beachtung einer angemessenen Spezifität und Sensitivität beim Festsetzen des Cut-offs besondere Berücksichtigung finden (Baumeister et al., 2011).

Schritt II: Vertiefte psychodiagnostische Untersuchung

Alle Patienten, die erhöhte Werte im diagnostischen Verfahren aufweisen, sollten von speziell dafür geschultem Fachpersonal vertieft psychodiagnostisch untersucht werden. Hierbei wird der Einsatz von strukturierten bzw. standardisierten Verfahren zur Diagnosestellung empfohlen (Baumeister et al., 2011).

Schritt III: Indikationsstellung und Behandlung

Werden psychische Störungen diagnostiziert, sollte entschieden werden, ob und welche Indikation für eine Behandlung besteht (psychotherapeutische, psychosoziale, medikamentöse Behandlung). Ist die Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung gegeben, stellt sich die Frage, ob diese im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme begonnen werden kann und/oder ob gezielt die Motivation für eine Behandlung nach Abschluss gefördert werden sollte. Diese Entscheidung sollte in Abhängigkeit von den Ressourcen der Einrichtung sowie in Abhängigkeit von der Belastung und der Behandlungsmotivation des Patienten getroffen werden (Baumeister et al., 2011).

Schritt IV: Dokumentation

Komorbide psychische Störungen sollten spezifiziert neben den somatischen Diagnosen im ärztlichen Entlassungsbericht genannt werden. Bei entsprechender Indikation sollten Empfehlungen für eine postrehabilitative Weiterbehandlung der komorbiden psychischen Störungen ausgesprochen werden (Baumeister et al., 2011).

2. Förderliche und hinderliche Implementierungsbedingungen

Der vorgestellte psychodiagnostische Stufenplan wurde im Rahmen des DIBpS-Projektes insgesamt in 13 verschiedenen somatischen Rehabilitationseinrichtungen implementiert und evaluiert. Eine detaillierte Beschreibung der Methodik und der Ergebnisse findet sich bei Jahed, Bengel und Baumeister (2012), Jahed, Bitz, Bengel und Baumeister (im Druck) und Vogel et al. (2009). Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Implementierung des psychodiagnostischen Stufenplans in den Einrichtungen unterschiedlich gut gelang (Jahed et al., 2012; Jahed et al., im Druck; Vogel et al., 2009). Als entscheidend für den Erfolg der Implementierung erwiesen sich die in den jeweiligen Kliniken bestehenden förderlichen bzw. hinderlichen Implementierungsbedingungen auf Ebene der Einrichtung und der Mitarbeiter, die im Folgenden aufgeführt werden (Kalweit, 2009; Vogel et al., 2009).

Einrichtungsbedingte Faktoren

Die bestehenden Rahmenbedingungen und das Organisationsklima innerhalb der Einrichtungen beeinflussten den Erfolg der Implementierung. Als förderlich erwies sich ein Organisationsklima, das durch Offenheit für Neuerungen gekennzeichnet war. Günstig war ferner ein hohes Ausmaß an interdisziplinärer Kooperation und Kommunikation innerhalb der Einrichtung (zum Beispiel durch regelmäßige Teamsitzungen, informelle Austauschmöglichkeiten). In Einrichtungen mit einer hohen Kommunikationsdichte gelang es leichter, Implementierungsaufgaben umzusetzen und bestehende Arbeitsabläufe entsprechend zu strukturieren. Besonders gute Ausgangsbedingungen fanden sich in Einrichtungen mit einer niedrigeren Anzahl an Behandlungsplätzen, in denen ausreichend personelle Ressourcen vorhanden waren. Entscheidend war hier insbesondere der Stellenschlüssel des psychologischen Dienstes im Verhältnis zur Anzahl der Behandlungsplätze (Baumeister et al., 2011; Kalweit, 2009; Vogel et al., 2009).

Mitarbeiterbezogene Faktoren

Einstellung und Motivation der Mitarbeiter waren für den Erfolg der Implementierung entscheidend. Die Mitarbeiter der Kliniken mit günstigen Ausgangsbedingungen zeichneten sich durch eine positive Einstellung bezüglich psychologischer Diagnostik und psychosozialer Interventionen aus und waren motiviert, sich für die Umsetzung der abgestuften Psychodiagnostik einzusetzen. Wichtig war auch die Unterstützung der Implementierung durch die Klinikleitung. Ein subjektiv gering eingeschätztes diagnostisches Wissen bzw. geringe Berufserfahrung der Mitarbeiter waren günstig für die Umsetzung der Implementierung. Auf Seiten der Ärzte erwiesen sich ein eher somatisch orientiertes Krankheitsverständnis sowie die Überzeugung, psychische Belastungen und Störungen angemessen diagnostizieren zu können, als hinderlich. Die Befürchtung, Patienten durch die Diagnose einer psychischen Störung zu stigmatisieren, stellte ein weiteres Hindernis dar (Baumeister et al., 2011; Kalweit, 2009; Vogel et al., 2009).

In Abbildung 3 sind günstige und ungünstige Ausgangsbedingungen für die Implementierung überblicksartig dargestellt. Zusammenfassend zeigt die Evaluation der Implementierung, dass eine Umsetzung des Stufenplans in somatischen Rehabilitationseinrichtungen möglich ist. Zentral für eine erfolgreiche Implementierung sind ausreichende personelle und zeitliche Kapazitäten, die Veränderungsmotivation auf Seiten der Klinikleitung und der Mitarbeiter sowie eine positive Einstellung der Mitarbeiter gegenüber Psychodiagnostik.

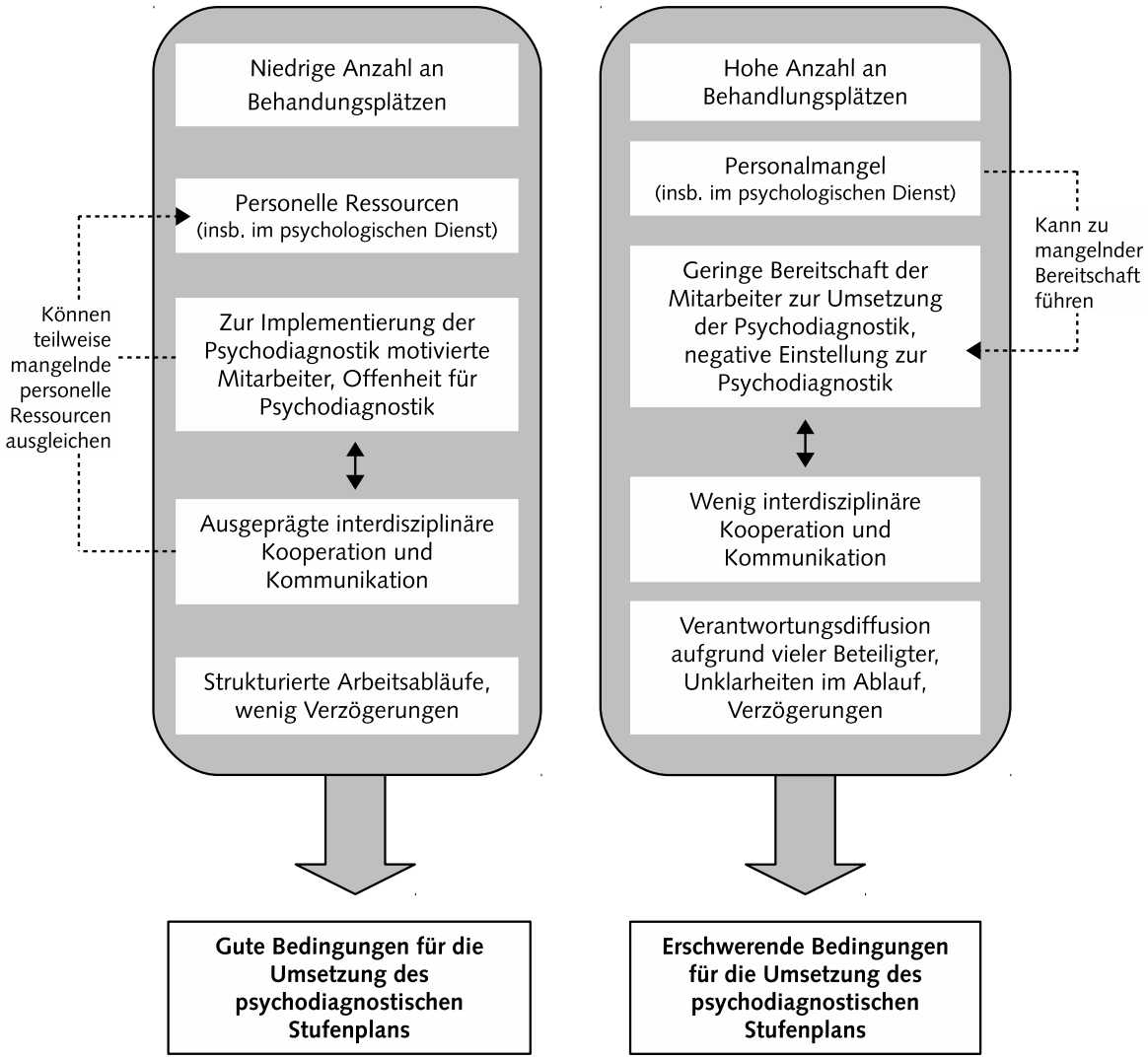


Abbildung 3:

Besonders gute versus besonders ungünstige Ausgangsbedingungen für die Implementierung der abgestuften Psychodiagnostik (aus Kalweit, 2009)

2.5.8 Fazit und Ausblick

Der Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und KHK ist bislang einzig für Depression ansatzweise untersucht. Aufgrund der Vielfalt depressiver Syndrome und Verläufe besteht jedoch selbst in Bezug auf Depression nach wie vor in allen aufgeführten Bereichen – Epidemiologie, Ätiologie, Diagnostik und Behandlung – Forschungsbedarf. In deutlich verstärkter Weise gilt dies für die weiteren bedeutsamen komorbiden psychischen Störungen wie zum Beispiel Angststörungen und posttraumatische Belastungsstörungen.

Im Bereich der epidemiologischen Forschung stehen aktuelle Erkenntnisse zum Verlauf der KHK und depressiver Störungen im Fokus der Forschung. Dies gewinnt zum Beispiel vermehrt Beachtung in Bezug auf den Verlauf depressiver Störungen und die Mortalitätsraten nach einem Herzinfarkt. Aktuelle Erkenntnisse deuten darauf hin, dass insbesondere Patienten mit einer erstmaligen depressiven Episode

nach dem Herzinfarkt ein erhöhtes Risiko aufweisen, früher zu sterben, während sich dieses Risiko als weniger ausgeprägt erweist für Patienten mit rezidivierenden depressiven Störungen (Carney et al., 2009; Dickens et al., 2008; Parker et al., 2008).

Ein vertieftes pathogenetisches Verständnis des Zusammenhangs zwischen KHK und psychischen Störungen unter Berücksichtigung möglicher biologischer und psychosozialer Einflussfaktoren könnte dazu beitragen, Behandlungsangebote besser auf spezifische Patientenpopulationen abzustimmen (Baumeister & Parker, 2012). So erweisen sich zum Beispiel psychotherapeutische Verfahren bei Patienten mit organischer Depression wahrscheinlich als wenig effektiv, während psychopharmakologische Interventionen bei körperlich erkrankten Patienten mit einer Anpassungsstörung ein schlechtes Verhältnis zwischen therapeutischem Nutzen und medikamentösen Nebeneffekten aufweisen (Baumeister, 2012; Baumeister & Parker, 2012).

In Bezug auf die Diagnostik psychischer Störungen besteht die Herausforderung insbesondere in einer verbesserten Diagnostik psychischer Störungen in der medizinischen Primärversorgung und der somatischen Rehabilitation. Die Entwicklung und Durchführung von Schulungsprogrammen zum Erkennen und Behandeln psychischer Störungen sowie die Implementierung psychodiagnostischer Routinen in die somatisch-medizinische Patientenversorgung stellen hier bedeutsame Aufgaben für die Versorgungsforschung dar. Hierbei kann die Entwicklung neuer, ökonomischer Assessment-Verfahren wie zum Beispiel computeradaptiver Tests ein Weg sein, die Einführung standardisierter psychodiagnostischer Routinen zu erleichtern.

Abschließend zeigt sich ein bedeutsamer Mangel an hochwertigen klinischen Studien zu komorbiden psychischen Störungen bei KHK-Patienten. Selbst in verhältnismäßig gut untersuchten Bereichen wie dem der depressiven Störungen bei KHK sind evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen nur bedingt möglich (Baumeister, Hutter & Bengel, 2011). Zudem stellt sich insbesondere auch in Bezug auf komorbide depressive Störungen die Frage, inwiefern die Klassifikation depressiver Störungen als eine Entität mögliche differenzielle Therapieeffekte für Subtypen depressiver Störungen, wie zum Beispiel Anpassungsstörungen, organische Depression und „normale" rezidivierende depressive Störungen, verdeckt (Baumeister, 2008; Baumeister & Kufner, 2009; Baumeister, Maercker & Casey, 2009; Baumeister & Parker, 2010, 2012).

Korrespondenzadresse:

PD Dr. phil. Harald Baumeister, Dipl.-Psych., PP
Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie
Institut für Psychologie, Universität Freiburg
Engelbergerstr. 41
79085 Freiburg
Tel.: (0761) 203 30 44
Fax: (0761) 203 30 40
E-Mail: baumeister@psychologie.uni-freiburg.de

PD Dr. Michael Kusch

2.6 STRUKTURIERTE PSYCHOONKOLOGISCHE VERSORGUNG

2.6.1 Zusammenfassung

Krebserkrankungen zählen zu den häufigsten Erkrankungen des Erwachsenenalters. Sie gehen in vielen Fällen mit extremen psychischen Belastungen und komorbiden psychischen Störungen einher. Die psychoonkologische Versorgung von Krebspatienten wird bereits seit vielen Jahren als zwingend erforderlich betrachtet, entwickelt sich jedoch erst seit Kurzem zu einem Versorgungsstandard in der Onkologie. Die Anerkennung des emotionalen Distresses als eines vitalen Lebenszeichens begründet die Integration psychologischer Maßnahmen in die medizinische Krebstherapie. Das psychoonkologische Versorgungsangebot ist dabei an dem jeweiligen Versorgungsbedarf des Patienten ausgerichtet und erfolgt in abgestufter Form als Basis-, psychosoziale und psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung.

2.6.2 Einleitung

Neue internationale Standards der onkologischen Versorgung integrieren medizinische, psychologische und soziale Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen der Krebstherapie (Fann et al., 2012; Holland et al., 2011; IOM, 2008). Der Begriff „Krebs" bezeichnet alle bösartigen Gewebeneubildungen einschließlich der Lymphome und Leukämien (RKI/GEKID, 2010). Die Psychoonkologie oder psychosoziale Onkologie umfasst *„alle klinischen und wissenschaftlichen Bestrebungen zur Klärung der Bedeutsamkeit psychologischer und sozialer Faktoren in der Entwicklung und dem Verlauf von Krebserkrankungen und den individuellen, familiären und sozialen Prozessen der Krankheitsverarbeitung sowie die systematische Nutzung dieses Wissens in der Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Patienten"* (Mehnert et al., 2003, S. 81). Die klinische Psychoonkologie als Teildisziplin der Psychoonkologie steht für die Anwendung des gesicherten psychoonkologischen Wissens in der Patientenversorgung (Grassi & Riba, 2012), insbesondere in der Versorgung von Patienten mit klinisch relevanten Belastungen bzw. psychischen Störungen (Kusch et al., im Druck).

2.6.3 Epidemiologie

Nach aktuellen Schätzungen (RKI/GEKID, 2010) sind im Jahr 2006 in Deutschland zirka 426800 Krebsneuerkrankungen aufgetreten. Die häufigste Krebserkrankung der Frau ist Brustkrebs mit zirka 58000 Fällen, die häufigste beim Mann Prostatakrebs mit zirka 60100 Fällen. Männer erkranken im Mittel mit 68, Frauen mit 69 Jahren.

Komorbide psychische Störungen (nach ICD-10 oder DSM-IV) bei Krebspatienten sind mit zirka 38 Prozent psychische Störungen insgesamt, mit 19 Prozent Anpassungsstörungen, mit 16 Prozent depressive und mit zehn Prozent Angststörungen. Berichtete Prävalenzunterschiede im Zusammenhang mit dem Geschlecht bzw. Alter des Patienten oder dem onkologischen Behandlungssetting sind nicht bedeutsam. Aussagen über Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Krebserkrankungen und der Erkrankungsdauer sind bislang nicht hinreichend fundiert (Mitchell et al., 2011). Psychische Störungen können bereits vor Beginn einer Krebserkrankung vorliegen oder in Folge der Erkrankung erstmals auftreten. Die

Prävalenz psychischer Störungen geht in den Jahren nach der Krebserkrankung kontinuierlich zurück, wobei psychische Störungen noch Jahre bis Jahrzehnte nach einer Krebserkrankung vorgefunden werden. Psychische Belastungen mit klinisch relevanten Symptomen der Angst und Depression oder beidem lassen sich über den gesamten Verlauf einer Krebserkrankung und Krebstherapie nachweisen. Sie treten aber vor allem während der Phase der Krebsdiagnostik, beim Übergang in die Krebsnachsorge oder beim Wiederkehren der Erkrankung gehäuft auf (Holland et al., 2010; Kusch et al., im Druck).

2.6.4 Emotionaler Distress

Distress gilt neben der Körpertemperatur, der Atmung, dem Blutdruck, dem Puls und dem Schmerz als das sechste vitale Lebenszeichen (Bultz & Carlson, 2006). Den Distress begleitend zur onkologischen Versorgung so zu erfassen wie die Atmung oder den Blutdruck, gehört zum neuen Versorgungsstandard in der Onkologie (Holland et al., 2011).

Distress ist definiert als ein multifaktoriell bedingtes emotionales Missempfinden psychologischer, sozialer und/oder spiritueller Art, das die Fähigkeit beeinträchtigen kann, eine Krebserkrankung, ihre Symptome und ihre Behandlung effektiv zu bewältigen. Emotionaler Distress bezieht sich im Wesentlichen auf die Zustände von Angst und Depression sowie auf damit einhergehende psychosoziale Anpassungsprobleme, die im Zusammenhang mit dem persönlichen Erleben der Krebserkrankung stehen. Er wird vor dem Hintergrund eines dimensionalen Ansatzes (stetiger Anstieg der Belastungen ohne Sprünge, diagnostische Grenzsetzung ist eher willkürlich) betrachtet, dem entsprechend ein Krebspatient normale Gefühle der Verletzlichkeit, Trauer und Furcht empfindet, aber auch unter gravierenden Ängsten, Depressionen oder spirituellen Krisen leiden kann (Holland et al., 2010; NCCN, 2011).

Krebspatienten befinden sich in der überwiegenden Zeit ihrer Erkrankung und Behandlung in emotional belastenden Situationen und negativen Affektzuständen, erleben jedoch auch Zustände positiver Gefühle (Lai et al., 2012). Emotionaler Distress ist demnach nur ein, wenn auch ein häufiger und oftmals überdauernder Befindenszustand von Krebspatienten. Der Distress erfährt seine Relevanz, da er ein permanentes Bemühen erfordert, die negativen Emotionen zu regulieren. Zu klinisch relevanten Belastungen und psychischen Störungen infolge der Krebserfahrung kommt es vor allem bei Krebspatienten, denen die Regulation ihrer negativen Affekte nicht gelingt. Dies kann aufgrund wiederholt auftretender Stresssituationen, einer individuellen Disposition – wie Pessimismus, Neurotizismus, Ängstlichkeit (Trait-Angst) – oder einer negativen Affektivität (Kusch et al., im Druck) der Fall sein.

2.6.5 Kognitiv-emotionale Auseinandersetzung mit Krebs

Die Gedanken, Wünsche und Hoffnungen von Krebspatienten sind dem Ziel untergeordnet, überleben zu wollen. Besteht und erlebt der Patient „Hoffnung auf Heilung“, ist er auch bestrebt, alles ihm Mögliche zu tun, um zum Erfolg seiner Krebstherapie beizutragen. Diese aktive Mitarbeit des Patienten an seiner Krebstherapie („adherence“) erweist sich zunehmend als notwendig für die angemessene Therapiedurchführung und zuweilen auch für den Therapieerfolg. Bei Patienten mit klinisch relevanten emotionalen Belastungen oder psychischen Störungen ist die aktive Mitarbeit oftmals deutlich eingeschränkt und kann darüber den Verlauf und das Ergebnis der Krebstherapie gefährden. Besteht keine Hoffnung auf Heilung oder wird dies vom Patienten so erlebt, droht die innere Widerstandskraft

zu schwinden, und es wird seelisches Leid hervorgerufen (von Hilflosigkeit, Handlungsunfähigkeit bis hin zur Depression). Gehen Sinn und Bedeutung im eigenen Leben verloren, so ist dies nicht selten Ursache für tiefe Verzweiflung und einen vorzeitigen Todeswunsch (Kissane et al., 2011).
Die Bedrohung der persönlichen Integrität durch Krebs (Krebserfahrung) und die Notwendigkeit, sich mit den Anforderungen und Belastungen einer Krebstherapie auseinanderzusetzen (Krankheitsbewältigung), nehmen die Aufmerksamkeit und das Engagement des Patienten erheblich in Anspruch. Die vielfältigen Formen der Krankheitsbewältigung bei Krebs lassen sich vor dem Hintergrund der Emotionsregulation (Gross, 2007) auf einem Spektrum funktionaler und dsyfunktionaler Regulationsstrategien zwischen Annäherung („approach") und Vermeidung („avoidance"), problemorientiertem Nachdenken („re-appraisal") und nicht zielführendem Grübeln („rumination") sowie zwischen dem Ausdruck („expression") bzw. der Unterdrückung („suppression") emotionaler Befindenszustände ansiedeln (Kusch et al., im Druck). Die Reaktionen des Patienten auf seine Krebserfahrung können einem Kontinuum zwischen spirituellen oder existenziellen Krisen, einer krebsbezogenen posttraumatischen Belastungsreaktion oder -störung und Resignation, Demoralisation und Verbitterung zugeordnet werden (Kissane et al., 2011; Mehnert & Vehling, 2011).

2.6.6 Integrierte psychoonkologische Versorgung

Die dargestellte Bedeutsamkeit psychischer Faktoren macht Änderungen in der Versorgung erforderlich. Die Integration der psychosozialen in die medizinische Versorgung ist notwendige Voraussetzung, um allen Patienten eine Krebstherapie anbieten zu können, die ihrem Versorgungsbedarf gerecht wird (Fann et al., 2012; IOM, 2008). Eine integrierte psychoonkologische Versorgung von Krebspatienten besteht aus psychologischen und sozialen Serviceangeboten und Interventionen, die den Patienten, seine Angehörigen und den Leistungsanbieter befähigen, die medizinische Krebstherapie optimal durchzuführen und die psychologischen, verhaltensbezogenen und sozialen Aspekte der Erkrankung und deren Konsequenzen so zu managen, dass daraus eine verbesserte Gesundheit resultiert (IOM, 2008). Ein grundlegendes Behandlungsziel ist die psychische Anpassung des Krebspatienten an seine Erkrankung, ohne dass es zu dauerhaft erhöhtem Distress wie Angst und Depression oder einem Verlust der Rollenfunktionen in seinen persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensbereichen kommt. Ein weiteres Ziel ist es, den Patienten darin zu unterstützen, Verhaltensweisen zu erlernen, die seine Erkrankungssymptome minimieren und seine allgemeine Gesundheit verbessern. Um diese Ziele in der onkologischen Versorgungswirklichkeit zu erreichen, hat das Institute of Medicine (IOM, 2008) ein Versorgungsmodell formuliert, das dem neuen internationalen Qualitätsstandard der onkologischen Versorgung zugrunde liegt (Holland et al., 2011). Das Modell besteht aus der

- *Identifikation von Patienten mit psychosozialem Versorgungsbedarf,*
- *bedarfsorientierten psychosozialen Indikation und Vernetzung,*
- *Unterstützung in der Bewältigung der Anforderungen einer Krebserkrankung,*
- *Koordination der psychosozialen und medizinischen Versorgung,*
- *begleitenden Überwachung der Wirksamkeit und, wenn erforderlich,*
  der Anpassung der Versorgung sowie der
- *Einbettung der Versorgung in eine effektive Kommunikation zwischen Patient und Leistungserbringer.*

Zur Identifikation von Patienten mit psychosozialem Versorgungsbedarf sollen in einem ersten Schritt psychometrische Verfahren, Problem- oder Checklisten eingesetzt werden, anhand deren die Belastungsintensität sowie die psychosoziale Problem- und Bedürfnislage aller Krebspatienten beurteilt werden können. In einem zweiten Schritt werden die Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf zur vertieften Untersuchung an geeignete Leistungserbringer vermittelt. Krebspatienten mit hohen Belastungen und emotionalen Problemen werden hinsichtlich vorliegender behandlungsbedürftiger psychischer Belastungen oder Störungen untersucht, und ihnen wird eine neuropsychologische, psychotherapeutische und/oder psychiatrische Mitversorgung angeboten (NCCN, 2011).
Die Integration psychosozialer Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen in den Verlauf der medizinischen Krebstherapie erfordert eine Organisation und Koordination der Versorgung. Versorgungskoordination wird verstanden als die geplante Organisation von patientenbezogenen Versorgungsmaßnahmen zwischen zwei oder mehreren in die Patientenversorgung eingebundenen Leistungserbringern – einschließlich des Patienten. Sie verfolgt das Ziel sicherzustellen, dass notwendige Versorgungsleistungen angemessen erbracht werden und der „richtige Patient zum richtigen Zeitpunkt die richtige Versorgung" erhält. Die Organisation der Versorgung berücksichtigt die Bereitstellung aller personellen und anderen Ressourcen, die zur Ausführung der erforderlichen Versorgungsmaßnahmen notwendig sind (McDonald et al., 2010). Wird die Versorgung auf Ebene der onkologischen Einrichtung organisiert und es werden Leitlinien in Behandlungspfade überführt und Empfehlungen oder Anweisungen zur Auswahl und Durchführung einer Maßnahme („standard operating procedures") erarbeitet, so handelt es sich um ein Versorgungsmanagement. Wird die Versorgung auf Ebene des Patienten im Prozess der Leistungserbringung organisiert und koordiniert, so handelt es sich um Maßnahmen des Fallmanagements (Fann et al., 2012; IOM, 2008; Kusch et al., im Druck).

2.6.7 Gestufte psychoonkologische Versorgung

Die integrierte psychoonkologische Praxis erfordert strukturierte, auf Versorgungsstandards basierende Versorgungsprogramme, mit denen sowohl dem psychosozialen Bedarf des einzelnen Krebspatienten entsprochen als auch die Leistungserbringung im Verlauf der Krebserkrankung und Krebstherapie organisiert und koordiniert werden kann. Ein weitgehend akzeptiertes Modell, das der Entwicklung und Umsetzung strukturierter Versorgungsprogramme dient, ist das Modell der gestuften Versorgung (BMG, 2010; Fann et al., 2012). Es besteht aus zwei wesentlichen Merkmalen:

- *der Bereitstellung von bedarfsgerechten Interventionsformen, die in einem angemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnis stehen,*
- *und einem begleitenden Versorgungsmonitoring, das bei einem sich verändernden Versorgungsbedarf einen Wechsel in den Versorgungsstufen ermöglicht.*

Die Psychoonkologie hat verschiedene gestufte Versorgungsmodelle entwickelt und in der Versorgungspraxis erprobt (CAPO, 2010; CMP, 2007; DH, 2008). Die Modelle sehen drei oder mehr Versorgungsstufen vor, etwa eine Basisversorgung für alle Krebspatienten, eine psychosoziale Versorgung für Patienten mit konkretem Versorgungsbedarf und eine psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung für klinisch relevant belastete oder psychisch gestörte Patienten (Kusch et al., 2011). Es wird davon ausgegangen,

dass im Verlauf einer Krebserkrankung und Krebstherapie zwischen 50 bis 75 Prozent aller Krebspatienten einen einfachen oder moderaten psychosozialen Versorgungsbedarf aufweisen und etwa 15 bis 55 Prozent einen dauerhaften oder wiederholt auftretenden komplexen Versorgungsbedarf (CAPO, 2010).
Die *psychoonkologische Basisversorgung* umfasst Maßnahmen der Patienteninformation und -aufklärung. Hierbei handelt es sich um eine grundlegende partnerschaftliche Kommunikation zwischen dem Patienten, seinem behandelnden Arzt und gegebenenfalls weiteren Leistungserbringern. In der Diskussion mit dem Patienten über seine Erkrankung und Behandlung werden sein emotionales Befinden und die Aspekte der krebsbezogenen Unsicherheit und Ungewissheit berücksichtigt sowie gemeinsame Entscheidungen getroffen. Ziel ist es, den Patienten auch zum Selbstmanagement zu befähigen (IOM, 2008).
Die *psychosoziale Versorgung* umfasst Maßnahmen der Patientenunterstützung und -anleitung, die auf die konkrete, im Verlauf der Patientenversorgung wiederholt ermittelte Problem- und Bedürfnislage abgestimmt sind. Als Instrumente werden die „Hospital Anxiety and Depression Scale" (Herrmann-Lingen et al., 2011) oder das „Distress Thermometer" in Kombination mit der NCCN-Problemliste eingesetzt (Holland et al., 2011; NCCN, 2011). Die individuelle Problem- und Bedürfnislage ergibt sich aus den in der NCCN-Problemliste berücksichtigten Bereichen der Krankheitssymptome und behandlungsbedingten Nebenwirkungen, der kognitiven Beeinträchtigungen, dem psychischen und spirituellen Wohlbefinden, wie etwa dem Furchtempfinden, Problemen der psychischen Anpassung, Glaubenskrisen oder Fragen zum Lebenssinn, oder den sozialen und beruflichen Problemen und Belastungen des Patienten. Unterstützende Maßnahmen verfolgen das Ziel, Behinderungen und Einschränkungen des Patienten zu kompensieren und ihm bei der Überwindung konkreter Probleme zu helfen. Ziel der Patientenanleitung ist die Befähigung des Patienten, insbesondere die Befähigung,

- *sich weitestgehend selbstkompetent zu pflegen (Selbstpflegekompetenz),*
- *sich kompetent bei der Durchführung medizinisch-pflegerischer Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen zu engagieren (Behandlungsadhärenz),*
- *seine psychosozialen Angelegenheiten weitestgehend selbstständig zu bewältigen (Selbstfürsorge) und*
- *sich selbstständig mit den Anforderungen und Belastungen seiner Krebserkrankung auseinanderzusetzen (Selbstregulation).*

Je nach emotionaler Belastung und vorliegender Problem- und Bedürfnislage werden die vorgehaltenen Versorgungsangebote unterschiedlicher Leistungserbringer des multiprofessionellen Behandlungsteams so erbracht und koordiniert, dass sie dem Bedarf des Patienten entsprechen und die optimale Durchführung seiner medizinischen Krebstherapie fördern.
Die *psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung* umfasst psychotherapeutische Untersuchungs-, Behandlungs- und koordinierende Maßnahmen für Patienten mit klinisch relevanten Belastungen und psychischen Störungen. Psychotherapeutische Untersuchungsmaßnahmen beziehen sich auf die vertiefte Abklärung verursachender und aufrechterhaltender Faktoren, die speziell bei Patienten mit einem psychometrisch ermittelten Risiko für klinisch relevante emotionale Belastungen und psychische Störungen durchgeführt wird (Holland et al., 2011; NCCN, 2011). Zu den evidenzbasierten psychoonkologisch-psychotherapeutischen Interventionsformen gehören behaviorale und kognitiv-behaviorale

Verfahren, supportive und supportiv-expressive Therapien, humanistisch-existenzielle Therapieformen wie achtsamkeitsbasierte, motivationsfördernde, sinn- oder bedeutungsorientierte Interventionen sowie das Selbstmanagement (Kusch et al., im Druck; Watson & Kissane, 2011). Ziele der psychoonkologisch-psychotherapeutischen Versorgung sind die

- *Linderung der emotionalen Belastung und die Förderung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens,*
- *Unterstützung der Patienten in ihrem Bemühen, sich kognitiv-emotional mit ihrer Krankheit auseinanderzusetzen und sie zu bewältigen,*
- *Erhaltung und Förderung ihrer körperlichen Gesundheit und psychosozialen Funktionsfähigkeit,*
- *Erhaltung und Förderung ihrer Behandlungsadhärenz sowie die*
- *Behandlung der klinisch relevanten psychischen Belastungen bzw. psychischen Störungen.*

Versorgungskoordinierende Maßnahmen werden bei klinisch relevanten Änderungen im psychischen Befinden des Patienten, in seiner körperlichen und psychosozialen Funktionsfähigkeit sowie in seiner Motivation zur aktiven Mitarbeit an der Krebstherapie erforderlich. Sie bestehen aus ihrer Kommunikation im multiprofessionellen Behandlungsteam sowie der Planung und Einleitung geeigneter psychosozialer Versorgungsmaßnahmen, deren Verlauf zu supervidieren ist.

Korrepondenzadresse

PD Dr. Michael Kusch
IGV – Institut für Gesundheitsförderung und Versorgungsforschung gGmbH
An-Institut der Ruhr-Universität Bochum
Technologiezentrum Ruhr
Universitätsstr. 142
44799 Bochum
Tel.: (0234) 321 19 57
Fax: (0234) 321 49 52
E-Mail: michael.kusch@igv-bochum.de

PD Dr. Bernhard Kulzer

2.7 DIABETES

2.7.1 Zusammenfassung

Diabetes ist weltweit eine der chronischen Erkrankungen mit der höchsten Neuerkrankungsrate. Nur durch eine konsequente Lebensstiländerung kann es gelingen, die „Pandemie" Diabetes zu stoppen. Diabetes ist eine „verhaltensmedizinische Erkrankung", bei der psychologische Faktoren bei der Prävention, Behandlung und Rehabilitation eine wesentliche Rolle spielen. Trotz einer Vielzahl von empirischen Wirksamkeitsbelegen psychologischer Interventionen und der Verfügbarkeit von speziell weitergebildeten psychodiabetologischen Psychologen oder Psychotherapeuten ist die Verfügbarkeit psychologischer Angebote für Menschen mit Diabetes noch immer defizitär.

2.7.2 Krankheitsbild, Epidemiologie, Kosten

Aufgrund von Veränderungen des Lebensstils (Bewegungsmangel, Überernährung) ist in den vergangenen Jahrzehnten auf der ganzen Welt ein deutlicher Anstieg neuer Diabetes-Fälle zu beobachten – weltweit leben derzeit 246 Millionen Diabetiker. Im Jahr 2025 rechnet die International Diabetes Federation (IDF) mit 380 Millionen Diabetikern, falls keine effektiven Präventionsstrategien entwickelt und implementiert werden (IDF, 2011).

Unter dem Begriff „Diabetes" werden unterschiedliche Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels zusammengefasst, die durch eine chronische Hyperglykämie charakterisiert sind. Der Typ-1-Diabetes manifestiert sich meist in jüngeren Lebensjahren; der Neuerkrankungsgipfel liegt im Alter von zehn bis 15 Jahren. Infolge eines autoimmunologischen Prozesses werden die insulinproduzierenden Beta-Zellen der Bauchspeicheldrüse zerstört, sodass als Folge eines absoluten Insulinmangels das lebensnotwendige Insulin von den Patienten lebenslang gespritzt werden muss.

Die überwiegende Mehrzahl aller Menschen (zirka 95 Prozent) erkrankt an einem Typ-2-Diabetes, einer chronisch fortschreitend verlaufenden Krankheit mit einer Störung der Insulinwirkung und -produktion. Lebensstilfaktoren wie übermäßige Ernährung und mangelnde Bewegung sind wesentliche Ursachen für die Erkrankung am Typ 2, die vorwiegend im mittleren bis höheren Lebensalter auftritt.

Bereits heute beträgt die Zahl der Menschen mit Diabetes in Deutschland über sieben Millionen. Jährlich erkranken zirka 270000 Menschen neu – mit einer steigenden Tendenz (Rathmann, Kowall & Meisinger, 2010; Heidemann, Du & Scheidt-Nave, 2011). Bereits heute ist in Deutschland fast jeder Dritte über 70 Jahre Diabetiker. Anhand epidemiologischer Daten des nationalen Forscherverbunds „Kompetenznetz Diabetes" wird im Jahr 2030 in der Altersklasse der 55- bis 74-Jährigen von 3,9 Millionen Personen mit Typ-2-Diabetes ausgegangen. Gegenüber heute würde das einen Anstieg um mehr als 1,5 Millionen bedeuten (Brinks, Tamayo, Kowall & Rathmann, 2012).

Zudem tritt der Typ-2-Diabetes immer häufiger in früherem Lebensalter auf. Zunehmend sind davon auch Kinder und Jugendliche betroffen (Danne & Neu, 2011).

Durch steigende Neuerkrankungsraten sind somit immer mehr Personen und deren Angehörige von individuellem Leid betroffen. Auch das Gesundheitssystem steht hierdurch vor einer großen Heraus-

forderung, da die Behandlung des Diabetes und der damit einhergehenden Folgekomplikationen sehr teuer ist. Schon heute belastet Diabetes das Gesundheitssystem mit jährlich 25 Milliarden Euro direkten Kosten im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung und 13 Milliarden Euro im Bereich der indirekten Kosten. Anhand der Daten der KoDiM-Studie („Kosten des Diabetes mellitus in Deutschland") aus dem Zeitraum von 2000 bis 2007 wird deutlich, dass die direkten Kosten jährlich um zirka zwei Milliarden Euro steigen, von 28,3 Milliarden im Jahr 2000 auf 42 Milliarden Euro im Jahr 2007 (Köster, Huppertz, Hauner & Schubert, 2011).

2.7.3 Notwendigkeit nationaler Diabetes-Pläne

Bereits 2002 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gemeinsam mit der International Diabetes Federation (IDF) ein „Call for action"-Statement verabschiedet, in dem die Regierungen aufgefordert wurden, nationale Programme zur Primärprävention des Diabetes zu entwickeln (IDF, 2011; WHO, 2008). Auch in der UN-Resolution „Unite for Diabetes", die vor einer weltweiten Bedrohung durch eine Diabetes-Pandemie warnt, werden alle Mitgliedsstaaten aufgefordert, nationale Maßnahmen zur Prävention, Behandlung und Versorgung von Diabetes zu entwickeln (United Nations, 2006). Die EU forderte 2006 in ihrer „Declaration of Diabetes" ebenso nachdrücklich alle Mitgliedsländer auf, nationale Diabetes-Pläne zu entwickeln (European Parliament, 2006). Diese Empfehlungen wurden bereits in zahlreichen Ländern der EU umgesetzt, bisher allerdings noch nicht in Deutschland. Aktuell fordern die Vereinten Nationen in ihrer am 20. September 2011 verabschiedeten Deklaration zu nicht übertragbaren Krankheiten, dass bis Ende 2013 alle Regierungen nationale Aktionspläne gegen nicht übertragbare Krankheiten entwickeln sollen (United Nations, 2011).
In Deutschland schlagen die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und zahlreiche andere Verbände vor, nach dem Vorbild des „Nationalen Krebsplanes" einen „Nationalen Diabetes-Plan" zu entwickeln. Unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sollen die wichtigsten Organisationen, Institutionen und Patientenverbände eingebunden werden. Deren Koordination und Kooperation soll gefördert werden, um zusammen die Versorgung von Menschen mit Diabetes in Deutschland zu verbessern (Kulzer, 2011).

2.7.4 Diabetes als „verhaltensmedizinische" Erkrankung

Bei der Therapie des Diabetes kommt dem Patienten die entscheidende Rolle zu, da dieser die wesentlichen Therapiemaßnahmen in seinem persönlichen Alltag dauerhaft und eigenverantwortlich umsetzen muss. Die Prognose der Erkrankung im Hinblick auf das Auftreten von Akut- oder Folgekomplikationen, auf Lebensqualität und Lebenserwartung hängt außer von biologisch-somatischen Faktoren ganz entscheidend von dem Lebensstil des Patienten, dem Behandlungsverhalten, der psychischen Verfassung, dem Krankheitsverhalten, dem Ausmaß diabetesbezogener Belastungen sowie einer Reihe weiterer psychologischer wie auch sozialer Variablen ab. Diabetes kann daher als eine typische „verhaltensmedizinische" Erkrankung angesehen werden, bei der somatische, psychologische, verhaltensbezogene und soziale Faktoren gleichermaßen und in stetiger Wechselwirkung die Entstehung, den Verlauf und die langfristige Prognose der Krankheit prägen (siehe Abbildung 1, folgende Seite).

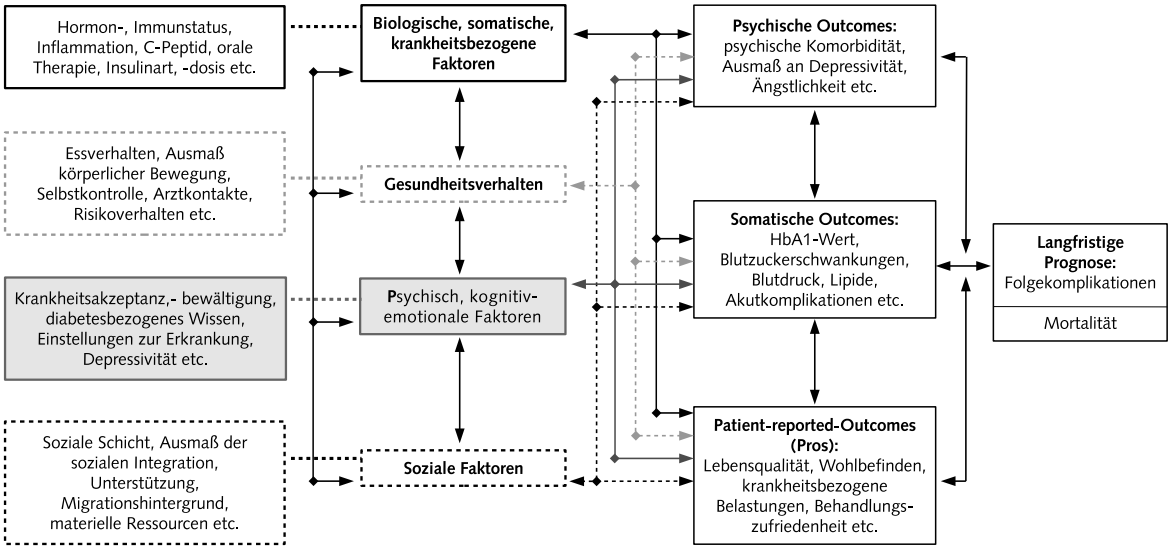


Abbildung 1:

Einflussfaktoren für die Prognose des Diabetes

Aufgrund der komplexen Wechselwirkungen somatischer, verhaltensbezogener, kognitiver, emotionaler wie auch sozialer Faktoren sollte die Behandlung des Diabetes stets aus einer „biopsychosozialen" Perspektive erfolgen. Psychologische Behandlungsmaßnahmen müssen daher in ein multidisziplinäres Gesamtkonzept der Therapie integriert sein (Kulzer & Hermanns, 2011).

Das Spektrum psychologischer Interventionen reicht von psychoedukativen Maßnahmen über verhaltensmedizinische Ansätze – vor allem bei speziellen diabetesbezogenen Problemen und Belastungen – bis hin zu störungsspezifischen therapeutischen Maßnahmen bei komorbiden psychischen Störungen. Zur primären, sekundären und tertiären Prävention des Diabetes gehört auch die Reduktion von Belastungen aufgrund sozialer Faktoren (zum Beispiel Probleme am Arbeitsplatz, mangelnder Zugang zu Angeboten des Gesundheitssystems). Hier sind oft Maßnahmen der „Verhältnisprävention" notwendig, die auf eine Reduktion gesundheitsgefährdender Arbeits- und Lebensbedingungen abzielen.

2.7.5 Bedeutung psychologischer, verhaltensbezogener und sozialer Faktoren für den Verlauf und die Prognose der Erkrankung

1. Entstehung und Verlauf der Diabetes-Erkrankung

Lebensstilfaktoren wie die Form der Ernährung (zum Beispiel Überernährung, Ballaststoffanteil), der körperlichen Aktivität (zum Beispiel Art, Ausmaß) und psychosoziale Faktoren (zum Beispiel Depression, Stress) sind für die Entwicklung des Typ-2-Diabetes von entscheidender Bedeutung. Diese verändern über verschiedene Mechanismen – wie beispielsweise verstärkte lokale oder systemische Inflammation (Kolb & Mandrup-Poulsen, 2010) oder auch zunehmende Insulinresistenz – das Risiko für die Manifestation des Typ-2-Diabetes. Auch soziale Faktoren – wie das Ausmaß der Arbeitsbelastung (Agardh et al., 2003; Agardh et al., 2004) oder die Zunahme kritischer Lebensereignisse (Mooy, de Vries, Grootenhuis, Bouter

& Heine, 2000) – sind mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine Entwicklung des Typ-2-Diabetes assoziiert. In einer Vielzahl prospektiver, randomisierter Studien, die in zwei Metaanalysen zusammengefasst wurden, konnte gezeigt werden, dass durch eine Lebensstilmodifikation bei Personen mit einem erhöhten Typ-2-Diabetes-Risiko bzw. im Vorstadium des Typ-2-Diabetes der Ausbruch der Erkrankung verhindert werden kann (Gillies et al., 2007; Orozco et al., 2008). Die bedeutsamsten randomisierten Studien zur Prävention des Typ-2-Diabetes sind das amerikanische „Diabetes Prevention Program" (DPP, Knowler et al., 2009) und die finnische „Diabetes Prevention Study" (DPS, Lindström et al., 2006). In beiden Studien konnte durch eine Lebensstilmodifikation mit Gewichtsabnahme (fünf bis sieben Prozent), Ernährungsumstellung und Steigerung der körperlichen Aktivität (30 Minuten körperliche Aktivität an fünf Tagen pro Woche bzw. 150 Minuten pro Woche) die Manifestation eines Typ-2-Diabetes um 58 Prozent vermindert werden. Bei einem von sieben Teilnehmern mit Diabetes-Risiko, die mit einem strukturierten Programm zu Lebensstiländerung behandelt wurden, kann der Ausbruch des Typ-2-Diabetes mittelfristig verhindert werden.

Auch für die Therapie des Typ-1-Diabetes ist aufgrund der Erkrankung die Veränderung des Lebensstils notwendig. Gelingt dies, so führt dies in der Regel auch zu einer nachhaltigen Verbesserung der Stoffwechseleinstellung (Ismail et al., 2008).

2. Akutkomplikationen

Für das Auftreten und den Umgang mit sehr niedrigen Blutzuckerwerten (Unterzuckerungen) sind

- *Verhaltensweisen (zum Beispiel falsche Insulindosierung, Auslassen einer Mahlzeit),*
- *Kognitionen (zum Beispiel angestrebter Blutzuckerzielbereich),*
- *Emotionen (zum Beispiel Sorglosigkeit oder Angst vor Unterzuckerungen),*
- *generelle Überzeugungen (zum Beispiel externale Kontrollüberzeugungen bezüglich der Beeinflussbarkeit einer Unterzuckerungsreaktion) wie auch*
- *die Interozeptionsfähigkeit des Patienten (zum Beispiel Wahrnehmungsfähigkeit erster Warnanzeichen einer Unterzuckerung)*

verantwortlich (Gonder-Frederick, Cox, Kovatchev, Schlundt & Clarke, 1997; Kulzer, Hermanns, Kubiak & Haak, 2004). Gleichermaßen können mangelnde soziale Fertigkeiten (zum Beispiel mangelnde Selbstsicherheit, vor anderen Personen den Blutzucker zu messen) oder ein geringes Ausmaß an sozialer Unterstützung das Risiko für Unterzuckerungen erhöhen. Eine erfolgreiche Therapie von Patienten mit wiederkehrenden schweren Unterzuckerungen muss daher gleichermaßen auf die Verbesserung physiologischer Bedingungen für die Entstehung einer Hypoglykämie-Problematik (zum Beispiel Modifikation der Insulintherapie, Veränderung glykämischer Schwellen) wie auch auf die Modifikation verhaltensbezogener, kognitiver, emotionaler und sozialer Faktoren abzielen (Hermanns, 2003; Hermanns, Krichbaum & Kulzer, 2009; Krichbaum & Kulzer, 2011).

3. Folgekomplikationen

Die Entwicklung von Folgekomplikationen wird entscheidend vom Behandlungsverhalten des Patienten geprägt. So sind beispielsweise für die Entwicklung eines „diabetischen Fußes" gleichermaßen Wissensdefizite über die Gefährdung des Fußes bei Diabetes, eine mangelnde Wahrnehmungsfähigkeit von ersten

Anzeichen von Veränderungen am Fuß, vor allem aber falsche Verhaltensweisen (zum Beispiel Tragen ungeeigneten Schuhwerks, zu späte Behandlung einer Wunde bzw. einer bereits entstandenen Infektion am Fuß) bedeutsam (Abbott et al., 2002; Boulton et al., 2008; Boulton, 2008). Auch die Prognose bei Patienten mit einem diabetischen Fuß hängt – außer von somatischen Faktoren (zum Beispiel Ausmaß des Gangräns) – entscheidend von psychischen, wie beispielweise dem Ausmaß einer Depression, verhaltensbezogenen Faktoren (zum Beispiel Tragehäufigkeit druckentlastender Schuhe) und sozialen Variablen (zum Beispiel Vorhandenseins eines sozialen Umfeldes bei vorübergehender Immobilität) ab.

4. Diabetesspezifische Problembereiche

Persönliche Lebensumstände, Belastungen aufgrund der Erkrankung (zum Beispiel Auftreten von Akut- oder Langzeitkomplikationen des Diabetes) oder fehlende Fertigkeiten und Fähigkeiten im Umgang damit können dazu führen, dass es zu einer Überforderung der eigenen Ressourcen und Möglichkeiten, die mit dem Diabetes verbundenen Anforderungen optimal zu bewältigen, kommt. Dies kann eine Zunahme diabetesspezifischer Belastungen vor allem in den folgenden Bereichen zur Folge haben (Polonsky et al., 2005; Snoek, Pouwer, Welch & Polonsky, 2000; Hermanns, Kulzer, Krichbaum, Kubiak & Haak, 2006):

- *Überforderungen durch die notwendige Lebensstilmodifikationen (zum Beispiel Gewichtsreduktion),*
- *Überforderungen durch die komplexe Behandlung des Diabetes, Belastungen aufgrund der tagtäglichen Therapieanforderungen (zum Beispiel selbstständige Insulindosisanpassung),*
- *Sorgen und Ängste bezüglich des Risikos oder tatsächlichen Auftretens von Folgeerkrankungen des Diabetes (zum Beispiel Blindheit, Amputation, Dialyse),*
- *Sorgen und Ängste bezüglich des Risikos bzw. tatsächlichen Auftretens von gefährlichen Akutkomplikationen wie Unterzuckerungen oder Ketoazidosen (zum Beispiel Unfallgefahr, Mortalitätsrisiko),*
- *Schwierigkeiten mit der Akzeptanz der Tatsache, lebenslang mit der Krankheit Diabetes leben zu müssen (zum Beispiel Motivationsverlust, Burnout),*
- *negative Emotionen, Schmerzen im Zusammenhang mit der Erkrankung bzw. Therapie (zum Beispiel Zunahme von Depressionen, Schlafstörungen, reduzierte Lebensqualität bei schmerzhafter Neuropathie),*
- *negative Auswirkungen des Diabetes auf Beruf, Familie oder Freundeskreis (zum Beispiel berufliche Probleme, Krankenrolle).*

Da diabetesbezogene Belastungen häufig verbunden sind mit

- *einem erhöhten Risiko für Probleme der Selbstbehandlung (Fisher et al., 2007),*
- *einer schlechteren Blutzuckerkontrolle (Welch, Jacobson & Polonsky, 1997) sowie*
- *dem Auftreten von psychischen Störungen wie Depressionen (Hermanns et al., 2006),*

zielen Interventionen auf die Minderung der Belastungen. Diese können in Gruppenprogrammen bzw. psychologischen oder psychotherapeutischen Einzelgesprächen durch eine auf solche Fragestellungen spezialisierte Fachkraft erfolgen.

5. Psychische Komorbidität

Bei Patienten, die längerfristig die Therapieziele der Diabetes-Behandlung nicht erreichen, sind häufig diabetesbezogene psychische Belastungen oder psychische Erkrankungen die Ursache (Herpertz et al., 2003). Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen bei Diabetes und stellen dabei ein großes Problem dar. Obwohl bereits die Häufigkeit einer diagnostizierten Depression bei Diabetikern im Vergleich zur nicht diabetischen Bevölkerung zirka doppelt so hoch ist, leidet ein größerer Anteil der Diabetes-Patienten an einer erhöhten depressiven Symptomatik und einer schlechten psychischen Befindlichkeit, ohne dass die Diagnose „Depression" gestellt werden kann („subklinische Depression"; Hermanns, Kulzer, Krichbaum, Kubiak & Haak, 2005). Metaanalysen schätzen diesen Anteil auf zirka 20 Prozent aller Diabetiker. Menschen mit Diabetes und einer Depression weisen im Vergleich zu nicht depressiven Patienten Defizite in der Selbstbehandlung und eine schlechtere Blutzuckereinstellung auf (Gonzalez et al., 2008). Das Risiko, an Folgekomplikationen des Diabetes zu erkranken, ist deutlich erhöht (Egede & Ellis, 2010). Unabhängig davon, ob es sich um eine eher milde subklinische depressive Störung oder um eine schwere klinische depressive Erkrankung handelt, haben depressive Diabetiker ein deutlich erhöhtes Risiko hinsichtlich der Folgekomplikationen und Mortalität (Egede & Ellis, 2010). Neben einem ungünstigeren Krankheitsverlauf hat eine erhöhte Depressivität bei Diabetikern auch negative Auswirkungen auf die Lebensqualität und ist mit deutlich höheren Gesundheitskosten verbunden (Egede & Ellis, 2010). Auch für Menschen ohne Diabetes erhöht das Vorliegen einer erhöhten Depressivität langfristig das Risiko, an einem Typ-2-Diabetes zu erkranken (Mezuk, Eaton, Albrecht, & Golden, 2008; Pan et al., 2012; Wagner, Icks, Albers, & Abholz, 2012).

6. Lebensqualität

Neben der Vermeidung von Akut- und Folgekomplikationen ist der Erhalt der Lebensqualität ein wichtiges Ziel der Diabetes-Therapie. Für Patienten stellt der Erhalt der Lebensqualität das bedeutsamste Ziel der Diabetes-Therapie dar. Leider weisen Menschen mit Diabetes im Vergleich zu Menschen ohne Diabetes jedoch eine schlechtere Lebensqualität auf (Moussavi et al., 2007; Goldney, Phillips, Fisher & Wilson, 2004). Dies ist auch insofern bedeutsam, als die Befindlichkeit von Menschen mit Diabetes in einem nicht unerheblichen Ausmaß mit der Qualität der Selbstbehandlung und der Blutzuckerkontrolle verbunden ist. Eine Reihe von Studien konnte zeigen, dass eine negative Lebensqualität sehr häufig mit erhöhter Depressivität oder Depression einhergeht. Beide Aspekte stellen prognostisch ungünstige Faktoren für den Verlauf des Diabetes dar (Katon et al., 2008; Zhang et al., 2005). Eine andauernde negative Lebensqualität weist unabhängig von somatischen oder anderen Risikofaktoren einen Vorhersagewert für das Auftreten von Folgekomplikationen und für eine geringere Lebenserwartung (Kleefstra et al., 2008) auf. Sowohl in der Leitlinie der International Diabetes Federation (IDF) wie auch der deutschen Leitlinie wird daher empfohlen, das „Wohlbefinden" von Diabetespatienten regelmäßig zu erfassen und gegebenenfalls zu handeln (IDF Clinical Guidelines Task Force, 2005; Herpertz et al., 2003).

2.7.6 Praxisbeispiele

1. Primäre Prävention des Typ-2-Diabetes

Die Prognose des „Kompetenznetzes Diabetes“ umfasst auch die Abschätzung der Möglichkeiten für Präventionsmaßnahmen auf der Basis von Lebensstilmodifikation bei Typ-2-Diabetes. Würden 50 Prozent der Personen mit einem Prä-Diabetes (grenzwertig erhöhte Glukosewerte, jedoch noch kein manifester Diabetes) erfolgreich und dauerhaft an Maßnahmen zur besseren Ernährung und Gewichtsreduktion teilnehmen (wie im finnischen Diabetes-Präventionsprogramm), ließe sich der starke Anstieg gegebenenfalls bremsen. Von den prognostizierten Zuwächsen von 1,5 Millionen bis 2030 könnten bei der angenommenen Teilnahmeqoute 210 000 Diabetes-Fälle bei Männern und 160 000 Fälle bei Frauen vermieden werden. Würden sogar drei von vier der Personen mit Diabetes-Vorstufen mitmachen, stiegen diese Zahlen auf 300 000 Männer und 225 000 Frauen (Brinks et al., 2012).

Für Deutschland liegt ein evaluiertes Programm („PRAEDIAS: Diabetes vermeiden – selbst aktiv werden“) zur primären Prävention des Typ-2-Diabetes vor (Kulzer et al., 2006). Das Konzept ist angelehnt an das Curriculum der amerikanischen Präventionsstudie DPP und wurde an die hiesigen Behandlungsmöglichkeiten angepasst. Im Gegensatz zur DPP- und DPS-Studie wird PRAEDIAS jedoch nicht im Einzelsetting, sondern im Gruppensetting (sechs bis zehn Teilnehmer) eingesetzt. Hierdurch reduziert sich der Stundenaufwand für die Intervention im Vergleich zu den Referenzstudien beträchtlich (zwölf Stunden und sieben Telefontermine), was eine wichtige Voraussetzung für eine Implementierung in die klinische Praxis darstellt. PRAEDIAS ist ein strukturiertes Schulungs- und Behandlungsprogramm zur Prävention des Typ-2-Diabetes mit dem Fokus auf einer nachhaltigen Lebensstilmodifikation mit den Zielen einer Gewichtsreduktion, Veränderung des Ernährungsverhaltens und Steigerung der körperlichen Aktivität. Die Evaluationsergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Studie sowie einer kontrollierten Umsetzungsstudie konnten zeigen, dass es gelungen ist, die wesentlichen Kernelemente der amerikanischen und finnischen Präventionsstudien (DPP-/DPS-Studie) erfolgreich in ein Gruppenprogramm zu integrieren (Kulzer, Hermanns, Gorges, Schwarz & Haak, 2009).

2. Psychoedukative Maßnahmen

Die Patientenschulung wird seit den Anfängen der Diabetologie als ein wesentlicher Bestandteil der Diabetes-Therapie angesehen (Assal et al., 1985). Im Vergleich zu anderen Behandlungsmaßnahmen des Diabetes ist der Evidenzgrad der Schulung ausgesprochen gut; es existiert eine große Fülle an empirischen Ergebnissen und Literatur zur Effektivität und Effizienz der Diabetes-Schulung, darunter mehrere Metaanalysen (Brown, 1990; Ellis et al., 2004; Norris, Lau, Smith, Schmid & Engelgau, 2002; Norris et al., 2004; Chodosh et al., 2005; Deakin, McShane, Cade & Williams, 2005). Die Metaanalyse der Arbeitsgruppe um Ellis konnte zeigen, dass Schulungsformen, die psychologische Elemente wie Gruppendiskussionen, individuelle Zielvereinbarungen, praktische Übungen und Hausaufgaben integrieren, deutlich bessere Ergebnisse bezüglich des HbA1c-Wertes aufweisen als traditionelle psychoedukative Maßnahmen (Ellis et al., 2004). Schulungsprogramme, die psychosoziale Variablen wie das Ausmaß an Selbstwirksamkeit, an sozialer Unterstützung oder aktiver Problemlöse- bzw. Bewältigungsstrategien integrieren, weisen bessere Effekte auf (Norris, Engelgau & Venkat Narayan, 2001; Ismail, Winkley & Rabe-Hesketh, 2004; Winkley, Ismail, Landau & Eisler, 2006).

Mittlerweile gibt es auch in Deutschland eine ganze Reihe von Psychologen entwickelter Schulungsprogramme auf der Basis des Selbstmanagementansatzes, die von den Krankenkassen bezahlt werden. Eine Übersicht ist in den nationalen Leitlinien „Schulung" zu finden (www.versorgungsleitlinien.de/themen/diabetes2/dm2_schulung).

3. Stressmanagement

In der Heidelberger Diabetes- und Stress-Studie (HeiDis) wurde erfolgreich der Effekt eines Programms zur Stressreduktion bei Patienten untersucht, die bereits seit Jahren an Diabetes erkrankt sind (Hartmann et al., 2012). Das entwickelte Antistressprogramm zielt durch Erhöhung der Achtsamkeit darauf ab, dass die Patienten ihre Krankheit besser akzeptieren und sich darüber austauschen. In acht wöchentlichen Abendtreffen, die jeweils von einer Psychologin und einer Ärztin gemeinsam geleitet werden, lernen die Patienten zum Beispiel Atem- und Meditationsübungen oder wie sie Hypoglykämien und andere kritische Situationen beherrschen können. Erste Ergebnisse ein Jahr nach der Intervention zeigen nun, dass die Teilnehmer nach der Gruppentherapie seltener an Depressionen litten als vorher. Auch ihr körperlicher Zustand hatte sich verbessert; hoher Blutdruck und weitere kardiovaskuläre Risikofaktoren waren verringert (Hartmann et al., 2012).

4. Programm zur Reduktion der Depressivität

Im Rahmen des Forschungsverbundes „Kompetenznetz Diabetes" wurde das kognitiv-behaviorale Gruppentherapieprogramm „DIAMOS – Diabetes-Motivation stärken" zur effektiven und effizienten Versorgung subklinisch depressiver Diabetes-Patienten entwickelt (Kulzer et al., 2012b). Das Programm ist für Patienten mit Typ-1- wie auch mit Typ-2-Diabetes geeignet und für vier bis sechs Teilnehmer vorgesehen. Es fokussiert in erster Linie auf diabetesbezogene Belastungen und Probleme. Innerhalb von zehn Kursstunden werden Strategien zur Bewältigung der Belastungen erarbeitet und motivierende Ziele entwickelt. In dem Programm sollen emotionale und verhaltensbezogene Probleme, die das Leben mit Diabetes erschweren und einer erfolgreichen Selbstbehandlung entgegenstehen, reduziert und funktionale Strategien im Umgang mit der Krankheit entwickelt werden. Die Wirksamkeit von DIAMOS wurde im Diabetes Zentrum Mergentheim in einer randomisierten, kontrollierten Studie mit 214 subklinisch depressiven Diabetes-Patienten nachgewiesen (Kulzer et al., 2012a).

5. Ausbildung zum Fachpsychologen, Psychodiabetologen

Seit über 15 Jahren gibt es bei der Arbeitsgemeinschaft „Diabetes und Psychologie" der Deutschen Diabetes Gesellschaft die Möglichkeit der Weiterbildung zum „Fachpsychologen Diabetes, DDG", dies mittlerweile mehr als 150 Kollegen erfolgreich absolviert haben (Info: www.diabetes-psychologie.de). In Kooperation mit einer Landespsychotherapeutenkammer wurde ein Weiterbildungscurriculum zum „Psychodiabetologen" entwickelt, das sich an psychologische Psychotherapeuten richtet (Info: ww.lpk-rlp.de/web/weiterbildung.php4). Beide Weiterbildungen sind weltweit Modelle für die Weiterbildung von Psychologen oder Psychotherapeuten, die dadurch mit speziellen psychodiabetologischen Kompetenzen für die Betreuung von Menschen mit Diabetes und psychologischen Problemen zur Verfügung stehen.

2.7.7 Empfehlungen

- Die Behandlung des Diabetes sollte aus einer „biopsychosozialen“ Perspektive erfolgen: Psychologische Behandlungsmaßnahmen sollten daher in ein multidisziplinäres Gesamtkonzept der Therapie integriert sein.
- Die Stärkung des Patienten ist ein weiteres wichtiges Handlungsfeld für eine Verbesserung der Versorgungssituation, da er im Rahmen der Therapie eine bedeutsame Rolle einnimmt. Hierbei spielt das Angebot einer strukturierten Psychoedukation eine wichtige Rolle und sollte jedem Menschen mit Diabetes entsprechend seinen Wünschen, Problemen und Zielen angeboten werden.
- In einer Reihe zusammenfassender Untersuchungen (Metaanalysen) konnte gezeigt werden, dass psychologische Ansätze in der Diabetes-Therapie für den Patienten sehr hilfreich sind. Dies gilt sowohl in Hinsicht auf die Verbesserung der Blutzuckerwerte als auch in Hinsicht auf eine gesteigerte Lebensqualität. In den weltweiten Leitlinien der International Diabetes Federation (IDF) zur Behandlung des Typ-2-Diabetes und auch in den wissenschaftlichen Leitlinien wie den Praxisleitlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) wird daher eine adäquate psychologische Betreuung als Standard einer guten Diabetes-Therapie gefordert. Bisher gibt es in Deutschland jedoch noch immer zu wenige psychologische Therapieangebote für Patienten mit Diabetes. Angesichts der Vielzahl möglicher krankheitsassoziierter Probleme ist für ambulante wie für stationäre diabetologische Schwerpunkteinrichtungen die Integration eines qualifizierten psychologischen Angebotes sinnvoll und notwendig.

Korrespondenzadresse

PD Dr. Bernhard Kulzer
Diabetes Zentrum Mergentheim, Forschungsinstitut Diabetes
Theodor-Klotzbücher-Str. 12, 97980 Bad Mergentheim
Tel.: 07931 - 59 41 51
E-Mail: kulzer@diabetes-zentrum.de

EMPFEHLUNGEN DES BDP

Prävention und Versorgung von psychischen und körperlichen Belastungen oder Erkrankungen

Der Umgang mit psychischen Belastungen und Störungen im Sozial- und Gesundheitswesen muss so normal werden wie der mit körperlichen Symptomen und Erkrankungen.

Eine Neuausrichtung von Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung, die den hohen Stellenwert der Psyche angemessen berücksichtigt, ist dringend erforderlich. Angesichts knapper Kassen ist die damit erreichbare Verringerung von kostenträchtiger Falschbehandlung und unversorgten Erkrankungen sehr bedeutsam. Kosten würden so nicht nur im Gesundheitssystem reduziert, sondern auch in weiteren gesellschaftlichen Sicherungssystemen, beispielsweise im Sozialwesen und in der Rentenversicherung. Zudem können mit psychologischen Maßnahmen die Lebensqualität sowie die Lebenserwartung gesteigert werden.

In der Forschung und im Besonderen in der Forschung zum aktuellen Stand und zum erreichten sowie entgangenen Nutzen in der Versorgung von Volkskrankheiten müssen effektive psychologische Maßnahmen identifiziert, evaluiert und schneller in die Praxis der Versorgung implementiert werden.

Die somatische Ausrichtung bei der Behandlung chronischer Erkrankungen muss überwunden werden. Eine Verstärkung der Prävention und der Intervention bei psychischer Komorbidität (psychische Störung oder Belastung bei gleichzeitigem Vorliegen einer oder mehrerer körperlicher Erkrankungen) sowie die Verbesserung des diagnostischen Vorgehens sind dringend erforderlich.

Beratung, Schulung und Gesundheitsförderung im Kontext chronischer Erkrankungen müssen in Konzeption und Durchführungsqualität wesentliche psychologische Dimensionen in den Fokus nehmen. Konzepte zu Änderungsmotivation, subjektiver Krankheitstheorie, Selbstwirksamkeits- und Konsequenzerwartung sind dabei zu berücksichtigen. Zur Umsetzung brauchen wir mehr Psychologen in der rehabilitativen Versorgung und in der Konzeptentwicklung (zum Beispiel bei den Reha-Trägern) sowie in der Fort- und Weiterbildung anderer Berufsgruppen.

In der Praxis der Gesundheitsversorgung ist es dringend geboten, kontinuierlich Empfehlungen für psychologische Interventionen zu implementieren. Dieses Vorgehen in der multimodalen Versorgung von chronisch Kranken führt zu einer Minderung psychischer Belastungen und Störungen. Zudem ist zu erwarten, dass dadurch Frühverrentungen, Fehlzeiten und somit die gesellschaftlichen Kosten gesenkt werden.

Im ambulanten Bereich müssen in Zukunft zusätzlich zu den psychotherapeutischen Interventionen auch die psychologischen Maßnahmen, die für chronisch Kranke in ihrer Wirkung gut belegt sind, von den Krankenkassen vergütet werden. In den Kliniken sollten approbierte Psychologen den Ärzten gleichgestellt sein; Diplom-Psychologen sind organisationspsychologisch und klinisch psychologisch ausgebildet und können Leitungsfunktionen gut ausfüllen.

Depression

Präventionsmaßnahmen, die das Auftreten von Depressionen und deren Rezidiven verhindern, sind effektiv. Angesichts der hohen Anzahl auftretender Depressionen und ihres Einflusses auf die Entwicklung körperlicher Erkrankungen müssen diese wirksamen Maßnahmen breit angewendet werden.

Der Versorgungsgrad in der Behandlung von Depressionen und die Erkennungsrate durch mehr und qualitätsgesicherte Diagnostik müssen erhöht werden.

Für Jugendliche und ältere Menschen müssen mehr Angebote und Anreize zur Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen und Behandlung bei Depression bereitgestellt werden. Die Nachhaltigkeit der Wirksamkeit von Psychotherapien in Verbindung mit dem Schweregrad ist ausreichend belegt. Deshalb muss die Behandlungssteuerung bei Depressionen stärker an diesen wirksamen Therapien ausgerichtet und strukturell weniger auf pharmakotherapeutische Ansätze konzentriert sein.

Burnout

Der Aspekt der psychischen Belastungen von Beschäftigten muss in den Betrieben und zudem vom Gesetzgeber im Arbeitsschutzgesetz berücksichtigt werden. Nur wenn auch Letzteres geschieht, werden sich Unternehmen der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen bezüglich psychischer Belastungen energisch widmen.

Zur Burnout-Prävention müssen Experten eingesetzt werden, die sich aufgrund ihrer Berufsausbildung mit dem Thema der psychischen Belastungen in der Arbeitswelt von Grund auf auskennen. Betriebspsychologen können diese Rolle erfüllen.

Durch die gestiegene Nachfrage nach psychotherapeutischer Intervention für Burnout-Betroffene werden mehr Anlaufstellen mit kurzfristig erhältlichen Hilfsangeboten benötigt.

Rückenschmerz

Die Behandlung unspezifischer Rückenschmerzen muss interdisziplinär und nicht – wie es heute noch häufig der Fall ist – monomodal mit passiven Ansätzen der Schmerzunterdrückung oder -linderung erfolgen. Warten unter Phamakotherapie ersetzt nicht die Suche und Behebung von meist psychischen Schmerzursachen. Eine Chronifizierung der Rückenschmerzen kann durch präventive Maßnahmen vermieden werden. So können die damit verbundenen direkten und indirekten Kosten gesenkt werden.

Meist sind auch die somatisch-diagnostischen Maßnahmen in der Versorgungspraxis folgenlos und durch Unterstützung einer somatischen Fixierung sogar kontraproduktiv. Stattdessen sollte eine frühzeitige, auf gesicherten wissenschaftlichen Ergebnissen beruhende Intervention erfolgen, die auf Risiken ausgerichtet ist und bei der eine ausführliche Beratung zu den im Einzelfall besonders relevanten psychologischen Dimensionen eingeschlossen ist.

Der Fokus der Interventionen muss auf die Faktoren verschoben werden, die für die Entstehung und das Anhalten von Rückenschmerzen relevant sind. Dazu zählen Lebensstil, berufliche Faktoren und psychologische Dimensionen, wie psychische Belastungen im weiten Sinne, Selbstwirksamkeitserwartung (was man sich zur Veränderung selbst zutraut/nicht zutraut), subjektive Krankheitstheorie mit somatischer Fixierung (zum Beispiel: die Bandscheibe ist kaputt, oder der Nerv ist angeschlagen und braucht Ruhe), schmerzbezogene Angst und das Vermeidungsverhalten bezüglich Bewegungsaktivitäten.
Die Behandlung chronifizierter Rückenschmerzen sollte regelhaft multimodal und multidisziplinär unter Beachtung der erforderlichen hohen Fachkompetenz und der Zielsetzung der nachhaltigen Wiederherstellung psychischer und körperlicher Funktionen erfolgen.

Adipositas

Die Volkskrankheit Adipositas stellt eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar und ist nicht nur das Problem Einzelner. Der frühzeitige Zugang zu den effektiven multimodalen Behandlungskonzepten mit psychologischer Beteiligung muss von den Krankenkassen ermöglicht werden. Gegebenenfalls sind dazu auch Gesetzesänderungen hinsichtlich der Bewilligungskriterien notwendig.

Die Therapie von Adipositas-Patienten darf nicht einseitig auf die Verminderung des Gewichts abzielen, sondern muss auch auf die Verbesserung des Gesundheitsverhaltens, der Selbstmanagementfähigkeiten, der Stressbewältigungsstrategien und auf die Verbesserung der Lebensqualität gerichtet sein. Weitere psychische Faktoren, die einen positiven Einfluss auf die Gewichtsstabilisierung haben, sind unter anderem die Selbstwirksamkeit, die soziale Unterstützung und Kontrollüberzeugungen. Bei Kindern und Jugendlichen ist die zusätzliche Arbeit mit den Eltern wichtig.

Psychologische Konzepte sind unverzichtbarer Bestandteil der Adipositas-Therapie. Sie umfassen nicht nur Patientenschulungen im Sinne der Information über Zusammenhänge zwischen Körper und Psyche, sondern auch konkrete Verhaltensstrategien zur Initiierung und Aufrechterhaltung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. Um der hohen Zahl von Therapieabbrüchen entgegenzuwirken, sollte eine zentrale Aufgabe im Aufbau und der Erhaltung der Veränderungsmotivation liegen.

Es muss ein Forschungsförderungsschwerpunkt auf die weitere Entwicklung und Evaluation von Präventions- und Interventionsprogrammen gelegt werden. Dabei sollte zukünftig auch die Untersuchung langfristiger Effekte zum Standard gehören.

Koronare Herzerkrankung (KHK)

Aufgrund der erhöhten Sterblichkeit bei KHK-Patienten mit einer gleichzeitigen psychischen Störung wie Depression muss das somatisch-pathogenetische Verständnis der KHK um psychische und soziale Einflussfaktoren erweitert werden. Auf dieser Basis müssen spezifische Behandlungsangebote für spezifische Patientenpopulationen erarbeitet werden. Dafür ist die Implementierung einer differenziellen Diagnostik psychischer Störungen erforderlich.

In der medizinischen Primärversorgung und der somatischen Rehabilitation bei KHK besteht eine besondere Herausforderung in der Veränderung des Stellenwerts der Diagnostik von psychischen Störungen. Zudem stellen die Entwicklung und Durchführung von Schulungsprogrammen zum Erkennen und Behandeln psychischer Störungen sowie die Implementierung psychodiagnostischer Routinen in die somatisch-medizinische Patientenversorgung eine bedeutsame Aufgabe für Versorgung und Forschung dar.

Selbst in verhältnismäßig gut untersuchten Bereichen wie dem der depressiven Störungen bei KHK sind evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen nur bedingt möglich. Dieser Mangel an hochwertigen klinischen Studien zu den häufigsten gleichzeitig vorliegenden psychischen Störungen bei KHK-Patienten sollte möglichst rasch behoben werden.

Krebs

Die integrierte psychologisch-onkologische Versorgung ist in der Praxis noch stark unterrepräsentiert und muss flächendeckend etabliert werden. Gestufte psychoonkologische Versorgungsmodelle sehen zum einen eine Basisversorgung für alle Krebspatienten vor. Zum anderen soll es eine spezifische Versorgung für Patienten mit psychischen Belastungen und sozialen Problemen und eine psychologisch-onkologisch oder psychotherapeutische Versorgung für klinisch-psychologisch hoch belastete bzw. psychisch erkrankte Patienten geben.

Für Krebspatienten sollte bereits von Anfang an Zugang zu psychoonkologischer Versorgung – sowohl von stationärer als auch von ambulanter Seite flächendeckend und wohnortnah – angeboten werden. Zur flächendeckenden Implementierung eines solchen Versorgungsstandards gehört neben der Stärkung der Psychoonkologie auch die Schulung des medizinischen Personals, um den Patienten und deren Angehörigen einen niedrigschwelligen Zugang zur psychoonkologischen Versorgung zu ebnen.

Die integrierte psychoonkologische Praxis erfordert strukturierte, auf Versorgungsstandards basierende Versorgungsprogramme. Mit diesen kann sowohl dem psychosozialen Bedarf des einzelnen Krebspatienten entsprochen als auch die Leistungserbringung im Verlauf der Krebserkrankung und Krebstherapie organisiert und koordiniert werden.

Diabetes

Die Behandlung des Diabetes muss aus einer „biopsychosozialen“ Perspektive erfolgen. Psychologische Behandlungsmaßnahmen sollten daher in ein multidisziplinäres Gesamtkonzept der Diabetes-Therapie integriert sein.

Die Stärkung der Patienten ist ein wichtiges Handlungsfeld zur Verbesserung der Versorgungssituation, da der Patient als Akteur im Diabetes-Management eine sehr bedeutsame Rolle einnimmt. Hierbei ist das Angebot einer strukturierten Patientenschulung wesentlich und sollte jedem Menschen mit Diabetes entsprechend seinen Wünschen, Problemen und Zielen angeboten werden.

Die Effektivität von Programmen und Interventionsformen, die konzeptuell wesentliche psychologische Dimensionen wie Selbstwirksamkeitserwartung, subjektive Bewältigungsstrategien und soziale Unterstützung integrieren, ist belegt. Bedeutsame Ziele bei Diabetes bestehen in der Stärkung des Selbstmanagements, der nachhaltigen Lebensstiländerung, der besseren Stressbewältigung, der Reduktion von Depressivität, dem Abbau von Ängsten, Sorgen und Überforderungsgefühlen. Diese bei Diabetes effektiven Maßnahmen müssen breitflächig zum Versorgungsstandard werden.

Eine angemessene psychologische Betreuung ist Standard einer guten Diabetes-Therapie. Bisher gibt es in Deutschland jedoch noch immer zu wenige psychologische Therapieangebote für Patienten mit Diabetes. Angesichts der Vielzahl möglicher krankheitsassoziierter Probleme ist für ambulante wie für stationäre diabetologische Schwerpunkteinrichtungen die Integration eines qualifizierten psychologischen Angebotes sinnvoll und notwendig.

Fazit und Ausblick

In der täglichen Versorgungspraxis des deutschen Gesundheitssystems ist die Psychologie eine noch vernachlässigte Größe. Innerhalb der Disziplin Psychologie wurde in den vergangenen Jahren ein breites Fundament an Erkenntnissen entwickelt, die im Gesundheitssystem der Moderne nicht fehlen dürfen. Wirksame Präventionsprogramme, Vorgehensweisen zur besseren Diagnostik und Behandlungssteuerung, evaluierte Interventionskonzepte und Forschungsfragen zur Optimierung der Versorgung sind in diesem Bericht bezogen auf die Volkskrankheiten zusammengestellt.

Angesichts des Leids und zusätzlicher Kosten erscheint es mehr als überfällig, die Kluft zwischen den Erkenntnissen der Psychologie und den Versorgungsrealitäten in Kliniken, in Arztpraxen und in anderen Einrichtungen der medizinischen Versorgung zu schließen. Psychologinnen und Psychologen stehen bereit, die Potenziale ihrer Disziplin gemeinsam mit den anderen Gesundheitsberufen zum Nutzen aller anzuwenden und weiterzuentwickeln.

Literaturverzeichnis

Prof. Dr. Dr. Dipl.-Psych. Jürgen Bengel & Prof. Dr. Dipl.-Psych.Oskar Mittag
Gesundheitliche und ökonomische Bedeutung
von chronischen Erkrankungen und psychischer Komorbidität

Literatur

Barth, J. Schumacher, M. & Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine, 66,* 802-813.

Baumeister, H., Hutter, N., Bengel, J. & Härter, M. (2011). Quality of life in medically ill persons with comorbid mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics, 80,* 275-286.

Baumeister, H., Jahed, J., Vogel, B., Härter, M., Barth, J. & Bengel, J. (2012). *Diagnostik, Indikation und Behandlung von psychischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation (DIBpS). Ein Leitfaden zur Implementierung einer Strategie zum Screening und zur Diagnostik psychischer Störungen bei Patienten in der medizinischen Rehabilitation.* Berlin: DRV Bund.

Bengel, J. & Helmes, A. W. (2011). Rehabilitation. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (4. Aufl., S. 530-553). Bern: Huber.

Bengel, J., Barth, J. & Härter, M. (2007). Körperlich Kranke. In B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie* (S. 837-860). Göttingen: Hogrefe.

Clouse, R. E., Lustman, P. J., Freedland, K. E., Griffith, L. S., McGill, J. B. & Carney, R. M. (2003). Depression and coronary heart disease in women with diabetes. *Psychosomatic Medicine, 65,* 376-383.

Ehlert, U. (Hrsg.) (2003). *Verhaltensmedizin.* Berlin: Springer.

Faller, H., Reusch, A. & Meng, K. (2011). DGRW-Update: Patientenschulung. *Rehabilitation, 50,* 284-291.

Farin E., Follert, P. & Jäckel, W. H. (2002). Die Therapiezielfestlegung bei Patienten mit psychischen Belastungen in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation. *Rehabilitation, 41,* 389-400.

Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist, 54,* 493-503.

Härter, M., Baumeister, H. & Bengel, J. (Hrsg.) (2007). *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen.* Berlin: Springer.

Helmes, A., Schumacher, M. & Bengel, J. (2007). Interventionen bei psychischen Belastungen und Störungen bei körperlichen Erkrankungen. In M. Härter, H. Baumeister & J. Bengel (Hrsg.), *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen* (S. 83-95). Berlin: Springer.

Hutter, N., Schnurr, A. & Baumeister, H. (2010). Healthcare costs in patients with diabetes mellitus and comorbid mental disorders - systematic review. *Diabetologica,* 53 (12).

Irle, H., Worringen, U., Korsukéwitz, C., Klosterhuis, H. & Grünbeck, P. (2002). Erfassung und Behandlung psychischer Beeinträchtigungen in der somatisch-medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation, 41,* 382-388.

Mittag, O. & Bengel, J. (2007). Allgemeine Gesundheitsbildung. In B. Rauch et al. (Hrsg.), *Kardiologische Rehabilitation* (S. 95-98). Stuttgart: Thieme.

Reese, C., Mittag, O., Bengel, J., Boll-Klatt, A., Cordes, C., Deck, R., Dräger-Recktenwald, R., Faller, H., Fleig, L., Gauggel, S., Geigges, W., Grande, G., Hautzinger, M., Herrmann-Lingen, C., Langosch, W., Mai, B., Niebling, W., Pomp, S., Schmucker, D., Wörner, S. & Worringen, U. (2012a). *Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Koronare Herzerkrankung.* Verfügbar unter: http://www.uniklinik-freiburg.de/aqms/live/Praxisempfehlungen.html.

Reese, C., Mittag, O., Bengel, J., Deck, R., Ehlebracht-König, I., Faller, H., Fleig, L., Geigges, W., Glombiewski, J., Grande, G., Hautzinger, M., Höder, J., Jäckel, W.H., Kortenhaus, H., Lüking, M., Mai, B., Niebling, W., Pfingsten, M., Pomp, S., Rink, M., Schmucker, D., Wörner, S. & Worringen, U. (2012b). *Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Chronische Rückenschmerzen.* Verfügbar unter: http://www.uniklinik-freiburg.de/aqms/live/Praxisempfehlungen.html.

Robert Koch-Institut. (Hrsg.) (2006). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland.* Berlin: RKI.

Rugulies, R. & Siegrist, J. (2002). *Soziologische Aspekte der Entstehung und des Verlaufs der koronaren Herzkrankheit.* Frankfurt: VAS.

Schwartz, F. W., Bitzer, E. M. & Dörning, H. (1999). *Gesundheitsausgaben für chronische Krankheit in Deutschland. Krankheitskostenlast und Reduktionspotentiale durch verhaltensbezogen Risikomodifikation.* Lengerich: Pabst.

Sniehotta, F. F., Scholz, U., Schwarzer, R., Fuhrmann, B., Kiwus, U. & Völler, H. (2005). Long-term effects of two psychological interventions on physical exercise and self-regulation following coronary rehabilitation. *International Journal of Behavioral Medicine*, *12*, 244–255.

Willett, W. C. (2002). Balancing life-style and genomics research for disease prevention. *Science, 296,* 695-698.

Prof. Dr. Frank Jacobi

Warum sind psychische Störungen Volkskrankheiten?

Literatur

Barth, J., Schumacher, M. & Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine, 66*, 802-813.

Barth, J., Lannen P. (2011). Efficacy of communication skills training courses in oncology: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology, 22,* 1030-1040.

Barlow, D. H. (2004). Psychological Treatments. *American Psychologist, 59* (9), 869-878.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (Hrsg.) (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.* Genf: World Health Organization. Verfügbar unter: www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm [20.07.2012].

European Commission (2005). Green Paper. *Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union.* Verfügbar unter: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf [20.07.2012].

Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., Dodel, R., Ekman, M., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Gannon, B., Hilton Jones, D., Jennum, P., Jordanova, A., Jönsson, L., Karampampa, K., Knapp, M., Kobelt, G., Kurth, T., Lieb, R., Linde, M., Ljungcrantz, C., Maercker, A., Melin, B., Moscarelli, M., Musayev, A., Norwood, F., Preisig, M., Pugliatti, M., Rehm, J., Salvador-Carulla, L., Schlehofer, B., Simon, R., Steinhausen, H.-C., Stovner, L. J., Vallat, J.-M., Van den Bergh, P., van Os, J., Vos, P., Xu, W., Wittchen, H.-U., Jönsson, B., Olesen, J. behalf of the CDBE2010 study group (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21,* 718-779.

Jacobi, F., Klose, K. & Wittchen, H.-U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt, 47,* 736-744.

Jacobi, F. & Preiß, S. (2011). Epidemiologie psychischer Störungen, Behandlungsbedarf und Versorgungssituation. In W. Senf & W. Broda, *Praxis der Psychotherapie* (5. vollst. überarbeitete Aufl., S. 16-25). Stuttgart: Thieme.

Koch, U, Mehnert, A, Härter, M (2011). Chronische körperliche Erkrankungen und psychische Komorbidität. Editorial. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 54,* 1-3.

König, H.-H., Willich, S. N., Koch-Gromus, U. (2012). Perspektiven gesundheitsökonomischer Forschung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 55,* 601-603.

Lustman, P. J. & Clouse, R. E. (2005). Depression in diabetic patients: The relationship between mood and glycemic control. *Journal of Diabetes and Its Complications, 19* (2), 113-122.

Margraf, J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine kritische Literaturauswertung.* Berlin: Springer.

Rugulies R. & Siegrist, J. (2002). *Soziologische Aspekte der Entstehung und des Verlaufs der KHK.* Frankfurt a. M.: Verlag akademischer Schriften.

Schmacke, N. (2012). Häufigkeit seelischer Erkrankungen – Die Frage nach der „wahren" Prävalenz ist kein akademischer Luxus. *GGW, 12* (3), 7-15.

Schulz, H., Barghaan, D., Koch, U., Harfst, T. (2011). Die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.) *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 361-380). Heidelberg: Springer.

Statistisches Bundesamt. (2010). *2010: 287 Milliarden Euro für Gesundheit ausgegeben.* Verfügbar unter: www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Aktuell.html [20.07.2012].

WHO (2002). Global Burden of Disease Estimates. Verfügbar unter: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/index.html [20.07.2012].

Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 44* (10), 993-1000.

Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P, Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21*, 655-679.

Prof. Dr. Martin Hautzinger

Volkskrankheit Depression

Literatur

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. (2009). *Nationale Versorgungsleitlinie Depression.* Verfügbar unter: http://www.depession.versorgungsleitlinien.de [01.08.2012].

Beutel, M., Leuzinger-Bohleber, M., Rüger, B., Bahrke, U., Negele, A., Edinger, J., Haselbacher, A., Fiedler, G., Keller, W. & Hautzinger, M. (im Druck). Psychoanalytic and cognitive-behaviour therapy of chronic depression. Short- and long-term effects of preferred and randomized assignment. *BMC Psychiatry.*

Brakemeier, E. L., Schramm, E. & Hautzinger, M. (2012). *Chronische Depression. Reihe Fortschritte der Psychotherapie* (Band 49). Göttingen: Hogrefe.

DeJong-Meyer, R., Hautzinger, M., Kühner, C. & Schramm, E. (2007). *Evidenzbasierte Leitlinien zur Psychotherapie affektiver Störungen.* Göttingen: Hogrefe.

Hautzinger, M. (2010). *Akute Depression. Reihe Fortschritte der Psychotherapie* (Band 40). Göttingen: Hogrefe.

Nemeroff, C. B., Heim, C. M., Thase, M. E., Klein, D. N., Rush, A. J., Schatzberg, A. F. et al. (2003). Differential response to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 100,* 14293-14296.

Petrak, F. Hautzinger, M., Plack, K., Kronfeld, K., Ruckes, C. & Müller, M. J. (2010). Cognitive behavioral therapy for elderly type 2 diabetes patients with minor depression or mild major depression. *BMC Geriatrics, 10,* 21-26.

Pössel, P., Adelson J. L. & Hautzinger, M. (2011). A randomized trial to evaluate the course of effects of a program to prevent adolescent depressive symptoms over 12 months. *Behaviour Research and Therapy, 49,* 838-851.

Pössel, P., Martin, N., Garber, J. & Hautzinger, M. (im Druck). A randomized controlled trial comparing a cognitive-behavioral to a non-specific program for the prevention of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.*

Schramm, E., Hautzinger, M., Zobel, I., Kriston, L., Berger, M. & Härter, M. (2011). Comparative efficacy of the Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy versus Supportive Psychotherapy for early onset chronic depression. *BMC Psychiatry, 11,* 134-143.

Stangier, U., Hilling, C., Heidenreich, T., Risch, A. K., Barocka, A., Schlösser, R., Kronfeld, K., Ruckes, C., Berger, H., Röschke, J., Weck, F., Volk, S., Hembrecht, M., Serfling, R., Erkwoh, R., Stirn A., Sobanski, T. & Hautzinger, M. (im Druck). Maintenance Cognitive Therapy and Manualized Psychoeducation in the Treatment of Recurrent Depression: a Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry.*

Wahl, M., Patak, M., Hautzinger, M. (2012). Lehrer als Trainer von Präventionsprogrammen für sozial benachteiligte Jugendliche. *Prävention und Gesundheit, 7,* 107-114.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., von Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21, 655-679.*

Dipl.-Psych. Julia Scharnhorst, MPH

Burnout– eine neue Volkskrankheit?

Literatur

Bundespsychotherapeutenkammer. (2012). *BPtk-Studie zur Arbeitsunfähigkeit – Psychische Erkrankungen und Burnout.* Berlin.

Bundesverband der Betriebskrankenkassen. (2010). *BKK Gesundheitsreport 2010*. Essen.

Burisch, M. (2010). *Das Burnout-Syndrom*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F)*. Bern: Huber Verlag.

Kamp, L., & Pickshaus, K. (2011). *Regelungslücke psychische Belastungen schließen*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Kaschka, W., Korczak, D., & Broich, K. (2011). Modediagnose Burn-out. *Deutsches Ärzteblatt*, 781-787.

Kurth, B.-M. (2012). Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS). *Bundesgesundheitsblatt*, 1-11.

Scharnhorst, J. (2010). Individuelle Widerstandskraft – eine notwendige Kernkompetenz? *Personalführung,* 34 - 41.

Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study & Practice*. London: Taylor & Francis.

Literatur

Arnold, B., Brinkschmidt, T., Casser, H., Gralow, I., Irnich, D., Klimczyk, K., Müller, G., Nagel, B., Pfingsten, M., Schiltenwolf, M., Sittl, R. & Söllner, W. (2009). Multimodale Schmerztherapie. *Schmerz, 23*, 112-120.

Arnold, B., Hildebrandt, J., Nagel, B. & Pfingsten, M. (2011). Multimodale Therapie. In J. Hildebrandt & M. Pfingsten (Hrsg.), *Rückenschmerz und Lendenwirbelsäule* (S. 415-428). München: Elsevier.

Boersma, K. & Linton, S. (2006). Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem. *Clinical Journal of Pain, 22,* 160-166.

Buchner, M., Zahlten-Hinguranage, A., Schiltenwolf, M. & Neubauer, E. (2006). Therapy outcome after multidisciplinary treatment for chronic neck and chronic low back pain: a prospective clinical study in 365 patients. *Scand J Rheumatol, 35*, 363-7.

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2010). *Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz.* Verfügbar unter: http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz/pdf/nvl_kreuzschmerz_lang.pdf [26.01.2012].

Chenot, J. F., Kochen, M. M. & Schmidt, C. O. (2009). Das Einhalten von Leitlinien und die Qualität der ambulanten Versorgung von Rückenschmerzen. In J. Böcken, B. Braun & J. Landmann (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor* (S. 135-155). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Chou, R. & Huffman, L. H. (2007). Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain. *Annals of Internal Medicine 2007, 147,* 492-504.

Fahland, R., Schmidt, C. O., Raspe, H., Feng, Y. S. & Kohlmann, T. (2011). Epidemiologie und sozioökonomische Bedeutung. In J. Hildebrandt & M. Pfingsten (Hrsg.), *Rückenschmerz und Lendenwirbelsäule* (S. 6-21). München: Elsevier.

Hildebrandt, J. & Pfingsten, M. (2011). Einleitung und Vorwort. In J. Hildebrandt & M. Pfingsten (Hrsg.), *Rückenschmerz und Lendenwirbelsäule* (S. 1-4). München: Elsevier.

Hildebrandt, J. & Pfingsten, M. (2009). Vom GRIP zur multimodalen Therapie. *Orthopäde, 38,* 885-895.

Hildebrandt, J., Pfingsten, M., Lüder, S., Lucan, S., Pauls, J., Seeger, D., Strube, J., von Westernhagen, S. & Wendt, A. (2003). *GRIP – Das Manual.* Berlin: Congress-Compact-Verlag.

Hildebrandt, J., Müller, G. & Pfingsten, M. (2011). Gesamtmanagement. In J. Hildebrandt & M. Pfingsten (Hrsg.), *Rückenschmerz und Lendenwirbelsäule* (S. 441-452). München: Elsevier.

Kröner-Herwig, B. & Pfingsten, M. (2011). Verhaltenstherapeutische Methoden. In J. Hildebrandt & M. Pfingsten (Hrsg.), *Rückenschmerz und Lendenwirbelsäule* (S. 356-364). München: Elsevier.

Leeuw, M., Goossens, M., Linton, S., Crombez, G., Boersma, K. & Vlaeyen, J. (2007). The Fear-Avoidance-Model of Musculoskeletal Pain: Current state of evidence. *Journal of Behavioral Medicine, 30,* 77-94.

Lühmann, D., Kohlmann, T. & Raspe, H. (1993). Die Wirksamkeit von Rückenschulprogrammen in kontrollierten Studien. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 93,* 341-348.

Nagel, B. & Korb, J. (2009). Multimodale Therapie des Rückenschmerzes. *Orthopäde, 38*, 907-102.

Pfingsten, M. & Hildebrandt, J. (2011). Rückenschmerzen. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie* (7. Auflage, S. 431-452). Heidelberg: Springer.

Pfingsten, M. & Eich, W. (2011). Psychosomatische und psychologische Faktoren. In J. Hildebrandt & M. Pfingsten (Hrsg.), *Rückenschmerz und Lendenwirbelsäule* (S. 192-202). München: Elsevier.

Pfingsten, M., Müller, G. & Chenot, J. (2011). Vom Symptom zur Krankheit. In J. Hildebrandt & M. Pfingsten (Hrsg.), *Rückenschmerz und Lendenwirbelsäule* (S. 103-110). München: Elsevier.

Pfingsten, M., Korb, J. & Hasenbring, M. (2011). Psychologische Mechanismen der Chronifizierung. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie* (7. Auflage, S. 115-134). Heidelberg: Springer.

Pfingsten, M. & Nilges, P. (2011). Psychologische Evaluation. In J. Hildebrandt & M. Pfingsten (Hrsg.), *Rückenschmerz und Lendenwirbelsäule* (S. 150-162). München: Elsvier.

Pfingsten, M. (2009). Die nationale Versorgungsleitlinie Rückenschmerz. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 41* (4), 16-19.

Pfingsten, M. (2009). Chronischer Rückenschmerz – Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie (CME-Publikation). *AINS, 1,* 40-45.

Pöhlmann, K., Tonhauser, T., Joraschky, P. & Arnold, B. (2009). The Dachau multidisciplinary treatment program for chronic pain. Efficacy data of a diagnosis-independent multidisciplinary treatment program for back pain and other types of chronic pain. *Schmerz, 23*, 40-46.

Schmidt, C. O., Raspe, H., Pfingsten, M., Hasenbring, M., Basler, H. D., Eich, W. & Kohlmann, T. (2007). Back Pain in the German Adult Population. *Spine, 32*, 2005-2011.

Schmidt, C. O., Chenot, J. F., Pfingsten, M., Fahland, R. A., Lindena, G., Marnitz, U., Pfeifer, K. & Kohlmann, T. (2010). Assessing a risk tailored intervention to prevent disabling low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders, 11* (5), 1-7.

Schön, J., Gerlach, K. & Hüppe, M. (2007). Influence of negative coping style on post-operative pain reporting and pain-related behaviour. *Schmerz, 21* (2), 146-53.

Schöps, P., Azad, S. C., Beyer, A., Friedle, A. M., Lade, B., Schmitt, H. J. & Pfingsten, M. (2000). Das Münchener Rücken Intensiv Programm (MüRIP). *Rhys Med Rehab Kur, 10*, 120-126.

Schütze, A., Kaiser, U., Ettrich, U., Grosse. K., Gossrau, G. & Schiller, M. (2009). Evaluation of a multimodal pain therapy at the University Pain Centre Dresden. *Schmerz, 23*, 609-17.

Turk, D. C. & Rudy, T. E. (1986). Assessment of cognitive factors in chronic pain. *J Consult Clin Psychol, 54,* 760-768.

Vlaeyen, J. W., Kole-Snijders, A. M., Boeren, R. G. & van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain. *Pain, 62,* 363-372.

Waddell, G. (1998). *The Back Pain Revolution.* Edinburgh: Churchill Livingstone.

Wenig, C. M., Schmidt, C. O., Kohlmann, T. & Schweikert, B. (2009). Costs of back pain in Germany. *European Journal of Pain, 13*, 280-286.

Literatur

Agerstrom, J. & Rooth, D. O. (2011). The role of automatic obesity stereotypes in real hiring discrimination. *Journal of Applied Psychology, 96* (4), 790-805.

Anzman, S. L. & Birch, L. L. (2009). Low inhibitory control and restrictive feeding practices predict weight outcomes. *The Journal of Pediatrics, 155* (5), 651-656.

Armstrong, M. J., Mottershead, T. A., Ronksley, P. E., Sigal, R. J., Campbell, T. S. & Hemmelgarn, B. R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity Reviews, 12,* 709-723.

Backholer, K., Wong, E., Freak-Poli, R., Walls, H. L. & Peeters, A. (2012). Increasing body weight and risk of limitations in activities of daily living: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews, 13* (5), 456-468.

Barte, J. C. M., Bogt, N. C. W., Bogers, R. P., Teixeira, P. J., Blissmer, B., Mori, T. A. & Bemelmans, W. J. E. (2010). Maintenance of weight loss after lifestyle interventions for overweight and obesity, a systematic review. *Obesity Reviews, 11* (12), 899-906.

Benecke, A. (2008). Verhaltenstherapie der Adipositas. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (S. 328-333). Berlin: Springer.

Berge, J. M., Wall, M., Loth, K. & Neumark-Sztainer, D. (2010). Parenting style as a predictor of adolescent weight and weight-related behaviors. *Journal of Adolescent Health, 46* (4), 331-338.

Blaine, B. E, Radman, J. & Newman, J. M. (2007). Weight loss treatment and psychological well-being: a review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology, 12* (1), 66-82.

Braet C., Claus, L., Verbeken, S. & van Vlierberghe, L. (2007). Impulsivity in overweight children. *European Child & Adolescent Psychiatry, 16,* 473-483.

Burke, L. E., Wang, J. & Sevick, M. A. (2011). Self-monitoring in weight loss: a systematic review of the literature. *Journal of the American Dietetic Association, 111* (1), 92-102.

Butryn, M. L., Phelan, S., Hill, J. O. & Wing, R. R. (2007). Consistent self-monitoring of weight: A key component of successful weight loss maintenance. *Obesity, 15,* 3091-3096.

Butryn, M. L. & Wadden, T. A. (2005). Treatment of overweight in children and adolescents: Does dieting increase the risk of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders, 37* (4), 285- 293.

Calitri R., Pothos, E. M., Tapper, K., Brunstrom, J. M. & Rogers, P. J. (2010). Cognitive biases to healthy and unhealthy food words predict change in BMI. *Obesity, 18* (12), 2282-2287.

Cohen, D. & Farley, T. (2008). Eating as an Automatic Behavior. *Preventing Chronic Disease, 5* (1), 1-7.

Cortese, S., Angriman, M., Maffeis, C., Isnard, P., Konofal, E., Lecendreux, M., Purper-Quakil, D., Vincenzi, B., Bernadina, B. D. & Mouren, M.-C. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and obesity: a systematic review of the literature. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition,* 48, 524-537.

De Wit, L., Luppino, F., van Straten, A., Penninx, B., Zitman, F. & Cuijpers, P. (2010). Depression and obesity: a meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry Research, 178* (2), 230-235.

De Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity, 25* (1), 51-55.

Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG). (2007). Prävention und Therapie der Adipositas. *Evidenzbasierte Leitlinien,* 1-29. Verfügbar unter: www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/Adipositas-Leitlinie-2007.pdf [21.06.2012].

Epstein, L. H., Leddy, J. J., Temple, J. L. & Faith, M. S. (2007). Food reinforcement and eating: A multilevel analysis. *Psychological Bulletin, 133*, 884-906.

Erhart, M., Herpertz-Dahlmann, B., Wille, N., Sawitzky-Rose, B., Holling, H. & Ravens-Sieberer, U. (2011). Examining the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and overweight in children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry, 21* (1), 39-49.

Eschenbeck, H., Kohlmann, C.-W., Dudey, S. & Schürholz, T. (2009). Physician-diagnosed obesity in 156948 German 6- to 14-year-olds: Prevalence and comorbidity of internalizing disorders, externalizing disorders, and sleep disorders. *Obesity Facts, 2*, 67-73.

Fairburn, C. G. (Ed.). (2008). *Cognitive behaviour therapy and eating disorders.* The Guilford Press: Chichester.

Fontaine, K. R. & Barofsky, I. (2001). Obesity and health-related quality of life. *Obesity Reviews, 2* (3), 173-182.

Fuemmeler, B. F., Anderson, C. B. & Masse, L. C. (2011). Parent-child relationship of directly measured physical activity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 8* (1), 17.

Germann, J. N., Kirschenbaum, D. S. & Rich, B. H. (2007). Child and parental self-monitoring as determinants of success in the treatment of morbid obesity in low-income minority children. *Journal of Pediatric Psychology, 32,* 111-121.

Griffiths, L. J., Parsons, T. J. & Hill, A. J. (2010). Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity, 5* (4), 282-304.

Grilo, C. M. (1996). Treatment of obesity: an integrative model. In J. K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity* (pp. 389-423). Washington: American Psychological Association.

Guh, D. P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C. L. & Anis, A. H. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health, 9* (88).

Hach, I., Ruhl, U. E., Klotsche, J., Klose, M. & Jacobi, F. (2006). Associations between waist circumference and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders, 92* (2-3), 305-308.

Herpertz-Dahlmann, B., Wille, N., Hölling, H., Vloet, T., Ravens-Sieberer, U. & the BELLA study group (2008). Disordered eating behaviour and attitudes, associated psychopathology and health-related quality of life: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17* (1), 82-91.

Holtkamp, K., Konrad, K., Muller, B., Heussen, N., Herpertz, S.,Herpertz-Dahlmann, B. & Hebebrand, J. (2004). Overweight and obesity in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *International Journal of Obesity, 28* (5), 685-689.

Kitzmann, K. M., Dalton, W. T., Stanley, C. M., Beech, B. M., Reeves, T. P., Buscemi, J., Egli, C. J., Gamble, H. L. & Midgett, E. L. (2010). Lifestyle interventions for youth who are overweight: A meta-analytic review. *Health Psychology, 29* (1), 91-101.

Krukowski, R., Harvey-Berino, J., Bursac, Z., Ashikaga, T. & West, D. (2012). Patterns of Success: Online Self-Monitoring in a Web-Based Behavioral Weight Control Program. *Health Psychology*, Apr 30, 2012.

Kurth, B.-M. & Schaffrath-Rosario, A. (2010). Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Bundesgesundheitsschutz – Bundesgesundheitsforschung, 53,* 643-652.

Lamertz, C. M., Jacobi, C., Yassouridis, A., Arnold, K. & Henkel, A. W. (2002). Are obese adolescents and young adults at higher risk for mental disorders? A community survey. *Obesity Research, 10* (11), 1152-1160.

Latner, J. D. & Stunkard, A. J. (2003). Getting worse: the stigmatization of obese children. *Obesity Reviews, 11* (3), 452-556.

Lo Presti, R., Lai, J., Hildebrandt, T. & Loeb, K. L. (2010). Psychological treatments for obesity in youth and adults. *Mount Sinai Journal of Medicine, 77* (5), 472-487.

Lowry, K. W., Sallinen, B. J. & Janicke, D. M. (2007). The effects of weight management programs on self-esteem in pediatric overweight populations. *Journal of Pediatric Psychology, 32* (10), 1176-1195.

Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry, 67* (3), 220-229.

Marcus, M. D. & Wildes, J. E. (2009). Obesity: Is it a mental disorder? *International Journal of Eating Disorders, 42,* 739-753.

McElroy, S. L., Kotwal, R., Malhotra, S., Nelson, E. B., Keck, P. E. & Nemeroff, C. B. (2004). Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *Journal of Clinical Psychiatry, 65* (5), 634-651.

Mensink, G. B. M., Schienkewitz, A. & Scheidt-Nave, C. (2012). Übergewicht und Adipositas in Deutschland: Werden wir immer dicker? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 55*, 3-4. Verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/BGBL_2012_55_BB_Kurth.pdf?__blob=publicationFile [19.07.2012].

Menzel, J. E., Schaefer, L. M., Burke, N. L., Mayhew, L. L., Brannick, M. T. & Thompson, J. K. (2010). Appearance-related teasing, body dissatisfaction, and disordered eating: A meta-analysis. *Body Image, 7* (4), 261-270.

Moroshko, I., Brennan, L. & O´Brien, P. (2011). Predictors of dropout in weight loss interventions: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews, 12*, 912-934.

Moß, A., Kunze D. & Wabitsch, M. (2011). Evidenzbasierte Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter zur Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt – Bundesgesundheitsschutz – Bundesgesundheitsforschung, 54*, 584-590.

Myers, A. & Rosen, J. C. (1999). Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity, 23* (3), 221-230.

National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). (2000). How are overweight and obesity treated. *Overweight and Obesity*. Verfügbar unter: www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/obe/treatment.html [20.06.2012].

Nederkoorn, C., Braet, C., van Eijs, Y., Tanghe, A. & Jansen, A. (2006). Why obese children cannot resist food: The role of impulsivity. *Eating Behaviours, 7,* 315-322.

Neovius, K., Johansson, K., Kark, M. & Neovius, M. (2009). Obesity status and sick leave: A systematic review. *Obesity Reviews, 10* (1), 17-27.

Neovius, K., Johansson, K., Rössner, S. & Neovius, M. (2008). Disability pension, employment and obesity status: a systematic review. *Obesity Reviews, 9* (6), 572-581.

Nijs, I. M., Franken, I. H. A. & Muris, P. (2010). Food-related Stroop interference in obese and normal-weight individuals: Behavioral and electrophysiological indices. *Eating Behaviors, 11* (4), 258-65.

Ogden, J. (2010). *The psychology of eating.* (2nd ed.). Chichester: Wiley.

Pearson, E. (2012). Goal setting as a health behavior change strategy in overweight and obese adults: A systematic literature review examining intervention components. *Patient Education and Counseling, 87*, 32-42.

Pelone, F., Specchia, M. L., Veneziano, M. A., Capizzi, S., Bucci, S., Mancuso, A., Ricciardi, W. & de Belvis, A. G. (2012). Economic impact of childhood obesity on health systems: a systematic review. *Obesity Reviews, 13* (5), 431-440.

Puhl, R. & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research, 9* (12), 788-805.

Puhl, R. M. & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: Important considerations for public health. *American Journal of Public Health, 100* (6), 1019-1028.

Puhl, R. M. & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity, 17* (5), 941-964.

Puhl, R. M. & Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin, 133* (4), 557-580.

Puhl, R. M., Moss-Racusin, C. A. & Schwartz, M. B. (2007). Internalization of weight bias: Implications for binge eating and emotional well-being. *Obesity, 15* (1), 19-23.

Reilly, J. J. & Kelly, J. (2011). Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *International Journal of Obesity, 35* (7), 891-898.

Rieber, N., Hilbert, A., Teufel, M., Giel, K. E., Warschburger, P. & Zipfel, S. (2010). Gewichtsstabilisierung nach Gewichtsreduktion. Eine kritische Bestandsaufnahme zur Prädiktion und Intervention. *Adipositas, 4* (3), 115-124.

Seeyave, D. M., Coleman, S., Appugliese, D., Corwyn, R. F., Bradley, R. H., Davidson, N. S., Kaciroti, N. & Lumeng, J. C. (2009). Ability to delay gratification at age 4 years and risk of overweight at age 11 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 163* (4), 303-308.

Shaw, K. A., O'Rourke, P., Del Mar, C. & Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2* (2).

Silventoinen, K., Rokholm, B., Kaprio, J. & Sorensen, T. I. (2010). The genetic and environmental influences on childhood obesity: a systematic review of twin and adoption studies. *International Journal of Obesity, 34* (1), 29-40.

Skelton, J. A. & Beech, B. M. (2010). Attrition in paediatric weight management: a review of the literature and new directions. *Obesity Reviews, 12* (5), 273-281.

Sleddens, E. F., Gerards, S. M., Thijs, C., de Vries, N. K. & Kremers, S. P. (2011). General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: A review. *International Journal of Pediatric Obesity, 6* (2), 12-27.

Söderlund, A., Fischer, A. & Johansson, T. (2009). Physical activity, diet and behaviour modification in the treatment of overweight and obese adults: a systematic review. *Perspectives in Public Health, 129* (3), 132-142.

Stubbs, J., Whybrow, S., Teixeira, P., Blundell, J., Lawton, C., Westenhoefer, J., Engel, D., Shepherd, R., Mcconnon, A., Gilbert, P. & Raats, M. (2011). Problems in identifying predictors and correlates of weight loss and maintenance: implications for weight control therapies based on behavior change. *Obesity Reviews, 12,* 688-708.

Stunkard, A. J. (1978). Behavioral treatment of obesity: the current status. *International Journal of Obesity, 2* (2), 237-248.

Symonds, M. E., Sebert, S. & Budge, H. (2011). The obesity epidemic: from the environment to epigenetics - not simply a response to dietary manipulation in a thermoneutral environment. *Frontiers in Genetics, 24.*

Tanofsky-Kraff, M. (2009). Binge eating among children and adolescents. In E. Jelalian & R. G. Steele (Eds.), *Handbook of childhood and adolescent obesity* (pp. 43-62). New York: Springer.

Teixeira, P. J., Going, S. B., Sardinha, L. B. & Lohman, T. G. (2005). A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obesity Reviews, 6,* 43-65.

Tsiros, M. D., Sinn, N., Brennan, L., Coates, A. M., Walkley, J. W., Petkov, J., Howe, P. R. & Buckley, J. D. (2008). Cognitive behavioral therapy improves diet and body composition in overweight and obese adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition, 87* (5), 1134-1140.

Tsukayama, E., Toomey, S. L., Faith, M. S. & Lee Duckworth, A. (2010). Self-control as a protective factor against overweight status in the transition from childhood to adolescence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 164* (7), 631-635.

Van der Horst, K., Oenema, A., Ferreira, I., Wendel-Vos, W., Giskes, K., van Lenthe, F. & Brug, J. (2007). A systematic review of environmental correlates of obesity-related dietary behaviors in youth. *Health Education Research, 22* (2), 203-226.

Von Lengerke, T., John, J., Mielck A. & KORA Study Group. (2010). Excess direct medical costs of severe obesity by socioeconomic status in German adults. *Psychosocial Medicine, 7,* 30-36.

Von Lengerke, T. & Stehr, M. D. (2011). Sind adipöse Erwachsene in ihrer psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingeschränkt? *Adipositas, 5,* 30-36.

Von Ruesten, A., Steffen, A., Floegel, A., van der A, D. L, Masala, G. Tjonneland, A., Halkjaer, J., Palli, D., Wareham, N. J., Loos, R. J. F., Sorensen, T. I. A. & Boeing, H. (2011). Trend in obesity prevalence in European adult cohort populations during follow-up since 1996 and their predictions to 2015, *PLoS ONE, 6* (1).

Warschburger, P. (2011). Psychologische Aspekte der Adipositas. Konsequenzen für Therapieinhalte, Therapieindikation und Therapieerfolg. *Bundesgesundheitsblatt – Bundesgesundheitsschutz – Bundesgesundheitsforschung, 54,* 562-569.

Warschburger, P. & Döring, I. (2011). „Du bist nicht mehr unser Freund". Peer-Viktimisierung adipöser und normalgewichtiger Kinder im Vorschulalter. *Adipositas, 5* (1), 25-29.

Warschburger, P. & Petermann, F. (2008). *Adipositas. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie* (Band 10). Göttingen: Hogrefe.

Warschburger, P., Petermann, F. & Fromme, C. (2005). *Adipositas. Training mit Kindern und Jugendlichen* (2. überarbeitete Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Werthmann, J., Roefs, A., Nederkoorn, C., Mogg, K., Bradley, B. P. & Jansen, A. (2011). Can(not) take my eyes off it: Attention bias for food in overweight participants. *Health Psychology, 30* (5), 561-569.

Withrow, D. & Alter, D. A. (2011). The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity. *Obesity Reviews, 12 (2),* 131-141.

PD Dr. phil. Harald Baumeister & Dr. phil. Nico Hutter

Koronare Herzerkrankung und psychische Störungen

Literatur

Abberger, B., Haschke, S., Krense, C., Wirtz, M., Bengel, W. & Baumeister, H. (eingereicht). *Development and calibration of an item bank for the assessment of anxiety in cardiovascular patients using Rasch analysis.*

American Heart Association. (2010). *Heart Disease and Stroke Statistics – 2010 Update.* Dallas: American Heart Association.

Andersson, G., Ljotsson, B. & Weise, C. (2011). Internet-delivered treatment to promote health. *Current Opinion in Psychiatry, 24,* 168-172.

Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P. & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS One, 5,* e13196.

Barth, J., Härter, M., Paul, J. & Bengel, J. (2005). Behandlung von Patienten mit koronarer Herzkrankheit und komorbider Depression in der Rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 55,* 416-424.

Barth, J., Schumacher, M. & Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine, 66,* 802-813.

Bauer, L. K., Caro, M. A., Beach, S. R., Mastromauro, C. A., Lenihan, E., Januzzi, J. L. et al. (2012). Effects of depression and anxiety improvement on adherence to medication and health behaviors in recently hospitalized cardiac patients. *American Journal of Cardiology, 109,* 1266-1271.

Baumeister, H. (2008). Anpassungsstörungen im Sinne einer reaktiven Depression: Charakteristika und Prävalenzraten der Allgemeinbevölkerung. *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie, 2,* 91-96.

Baumeister, H. (2011). The importance of screening for depression in general practice. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 124,* 75.

Baumeister, H. (2012). Inappropriate prescriptions of antidepressant drugs in patients with subthreshold to mild depression: time for the evidence to become practice. *Journal of Affective Disorders, 139*, 240-243.

Baumeister, H. & Hutter, N. (im Druck). Collaborative care for depression in medically ill patients. *Current Opinion in Psychiatry*.

Baumeister, H. & Kufner, K. (2009). It is time to adjust the adjustment disorder category. *Current Opinion in Psychiatry, 22*, 409-412.

Baumeister, H. & Parker, G. (2010). A second thought on subtyping Major Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics, 79*, 388-389.

Baumeister, H. & Parker, G. (2012). Meta-review of depressive subtyping models. *Journal of Affective Disorders, 139*, 126-140.

Baumeister, H., Balke, K. & Härter, M. (2005). Psychiatric and somatic comorbidities are negatively associated with quality of life in physically ill patients. *Journal of Clinical Epidemiology, 58*, 1090-1100.

Baumeister, H., Haschke, A. & Hutter, N. (eingereicht). *Inpatient and outpatient costs in patients with coronary artery disease and mental disorders: A systematic review.*

Baumeister, H., Hutter, N. & Bengel, J. (2011). Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with coronary artery disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 9.* Art.No.:CD008012.

Baumeister, H., Hutter, N., Bengel, J. & Härter, M. (2011a). Quality of life in medically ill persons with comorbid mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics, 80*, 275-286.

Baumeister, H., Jahed, J., Vogel, B., Härter, M., Barth, J. & Bengel, J. (2011b). *Diagnostik, Indikation und Behandlung von psychischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation (DIBpS): Ein Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation*. Berlin: DRV.

Baumeister, H., Krämer, L. & Brockhaus, B. (2008). Grundlagen psychologischer Interventionen zur Änderung des Gesundheitsverhaltens. *Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 82*, 254-264.

Baumeister, H., Kriston, L., Bengel, J. & Härter, M. (2010). High agreement of self-report and physician-diagnosed somatic conditions yields limited bias in examining mental-physical comorbidity. *Journal of Clinical Epidemiology, 63*, 558-565.

Baumeister, H., Kury, S. & Bengel, J. (2011). Somato-psychische Komorbidität: Definition und Verständnis. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 54*, 9-14.

Baumeister, H., Maercker, A. & Casey, P. (2009). Adjustment disorders with depressed mood: A critique of its DSM-IV and ICD-10 conceptualization and recommendations for the future. *Psychopathology, 42*, 139-147.

Berger, M. (2009). *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie.* München: Urban & Fischer.

Carney, R. M., Kenneth, E., Freedland, K. E., Steinmeyer, B., James, A., Blumenthal, J. A. et al. (2009). History of depression and survival after acute myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine, 71*, 253-259.

Cuijpers, P., van Straten, A., Smit, F., Mihalopoulos, C. & Beekman, A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry, 165,* 1272-1280.

Davidson, K. W., Rieckmann, N., Clemow, L., Schwartz, J. E., Shimbo, D., Medina, V. et al. (2010). Enhanced depression care for patients with acute coronary syndrome and persistent depressive symptoms: coronary psychosocial evaluation studies randomized controlled trial. *Archive of Internal Medicine, 170,* 600-608.

Dickens, C., McGowan, L., Percival, C., Tomenson, B., Cotter, L., Heagerty, A. et al. (2008). New onset depression following myocardial infarction predicts cardiac mortality. *Psychosomatic Medicine, 70,* 450-455.

Frasure-Smith, N. & Lesperance, F. (2006). Recent evidence linking coronary heart disease and depression. *Canadian Journal of Psychiatry, 51,* 730-737.

Frey, C., Zwingmann, C., Bocker, M., Forkmann, T., Krohne, U., Muller, E. et al. (2011). Adaptives Testen in der Rehabilitation – ein Weg zur ökonomischen Erhebung von Patientenmerkmalen. *Rehabilitation, 50,* 195-203.

Fries, E., Hesse, J., Hellhammer, J. & Hellhammer, D. H. (2005). A new view on hypocortisolism. *Psychoneuroendocrinology, 30,* 1010-1016.

Goldston, K. & Baillie, A. J. (2008). Depression and coronary heart disease: A review of the epidemiological evidence, explanatory mechanisms and management approaches. *Clinical Psychological Reviews, 28,* 288-306.

Hahn, D., Baumeister, H., Bengel, J. & Härter, M. (2007). Interdisziplinäres Fortbildungsprogramm zur Psychodiagnostik bei körperlich erkrankten Patienten. In M. Härter, H. Baumeister & J. Bengel (Hrsg.), *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen* (S. 139-146). Heidelberg: Springer.

Hansen, M. S., Fink, P., Frydenberg, M., Oxhoj, M., Sondergaard, L. & Munk-Jorgensen, P. (2001). Mental disorders among internal medical inpatients: prevalence, detection, and treatment status. *Journal of Psychosomatic Research, 50,* 199-204.

Härter, M. & Baumeister, H. (2007). Ätiologie psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. In M. Härter, H. Baumeister & J. Bengel (Hrsg.), *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen* (S. 1-13). Heidelberg: Springer.

Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Hofler, M., Bengel, J. et al. (2007). Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76,* 354-360.

Härter, M., Woll, S., Reuter, K., Wunsch, A. & Bengel, J. (2004). Recognition of psychiatric disorders in musculoskeletal and cardiovascular rehabilitation patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 85,* 1192-1197.

Haschke, A., Abberger, B., Muller, E., Wirtz, M., Bengel, J. & Baumeister, H. (2012). Calibration of an item bank for work capacity in cardiological rehabilitation patients. *European Journal of Preventive Cardiology.*

Haschke, A., Hutter, N. & Baumeister, H. (im Druck). Indirect costs in patients with coronary artery disease and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health.*

Helmes, A., Schuhmacher, M. & Bengel, J. (2007). Interventionen bei psychischen Belastungen und Störungen bei körperlichen Erkrankungen. In M. Härter, H. Baumeister & J. Bengel (Hrsg.), *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen* (S. 83-95). Heidelberg: Springer.

Herrmann-Lingen, C., Albus, C. & Tischer, G. (Hrsg.). (2007). *Psychokardiologie: Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen.* Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

Huffman, J. C., Mastromauro, C. A., Sowden, G. L., Wittmann, C., Rodman, R. & Januzzi, J. L. (2011). A collaborative care depression management program for cardiac inpatients: depression characteristics and in-hospital outcomes. *Psychosomatics, 52,* 26-33.

Hutter, N., Baumeister, H. & Bengel, J. (2009). Koronare Herzerkrankung und Depression. Zusammenhang, Diagnostik und Therapie. *Internistische Praxis, 49,* 813-820.

Jahed, J., Bengel, J. & Baumeister, H. (im Druck). Inanspruchnahmebereitschaft und Inanspruchnahmeverhalten von Behandlungen aufgrund psychischer Belastungen bei Patienten der somatischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation.*

Jahed, J., Bitz, I., Bengel, J. & Baumeister, H. (im Druck). Dokumentation komorbider psychischer Störungen in der medizinischen Rehabilitation: Eine Analyse ärztlicher Entlassungsberichte. *Die Rehabilitation.*

Jordan, J., Bard, B. & Zeiher, A. M. (Hrsg.). (2006). *Contributions toward evidence-based psychocardiology – A systematic review of the literature.* Washington, DC: Amer Psychological Assn.

Joynt, K. E., Whellan, D. J. & O'Connor, C. M. (2003). Depression and cardiovascular disease: mechanisms of interaction. *Biological Psychiatry, 54,* 248-261.

Kalweit, C. (2009). Evaluierung der Implementierung eines Stufenplans zur Diagnostik psychischer Störungen in der stationären somatischen Rehabilitation. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Institut für Psychologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

Katon, W. J., Lin, E. H. B., Korff, M. von, Ciechanowski, P., Ludman, E. J., Young, B. et al. (2010). Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *New England Journal of Medicine, 363,* 2611-2620.

Katon, W., Lin, E. H. & Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry, 29,* 147-155.

Kendler, K. S., Gardner, C. O., Fiske, A. & Gatz, M. (2009). Major depression and coronary artery disease in the Swedish twin registry: phenotypic, genetic, and environmental sources of comorbidity. *Archive of General Psychiatry, 66,* 857-863.

Lichtman, J. H., Bigger, J. T., Blumenthal, J. A., Frasure-Smith, N., Kaufmann, P. G., Lesperance, F. et al. (2008). Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation, 118,* 1768-1775.

Linden, W. & Vodermaier, A. (2012). Re-rethinking the article by Thombs and colleagues. *CMAJ, 184,* 438.

Merswolken, M., Siebenhuener, S., Orth-Gomer, K., Zimmermann-Viehoff, F. & Deter, H.-C. (2011). Treating anxiety in patients with coronary heart disease: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 80,* 365-370.

Munoz, R. F., Cuijpers, P., Smit, F., Barrera, A. Z. & Leykin, Y. (2010). Prevention of major depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 6,* 181-212.

Musselman, D. L., Evans, D. L. & Nemeroff, C. B. (1998). The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. *Archives of General Psychiatry, 55,* 580-592.

NICE. (2009). *Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management.* Verfügbar unter http://guidance.nice.org.uk/CG91 [01.08.2012].

Ormel, J., Korff, M. von, Burger, H., Scott, K., Demyttenaere, K., Huang, Y. Q. et al. (2007). Mental disorders among persons with heart disease – results from World Mental Health surveys. *General Hospital Psychiatry, 29,* 325-334.

Parker, G. B., Hilton, T. M., Walsh, W. F., Owen, C. A., Heruc, G. A., Olley, A. et al. (2008). Timing is everything: the onset of depression and acute coronary syndrome outcome. *Biological Psychiatry, 64,* 660-666.

Renneberg, B. & Hammelstein, P. (Hrsg.). (2006). *Gesundheitspsychologie.* Heidelberg: Springer.

Reuter, K. & Härter, M. (2007). Diagnostik psychischer Belastungen und Störungen bei körperlichen Erkrankungen. In M. Härter, H. Baumeister & J. Bengel (Hrsg.), *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen* (S. 15-28). Heidelberg: Springer.

Rollman, B. L., Belnap, B. H., LeMenager, M. S., Mazumdar, S., Schulberg, H. C. & Reynolds, C. F. (2009). The Bypassing the Blues treatment protocol: stepped collaborative care for treating post-CABG depression. *Psychosomatic Medicine, 71,* 217-230.

Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie.* Göttingen: Hogrefe.

Statistisches Bundesamt. (2009). *Todesursachen in Deutschland.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Thombs, B. D., Coyne, J. C., Cuijpers, P., Jonge, P. de, Gilbody, S., Ioannidis, J. P. A. et al. (2012). Rethinking recommendations for screening for depression in primary care. *CMAJ, 184,* 413-418.

Thombs, B. D., Jonge, P. de, Coyne, J. C., Whooley, M. A., Frasure-Smith, N., Zuidersma, M. et al. (2008). Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *JAMA, 300,* 2161-2167.

Turpie, A. G. (2006). Burden of disease: medical and economic impact of acute coronary syndromes. *American Journal of Managed Care, 12,* 430-434.

Van der Linden, W. J. & Glas, C. A. W. (Hrsg.). (2000). *Computerized adaptive testing: Theory and practice.* Boston: Kluwer Academic.

Vogel, B., Jahed, J., Bengel, J., Barth, J., Härter, M. & Baumeister, H. (2009). Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse einer Pilotstudie. *Rehabilitation, 48,* 361-368.

Whalley, B., Rees, K., Davies, P., Bennett, P., Ebrahim, S., Liu, Z. et al. (2011). Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* CD002902.

Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (Hrsg.). (2011). *Klinische Psychologie und Psychotherapie.* Berlin: Springer.

Ziegelstein, R. C., Fauerbach, J. A., Stevens, S. S., Romanelli, J., Richter, D. P. & Bush, D. E. (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine, 160,* 1818-1823.

Literatur

BMG (Bundesministerium für Gesundheit). (2010). *Nationaler Krebsplan. Handlungsfeld 2: Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung*. Veröffentlicht am 16.12.2010. Verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadin/dateien/Downloads/K/Krebs/Nationaler_Krebsplan/Ziel_9_Angemessene_und_bedarfsgerechte_psychoonkologische_Versorgung.pdf [18.5.2011].

CAPO (Canadian Association of Psychosocial Oncology). (2010). *Standards of Psychosocial Health Services for Persons with Cancer and their Families. Canadian Association of Psychosocial Oncology.* Verfügbar unter: http://www.capo.ca/pdf/CAPOstandards.pdf [10.04.2012].

CMP (Case Management Psychoonkologie). (2007). *Case Management Psychoonkologie: Implementierung psychoonkologischer Leistungen in Kliniken der Akutversorgung in Westfalen-Lippe, NRW, Carina Stiftung Herford & IGV Bochum: Herford & Bochum.* Verfügbar unter: http://www.igv-bochum.de/106.html oder http://www.carina-stiftung.de [10.04.2012].

DH (Department of Health). (2008). Psycho-Oncology Model of Care. Perth: WA Cancer and Palliative Care Network, Department of Health, Western Australia. Verfügbar unter: http://www.healthnetworks.health.wa.gov.au/modelsofcare/docs/Psycho-Oncology_Model_of_Care.pdf [14.04.1012].

Fann, J. R., Ell, K. & Sharpe, M. (2012). Integrating Psychosocial Care Into Cancer Services. *J Clin Oncol, 30* (11), 1178-1186.

Grassi, L. & Riba, M. B. (2012). *Clinical psycho-oncology: An international perspective.* Chichester: John Wiley & Sons.

Gross, J. J. (2007). *Handbook of emotion regulation.* New York: Guilford.

Herrmann-Lingen, C., Buss, U. & Snaith, R. P. (2011). *Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D)* (3., aktualisierte und neu normierte Auflage). Bern: Hans Huber.

Holland, J., Watson, M. & Dunn, J. (2011). The IPOS New International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care. *Psychooncology, 20* (7), 677-80.

Holland, J. C., Breitbart, W. S. & Jacobsen, P. B. et al. (Eds.). (2010). *Psycho-Oncology* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

IOM (Institute of Medicine). (2008). *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs.* Washington: The National Academies Press.

Kissane, D. W., Maj, M. & Sartorius, N. (2011). *Depression and cancer.* Chichester: John Wiley & Sons.

Kusch, M., Labouvie, H. & Hein-Nau, B. (im Druck). *Klinische Psychoonkologie.* Heidelberg: Springer.

Lai, J.-S., Garcia, S. F., Salsman, J. M., Rosenbloom, S. & Cella, D. (2012). The psychosocial impact of cancer: Evidence in support of independent general positive and negative components. *Qual Life Res, 21* (2), 195-207.

McDonald, K. M., Schultz, E., Albin, L., Pineda, N., Lonhart, J., Sundaram, V. et al. (2010). *Care Coordination Atlas Version 3: Prepared by Stanford University under subcontract to Battelle on Contract*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

Mehnert, A. & Vehling, S. (2011). Cancer patients: Loss of meaning, demoralization and embitterment. In M Linden & A. Maercker (Eds.). *Cancer patients: Loss of meaning, demoralization and embitterment* (pp. 142-153). Vienna: Springer Vienna.

Mehnert, A., Petersen, C. & Koch, U. (2003). Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 12,* 72-84.

Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C. & Meader, N. (2011a). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol, 12* (2), 160-174.

NCCN (National Comprehensive Cancer Network). (2011). *Clinical practice guidelines in oncology: Distress Management (*Version 1.2011). Verfügbar unter: www.nccn.org [14.04.1012].

RKI & GEKID (Hrsg.). (2010). *Krebs in Deutschland 2005/2006. Häufigkeiten und Trends* (7. Ausgabe). Verfügbar unter: http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/re2vZ21t28Ir8Y/PDF/22aJOdYnmXV0I.pdf [10.04.2012].

Watson, M. & Kissane, D. W. (Eds.). (2011). *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care.* New York: Wiley-Blackwell.

PD Dr. Bernhard Kulzer

Diabetes

Literatur

Abbott, C. A., Carrington, A. L., Ashe, H., Bath, S., Every, L. C., Griffiths, J. et al. (2002). The North-West Diabetes Foot Care Study: incidence of, and risk factors for, new diabetic foot ulceration in a community-based patient cohort. *Diabet.Med., 19,* 377-384.

Agardh, E. E., Ahlbom, A., Andersson, T., Efendic, S., Grill, V., Hallqvist, J. et al. (2003). Work stress and low sense of coherence is associated with type 2 diabetes in middle-aged Swedish women. *Diabetes Care, 26,* 719-724.

Agardh, E. E., Ahlbom, A., Andersson, T., Efendic, S., Grill, V., Hallqvist, J. et al. (2004). Explanations of socioeconomic differences in excess risk of type 2 diabetes in Swedish men and women. *Diabetes Care, 27,* 716-721.

Assal, J. P., Mühlhauser, I., Pernet, A., Gfeller, R., Jörgens, V. & Berger, M. (1985). Patient education as the basis for diabetes care in clinical practice and research. *Diabetologia, 28*, 602-613.

Boulton, A. J. (2008). The diabetic foot: grand overview, epidemiology and pathogenesis. *Diabetes Metab Res.Rev., 24* Suppl 1, S3-S6.

Boulton, A. J., Armstrong, D. G., Albert, S. F., Frykberg, R. G., Hellman, R., Kirkman, M. S. et al. (2008). Comprehensive foot examination and risk assessment: a report of the task force of the foot care interest group of the American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists. *Diabetes Care, 31,* 1679-1685.

Brinks, R., Tamayo, T., Kowall, B. & Rathmann, W. (2012). Prevalence of type 2 diabetes in Germany in 2040: estimates from an epidemiological model. *Eur J Epidemiol.*

Brown, S. A. (1990). Studies of educational interventions and outcomes in diabetic adults: a meta-analysis revisited. *Patient.Educ.Couns., 16,* 189-215.

Chodosh, J., Morton, S. C., Mojica, W., Maglione, M., Suttorp, M. J., Hilton, L. et al. (2005). Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Ann.Intern.Med., 143,* 427-438.

Danne, T. & Neu, A. (2011). Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. In diabetesDE (Hrsg.), *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2012* (S. 105-113). Mainz: Kirchheim-Verlag.

Deakin, T., McShane, C. E., Cade, J. E. & Williams, R. D. (2005). Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD003417.

Egede, L. E. & Ellis, C. (2010). Diabetes and depression: global perspectives. *Diabetes Res.Clin.Pract., 87,* 302-312.

Ellis, S. E., Speroff, T., Dittus, R. S., Brown, A., Pichert, J. W. & Elasy, T. A. (2004). Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. *Patient.Educ.Couns.,* 52, 97-105.

European Parliament. (16-4-2006). Written Declaration on Diabetes. Verfügbar unter: http://www.idf.org/webdata/docs/idf-europe/EU%20declaration%20on%20diabetes.pdf [30.03.2012].

Fisher, L., Skaff, M. M., Mullan, J. T., Arean, P., Mohr, D., Masharani, U. et al. (2007). Clinical Depression Versus Distress Among Patients With Type 2 Diabetes: Not just a question of semantics. *Diabetes Care, 30,* 542-548.

Gillies, C. L., Abrams, K. R., Lambert, P. C., Cooper, N. J., Sutton, A. J., Hsu, R. T. et al. (2007). Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. *BMJ, 334,* 299.

Goldney, R. D., Phillips, P. J., Fisher, L. J. & Wilson, D. H. (2004). Diabetes, depression, and quality of life: a population study. *Diabetes Care, 27*, 1066-1070.

Gonder-Frederick, L., Cox, D., Kovatchev, B., Schlundt, D. & Clarke, W. (1997). A biopsychobehavioral model of risk of severe hypoglycemia. *Diabetes Care, 20*, 661-669.

Gonzalez, J. S., Peyrot, M., McCarl, L. A., Collins, E. M., Serpa, L., Mimiaga, M. J. et al. (2008). Depression and Diabetes Treatment Nonadherence: A Meta-Analysis. *Diabetes Care, 31,* 2398-2403.

Hartmann, M., Kopf, S., Kircher, C., Faude-Lang, V., Djuric, Z., Augstein, F. et al. (2012). Sustained effects of a mindfulness-based stress-reduction intervention in type 2 diabetic patients: design and first results of a randomized controlled trial (the Heidelberger Diabetes and Stress-study). *Diabetes Care, 35*, 945-947.

Heidemann, C., Du, Y. & Scheidt-Nave, C. (6-5-2011). Diabetes mellitus in Deutschland. Robert Koch Institut: Berlin. *BGE kompakt: Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* Verfügbar unter: http://edoc.rki.de/series/gbe-kompakt/2011-8/PDF/8.pdf [13.03.2012].

Hermanns, N. (2003). *Selbstregulation als Modell einer modernen Verhaltensmedizin. Eine verhaltensmedizinische Analyse von Hypoglykämieproblemen.* Lengerich: Pabst Science Verlag.

Hermanns, N., Krichbaum, M. & Kulzer, B. (2009). Hypoglykämiewahrnehmungsstörungen. *Diabetologie und Stoffwechsel, 4,* 95-111.

Hermanns, N., Kulzer, B., Krichbaum, M., Kubiak, T. & Haak, T. (2005). Affective and anxiety disorders in a German sample of diabetic patients: prevalence, comorbidity and risk factors. *Diabet.Med., 22,* 293-300.

Hermanns, N., Kulzer, B., Krichbaum, M., Kubiak, T. & Haak, T. (2006). How to screen for depression and emotional problems in patients with diabetes: comparison of screening characteristics of depression questionnaires, measurement of diabetes-specific emotional problems and standard clinical assessment. *Diabetologia, 49,* 469-477.

Herpertz, S., Petrak, F., Albus, C., Hirsch, A., Kruse, J. & Kulzer, B. (2003). Psychosoziales und Diabetes mellitus. Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien der Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM). *Diabetes und Stoffwechsel, 12,* 69-94.

IDF. (2011). Global Diabetes Plan 2011-2021. Verfügbar unter: http://www.idf.org/sites/default/files/Global_Diabetes_Plan_Final.pdf [13.03.2012].

IDF Clinical Guidelines Task Force. (2005). *Global guidelines for type 2 diabetes.* Brussels: International Diabetes Federation.

Ismail, K., Thomas, S. M., Maissi, E., Chalder, T., Schmidt, U., Bartlett, J. et al. (2008). Motivational Enhancement Therapy with and without Cognitive Behavior Therapy to Treat Type 1 Diabetes: A Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine, 149,* 708-719.

Ismail, K., Winkley, K. & Rabe-Hesketh, S. (2004). Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Lancet, 363,* 1589-1597.

Katon, W., Fan, M. Y., Unutzer, J., Taylor, J., Pincus, H. & Schoenbaum, M. (2008). Depression and diabetes: a potentially lethal combination. *Journal of general internal medicine, 23,* 1571-1575.

Kleefstra, N., Landman, G. W., Houweling, S. T., Ubink-Veltmaat, L. J., Logtenberg, S. J., Meyboom-de, J. B. et al. (2008). Prediction of mortality in type 2 diabetes from health-related quality of life (ZODIAC-4). *Diabetes Care, 31,* 932-933.

Knowler, W. C., Fowler, S. E., Hamman, R. F., Christophi, C. A., Hoffman, H. J., Brenneman, A. T. et al. (2009). 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet, 374,* 1677-1686.

Kolb, H. & Mandrup-Poulsen, T. (2010). The global diabetes epidemic as a consequence of lifestyle-induced low-grade inflammation. *Diabetologia, 53,* 10-20.

Köster, I., Huppertz, E., Hauner, H. & Schubert, I. (2011). Direct Costs of Diabetes Mellitus in Germany – CoDiM 2000-2007. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes, 119,* 377-385.

Krichbaum, M. & Kulzer, B. (2011). Hypoglykämien: Ein ernst zu nehmendes Problem in der Diabetesbehandlung. [Hypoglycaemia: A Serious Problem in the Management of Diabetes]. *J Klin Endokrinol Stoffw, 4,* 18-24.

Kulzer, B. (2011). Nationaler Diabetesplan. In diabetesDE (Hrsg.), *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2012* (S. 194-203). Mainz: Kirchheim-Verlag.

Kulzer, B. & Hermanns, N. (2011). Diabetes als verhaltensmedizinische Erkrankung. In H.-U.Häring, B. Gallwitz, D. Müller-Wieland, K. H. Usadel & H. Mehnert (Hrsg.), *Diabetologie in Klinik und Praxis* (6. Aufl., vollst. überarb. erw. Ausg., S. 268-282). Stuttgart: Thieme.

Kulzer, B., Hermanns, N., Gorges, D., Schwarz, P. & Haak, T. (2009). Prevention of diabetes self-management program (PREDIAS): effects on weight, metabolic risk factors, and behavioral outcomes. *Diabetes Care, 32,* 1143-1146.

Kulzer, B., Hermanns, N., Kubiak, T. & Haak, T. (2004). Hypoglykämieprobleme bei Diabetes mellitus – Ätiologie, Diagnostik und Behandlung. *Diabetes und Stoffwechsel, 13,* 139-151.

Kulzer, B., Hermanns, N., Maier, B., Gorges, D., Ebert, M., Schwarz, P. et al. (2006). *Diabetes vermeiden – selbst aktiv werden. Ein Leitfaden für den Alltag.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Kulzer, B., Schmitt, A., Gahr, A., Haak, T., Kruse, J. & Hermanns, N. (2012a). „Stepped-Care-Ansatz" zur Behandlung von Depressionen bei Menschen mit Diabetes. *Diabetes, Stoffwechsel und Herz* (im Druck).

Kulzer, B., Schmitt, A., Gahr, A., Haak, T., Kruse, J. & Hermanns, N. (2012b). Behandlung von Depressivität bei Diabetes mit dem Therapieprogramm „DIAMOS - Diabetesmotivation stärken". *Medizinische Welt* (im Druck).

Lindström, J., Ilanne-Parikka, P., Peltonen, M., Aunola, S., Eriksson, J. G., Hemio, K. et al. (2006). Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet, 368,* 1673-1679.

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

Mooy, J. M., de Vries, H., Grootenhuis, P. A., Bouter, L. M. & Heine, R. J. (2000). Major stressful life events in relation to prevalence of undetected type 2 diabetes: the Hoorn Study. *Diabetes Care, 23,* 197-201.

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet, 370,* 851-858.

Norris, S. L., Engelgau, M. M. & Venkat Narayan, K. M. (2001). Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care, 24,* 561-587.

Norris, S. L., Lau, J., Smith, S. J., Schmid, C. H. & Engelgau, M. M. (2002). Self-Management Education for Adults With Type 2 Diabetes: A meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care, 25,* 1159-1171.

Norris, S. L., Zhang, X., Avenell, A., Gregg, E., Bowman, B., Serdula, M. et al. (2004). Long-term effectiveness of lifestyle and behavioral weight loss interventions in adults with type 2 diabetes: a meta-analysis. *Am J Med, 117,* 762-774.

Orozco, L. J., Buchleitner, A. M., Gimenez-Perez, G., Roque, I. F., Richter, B. & Mauricio, D. (2008). Exercise or exercise and diet for preventing type 2 diabetes mellitus. *Cochrane.Database.Syst. Rev.,* CD003054.

Pan, A., Sun, Q., Okereke, O. I., Rexrode, K. M., Rubin, R. R., Lucas, M. et al. (2012). Use of antidepressant medication and risk of type 2 diabetes: results from three cohorts of US adults. *Diabetologia, 55,* 63-72.

Polonsky, W. H., Fisher, L., Earles, J., Dudl, R. J., Lees, J., Mullan, J. et al. (2005). Assessing Psychosocial Distress in Diabetes: Development of the Diabetes Distress Scale. *Diabetes Care, 28,* 626-631.

Rathmann, W., Kowall, B. & Meisinger, C. (2010). Epidemiologie des Typ 2 Diabetes in Deutschland. Ergebnisse aus der KORA S4/F4 Kohortenstudie. In Deutsche Diabetes-Stiftung (Hrsg.), *Diabetes in Deutschland* (S. 9-22). München: Edition Lipp.

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

United Nations. (20-12-2006). UN Resolution 61/225. World Diabetes Day. Verfügbar unter: http://www.oedg.org/pdf/UN_Resolution.pdf [05.12.2011].

United Nations. (16-9-2011). Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Verfügbar unter: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A%2F66%2FL.1&Lang=E [05.12.2011].

Wagner, G., Icks, A., Albers, B. & Abholz, H. H. (2012). Type 2 diabetes mellitus and depressive symptoms: what is the cause of what? A systematic literature review. *Dtsch.Med.Wochenschr., 137*, 523-528.

Welch, G. W., Jacobson, A. M. & Polonsky, W. H. (1997). The Problem Areas in Diabetes Scale. An evaluation of its clinical utility. *Diabetes Care, 20*, 760-766.

WHO. (2008). *2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes.*

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

Zhang, X., Norris, S. L., Gregg, E. W., Cheng, Y. J., Beckles, G. & Kahn, H. S. (2005). Depressive Symptoms and Mortality among Persons with and without Diabetes. *American Journal of Epidemiology, 161*, 652-660.

Adressverzeichnis der Autoren

PD Dr. phil. Harald Baumeister, Dipl.-Psych., PP,
Dr. phil. Nico Hutter
Universität Freiburg, Institut für Psychologie
Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie
Engelbergerstr. 41, 79085 Freiburg
Tel.: (0761) 203 30 44
Fax: (0761) 203 30 40
E-Mail: baumeister@psychologie.uni-freiburg.de

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel, Dipl.-Psych.
Universität Freiburg, Institut für Psychologie
Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie
Engelbergerstr. 41, 79085 Freiburg
Tel.: (0761) 203 21 22
E-Mail: bengel@psychologie.uni-freiburg.de

Prof. Dr. Martin Hautzinger, Dipl.-Psych.
Eberhard Karls Universität
Fachbereich Psychologie
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Schleichstr. 4, 72076 Tübingen
E-Mail: hautzinger@uni-tuebingen.de

Prof. Dr. Frank Jacobi
Professur für Klinische Psychologie
Psychologische Hochschule Berlin (PHB)
Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin
Tel.: (030) 20 91 66 220
Fax: (030) 20 91 66 17
E-Mail: f.jacobi@psychologische-hochschule.de

PD Dr. Bernhard Kulzer
Diabetes Zentrum Mergentheim, Forschungsinstitut Diabetes
Theodor-Klotzbücher-Str. 12, 97980 Bad Mergentheim
Tel.: (07931) 59 41 51
E-Mail: kulzer@diabetes-zentrum.de

PD Dr. Michael Kusch
IGV – Institut für Gesundheitsförderung und Versorgungsforschung gGmbH
An-Institut der Ruhr-Universität Bochum
Technologiezentrum Ruhr
Universitätsstr. 142, 44799 Bochum
Tel.: (0234) 321 19 57
Fax: (0234) 321 49 52
E-Mail: michael.kusch@igv-bochum.de

Prof. Dr. Oskar Mittag, Dipl.-Psych.
Universitätsklinikum Freiburg
Abteilung für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin
Engelbergerstr. 21, 79106 Freiburg
Tel.: (0761) 27 07 35 40
E-Mail: oskar.mittag@uniklinik-freiburg.de

Prof. Dipl.-Psych. Dr. Michael Pfingsten
Universitätsmedizin Göttingen
Leitender Psychologe
Schmerztagesklinik und -ambulanz
Zentrum Anästhesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin
Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen
Tel.: (0551) 39 88 16
Fax: (0551) 39 41 64
E-Mail: michael.pfingsten@med.uni-goettingen.de

Dipl.-Psych. Julia Scharnhorst, MPH
Health Professional Plus
Am Redder 11, 22880 Wedel
Tel.: (04103) 701 81 40
E-Mail: julia.scharnhorst@h-p-plus.de

Prof. Dr. Petra Warschburger
Universität Potsdam
Beratungspsychologie
Karl-Liebknecht-Str. 24–25, 14476 Potsdam
Tel.: (0331) 977 29 88
Fax: (0331) 977 28 74
E-Mail: warschb@uni-potsdam.de