

PD Dr. med. Cora Weber

# Indikation und Settings der psychosomatischen Komplexbehandlung

---

- stationäre Psychotherapie im Spannungsfeld somatischer Symptome

BDPM VPKK Hauptstadtkongress | 19.09.2026

## **BDPM - VPK 12. Hauptstadt- Symposium Psychosomatik 2026**

Psychosomatische Medizin und  
Ärztliche Psychotherapie  
Prävention  
und Rehabilitation

**Samstag, 19.09.2026,  
10:00 Uhr – 16:00 Uhr**

# Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Indikation, stationäre Psychotherapie  
und Versorgungsstruktur in Deutschland

**PD Dr. med. Cora Weber**

BDPM VPKK Hauptstadtkongress | 19.09.2026



# Einleitung & Grundlagen

## Psychotherapie unter stationären Bedingungen

Aufgaben der psychosomatischen Medizin.

### Mittlerfunktion

Bindeglied zwischen Hausarzt und ambulanten Psychotherapeuten.

### Diagnostik

Umfassende Abklärung und individuelles Behandlungskonzept.

### C/L-Dienst & Angehörigenarbeit

Konsile auf somatischen Stationen.  
Beratung somatisch tätiger Ärzte und Einbezug des sozialen Umfelds.

# 1. Einleitung & Grundlagen

## Psychotherapie unter stationären Bedingungen und Begriffsklärung der psychosomatischen Medizin.



### Psychotherapie unter stationären Bedingungen

Im multidisziplinären psychosomatischen Behandlungskonzept.



### Mittlerfunktion

Bindeglied zwischen Hausarzt und ambulantem Psychotherapeuten.



### Diagnostik

Umfassende Abklärung und Erarbeitung eines individuellen Behandlungskonzepts.



### C/L-Dienst

Beratung somatisch tätiger Ärzte und Pflegekräfte im interdisziplinären Verbund.



### Angehörigenarbeit

Beratung und Einbezug des sozialen Umfelds.



### Lange, oft dysfunktionale Patient Journey

Hausarzt → Fachärzte → Krankenhaus → Psychosomatik

**Fazit:** Expertise fehlt im Gesundheitssystem.

# Rolle & Aufgaben der stationären Psychotherapie



## Behandlung

Komplexer Störungsbilder.



## Stabilisierung

In Krisensituationen.



## Interdisziplinär

Koordination verschiedener  
Fachbereiche.



## Alltagskompetenzen

Stationsalltag als Proberaum.

# Das bio-psycho-soziale Modell revisited

**Epigenetik**

**ZNS**

**Lebensstil**

**Biologische Faktoren**

z.B. Genetik, körperliche Vorerkrankungen.

**Patient**

Integratives Zusammenspiel bei Pathogenese/ Salutogenese.

**Psychologische Faktoren**

Affekt, Struktur, Abwehrmechanismen.

**Soziale Faktoren**

Familie, Beruf, Umfeld.

**Immunsystem**

**ANS**

**Mikrobiom  
Noxen**

# Indikation für stationäre Psychotherapie

## Komplexe Krankheitsbilder

Multimorbidität, Symptomchronifizierung  
und krisenhafte Zuspitzung.

## Chronifizierte Störung

Symptomlast, Dekompensation im Alltag,  
Abhängigkeit vom medizin.  
Versorgungssystem.

## Häufige Störungen

Somatoforme Störungen,  
Schmerzstörungen, Depression,  
Angststörungen, F60.3.

# Indikation für stationäre Psychotherapie

INDIKATION

Komplexe Verläufe mit hoher psychosozialer und somatischer Belastung.

## Multimorbidität

Symptomchronifizierung und krisenhafte Zuspitzung körperlicher, psychischer und psychosozialer Belastungen.

## Krankheitsverhalten

Chronifiziertes Krankheitsverhalten sowie ausgeprägte Abhängigkeit vom medizinischen Versorgungssystem.

## Alltagsbewältigung

Zunehmende Unmöglichkeit der Alltagsbewältigung durch dysfunktionales und selbstschädigendes Verhalten.

### Stationäre Indikation

- komplexe Symptomkonstellation
- Chronifizierung / Krisenzuspitzung
- Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung

# Patient Journey – oft ein langer Weg



Häufige Diagnosen im stationären Setting.

01

Funktionelle und somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Schmerzstörungen.

02

Schwere depressive Syndrome und chronifizierte Depressionen.

03

Somatische Störungen mit ausgeprägter psychischer Komorbidität.

04

Ausgeprägte und chronifizierte/dekompensierte Essstörungen.

05

Exazerbierte Angststörungen und Panikattacken sowie schwere Zwangsstörungen.

06

Persönlichkeitsstörungen und trauma-assoziierte Krisen (PTSD).

# Somatoforme Störungen global (Metaanalyse Lancet 2025)

**4,6%**

Gesamtprävalenz (95%-KI 3,1–7,0)

**7,7%**

Prävalenz bei Frauen (CI95% 5.1-11.5)

**2,8%**

Prävalenz bei Männern (CI95% 1.8-4.3)

The prevalence and estimated burden of somatoform disorders: a systematic review and meta-analysis of their epidemiology

# Somatoforme Störungen – Metaanalyse 2025

DATEN

Prävalenz aus 43 Studien in 21 Ländern mit hohem Einkommen; Allgemeinbevölkerung 1980–2024.

Pooled prevalence

4,6 %

Frauen

7,7 %

Männer

2,8 %

## YLD – Years of life with disability

Gesamt



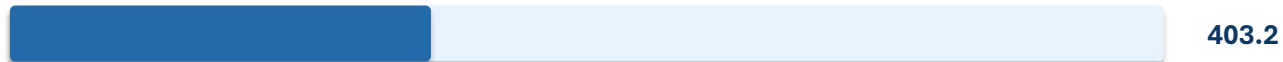
662.4

Frauen



1108.8

Männer



403.2

Poulsen Siig et al 2024

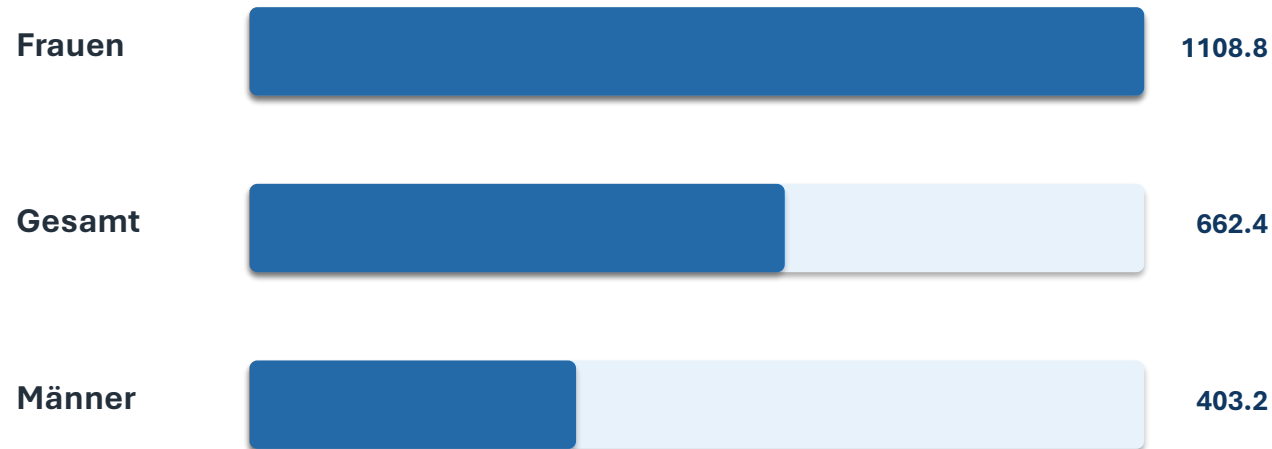
43 Studien  
21 high-income countries  
DSM-/ICD-Kriterien

# Prävalenz und YLD – Einordnung der Metaanalyse 2025

DATEN

Die genannte Schlussfolgerung bezieht sich auf YLD und die Global Burden of Disease Study 2021 (Poulsen Siig et al 2024)

## YLD pro 100.000 Personenjahre



## Fazit

Somatoforme Störungen könnten – bezogen auf YLD – an 2. Stelle bzgl. der „most burdensome mental disorders globally“ nach den Depressionen sein.

Ref.: Global Burden of Disease Study 2021

# Prävalenz und years lived with disability (YLD), Metaanalyse 2025

|                          | Both                       | Males                      | Females                     |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Somatoform disorders*    | 4.6% (3.1–7.0); (0.1–19.8) | 2.8% (1.8–4.3); (0.6–12.7) | 7.7% (5.1–11.5); (1.6–29.7) |
| Somatisation disorder    | 1.6% (0.1–3.6); (0.0–21.2) | ..                         | ..                          |
| Hypochondriasis          | 1.1% (0.4–2.6); (0.0–14.7) | ..                         | ..                          |
| Pain disorder            | 2.7% (1.3–5.6); (0.3–18.5) | 1.8% (0.8–4.0); (0.2–13.2) | 4.1% (1.9–8.6); (0.5–26.0)  |
| Conversion disorder      | 0.5% (0.2–1.6); (0.0–4.3)  | ..                         | ..                          |
| Body dysmorphic disorder | 2.6% (1.1–5.9); (0.1–12.3) | ..                         | ..                          |

Data are % (95% CI); (95% PI). This table presents both combined and sex-specific pooled prevalence rates of somatoform disorders as well as each subcategory with 95% CIs and PIs. Pooled overall estimates and by sex were predicted by use of the predict function within the metafor package in R.<sup>14</sup> PI=prediction interval. \*Predicted from the univariate model with sex only to derive an estimate without location specifiers.

**Table 2: Sex-specific prevalence of somatic symptoms and related disorders**

|                                                  | Years lived with disability per 100 000 people |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Depressive disorders                             | 961.8                                          |
| Somatoform disorders*                            | 662.4                                          |
| Anxiety disorders                                | 639.6                                          |
| Schizophrenia                                    | 275.5                                          |
| Other mental disorders                           | 166.2                                          |
| Autism spectrum disorders                        | 137.7                                          |
| Bipolar disorder                                 | 136.3                                          |
| Eating disorders                                 | 50.6                                           |
| Idiopathic developmental intellectual disability | 37.5                                           |
| ADHD                                             | 8.7                                            |
| Conduct disorder                                 | 1.5                                            |

Both sexes, aged ≥20 years. GBD=Global Burden of Disease. \*Our generated estimate of years lived with disability represents a crude approximation of the burden imposed by somatoform disorders as they were not formally modelled as a GBD cause.

**Table 3: GBD 2021 years lived with disability rankings**

The prevalence and estimated burden of somatoform disorders: a systematic review and meta-analysis of their epidemiology

Emma Johanne Poulsen Siig\*, Viktoria-Maria Hvidtfelt Lykke\*, Ana Maria Mantilla Herrera, Terese Sara Høj Jørgensen, Alize J Ferrari, Damian F Santomauro

Lancet Psychiatry 2025;  
12: 883–92

# Somatoforme Störungen – DSM-4 / ICD-10

Typische Merkmale und Versorgungspfade.

Somatische Beschwerden ohne das Ausmaß der Beschwerden hinreichend erklärende körperliche Ursache

Exzessive Gesundheitsbefürchtungen

Exzessive Nutzung des Gesundheitssystems

Doctor Hopping – Doctor Shopping

Lange Wegstrecke, bis Patient ggf. in psychosomatischer Behandlung ankommt

Patient ist von somatischer Ursache überzeugt

Dysfunktionale Behandlungspfade

**Fazit: Lange dysfunktionale Patient Journey – Expertise fehlt im Gesundheitssystem**

# Prävalenz somatoformer Störungen

DATEN

Befunde aus verschiedenen Populationen und Studien.

## **Wittchen & Jacobi 2005**

12-Monats-Prävalenz 6,3 %

## **Norwegen – Leiknes et al. 2007**

Punkt-Prävalenz 10,2 % in der Allgemeinbevölkerung

## **de Waal et al. 2004**

16,1–21,9 % bei ambulanten allgemeinmedizinischen Patienten

## **Komorbidität**

26–79 % mit anderen psychischen Erkrankungen

## **de Waal et al. 2004**

3,3-fach erhöhtes Risiko für komorbide Angststörungen oder Depressionen

# Prävalenz in psychosomatischen Kliniken

DATEN

Pieh et al. 2011: Multicenterstudie mit 20 Kliniken, 1998–2007.

**18,4 %**

18.492 von 100.607 Patienten

**91,9 %**

mindestens 1 weitere Erkrankung

**2,8**

weitere Erkrankungen im Durchschnitt

**62,8  
Monate**

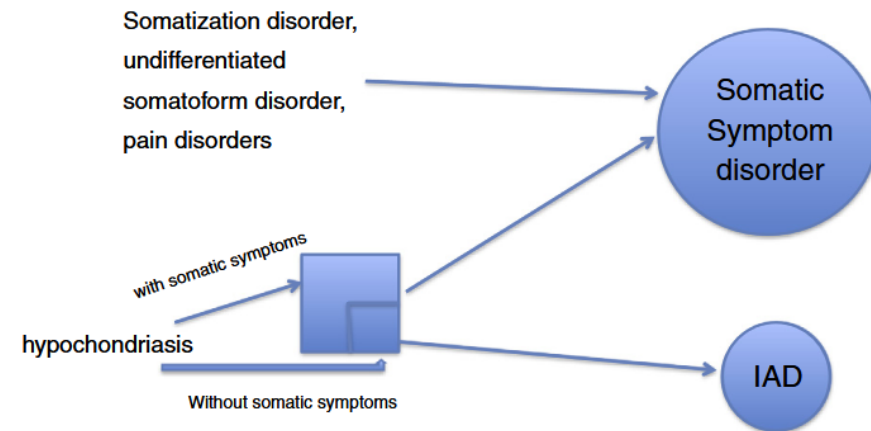
Symptombdauer bis zur Behandlung

**Komorbidität: 74 % affektive Störungen | 43,2 % neurotische und Belastungsstörungen**

# DSM-5 / ICD-11 – Diagnostische Entwicklung

## DSM-5 (2013)

- Somatische Belastungsstörung
- Differenzierung ICD-10 F45.xx entfällt
- Body Dysmorphic Disorder u dissoziative Störung fallen raus



**Fig. 1.** Relationship of Somatic Symptom Disorder and Illness Anxiety Disorder to DSM IV predecessor disorders. Legend: About 20% of patients with hypochondriasis have no somatic symptoms per se but rather have the fear that they will develop an illness. In DSM5 these individuals are categorized as having illness anxiety disorder (IAD).

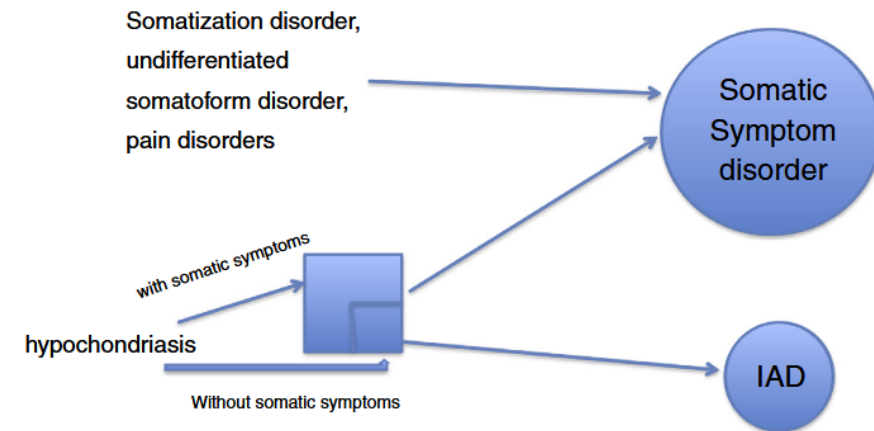
# DSM-5 / ICD-11 – Diagnostische Entwicklung

**Table 1**

Criteria for Somatic Symptom Disorder.

- A. One or more somatic symptoms that are distressing or result in significant disruption of daily life.
- B. Excessive thoughts, feelings, behaviors related to the somatic symptoms or associated health concerns as manifested by at least one of the following:
- 1) Disproportionate and persistent thoughts about the seriousness of one's symptoms.
  - 2) Persistently high level of anxiety about health or symptoms.
  - 3) Excessive time and energy devoted to these symptoms or health concerns.
- C. Although any one somatic symptom may not be continuously present, the state of being symptomatic is persistent (typically more than 6 months).

Reprinted with permission from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, (Copyright (c) 2013). American Psychiatric Association. All rights reserved.



**Fig. 1.** Relationship of Somatic Symptom Disorder and Illness Anxiety Disorder to DSM IV predecessor disorders. Legend: About 20% of patients with hypochondriasis have no somatic symptoms per se but rather have the fear that they will develop an illness. In DSM5 these individuals are categorized as having illness anxiety disorder (IAD).

# MU(P)S – Medically Unexplained Symptoms

Kritische Einordnung des Begriffs und des Leib-Seele-Dualismus.

## Cave

**Häufig nicht „unexplained“, sondern „nicht (ausreichend) untersucht“.**

Eine Störung ohne medizinische Erklärung ist nicht gleich eine psychische/psychiatrische Erkrankung.

Dimsdale et al. 2013

## Leib – Seele

Körpersymptom

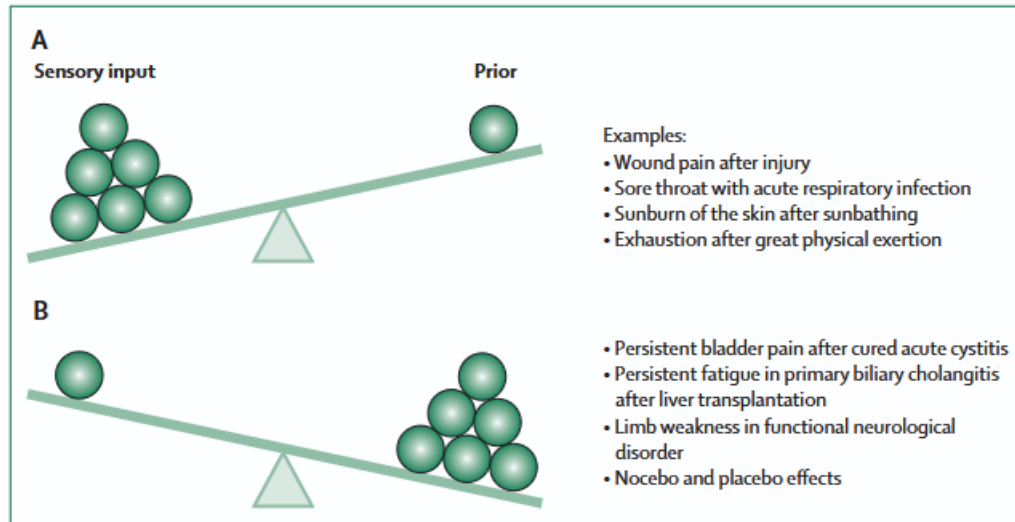


Psyche

Psychologische Interventionen sind mäßig wirksam  
(Metaanalyse 2023, Löwe et al. 2024).

# Dichotomie verlassen – hin zum komplexen Modell

## Nociceptiv – neuropathisch – nociplastisch



**Figure 2: Illustration of the predictive coding model in symptom perception**

(A) Situation with strong sensory input and low precision prior; here, posterior symptom interpretation is mainly shaped by sensory input. (B) Situation with weak sensory input and high precision prior; here, posterior symptom interpretation is mainly shaped by the prior.



Descartes 1644

## Schmerzqualitäten

- Nozizeptiv: verursacht durch Entzündung und Gewebeschaden
- Neuropathisch: verursacht durch nervale Schädigungen
- **Noziplastisch: augmentierte zentrale Schmerzwahrnehmung, sensorisches Processing, veränderte Schmerzmodulation**

- [1] Fitzcharles M-A, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet* 2021;29397:2098–110.
- [2] Forstenpointner J, Ruscheweyh R, Attal N, Baron R, Bouhassira D, Enax-Krumova EK, Finnerup NB, Freynhagen R, Gierthmühlen J, Hansson P, Jensen TS, Maier C, Rice ASC, Segerdahl M, Tölle T, Treede R-D, Vollert J. No pain, still gain (of function): the relation between sensory profiles and the presence or absence of self-reported pain in a large multicenter cohort of patients with neuropathy. *PAIN* 2021;162:718–27.
- [3] Hoegh M, Schmid AB, Per Hansson P, Brix Finnerup N. Not being able to measure what is important, does not make things we can measure important. *PAIN* 2022;163:e963.



**Abb. 1** ◀ Descartes Vorstellung der Nervenleitung: Die Abbildung zeigt die Fig. 7 aus dem Buch *L'homme (De homine)* von R. Descartes von 1664 (Näheres s. Text [1])

# Stationäres Therapieangebot

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Komplexbehandlung

## 2. Therapieangebote & Ziele

Multimodale Behandlungskonzepte im interdisziplinären Team.

### MULTIMODAL

Psychotherapie + somatische Medizin + Pflege + Spezialtherapien + soziale Perspektive

#### Verbale Settings

Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie, Psychoedukation, Team- und Stationsarztvisiten, ärztliche Untersuchung, pflegerische Interventionen, Diät- und Sozialberatung.

#### Nonverbale & Spezialtherapien

Kunsttherapie, Bewegungs- und Tanztherapie, Musiktherapie, Ergotherapie, Achtsamkeits- und Entspannungstherapien, Sport/Spiel, Walking, Physiotherapie.

# Multimodales Therapieangebot

THERAPIE

Verbale und nonverbale, körperorientierte Therapieangebote, Spezialtherapien.

## Psychotherapie

Einzel- und Gruppenpsychotherapie  
Psychoedukation  
Krisen- und ärztliche Gespräche  
Traumatherapie

## Kreativität, Ausdruck, Unbewusstes, Defokussierung

Kunst-, Theatertherapie  
Bewegungs- und Tanztherapie  
Musiktherapie aktiv/passiv  
Ergotherapie

## Körper & vegetative Regulation

Achtsamkeit / Entspannung  
Sport / Walking  
Physiotherapie  
Ärztliche Interventionen, Medikation

## Soziale Ebene, Lebensstil

Diätberatung  
Sozialberatung  
Angehörigenarbeit

# Zentrale Therapieziele

Vom Symptom über das stationäre Setting bis zur Alltagsfunktion.

## Symptomlinderung

Abnahme von Depressivität, Angst, Unruhe, Trauma-Symptomatik, Zwangssymptomatik, Schmerzen.

## Soziale Interaktion

Austausch, Integration, Abgrenzung und Erkennen eigener Bedürfnisse nach Kommunikation vs. Ruhe.

## Milieuanpassung

Soziales Miteinander, Einhaltung von Gruppenregeln und Rücksichtnahme im Stationsalltag.

## Konfliktbewusstmachung

Verbalisierung von Affekten, Verstehen psychosomatischer Zusammenhänge und bio-psycho-soziales Verständnis.

# Klinische Fallbeispiele

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

# 3. Fallbeispiele & klinische Foci

FALLBEISPIELE

Praxisnahe Einblicke in funktionelle Herzbeschwerden, Borderline-Symptomatik und somatische Erkrankung.

**01**

## **Funktionelle Herzbeschwerden**

52-jähriger Polizeibeamter nach 4. Ablation; herzbezogene Ängste, Panik und biografische Konflikte.

**02**

## **Borderline-Störung**

20-jähriger Patient mit Suizidgedanken, Selbstverletzung, früher Traumatisierung und wechselnden somatischen/ somatoformen Beschwerden.

**03**

## **Somatische Erkrankung**

57-jähriger Beamter mit Depression und Angina Pectoris; später Nachweis eines RCA-Verschlusses.

# Fallbeispiel 1: Funktionelle Herzbeschwerden

FALL 01

52-jähriger Patient, Polizeibeamter – psycho-physische Dekompensation nach 4. Ablation bei VES.

## Anamnese & Symptomatik

- Massive herzbezogene Ängste, Panikattacken, Unterbrechung des Kontaktes zum 9-jährigen Sohn.
- Biografisch: Sohn eines Alkoholikers, frühe Trennung der Eltern, Leistungssportkarriere als Leistungs- und Kompensationsfeld.
- Somatisierung als Abwehr des eigenen Erlebens von elterlichem und eigenen Versagen in der aktuellen Vaterrolle
- Reaktivierung eigener kindlicher Bedürftigkeit bei Versagung von frühen oralen Bedürfnissen.

## Therapie & Verlauf

- Hochfrequente Krisengespräche.
- Bearbeitung der Enttäuschungswut und des Vaters-Vorbild-Konflikts.
- Erfolgreiche schrittweise Wiedereingliederung via Hamburger Modell.
- Dann erneute Ablation in externem Zentrum – kurze Symptomremission, dann erneute Dekompensation mit extremer Fokussierung auf das Herz.

# Fallbeispiel 2: Borderline-Störung

FALL 02

20-jähriger Patient mit Suizidgedanken, Selbstverletzung und früher Traumatisierung.

## Anamnese & Belastungen

- Rege Kontakt suchend, emotional bedürftig, Suizidgedanken und Selbstverletzung (Ritzen).
- Frühe Traumatisierungen: Postpartale Depression der Mutter mit Suizidversuch, als Patient 8 Monate alt ist, Übernahme der Pflege durch Großeltern; Trennung der Eltern, als Patient 4 J alt ist; Unfalltod des Vaters, als Patient 15 J alt ist.
- Ständiger Fokuswechsel (Tinnitus, Reflux, Magenbeschwerden), frequente Beziehungsabbrüche in Partnerschaften; Suizidversuch bei Trennung vor 1 J.

## Klinisches Management

- Anfangs hochfrequente Krisengespräche notwendig. Skillvermittlung, zunehmende Installation eines klaren Rahmens, immer wieder Grenzübertritte (Selbstverletzung ohne Mitteilung ans Pflegepersonal/Team, Verhaltensprotokolle nicht ausgefüllt etc)
- Medikation (Bupropion, niedrigdosiert Quetiapin) zur Stabilisierung.
- Therapievertrag – Anpassung, sequentielle Wiederaufnahme.
- Vorbereitung auf eine spezialisierte DBT-Behandlung.

Aus Jörg et al 2023 u.a., Einordnung

## Prävalenz

0,7–4,5 % in  
Deutschland

## Versorgungsbedarf

Hoher Leidensdruck, häufige  
notfallmäßige stationäre Aufnahmen

## Datenlage

Unzureichende Datenlage, kaum  
randomisierte Studien

## Therapieansätze

- Überwiegend dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)
- Auch transference-focused psychotherapy (TFP)
- Störungsspezifische ambulante PT häufig nicht weiter spezifiziert

Jörg et al., Nervenarzt, 2023

# Fallbeispiel 3: Depression, somatische Erkrankung

FALL 03

57-jähriger Beamter im Auslandseinsatz in Asien während Corona-Pandemie.

## Anamnese & Belastung

- Depression und Erschöpfung, Suizidalität.
- Zunehmende Angina-Pectoris-Symptomatik – auf Depression attribuiert („Druck auf der Brust“, „Herzschmerz“).
- Trennung von in Deutschland lebender Ehefrau, 2 Töchter im Studium, Schwellensituation Auszug.
- Mutter in Deutschland schwer erkrankt; keine Reisemöglichkeit.
- Bei zunehmender Dekompensation mit AU Transfer nach Deutschland, Klinikaufnahme; Diagnose schwere Depression.

## Somatischer Verlauf & Psychotherapie

- Herzkatheter wegen belastungsassoziierter AP: RCA-Verschluss bei bekannter 2-KHK, Stenteinlage, sofortige Symptomremission.
- Töchter ebenfalls Lipoprotein-a-belastet; schwere hereditäre Fettstoffwechselstörung, 2 Geschwister ebenfalls erkrankt.
- Stationäre, dann ambulante Psychotherapie; Bearbeitung des Trennungskonflikts, Thema „Wo ist meine Heimat“.

# Interaktionen bei Patienten und im Team

## Dynamik

- Abwehr, Zynismus, Erschöpfung
- Patient\*innen und Team kommen an die Belastungsgrenze
- Symptomprovokation, Grenzübertritte (Anorexie, BPS, Sucht)

## Bewältigung

- Sport, Walking, Physio, Belastungsexposition, ggf. Therapiepause
- Supervision
- Fallbesprechungen & Balintgruppen

# Versorgungsstrukturen

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

# Versorgungsstruktur in Deutschland

# Mindestens 201

**vollstationäre Standorte**

(Fachkrankenhäuser / Fachkliniken und Fachabteilungen)

# Bundesländer – ausgewählte Standorte

## Nord-Süd- und Ost-West-Gefälle

Baden-Württemberg 45

Bayern 41

Hessen 21

Rheinland-Pfalz 8

Berlin 4

Bremen 1

# Datenqualität & Limitationen

AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (Tabellenanhang GMK 2023).

Erhebungsjahr: 2020; Stand: 28.03.2023.

NRW: Psychiatrie und Psychosomatik nicht separat ausgewiesen.

# Ökonomischer Rahmen (PEPP / PPPRL)

## Strukturen

- Fachspezifisches Entgeltsystem
- Psychosomatische und psychiatrische Einrichtungen
- Qualitäts- und Strukturvorgaben

## Herausforderungen

- Steigende Kosten
- Personalmangel
- Hoher Dokumentationsaufwand

# Personal und Ressourcen

## Berufsgruppen

- Fachärzt\*innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Psycholog\*innen
- Pflegefachkräfte, Sozialarbeiter, Diätberater, Physiotherapeuten
- Spezialtherapeut\*innen (Kunst-, Tanz-, Theater-, Musiktherapie)

## Interdisziplinarität

Ganzheitliche, individualisierte Behandlung in interdisziplinären Teams.

# Quellen & Literatur

AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (GMK 2023)

Tabelle 1.2: Vollstationäre Standorte – Psychosomatik (GMK/KIGDS)

Global Burden of Disease Study, 2021

# PPP-RL

Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik  
Grundlagen, Strukturen und aktuelle Entwicklungen (Stand 2026)

# Ökonomischer Rahmen – PEPP, PPPrL

Versorgungsrealität zwischen Fallsteuerung, Personal und Ressourcen.

Liegedauer 6–8 Wochen

Fallsteuerung

Bettenauslastung

Personalkosten, Ausfallszeiten

Invest-Kosten

Personalgewinnung, Work-Life-Balance

Rotationen, ambulante Therapiezeiten

Personalqualifikation

Überstunden, Wochenendabdeckung

Konkurrenz mit Alternativ-Institutionen

Wirtschaftlichkeit und Behandlungsqualität konfiglieren.

# 1. Was ist die PPP-RL?

## Definition & Kern:

- Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) regelt verbindliche Mindestvorgaben für das therapeutische Personal.
- Beschlossen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf Basis von § 136a SGB V.

## Historie & Ablösung:

- Eingeführt zum 1. Januar 2020 als Nachfolgerin der veralteten Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV).

## Geltungsbereich:

- Betrifft alle nach § 108 SGB V zugelassenen Plankrankenhäuser in Deutschland mit Fachabteilungen für Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik.

## 2. Ziele und Kernprinzipien

Sicherung der Behandlungsqualität:

- Gewährleistung einer leitliniengerechten und patientensicheren Versorgung im vollstationären, teilstationären und stationsäquivalenten (StäB) Rahmen.

Evidenzbasierte Personalbemessung:

- Definition von konkreten Minutenwerten pro Patient und Woche, differenziert nach Behandlungsbereichen und Berufsgruppen.

Berücksichtigte Berufsgruppen:

- Ärztlicher Dienst, Psychologische Psychotherapeuten, Pflegefachkräfte, Spezialtherapeuten (Ergotherapie, Bewegungstherapie etc.) sowie Sozialarbeitende.

# 3. Aktuelle Entwicklungen & "Erleichterungen"

Wegfall der bürokratischen Hürden (Beschlüsse 2025/2026):

- Die extrem aufwendige monats- und stationsbezogene Dokumentation wurde gestrichen.
- Der Nachweis erfolgt stattdessen über einen Quartalsbezug, was den Kliniken signifikant mehr Flexibilität im täglichen Personaleinsatz erlaubt.

Sonderregelung für die Psychosomatik:

- Psychosomatische Einrichtungen wurden vorerst von den Mindestvorgaben ausgenommen, bis spezifisch angepasste Konzepte vorliegen.

Einführung von Nachtdienstvorgaben:

- Integration verbindlicher Mindestbesetzungen auch für den pflegerischen Nachtdienst zur Gewährleistung des Patientenschutzes.

# 4. Sanktionen & Herausforderungen

## Scharfschaltung der Sanktionen (seit 1. Januar 2026) – für die Psychiatrie:

- Bei struktureller Unterschreitung der Mindestvorgaben greifen empfindliche finanzielle Sanktionen in Form von Erlöskürzungen und Vergütungsausfällen.

## Kritik durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) & Verbände:

- Fachkräftemangel: Kliniken können offene Stellen trotz Budget oft schlicht nicht besetzen und werden dafür finanziell bestraft.
- Gefährdung der Versorgung: Laut Umfragen rechnen die Mehrheit der Kliniken mit Vergütungsausfällen. Dies führt paradoxerweise zu Betten- und Platzsperrungen sowie verlängerten Wartelisten für Patienten.

# 5. Sanktionen & Herausforderungen

- Scharfschaltung ab Januar 2026 in der Psychiatrie:  
Vollständiger Wegfall aller bisherigen Übergangsregelungen.
- 90%-Regel: Eine Unterschreitung der Mindestvorgaben im Quartalsmittel führt zu unmittelbaren Budgetkürzungen.
- Konsequenz bei schwerer Unterdeckung (< 85%): Drohender Entzug der Versorgungsberechtigung und erzwungene Bettenstilllegung.

## Sanktionsstufen ab 2026:

- >= 90%: Grüne Zone (Voller Erlös)
- 85% - 89%: Gelbe Zone (Budgetkürzung)
- < 85%: Rote Zone (Bettenstilllegung)

# 5. Fazit & Ausblick

Spannungsfeld zwischen Anspruch und Wirklichkeit:

- Die PPP-RL sichert theoretisch Mindeststandards für Patienten, stößt in der Praxis des deutschen Gesundheitssystems jedoch auf den Fachkräftemangel.

Notwendigkeit kontinuierlicher Weiterentwicklung:

- Der G-BA ist gesetzlich zur fortlaufenden Anpassung verpflichtet.
- Zukünftiger Fokus muss auf der Refinanzierung realer Personalkosten und flexiblen, regionalen Versorgungskonzepten statt rein starren Minuten-Quoten liegen.

# Datenauswertung Hennigsdorf

2024 und 2025

2024/2025 Datenauswertung – Station 32

N = 305  
215 Frauen (70,5%)  
90 Männer (29,5%)

Deskriptive Statistik

|                    | Alter_bei_Aufnahme | Aufenthaltsdauer_in_Tagen |
|--------------------|--------------------|---------------------------|
| Gültig             | 305                | 305                       |
| Fehlend            | 0                  | 0                         |
| Median             | 53.000             | 40.000                    |
| Mittelwert         | 49.436             | 39.026                    |
| Standardabweichung | 15.287             | 16.487                    |
| Minimum            | 18.000             | 7.000                     |
| Maximum            | 86.000             | 79.000                    |

LQ steigt: ACSA prae/post, Depressivität sinkt: PHQ-9 prae/post, Angst sinkt: GAD-7 prae/post

2024/2025 Datenauswertung – Lebenszufriedenheit, Depressionswerte und Angstwerte

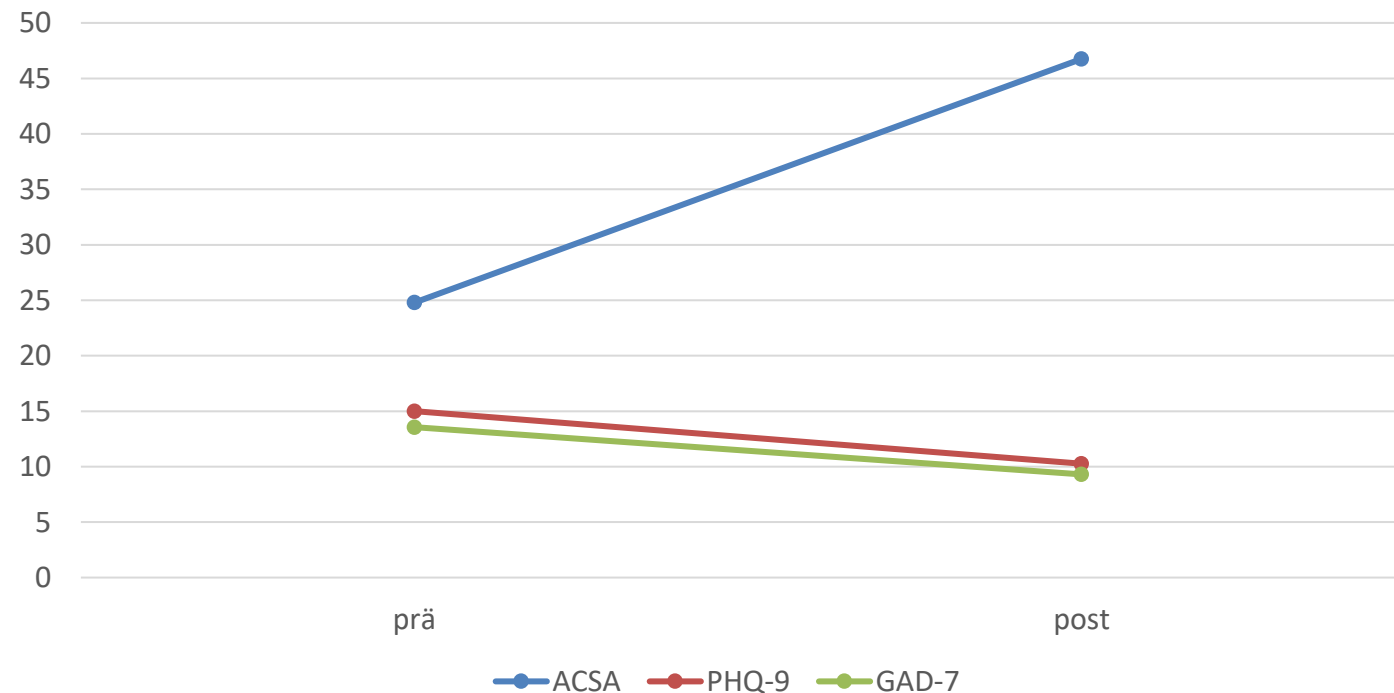
| Deskriptive Statistik |           |           |          |          |          |          |
|-----------------------|-----------|-----------|----------|----------|----------|----------|
|                       | ACSA_prae | ACSA_post | PHQ_prae | PHQ_post | GAD_prae | GAD_post |
| Gültig                | 305       | 305       | 305      | 305      | 305      | 305      |
| Fehlend               | 0         | 0         | 0        | 0        | 0        | 0        |
| Median                | 20.000    | 50.000    | 15.000   | 10.000   | 13.000   | 9.000    |
| Mittelwert            | 28.430    | 49.092    | 14.459   | 10.236   | 13.013   | 9.423    |
| Standardabweichung    | 22.731    | 27.091    | 5.526    | 6.030    | 4.877    | 5.223    |
| Minimum               | 0.000     | 0.000     | 0.000    | 0.000    | 0.000    | 0.000    |
| Maximum               | 100.000   | 100.000   | 27.000   | 26.000   | 27.000   | 21.000   |

LQ steigt: ACSA prae/post, Depressivität sinkt: PHQ-9 prae/post, Angst sinkt: GAD-7 prae/post; alle  $p < .001$

T-Test für abhängige Stichproben

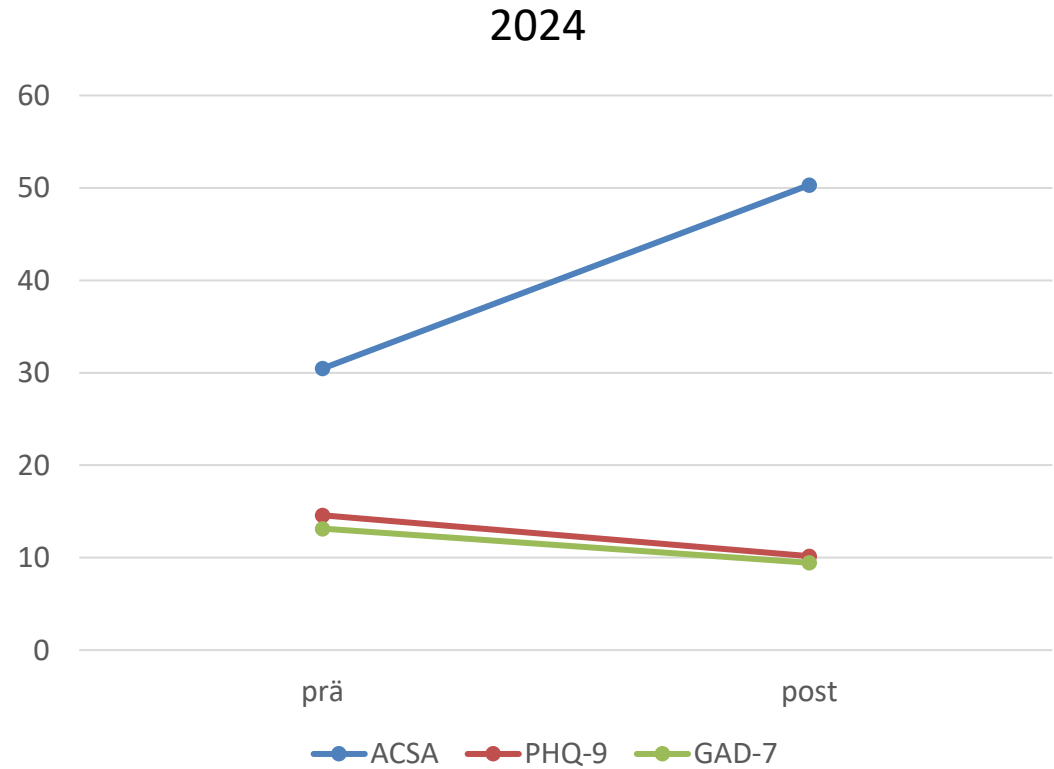
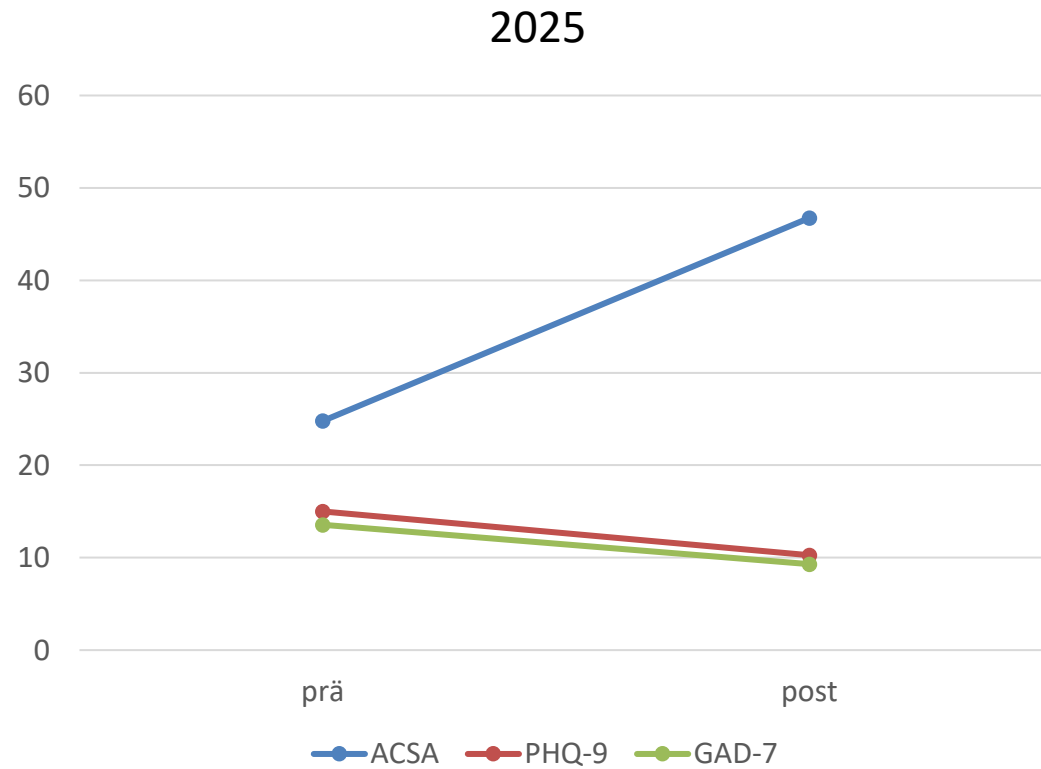
| Measure 1 |   | Measure 2 | W         | z       | df | p      |
|-----------|---|-----------|-----------|---------|----|--------|
| ACSA_prae | - | ACSA_post | 3935.000  | -10.552 |    | < .001 |
| PHQ_prae  | - | PHQ_post  | 35669.500 | 11.965  |    | < .001 |
| GAD_prae  | - | GAD_post  | 33106.000 | 11.366  |    | < .001 |

*Hinweis.* Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test.



In beiden Jahren 2024, 2025 sehr ähnlich:

LQ steigt: ACSA prae/post, Depressivität sinkt: PHQ-9 prae/post, Angst sinkt: GAD-7 prae/post



## 2024 /2025 Datenauswertung – BMI-Werte

1: Übergewicht, 2: Normalgewicht, 3: Untergewicht

| Deskriptive Statistik |          |        |        | Deskriptive Statistik |          |        |        |
|-----------------------|----------|--------|--------|-----------------------|----------|--------|--------|
|                       | BMI_prae |        |        |                       | BMI_post |        |        |
|                       | 1        | 2      | 3      |                       | 1        | 2      | 3      |
| Gültig                | 112      | 169    | 16     | Gültig                | 105      | 173    | 13     |
| Fehlend               | 0        | 0      | 0      | Fehlend               | 0        | 0      | 0      |
| Median                | 34.800   | 24.700 | 17.450 | Median                | 34.750   | 24.980 | 17.300 |
| Mittelwert            | 36.028   | 24.456 | 16.966 | Mittelwert            | 35.818   | 24.387 | 17.043 |
| Standardabweichung    | 5.918    | 3.342  | 1.201  | Standardabweichung    | 5.516    | 3.327  | 1.091  |
| Minimum               | 30.060   | 18.500 | 14.800 | Minimum               | 29.970   | 18.580 | 15.000 |
| Maximum               | 72.700   | 29.900 | 18.300 | Maximum               | 68.600   | 29.890 | 18.400 |

Subjektive Stressbelastung ist hoch, mit Abnahme im Verlauf; Zunahme von Freudeempfinden

2024/2025 Datenauswertung – Stressbelastung

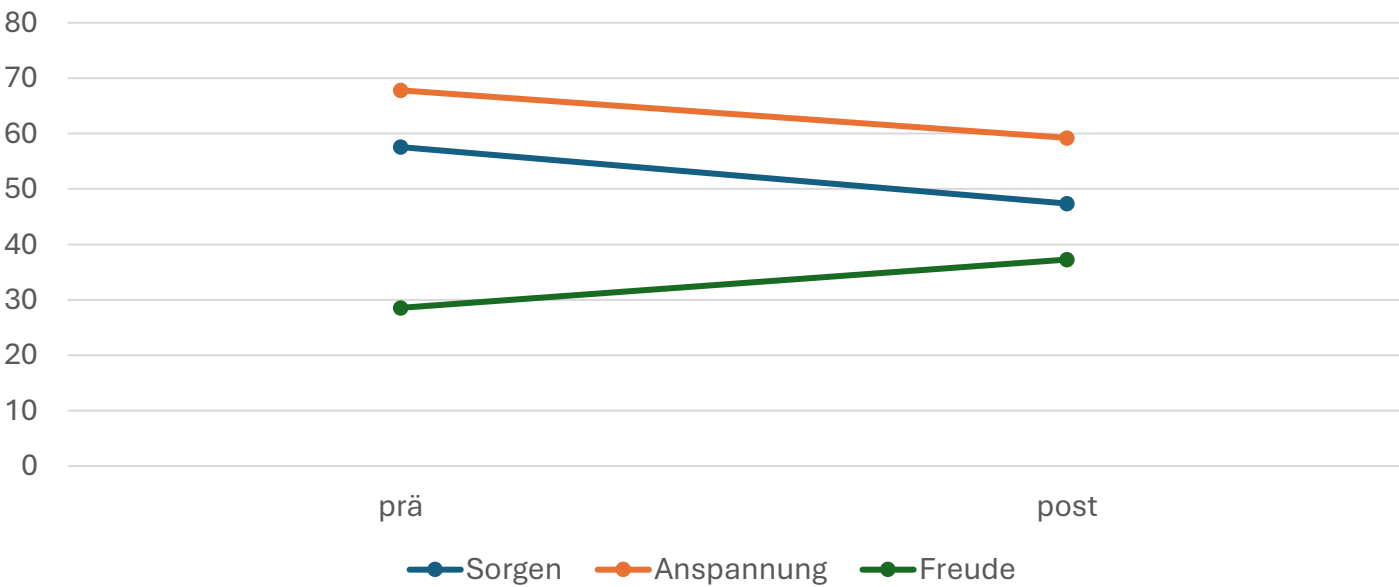
| Deskriptive Statistik   |                     |                     |                         |                         |                     |                     |                                     |                                     |                     |                     |
|-------------------------|---------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------|---------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|---------------------|
|                         | PSQ_Sorgen_<br>prae | PSQ_Sorgen_<br>post | PSQ_Anspann<br>ung_prae | PSQ_Anspann<br>ung_post | PSQ_Freude_<br>prae | PSQ_Freude_<br>post | PSQ_Allg.Anfo<br>rderungen_pr<br>ae | PSQ_Allg.Anfo<br>rderungen_po<br>st | PSQ_gesamt_<br>prae | PSQ_gesamt_<br>post |
| Gültig                  | 305                 | 304                 | 305                     | 305                     | 305                 | 305                 | 305                                 | 305                                 | 305                 | 305                 |
| Fehlend                 | 0                   | 1                   | 0                       | 0                       | 0                   | 0                   | 0                                   | 0                                   | 0                   | 0                   |
| Mittelwert              | 57.567              | 47.375              | 67.813                  | 59.233                  | 28.561              | 37.269              | 56.616                              | 50.377                              | 67.859              | 58.059              |
| Standard-<br>abweichung | 32.540              | 30.915              | 13.707                  | 15.902                  | 20.440              | 23.524              | 24.409                              | 24.218                              | 18.135              | 21.326              |
| Minimum                 | 0.000               | 0.000               | 20.000                  | 13.000                  | 0.000               | 0.000               | 0.000                               | 0.000                               | 5.000               | 0.000               |
| Maximum                 | 100.000             | 100.000             | 93.000                  | 93.000                  | 93.000              | 100.000             | 100.000                             | 100.000                             | 100.000             | 100.000             |

PSQ: Scores für „Sorgen“ und „Anspannung“ nehmen ab, „Freude-Erleben“ nimmt zu

T-Test für abhängige Stichproben

| Measure 1                   |   | Measure 2                   | W         | z      | df | p      |
|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------|--------|----|--------|
| PSQ_Sorgen_prae             | - | PSQ_Sorgen_post             | 18282.000 | 8.531  |    | < .001 |
| PSQ_Anspannung_prae         | - | PSQ_Anspannung_post         | 24164.000 | 9.352  |    | < .001 |
| PSQ_Freude_prae             | - | PSQ_Freude_post             | 5761.500  | -8.140 |    | < .001 |
| PSQ_Allg.Anforderungen_prae | - | PSQ_Allg.Anforderungen_post | 22139.000 | 4.663  |    | < .001 |
| PSQ_gesamt_prae             | - | PSQ_gesamt_post             | 34822.500 | 10.061 |    | < .001 |

Hinweis. Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test.



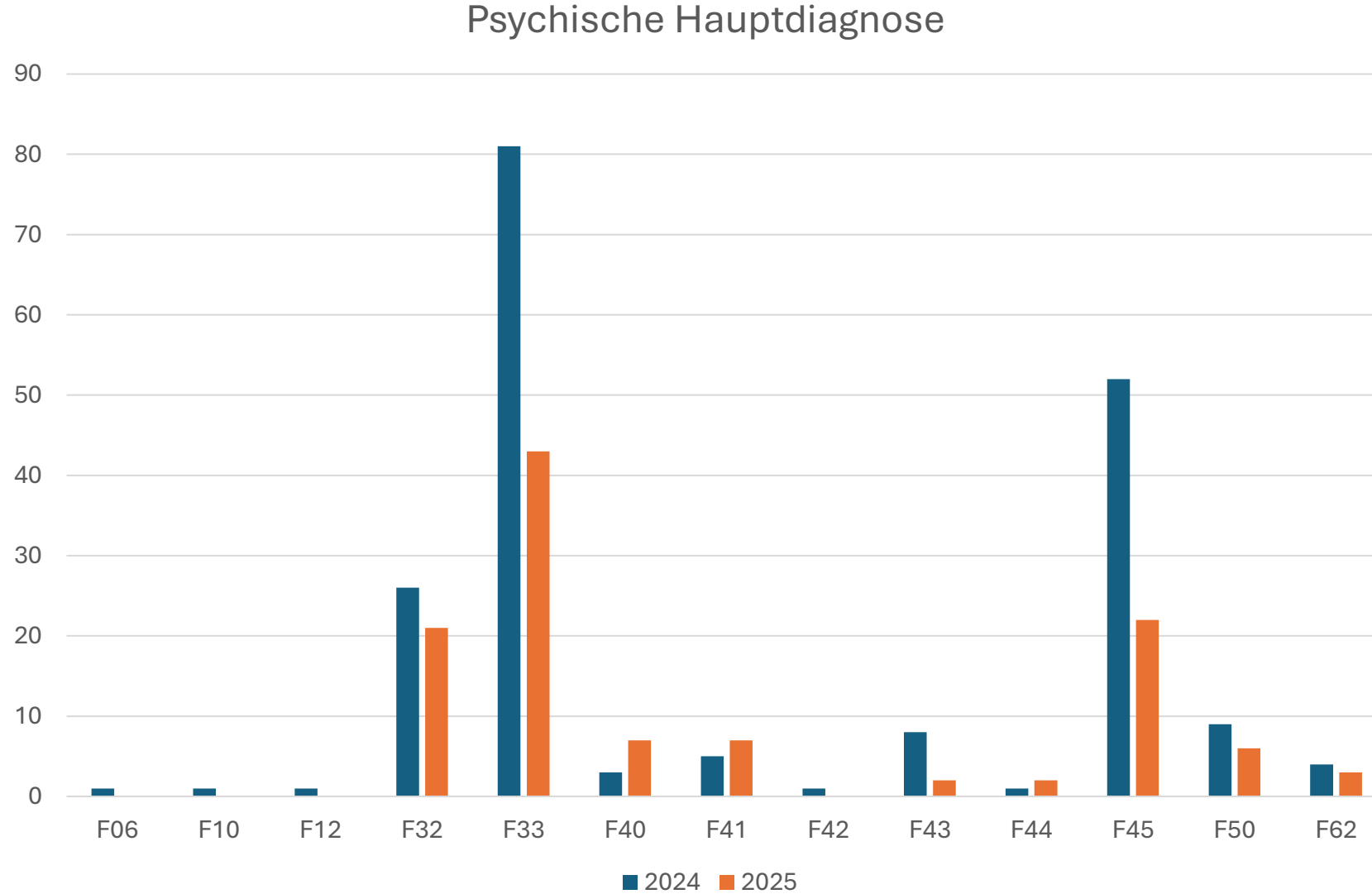
## Aktive Bewältigung und Selbstbeschuldigung werden als häufigste Bewältigungsstrategie genannt

### 2024/2025 Datenauswertung – Bewältigungsstrategien

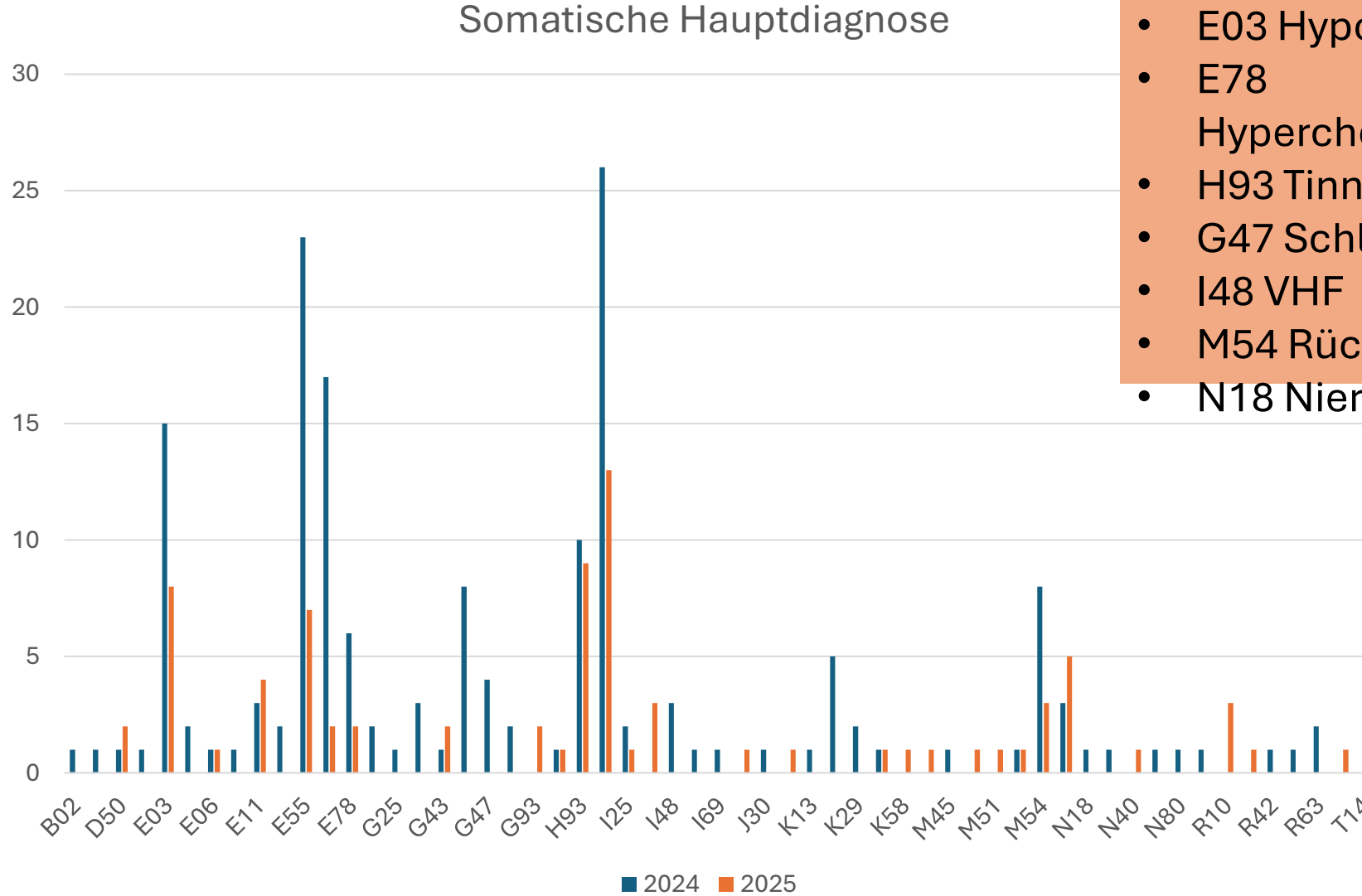
#### Deskriptive Statistik

|                           | Gültig | Fehlend | Median | Mittelwert | Standardabweichung | Minimum | Maximum |
|---------------------------|--------|---------|--------|------------|--------------------|---------|---------|
| COPE_Ablenkung            | 305    | 0       | 50.000 | 56.311     | 25.543             | 0.000   | 100.000 |
| COPE_AktiveBewaeltigung   | 305    | 0       | 67.000 | 58.390     | 24.880             | 0.000   | 100.000 |
| COPE_Verleugnung          | 305    | 0       | 50.000 | 46.200     | 31.291             | 0.000   | 100.000 |
| COPE_Alk.Drogen           | 305    | 0       | 0.000  | 14.636     | 25.686             | 0.000   | 100.000 |
| COPE_Emot.Unterstuetzung  | 305    | 0       | 50.000 | 49.518     | 25.976             | 0.000   | 100.000 |
| COPE_Instr.Unterstuetzung | 305    | 0       | 33.000 | 46.436     | 28.130             | 0.000   | 100.000 |
| COPE_Verhaltensrueckzug   | 305    | 0       | 17.000 | 22.908     | 22.475             | 0.000   | 100.000 |
| COPE_AuslebenEmotionen    | 305    | 0       | 33.000 | 37.059     | 24.595             | 0.000   | 100.000 |
| COPE_PositiveUmdeutung    | 305    | 0       | 33.000 | 36.072     | 25.309             | 0.000   | 100.000 |
| COPE_Planung              | 305    | 0       | 67.000 | 65.643     | 22.244             | 0.000   | 100.000 |
| COPE_Humor                | 305    | 0       | 17.000 | 22.931     | 26.935             | 0.000   | 100.000 |
| COPE_Akzeptanz            | 305    | 0       | 33.000 | 34.452     | 30.201             | 0.000   | 100.000 |
| COPE_Religion             | 305    | 0       | 17.000 | 25.770     | 22.620             | 0.000   | 100.000 |
| COPE_Selbstbeschuldigung  | 305    | 0       | 67.000 | 58.436     | 31.730             | 0.000   | 100.000 |

## Rezidivierende Depression F33 und somatoforme Störungen F45 sind die häufigsten Hauptdiagnosen

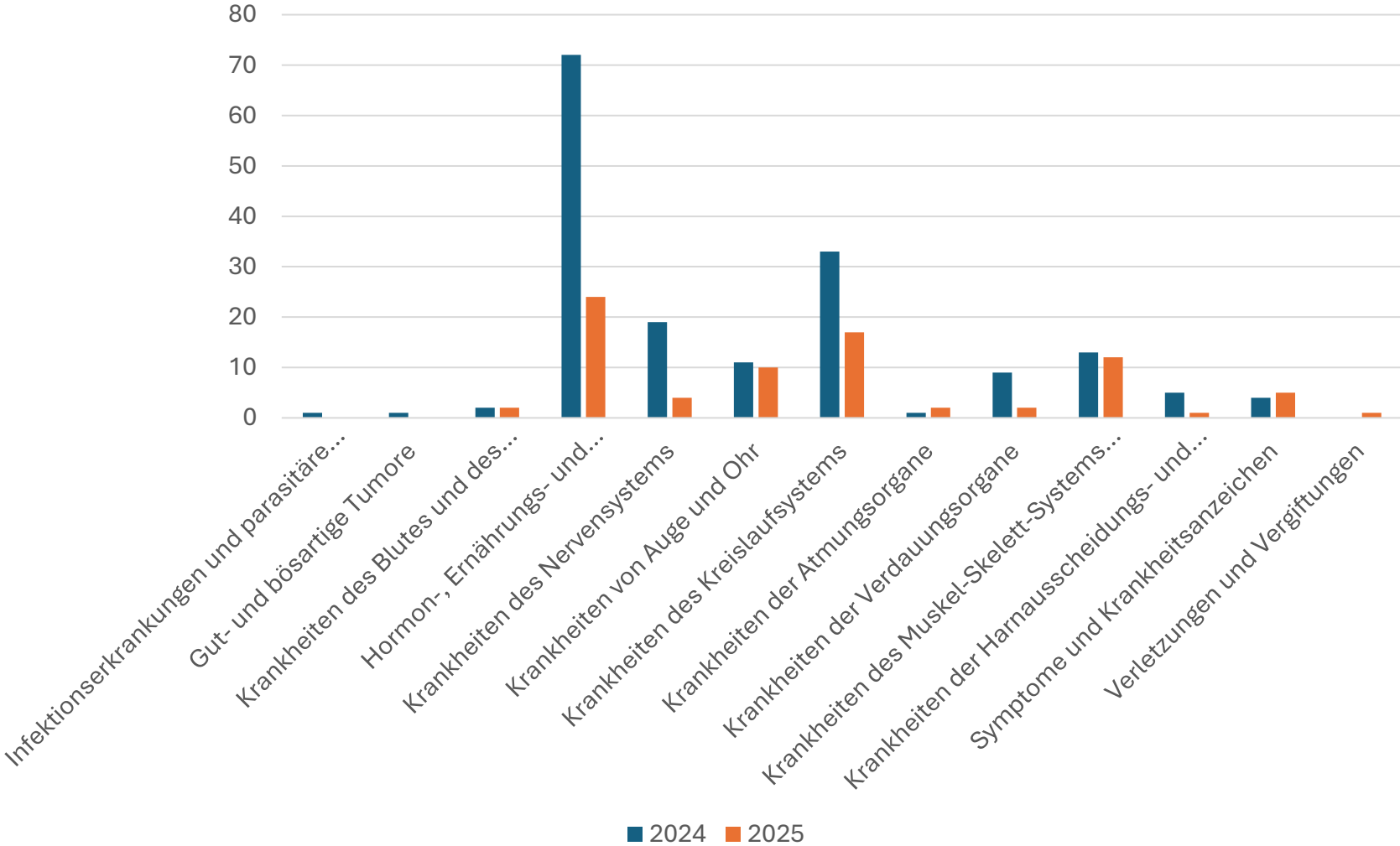


Die häufigsten somatischen Hauptdiagnosen sind:



- I25 KHK,
- E55 Vit. D Mangel
- E03 Hypothyreose
- E78
- Hypercholesterinämie,
- H93 Tinnitus
- G47 Schlafstörungen
- I48 VHF
- M54 Rückenschmerzen
- N18 Niereninsuffizienz

# Somatische Hauptdiagnose



# **Spezialgebiet Psychokardiologie**

# Positionspapier 2024

**Die Kardiologie**  
vormals Der Kardiologe

## Positionspapiere

Kardiologie 2024 · 18:412–443  
<https://doi.org/10.1007/s12181-024-00708-6>  
Angenommen: 27. August 2024  
Online publiziert: 4. Oktober 2024  
© Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. Published by Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature – all rights reserved 2024



## Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie – Update 2024

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

I. Kindermann<sup>1</sup> · V. Köllner<sup>2</sup> · C. Albus<sup>3</sup> · J. Boer<sup>4,5</sup> · G. Dannberg<sup>6</sup> · K. Fritzsche<sup>7</sup> · H. Gunold<sup>8</sup> · C. Herrmann-Lingen<sup>9,10</sup> · B. Leithäuser<sup>11</sup> · M. Meesmann<sup>12</sup> · J. Ronel<sup>13,17</sup> · M. Sadlonova<sup>9,10,14</sup> · C. S. Weber<sup>15</sup> · C. Waller<sup>16</sup> · K. H. Ladwig<sup>17,18</sup>



European Heart Journal (2025) 46, 4156–4225  
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf191>

ESC GUIDELINES

## 2025 ESC Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular disease: developed under the auspices of the ESC Clinical Practice Guidelines Committee

Developed by the task force on mental health and cardiovascular disease of the European Society of Cardiology (ESC)

Endorsed by the European Federation of Psychologists' Associations AISBL (EFPA), the European Psychiatric Association (EPA), and the International Society of Behavioral Medicine (ISBM)

**Authors/Task Force Members:** Héctor Bueno <sup>†</sup>, (Chairperson) (Spain), Christi Deaton <sup>†</sup>, (Chairperson) (United Kingdom), Marta Farrero <sup>‡</sup>, (Task Force Co-ordinator) (Spain), Faye Forsyth <sup>‡</sup>, (Task Force Co-ordinator) (United Kingdom), Frieder Braunschweig (Sweden), Sergio Buccheri (Sweden), Simona Dragan (Romania), Sofie Gevaert (Belgium), Claes Held (Sweden), Donata Kurpas (Poland), Karl-Heinz Ladwig (Germany), Christos D. Lionis (Greece), Angela H.E.M. Maas (Netherlands), Caius Ovidiu Merșă (Romania), Richard Mindham (United Kingdom), Susanne S. Pedersen (Denmark), Martina Rojnic Kuzman <sup>1</sup> (Croatia), Sebastian Szmit (Poland), Rod S. Taylor (United Kingdom), Izabella Uchmanowicz (Poland), Noa Vilchinsky <sup>2</sup> (Israel), and ESC Scientific Document Group

# Relevanz in Zahlen

---

**40%**

**aller Herzpatienten**

## **Psychische Belastung sollte frühzeitig erfasst werden.**

- 15 bis 40% aller Patienten mit kardiologischen Erkrankungen zeigen klinisch relevante Ängste, Depressionen oder Stresssymptome.
- Assoziation mit reduzierter Lebensqualität, mehr kardialen Ereignissen und erhöhter Mortalität.
- Eine unbehandelte Post-Infarkt-Depression verdoppelt das Risiko für Re-Infarkte und Gesamtmortalität (OR >2).
- Versorgungslücke: Nur ein Bruchteil psychisch belasteter Herzpatienten erhält derzeit eine adäquate psychokardiologische Mitbetreuung.
- Eine frühzeitige psychosomatische Abklärung ist indiziert.

Kindermann I., Köllner V., Albus C., Weber C et al. Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie – Update 2024. Kardiologie 2024 18:412–443. <https://doi.org/10.1007/s12181-024-00708-6>

Van Melle, J. P., et al. (2004). Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: A meta-analysis. Psychosomatic Medicine, 66(6), 814–822.

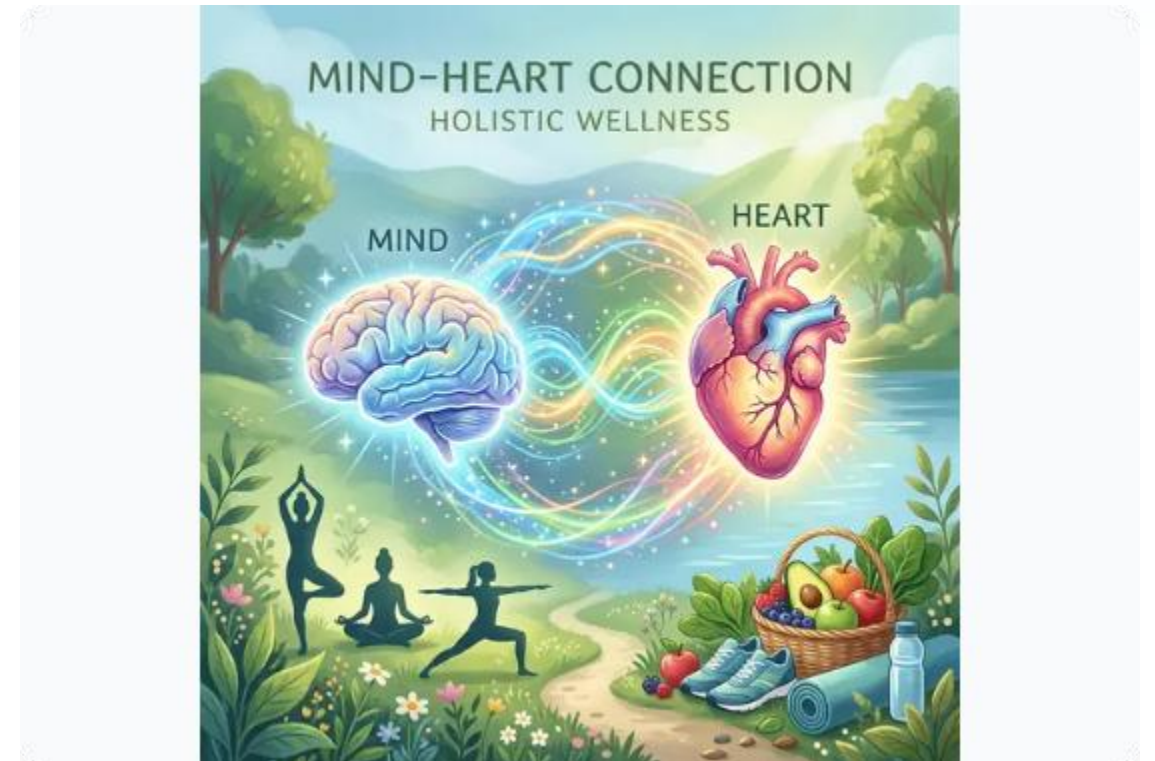
Visseren, F. L. J., et al. (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal, 42(34), 3227–3337.

Sadlonova M, Herbeck Belnap B, Becker I, Bersch K, Geiser F, Adenauer V, Hellmich M, Kindermann I, Zimmer A, Michal M, Ghaemi Kerahrodi J, Nöhre M, de Zwaan M, Petersmann A, Müller-Kozarez I, Ehlers M, Wachter R, Albus C, Herrmann-Lingen C; TEACH investigators. Efficacy of Team-Based Collaborative Care for Distressed Patients in Secondary Prevention of Chronic Coronary Heart Disease: Results from the Multicenter, Randomized Controlled TEACH Trial. Psychother Psychosom. 2025;94(5):324-342. doi: 10.1159/000545865. Epub 2025 May 23. PMID: 40414218; PMCID: PMC12215170

# Die Bi-Direktionale Achse

## Herz und Psyche

- **Von der Psyche zum Herzen:** Chronischer Stress, Depressionen, Ängste, Traumata können zur Auslösung von kardiovaskulären Erkrankungen beitragen.
- **Vom Herzen zur Psyche:** Herzerkrankungen, Operationen oder Schrittmacher-Implantationen erhöhen das Risiko für Depressionen, Angststörungen und PTBS.
- **Gemeinsame Pfade:** Hormonelle Signale und Nervenbahnen des N. vagus verbinden Hirnareale mit dem Reizleitungssystem des Herzens.



Thayer JF, Lane RD. A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *J Affect Disord.* 2000 Dec;61(3):201-16. doi: 10.1016/s0165-0327(00)00338-4. PMID: 11163422.

Dar, T., et al. (2019). *Psychosocial Stress and Cardiovascular Disease*. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine*, 21(5), 23.

Edmondson, D., et al. (2012). *Posttraumatic stress disorder and incident heart disease: A systematic review and meta-analysis*. *American Heart Journal*, 164(1), 21–28.

# Biologische Wirkmechanismen



## Autonomes Nervensystem

Stress aktiviert den Sympathikus. Dies führt über Adrenalin zu erhöhter Herzfrequenz, erhöhtem Blutdruck und erniedrigter Herzratenvariabilität.



## HPA Achse

Ausschüttung von Adrenalin und Cortisol schädigen das Gefäßendothel, fördern Vasokonstriktion und Bluthochdruck.



## Entzündung & Gerinnung

Psychischer Stress aktiviert die Ausschüttung entzündlicher Zytokine und ein prokoagulatives Milieu, was Thrombenbildung /Koronarverschlüsse begünstigt.

Fisher JP, Young CN, Fadel PJ. Central sympathetic overactivity: maladies and mechanisms. Auton Neurosci. 2009 Jun 15;148(1-2):5-15. doi: 10.1016/j.autneu.2009.02.003. Epub 2009 Mar 6. PMID: 19268634; PMCID: PMC2679852.

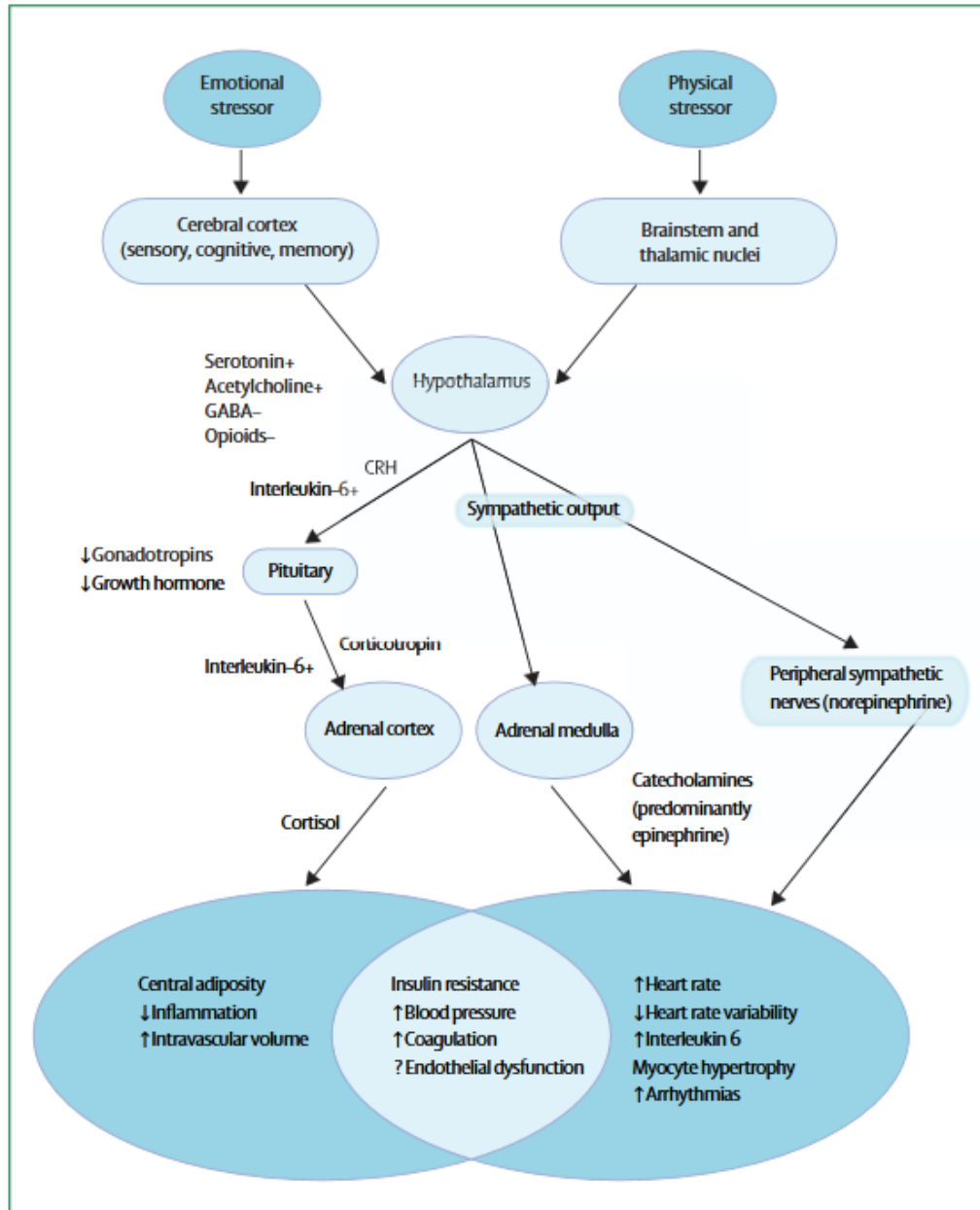
Walker BR. Glucocorticoids and cardiovascular disease. Eur J Endocrinol. 2007 Nov;157(5):545-59. doi: 10.1530/EJE-07-0455. PMID: 17984234.

Brotman, D. J., et al. (2007). Effects of exogenous glucocorticoids on vascular function. Psychoneuroendocrinology, 32(3), 245–252.

Steptoe, A., et al. (2007). Stress, inflammation, and cardiovascular disease. Journal of Psychosomatic Research, 63(3), 223–228.

von Känel, R. (2012). Psychosocial stress and cardiovascular risk: Current opinion on systemic inflammation and hemostasis. World Journal of Cardiology, 4(2), 22–29.

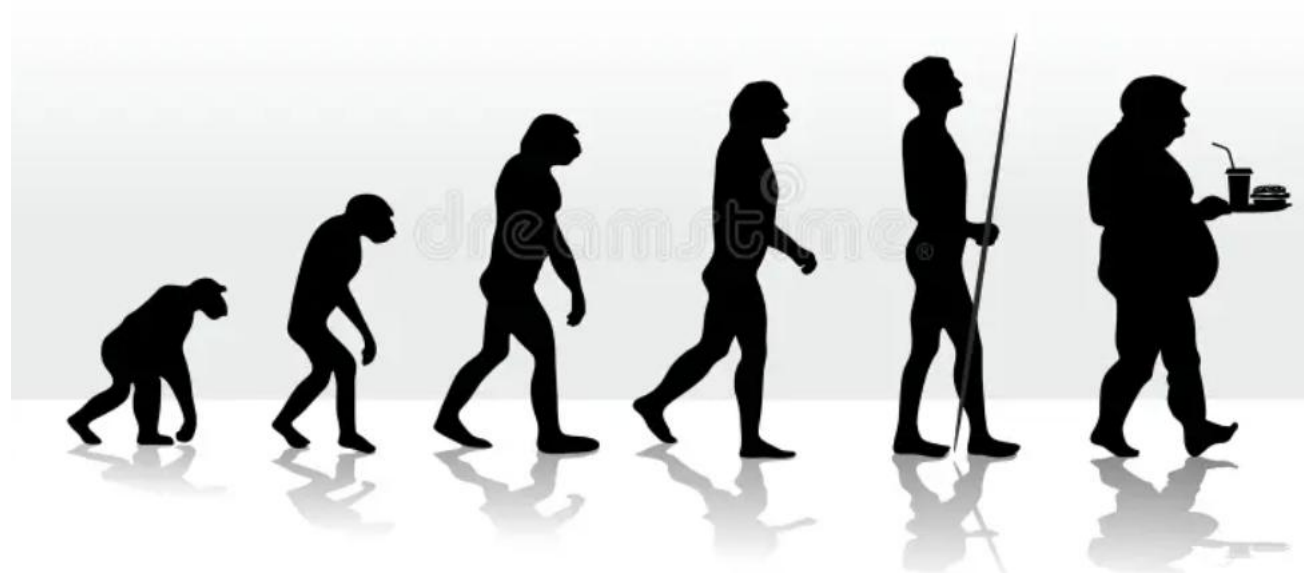
# Kardiovaskuläre Effekte der Stressantwort (Brotman et al, Lancet 2007)



# Der kardiovaskuläre Risiko-Typus



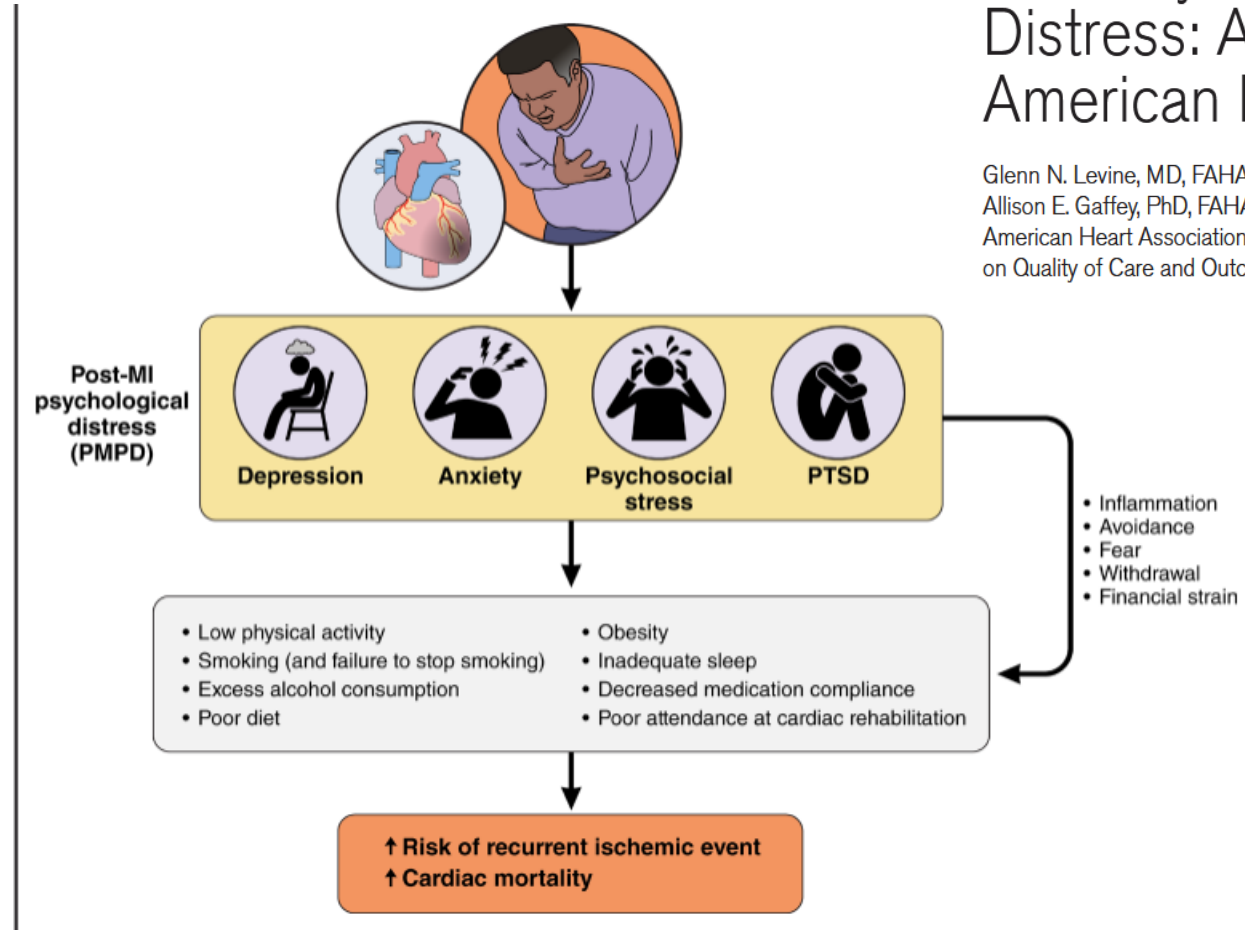
F. Netter: Klassische Risikofaktoren



## AHA SCIENTIFIC STATEMENT

### Post-Myocardial Infarction Psychological Distress: A Scientific Statement From the American Heart Association

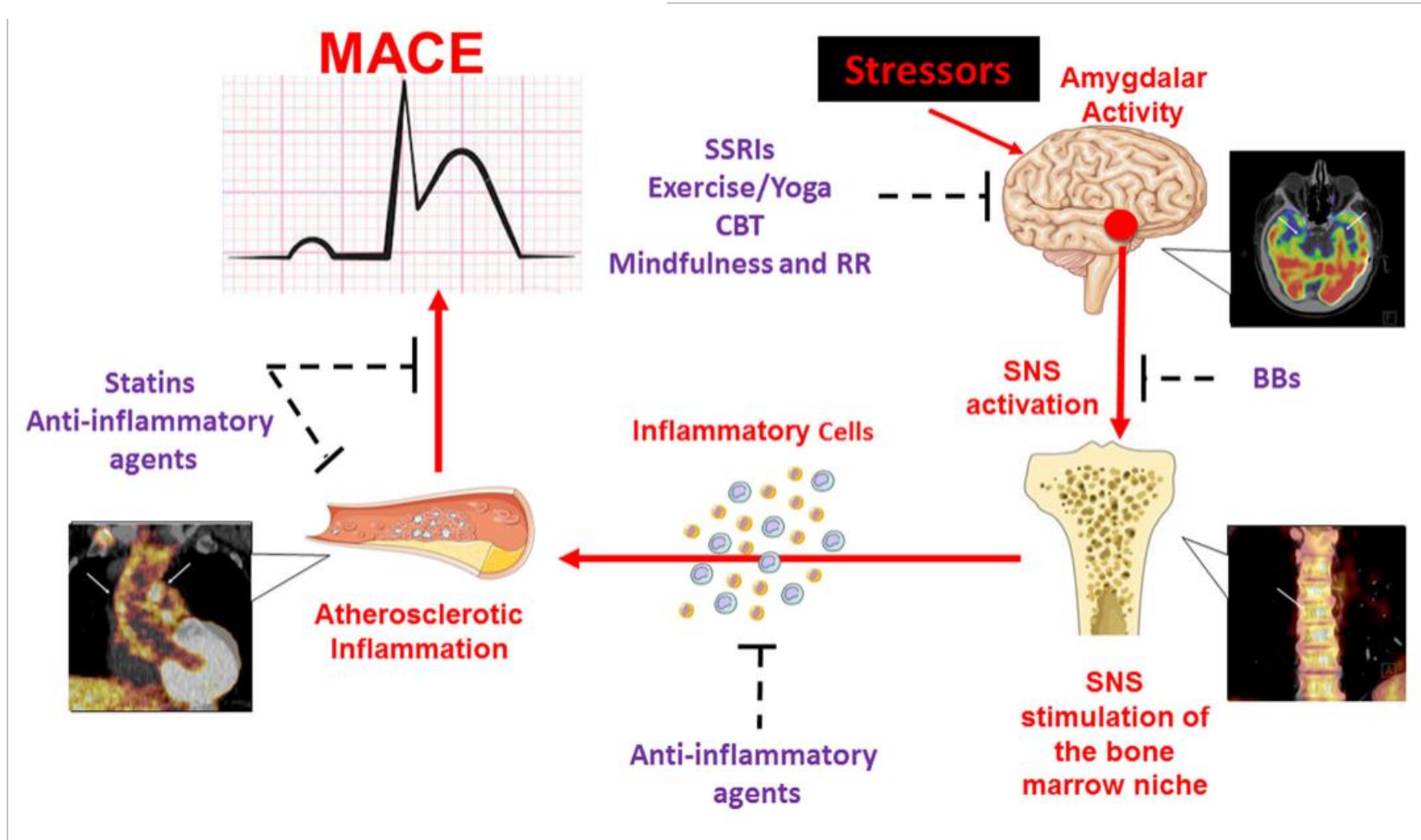
Glenn N. Levine, MD, FAHA, Chair; Robert M. Carney, PhD; Beth E. Cohen, MD, MAS; Susan L. Dunn, PhD, RN, FAHA; Allison E. Gaffey, PhD, FAHA; Ian M. Kronish, MD, MPH; Erik M.G. Olsson, PhD; Jeff C. Huffman, MD, Vice Chair; on behalf of the American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; Council on Quality of Care and Outcomes Research; and Council on Lifelong Congenital Heart Disease and Heart Health in the Young



**Figure.** Biologically plausible mechanisms by which MI leads to PMPD, which in turn leads to increased cardiac risk.

MI indicates myocardial infarction; PMPD, postmyocardial psychological distress; and PTSD, posttraumatic stress disorder.

# Psychosocial Stress and Cardiovascular Disease



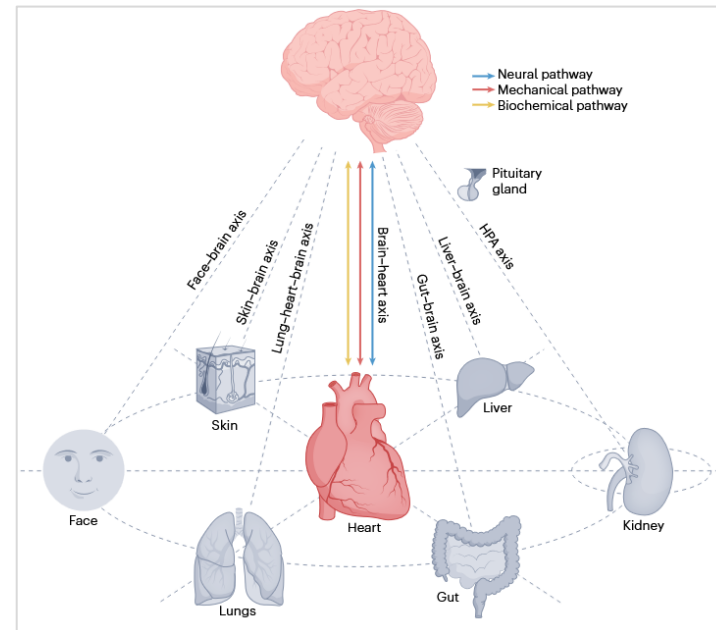
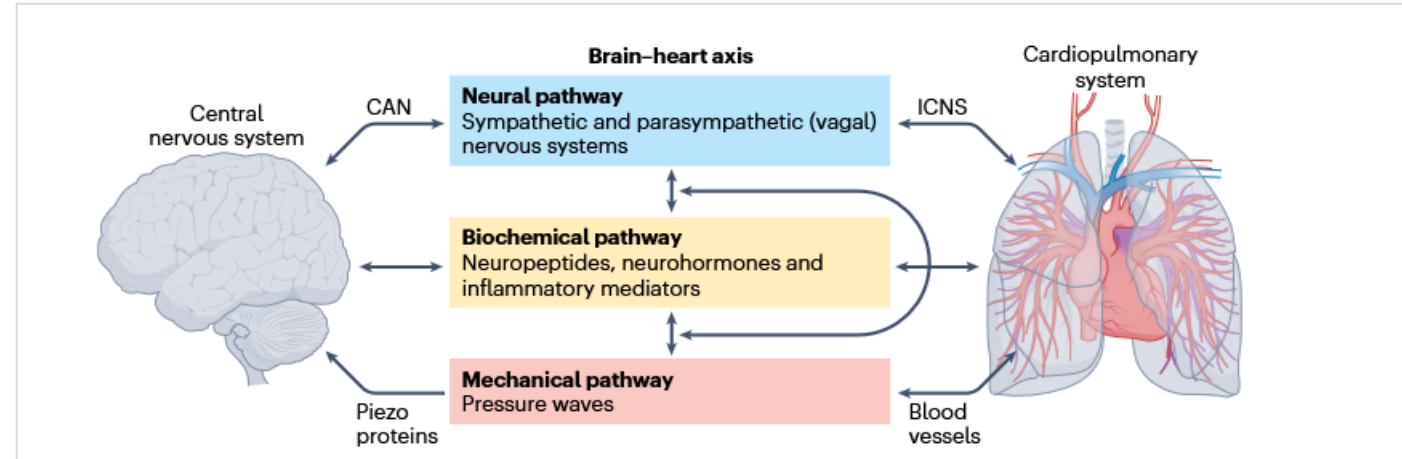
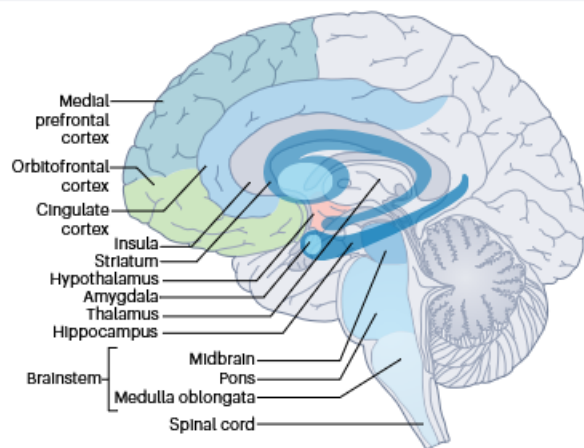
**Fig. 1.**

Proposed neurobiological mechanism linking psychosocial stress to cardiovascular disease, with imaging examples, and potential therapies targeting involved tissues. BBs beta blockers, CBT cognitive behavioral therapy, MACE major adverse cardiovascular events, RR relaxation response, SNS sympathetic nervous system, SSRIs selective serotonin reuptake inhibitors.

# Brain-Body Interactions: CAN, ICNS (intracardiac nervous system)

## Box 1 | Main regions of the central autonomic network

- Medial prefrontal cortex
- Orbitofrontal cortex
- Cingulate cortex
- Insula
- Striatum
- Hypothalamus
  - Paraventricular nucleus
- Amygdala
- Thalamus
- Hippocampus
- Brainstem
  - Midbrain (containing the periaqueductal grey matter)
  - Pons (containing the locus coeruleus and parabrachial nucleus)
  - Medulla oblongata (containing the caudal ventrolateral medulla, rostral ventrolateral medulla, paraventricular nucleus, nucleus tractus solitarius, nucleus ambiguus, dorsal motor nucleus and area postrema)
- Spinal cord



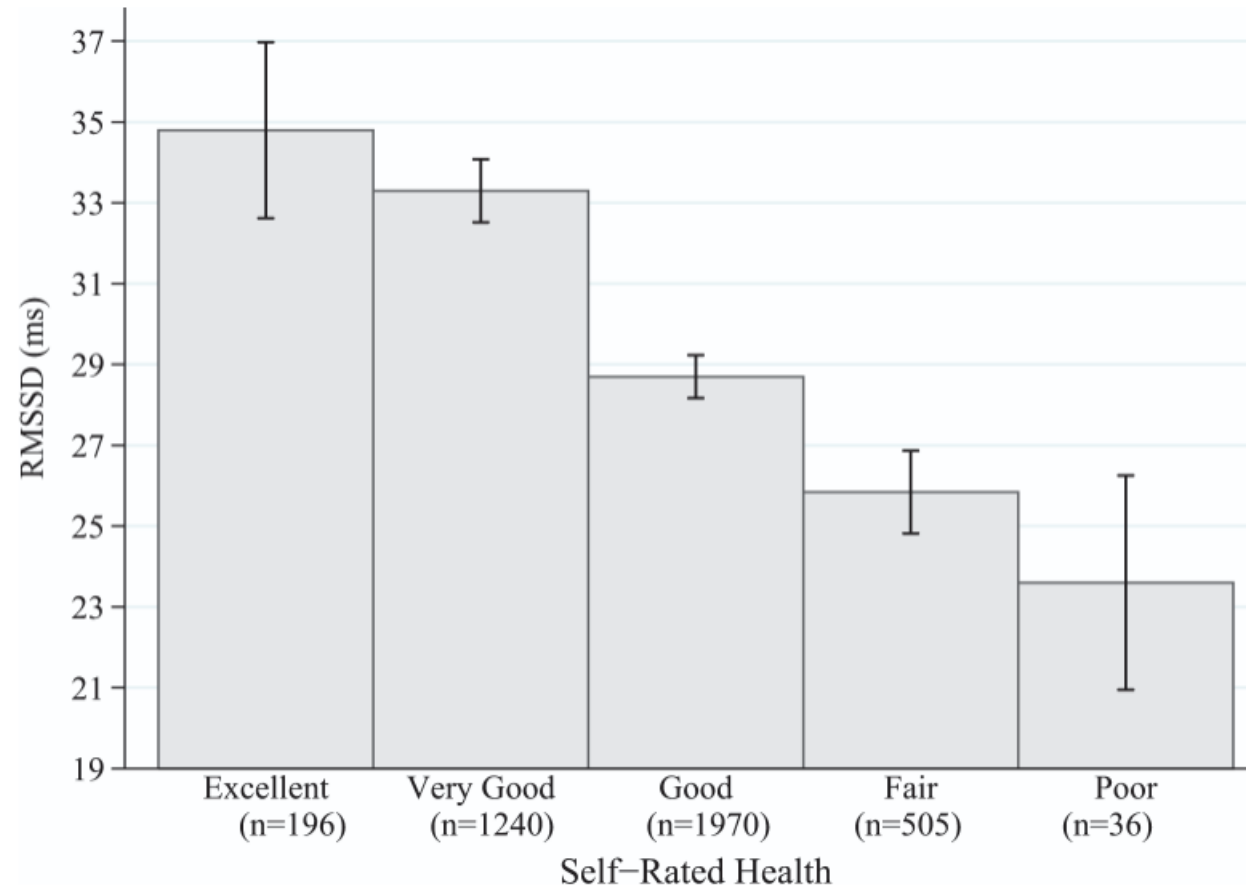
The brain–heart axis: integrative cooperation of neural, mechanical and biochemical pathways

Gaetano Valenza<sup>1</sup>, Zoran Matić<sup>2</sup> & Vincenzo Catrambone<sup>3</sup>

## HRV ist ein signifikanter Indikator für „self-rated health“ (Jarczok et al 2015, PLoS One)

Bedeutung des autonomen Nervensystems für globale Gesundheit und Wohlbefinden

Niedrige HRV ist ein kardiovaskulärer und all-cause Mortalitätsmarker



**Fig 1. Mean RMSSD and self-rated health (error bars 95% CI).**

doi:10.1371/journal.pone.0117196.g001

# Von der erhöhten Wachsamkeit für psychische Störungen zur Implementierung eines „Psycho-Kardio-Team“

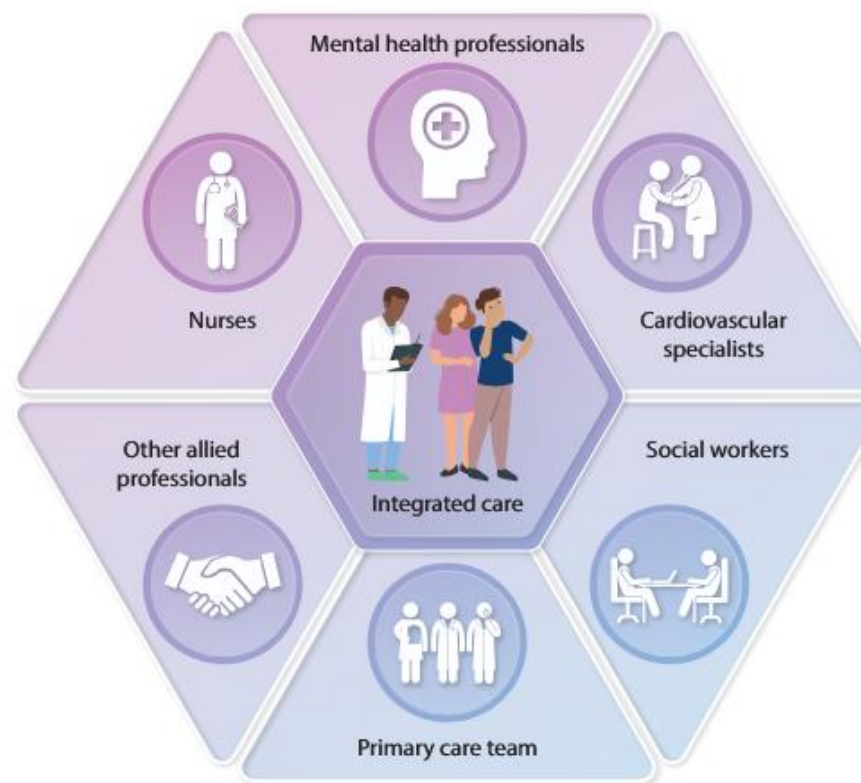
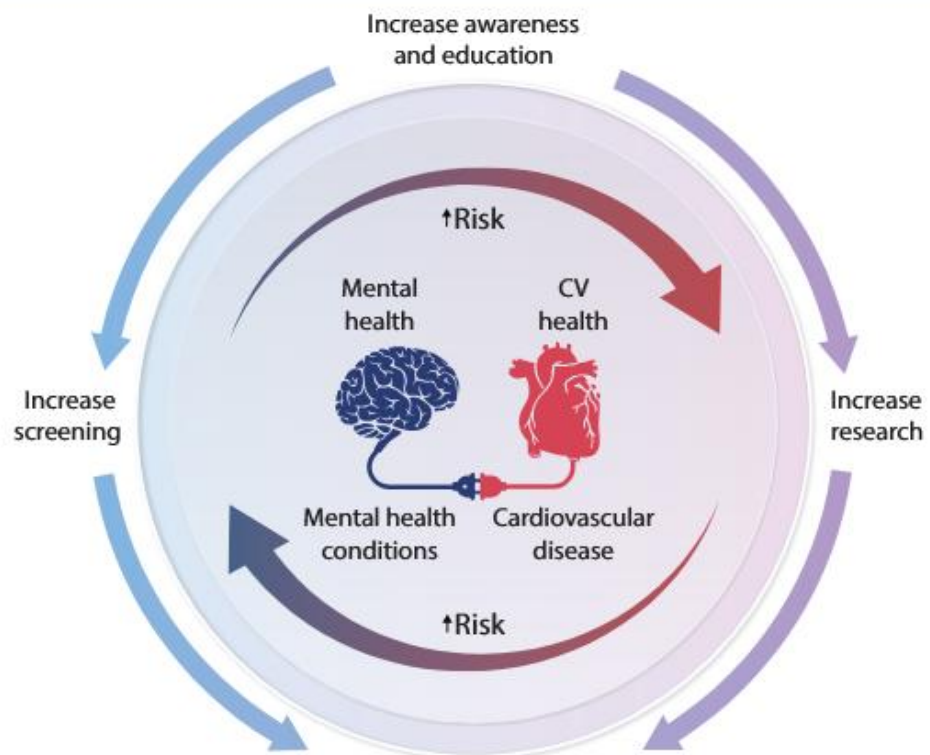


Figure 3 The Psycho-Cardio team.

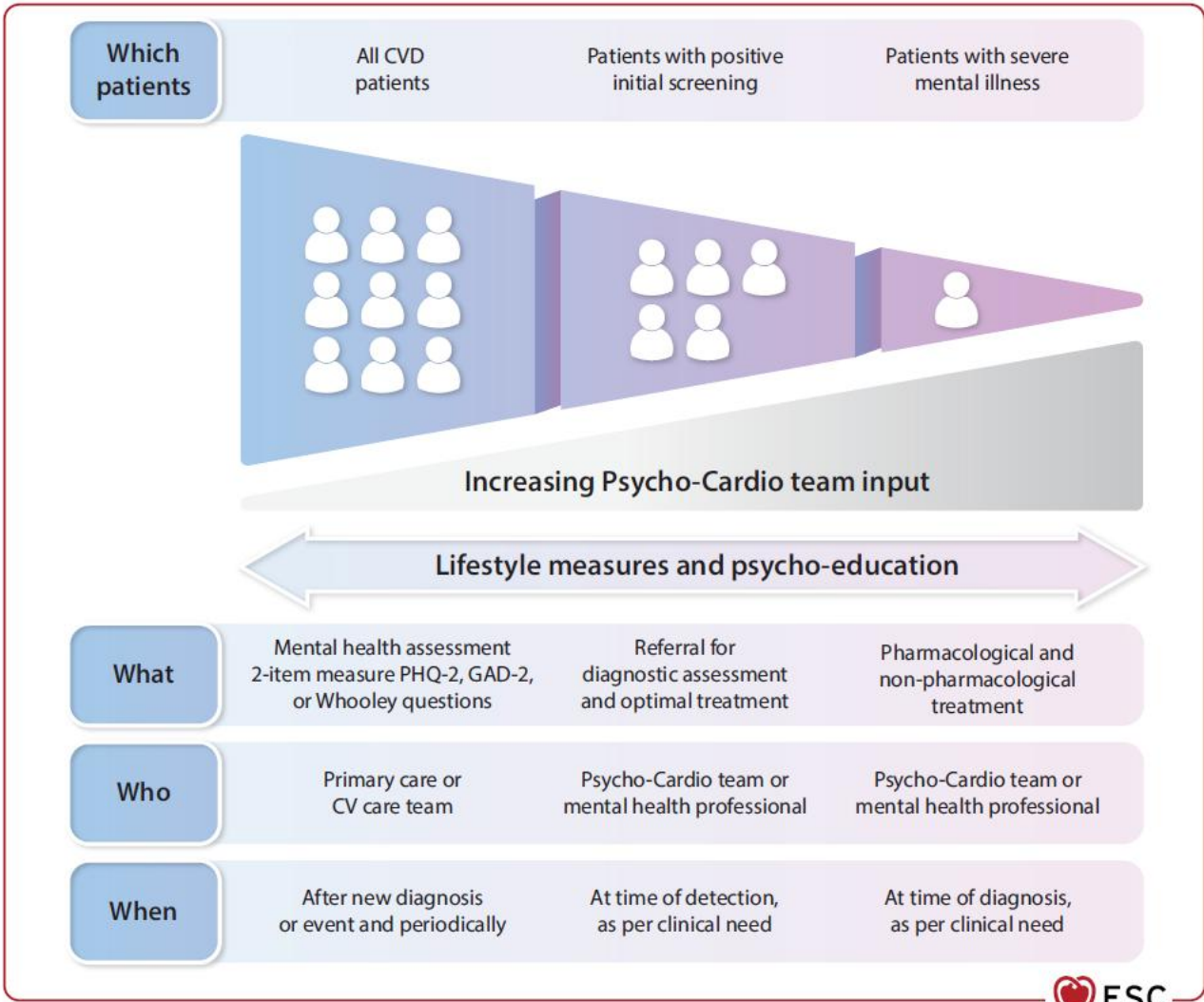
2025 ESC Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular disease: developed under the auspices of the ESC Clinical Practice Guidelines Committee.

Bueno, Héctor; Deaton, Christi; Farrero, Marta; Forsyth, Faye; Braunschweig, Frieder; Buccheri, Sergio; Dragan, Simona; Gevaert, Sofie; Held, Claes; Kurpas, Donata; Ladwig, Karl-Heinz; Lionis, Christos D; Maas, Angela H E M; Merša, Caius Ovidiu; Mindham, Richard; Pedersen, Susanne S; Rojnic Kuzman, Martina; Szmit, Sebastian; Taylor, Rod S; Uchmanowicz, Izabella; Vilchinsky, Noa

ISSN: 0195-668X , 1522-9645; DOI: 10.1093/eurheartj/ehaf191; PMID: 40878270

European heart journal. , 2025, Vol.46(41), p.4156-4225

# Empfehlung der ESC (Bueno et al 2025)



► Tab. 1 Initiales Screening für Depression nach dem PHQ-2-Fragebogen [15].

|                                                                                    | gar nicht | einige Tage | > 7 Tage | fast jeden Tag |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|----------|----------------|
| wenig Interesse bzw. Freude bei Tätigkeiten in den letzten 2 Wochen                | 0         | 1           | 2        | 3              |
| Gefühl des Niedergedrücktseins oder der Hoffnungslosigkeit in den letzten 2 Wochen | 0         | 1           | 2        | 3              |

Bei ≥ 3 Punkten sollte der PHQ-9-Fragebogen angeschlossen werden [13, 14, 15].

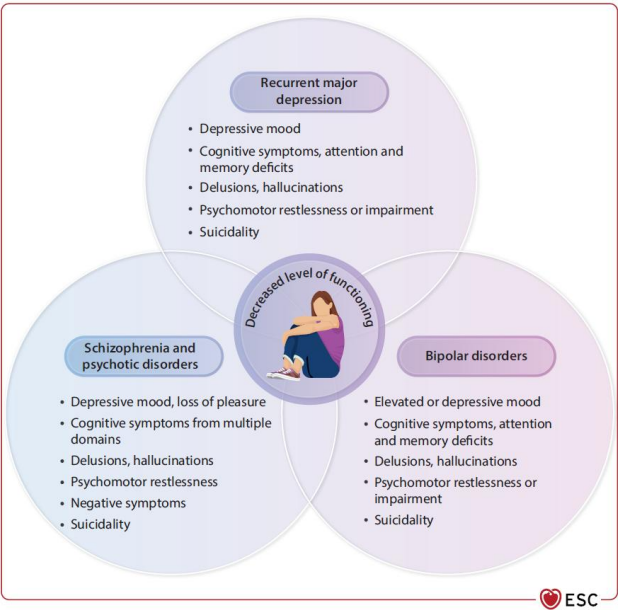
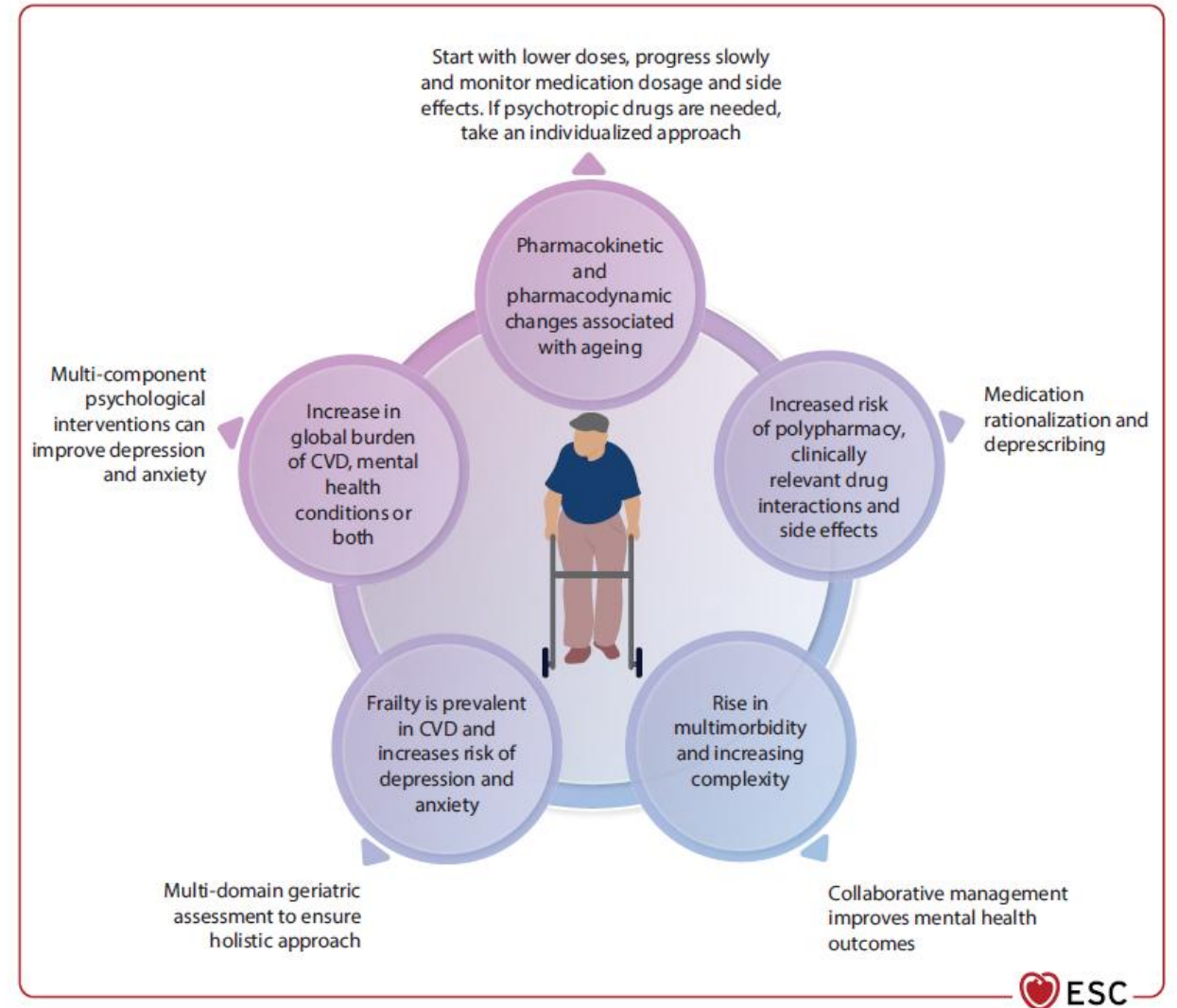
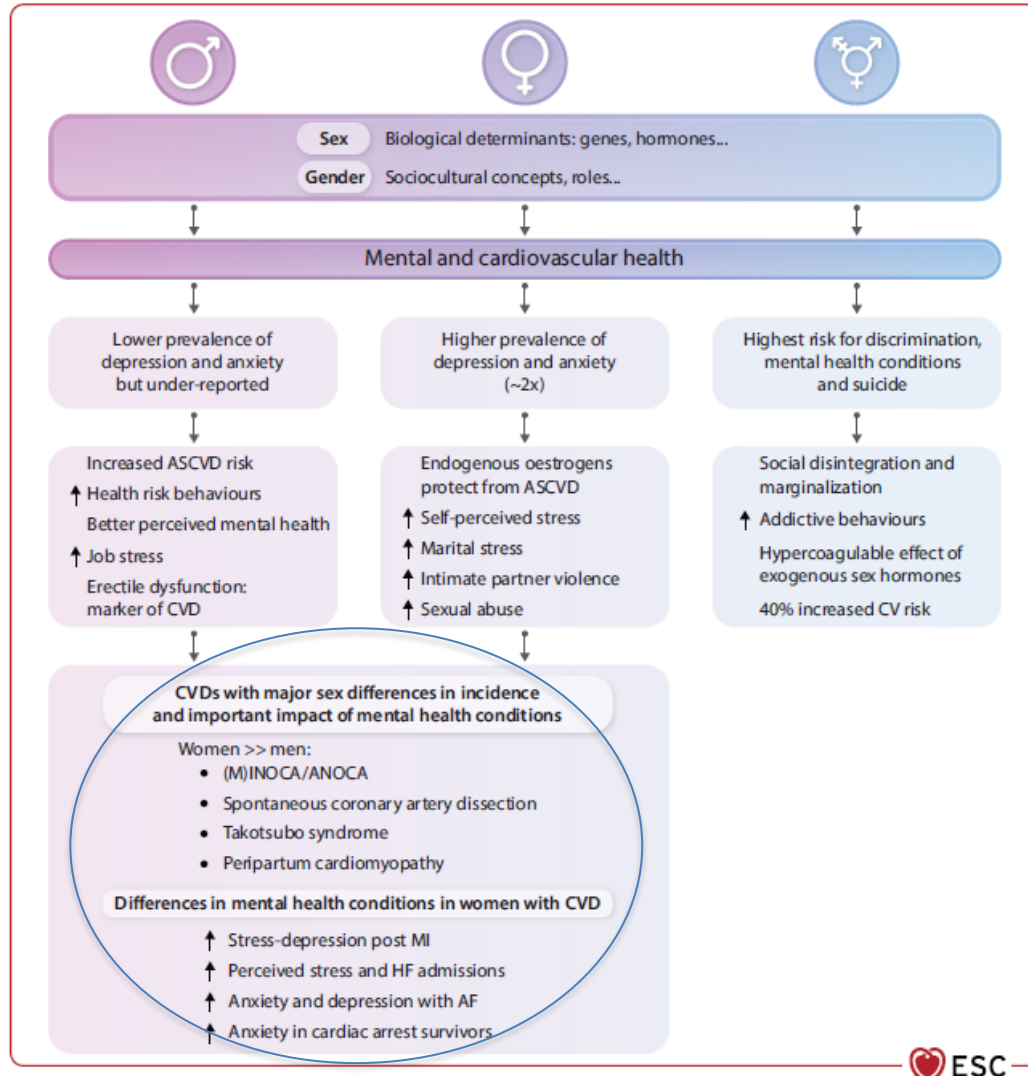


Figure 11 Severe mental illnesses.

# Psycho-Cardio-Team Empfehlungen (Bueno 2025): Gender-Unterschiede      Ältere Patienten



# CAVE Psychopharmaka NW (Ladwig et al 2023)

| Tab. 3 Psychopharmaka und kardiovaskuläre Nebenwirkungen. (Angelehnt an [3]) |                          |                                             |                                |                                                |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------|
| Substanzklasse und Indikation                                                | Generische Bezeichnung   | Pharmakodynamischer Mechanismus             | Kardiovaskuläre Nebenwirkungen | Kardiovaskuläre Risikoabschätzung <sup>a</sup> |
| Antidepressiva                                                               | Agomelatin               | MT <sub>1/2</sub> -Agonist <sup>b</sup>     | HFV↓                           | 0                                              |
|                                                                              | Sertralin                | SSRI                                        |                                | ++                                             |
|                                                                              | Fluoxetin                | SSRI                                        |                                | ++                                             |
|                                                                              | (Es)citalopram           | SSRI                                        | QTc↑                           | ++                                             |
|                                                                              | Vortioxetin <sup>c</sup> | SSRI                                        |                                | +                                              |
|                                                                              | Paroxetin                | SSRI                                        | BP↓                            | 0                                              |
|                                                                              | Duloxetin                | SNRI                                        | HF↑                            | +++                                            |
|                                                                              | Venlafaxin               | SNRI                                        | HFV↓                           | +++                                            |
|                                                                              | Milnacipran              | SNRI                                        | BP↑                            | +++                                            |
|                                                                              | Mirtazapin               | NaSSA                                       | HFV↓, Gewichtszunahme          | +                                              |
|                                                                              | Bupropion                | SNDRI                                       | BP↑                            | +                                              |
|                                                                              | Amitriptylin             | TZA                                         | BP↓, MI↑                       | ++++                                           |
|                                                                              | Doxepin                  | TZA                                         | BP↓, MI↑                       | ++++                                           |
|                                                                              | Tranylcypromin           | MAO-Hemmer                                  | BP↓, BP↑                       | ++                                             |
| Augmentationsstrategien                                                      |                          |                                             |                                |                                                |
| Mood Stabilizer                                                              | Lithium                  |                                             | QTc↑                           | ++++                                           |
| Atypische Neuroleptika                                                       | Quetiapin                | D <sub>2</sub> -, 5HT <sub>2</sub> -Agonist | QTc↑, BP↑                      | +++                                            |
| Hypnotika, Anxiolytika                                                       |                          |                                             |                                |                                                |
| Benzodiazepine                                                               | Lorazepam                | GABA-Modulator                              |                                | Schwache Evidenz                               |
|                                                                              | Diazepam                 | GABA-Agonist                                |                                | Schwache Evidenz                               |

Von einer SSRI-Gabe bei Herzinsuffizienz wird abgeraten – Wirksamkeit nicht belegt

Ladwig KH, Baghai TC, Doyle F, Hamer M, Herrmann-Lingen C, Kunschitz E, Lemogne C, Beresnevaite M, Compare A, von Känel R, Sager HB, Kop WJ. Mental health-related risk factors and interventions in patients with heart failure: a position paper endorsed by the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). Eur J Prev Cardiol. 2022 May 25;29(7):1124-1141. doi: 10.1093/eurjpc/zwac006. PMID: 35104845.

BP Blutdruck, GABA Gamma-Aminobuttersäure, HF Herzfrequenz, HFV Herzfrequenzvariabilität, MAO Monoaminoxidasehemmer, MI Myokardinfarkt, NaSSA noradrenerge und spezifisch serotonerge AD, SNDRI selektiver Wiederaufnahmehemmer von Dopamin und Noradrenalin, SNRI Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, SSRI selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, TZA trizyklische AD

<sup>a</sup> 0 sehr niedrig, + niedrig, ++ moderat, +++ hoch, ++++ sehr hoch (Kontraindikation)

<sup>b</sup> Agomelatin: Serotonin-5-HT<sub>2C</sub>-Rezeptor-Antagonist und Melatonin-Agonist

<sup>c</sup> Vortioxetin ist in Europa zugelassen, wird aber nicht in Deutschland vertrieben

# Psychokardiologie im Fokus – online

<https://www.dgpm.de/die-akademie/fortbildungsangebote/>



## ONLINE-FORTBILDUNGSREIHE Psychokardiologie im Fokus

Start: Donnerstag, 16.04.2026 / ONLINE

### In Kooperation



### Inhalt der Reihe

Die Psychokardiologie befasst sich mit den komplexen Wechselwirkungen zwischen Herz und Psyche und gewinnt in der kardiologischen und psychosomatischen Versorgung zunehmend an Bedeutung. Psychische Belastungen wie Stress, Depression, Angst oder posttraumatische Belastungsstörung beeinflussen nicht nur die Lebensqualität kardial erkrankter Patient:innen, sondern auch Krankheitsverlauf, Adhärenz und Prognose.

Die Online-Fortbildungsreihe „Psychokardiologie im Fokus“ der DGPM Fortbildungsakademie wird von PD Dr. Monika Sadlonova und PD Dr. Cora Weber moderiert und richtet sich an Ärzt:innen, Psycholog:innen und Therapeut:innen, die in der Kardiologie, Herzchirurgie bzw. Psychokardiologie oder im Liaison-/Konsiliardienst psychosomatischer und psychiatrischer Kliniken, in Praxen oder Reha-Einrichtungen tätig sind.

Renommierte Expert:innen aus Deutschland und der Schweiz vermitteln einen praxisnahen Überblick über zentrale psychokardiologische Themen entlang unterschiedlicher kardiologischer und psychosomatischer Krankheitsbilder und diskutieren aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse sowie evidenz-basierte diagnostische und therapeutische Ansätze für den klinischen Alltag.

### Webinar 1

**Termin:** Donnerstag, 16. April 2026  
**Uhrzeit:** 16:30 – 18:00  
**Referent:** Prof. Dr. Christian Albus (Köln)  
**Thema:** Psychosoziale Risikofaktoren bei kardialen Erkrankungen – Überblick über Evidenz und Behandlungssansätze inkl. Pharmakotherapie

### Webinar 2

**Termin:** Donnerstag, 11. Juni 2026  
**Uhrzeit:** 16:30 – 18:00  
**Referent:** Prof. Dr. Ingrid Kindermann (Homburg)  
**Thema:** Psychokardiologische Aspekte bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz

### Webinar 3

**Termin:** Donnerstag, 10. September 2026  
**Uhrzeit:** 16:30 – 18:00  
**Referent:** PD Dr. Mary Princip (Zürich)  
**Thema:** Posttraumatische Belastungsstörung bei kardialen Patient:innen – Prävalenz, Risikofaktoren und Therapie

### Webinar 4

**Termin:** Donnerstag, 10. Dezember 2026  
**Uhrzeit:** 16:30 – 18:00  
**Referent:** Prof. Dr. Christoph Herrmann-Lingen (Göttingen)  
**Thema:** Teambasierte Behandlungssansätze bei psychisch belasteten Patient:innen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen

### Wissenschaftliche Leitung



**PD Dr. med. Monika Sadlonova**  
Geschäftsführende Oberärztin  
Klinik für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie,  
Universitätsmedizin Göttingen



**PD Dr. med. Cora Weber**  
Chefarztin Abt. Psychosomatische  
Medizin und Psychotherapie, Klinik  
Hennigsdorf, Oberhavel Kliniken,  
Gastwissenschaftlerin der Charité  
Universitätsmedizin Berlin

### Referent:innen

**Prof. Dr. med. Christian Albus**

Ehemaliger Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Uniklinik Köln

**Prof. Dr. med. Ingrid Kindermann**

Leiterin HFU-/Spezial-Ambulanz, Klinisches Studienzentrum, Oberärztin Station 8, Innere Medizin III – Kardiologie, Angiologie & interistische Intensivmedizin, Universitätsklinikum des Saarlandes

**PD Dr. phil. Mary Princip**

Leiterin Forschung Psychosomatik, Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, Universitätsspital Zürich

**Prof. Dr. med. Christoph Herrmann-Lingen**

Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen

# Update Psychokardiologie 27.11.2026 in Berlin



## PRÄSENZ-SEMINAR Update Psychokardiologie 2026

Freitag, 27.11.2026 / BERLIN

In Kooperation



### Inhalt des Seminars

Das Update Psychokardiologie 2026 bietet Ärzt:innen und Psycholog:innen sowie in der Kardiologie / Herzchirurgie / Psychokardiologie tätigen Therapeut:innen einen aktuellen Überblick über relevante Themen aus der klinischen Praxis und Forschung. Die Veranstaltung findet als Präsenzveranstaltung in Berlin statt. Es besteht die Möglichkeit, direkt mit den Referent:innen zu diskutieren und eigene Fragen aus der Praxis/Klinik einzubringen.

Das Seminar wird in Kooperation mit der AG Psychokardiologie des DKPM (Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin) durchgeführt.

### Zielgruppe

Das Seminar richtet sich an Ärzt:innen, Psycholog:innen und Therapeut:innen, die in der Kardiologie, Herzchirurgie bzw. Psychokardiologie oder im Liaison-/ Konsiliardienst psychosomatischer und psychiatrischer Kliniken, in Praxen oder Reha-Einrichtungen tätig sind.

### CME-Punkte

Fortbildungspunkte sind bei der Landesärztekammer Berlin beantragt.

### Teilnehmergebühren

|                     |          |
|---------------------|----------|
| DGPM-/DKPM-Mitglied | 150,00 € |
| Nicht-Mitglied      | 180,00 € |

### Anmelden

können Sie sich am besten online:  
Bitte den QR-Code scannen.  
Oder Sie senden uns das Anmelde-  
formular per Mail oder Fax zu.



### Programm

|           |                                                                                                                                                                                         |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13:30 Uhr | Prof. Dr. Matthias Michal (Mainz)<br><i>(Non-) Adhärenz aus psychodynamischer Sicht. Impulse für die psychosomatische Grundversorgung und Psychotherapie</i>                            |
| 14:15 Uhr | Prof. Dr. Katharina Schmitt (Berlin)<br><i>Erwachsene mit angeborenem Herzfehler im Fokus: Auswirkungen medizinischer Fortschritte auf psychosoziale Belastungen und Lebensqualität</i> |
| 15:00 Uhr | Dr. Katharina Tigges-Limmer (Bad Oeynhausen)<br><i>Psychosoziale Aspekte und Screening bei LVAD- und HTx-Patient:innen</i>                                                              |
| 15:45 Uhr | Coffee Break und Networking                                                                                                                                                             |
| 16:15 Uhr | Dr. Christoph Paul Klapproth (Berlin)<br><i>Patient Reported Outcome Measures (PROMs) in der Herzmedizin</i>                                                                            |
| 17:00 Uhr | PD Dr. Cora S. Weber (Berlin/Hennigsdorf)<br><i>Gender-Aspekte in der Psychokardiologie</i>                                                                                             |
| 17:45 Uhr | PD Dr. Monika Sadlonova (Göttingen)<br><i>Psychosomatische Aspekte in der intensivmedizinischen Behandlung kardialer Patient:innen</i>                                                  |
| 18.30 Uhr | Ende der Veranstaltung                                                                                                                                                                  |

### Wissenschaftliche Leitung



**PD Dr. med. Monika Sadlonova**  
Geschäftsführende Oberärztin  
Klinik für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie,  
Universitätsmedizin Göttingen



**PD Dr. med. Cora Weber**  
Chefärztin Abt. Psychosomatische  
Medizin und Psychotherapie, Klinik  
Hennigsdorf, Oberhavel Kliniken,  
Gastwissenschaftlerin der Charité  
Universitätsmedizin Berlin

### Referent:innen

**Dr. med. Christoph Paul Klapproth**  
Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik,  
Charité Universitätsmedizin Berlin; Center for Patient-  
Centered Outcomes Research (CPCOR), Charité  
Universitätsmedizin Berlin

**Prof. Dr. med. Matthias Michal**  
Stellvertretender Direktor der Klinik und Poliklinik für  
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,  
Universitätsmedizin Mainz

**Priv.-Doz. Dr. med. Monika Sadlonova**  
(siehe Wissenschaftliche Leitung)

**Prof. Dr. med. Katharina Schmitt**  
Kinderkardiologin, Professur für Entwicklungspädiatrie,  
Ärztliche Leitung des Arbeitsbereiches Psychokardio-  
logie, Deutsches Herzzentrum der Charité

**Dr. Katharina Tigges-Limmer**  
Leitung der Medizinischen Psychologie,  
Klinik für Thorax- und Kardiovaskularchirurgie,  
Herz- und Diabeteszentrum NRW, Bad Oeynhausen

**Priv.-Doz. Dr. med. Cora Weber**  
(siehe Wissenschaftliche Leitung)

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

PD Dr. med. Cora Weber

BDPM VPKK Hauptstadtkongress

[cora.weber@oberhavel-kliniken.de](mailto:cora.weber@oberhavel-kliniken.de)