

## Positionspapier

Erarbeitet von Judith Alder, Roberto Brioschi, Alfred Künzler, Heloisa Martino, Gion Duno Simeon und Regine Strittmatter –  
verabschiedet durch die Gründungsversammlung am 21. März 2011

Der Verein chronischkrank.ch ortet Lücken und Handlungsbedarf in der psychologischen Versorgung chronisch körperlich Kranker. Die Unterversorgung ist umso stossender als wissenschaftlich fundiertes psychologisches Know-how zur Verfügung steht, um einen günstigen Krankheitsverarbeitungsprozess zu unterstützen und die Lebenssituation chronisch körperlich Kranker entscheidend zu verbessern. Der Verein will diesen Missstand beheben.

Sinn dieses Positionspapiers ist es, einen kurzen Überblick über die psychosoziale Dimension chronischer körperlicher Erkrankungen und das Potential der psychologischen Arbeit mit körperlich chronisch Kranken zu geben und die Ziele und Aufgaben des neuen Vereins chronischkrank.ch zu skizzieren.

### 1. Bedeutung chronisch körperlicher Krankheiten

Die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 zeigen, dass in der Schweiz 27,3% der Bevölkerung an einer chronischen Krankheit oder an einem chronischen gesundheitlichen Problem leidet [1], geschätzte 19% der Gesamtbevölkerung sind in regelmässiger medizinischer Betreuung wegen einer chronischen Krankheit. Dies entspricht auch den Schätzungen der schweizerischen Gesundheitsligen, die davon ausgehen, dass bis zu zwei Millionen Personen von einer chronischen körperlichen Erkrankung betroffen sind. Gemeint sind damit in der Regel lange andauernde und oft progredient verlaufende körperliche Krankheiten wie Herz-Kreislauf- und rheumatische Erkrankungen, chronische Schmerzen, Krebs, Lungenerkrankungen, Diabetes, neurologische Erkrankungen und Allergien. Chronische Krankheiten gehen in der Regel mit einer Einschränkung der Funktionsfähigkeit einher.

Bei einer geschätzten Bevölkerungszahl von 407 Mio. Menschen, die in Europa in Ländern mit hohem Einkommen leben, gehen mehr als 25 Mio. Lebensjahre aufgrund einer chronischen Krebs-, Herz-Kreislauf-, Lungen-, gastrointestinalen, endokrinen oder muskuloskelettalen Krankheit wegen Tod oder Behinderung verloren (DALY) [2]. Von chronischen Erkrankungen betroffen sind Kinder, Ju-

Mehr als ein Viertel der schweizerischen Bevölkerung leidet an einer chronischen körperlichen Krankheit

gendliche und Erwachsene. Im Alter treten chronische Krankheiten gehäuft und oft mit komplexen somatischen und psychischen Komorbiditäten auf. Nach Berechnungen der Weltgesundheitsorganisation WHO werden chronische Leiden im Jahre 2020 etwa 60% aller Erkrankungen ausmachen; 43% der Gesamtbevölkerung und 70% der über 65-Jährigen werden an mind. einer chronischen Krankheit leiden [3]. Bereits im Jahre 2003 wurden 93% aller Pflegeleistungen in Heimen für alters- und chronisch kranke Menschen erbracht, wobei diese Kosten zwischen 1999 und 2003 um 6% pro Jahr zugenommen haben [4].

Chronische körperliche Erkrankungen sind deshalb sowohl für die Patienten, für die Familien und Angehörigen als auch aus ökonomischer und sozialpolitischer Sicht von grosser Bedeutung. So bezogen 2009 in der Schweiz insgesamt 94'000 Menschen eine IV-Rente aufgrund einer chronischen körperlichen Krankheit [5]. Bereits heute werden 70% der Gesundheitskosten in Europa und Amerika durch chronische Krankheiten und Multimorbidität verursacht [6]. Im Krankenversicherungsbereich gelten chronische Krankheiten als sogenannte „Hochkostenfälle“: Erkrankte (ohne Unfall), die jährliche Kosten von 20'000 CHF und darüber auslösen [7]. In ihrer Vorstudie zu Hochkostenfällen in der Krankenversicherung aus dem Jahre 2005 bemerken Sommer und Biersack, dass bei der Charakterisierung der Krankheitsbilder von Hochkostenfällen zwar beträchtliche Informationslücken bestehen. Dennoch liessen sich aus der Analyse der Hochkostenfälle im MediX-Ärzteverbund Zürich u. a. folgende Erkrankungen als die häufigsten feststellen: Dialysen, koronare Herzkrankheiten, Oesophagus- und Kolonkarzinom. Zusammen genommen, haben die häufigsten Diagnosen Jahreskosten zwischen ca. 40'000 CHF bis zu knapp 400'000 CHF verursacht, was 30% der Gesamtkosten ausmachte.

Die oben erwähnten ausgewählten Studienergebnisse legen die grosse volkswirtschaftliche Bedeutung chronischer Erkrankungen nahe. Jede Möglichkeit zur Optimierung der Versorgung chronisch erkrankter Menschen sollte somit auch aus ökonomischer Sicht genutzt werden.

## 2. Psychosoziale Auswirkungen chronisch körperlicher Krankheiten

Die psychosozialen Belastungen, die mit einer chronischen körperlichen Erkrankung einhergehen, sind vielfältig. Je nach Erkrankung stellen sich in Abhängigkeit von Beginn und Verlauf, dem Behandlungsaufwand, der Kontrollierbarkeit und Art sowie Schwere der Symptomatik andere Anforderungen, die sich massgeblich auf das psychosoziale Funktionsniveau auswirken können. Häufig sind die Ursachen der Symptome bei körperlich chronischen Krankheiten komplex, können nicht abschliessend geklärt werden und sind nicht ursächlich zu behandeln. Neben der Belastung aufgrund von Krankheits-symptomen und Behandlungsnebenwirkungen können sich existentielle und spirituelle Fragen aufdrängen, Schwierigkeiten im Umgang mit dem medizinischen System ergeben, familiäre, soziale, finanzielle und berufliche Belastungen sowie emotionale und psychische Probleme entwickeln.

Die psychosozialen Belastungen, die mit chronischen körperlichen Erkrankungen einhergehen, sind vielfältig. Die Ursache kann häufig nicht abschliessend geklärt werden.

Somit gehen chronische körperliche Erkrankungen mit Veränderungen in Bereichen wie Arbeit, Familie und soziale Umgebung einher, die vom Betroffenen eine komplexe Anpassungsleistung erfordern. Krankheitsbewältigung bezeichnet das Bemühen, bestehende oder zu erwartende Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch (emotional-kognitiv) oder durch zielgerichtetes Verhalten und Handeln zu reduzieren, auszugleichen und zu verarbeiten [8]. Es handelt sich dabei um ein prozesshaftes Geschehen, welches abhängig ist vom Krankheitsverlauf und den Betroffenen wie auch von deren Umfeld.

Krankheitsbewältigung bezeichnet das Bemühen, Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch und durch zielgerichtetes Verhalten zu reduzieren, auszugleichen und zu verarbeiten.

Ein günstiger Krankheitsverarbeitungsprozess liegt vor, wenn adaptive Aufgaben erfolgreich ausgeführt werden können, ein adäquates, an den Zustand angepasstes Funktionsniveau erreicht wird, sich aufgrund der körperlichen Erkrankung keine psychische Komorbidität entwickelt und eine gute Zufriedenheit mit und Wohlbefinden in verschiedenen Lebensbereichen besteht (gesundheitsbezogene Lebensqualität) [9].

Chronische Krankheiten gehen mit einer hohen psychischen Komorbidität einher, was als wichtiges Kriterium einer maladaptiven Krankheitsverarbeitung gilt [10]. So liegt die Prävalenz von psychischen Störungen bei Krebserkrankten im Initialstadium bei 31.7% bzw. ca. 50% im palliativen Stadium [11, 12]. Ca. 20-40% entwickeln nach einem Herzinfarkt eine depressive Störung [10] und eine klinische relevante Depression liegt bei ca. 30%, eine Angststörung bei ca. 15% der Patienten mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung vor [13]. Das Risiko eine Depression oder Angststörung zu entwickeln, ist bei Personen mit chronischen Schmerzen zweimal so hoch wie bei Personen ohne chronische Schmerzen [14].

Chronische Krankheiten gehen mit einer hohen psychischen Komorbidität einher.

Das Vorliegen von psychischen Störungen, insbesondere depressiver Erkrankungen, wurde verschiedentlich als Risikofaktor für die Entwicklung bestimmter chronischer körperlicher Erkrankungen identifiziert [15, 16]. Zudem wirken sich psychische Störungen negativ auf die Prognose von chronischen Krankheiten aus. Der Einfluss auf die Mortalität trifft insbesondere auf kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetes zu [15-17]. Eine negative Auswirkung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und eine Chronifizierung der Krankheit zeigt sich aber für die Mehrzahl chronischer körperlicher Erkrankungen [18]. Dies lässt sich auf Compliance-Probleme, ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten von psychisch belasteten Personen (u.a. im Sinne eines dysfunktionalen Copings) und den direkten pathophysiologischen Einfluss der psychischen Störung zurückführen. Neben der Symptombehandlung geht es in der psychologischen Arbeit mit chronisch körperlich Kranken damit immer auch um den Erhalt bzw. die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit.

Eine psychische Störung kann einen Risikofaktor für die Entwicklung einer chronischen Krankheit darstellen und deren Verlauf.

### 3. Versorgungslücken

Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Detektionsrate einer psychischen Komorbidität bei chronischen körperlichen Krankheiten durch den behandelnden Arzt niedrig ist, was angesichts der beschriebenen negativen Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf einer psychischen Krankheit als problematisch anzusehen ist [19]. Die Verbesserung der Sensibilisierung und der Aufbau von diagnostischen Fertigkeiten, gegebenenfalls auch die Einführung von Massnahmen der frühzeitigen Erkennung von psychischer Belastung ist damit auch ein wichtiger Fokus der interdisziplinären Betreuung von Patienten mit chronischen körperlichen Krankheiten.

Eine oft diskutierte Problematik und ein Hindernis bei der Einführung von sogenannten Belastungsscreenings jedoch sind, dass sich die Überweisung in eine psychologische Behandlung als schwierig erweist. Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass nicht alle Institutionen im Konsiliar- oder Liaisonmodell arbeiten. So zeigt eine aktuell laufende Studie der Universität Zürich bisher, dass eine interdisziplinäre Betreuung von chronisch körperlich Kranken in der Mehrzahl der öffentlichen und privaten Kliniken den Einbezug von Psychologen oder / und Konsiliarpsychiatrie nicht miteinschliesst. Andererseits erweist sich die Überweisung in eine ambulante Psychotherapie aufgrund der Unterversorgung psychisch Kranker als generell schwierig. Dies ist u.a. darauf zurück zu führen, dass die Vernetzung von Institutionen und Praxisärzten mit ambulanten psychologischen Angeboten bisher zu wenig ausgebaut ist und im ganzen Prozess der Krankheits- und Belastungsverarbeitung spezialisierte PsychologInnen fehlen. Auch sind deren Behandlungskosten nicht immer durch die Grundversicherung gedeckt. Schliesslich kann sich aber auch die Sorge einer zusätzlichen Stigmatisierung auf die Bereitschaft, eine psychologische Begleitbehandlung zu indizieren oder in Anspruch zu nehmen, auswirken: die Stigmatisierung, an einer chronischen körperlichen Krankheit zu leiden, ist für verschiedene Patientengruppen eine Realität. Durch die Anerkennung, dass sich die Erkrankung dabei auch auf das psychische Wohlbefinden auswirkt und professionelle Hilfe für die Krankheitsbewältigung in Anspruch genommen wird, kann es zu einer zusätzlichen Stigmatisierung kommen.

Angebote an psychologischer Unterstützung für chronisch körperlich Kranke und deren Angehörige sind damit auf der gesamten Länge der Patientenpfade, von der Abklärung über Diagnosestellung, dem Leben mit der Krankheit und der Begleitung bis zum Lebensende noch für viele Betroffene die Ausnahme.

Auch in der Aus- und Weiterbildung muss ein Defizit identifiziert werden, indem sowohl im Studium der Psychologie als auch in der psychotherapeutischen Weiterbildung die Behandlung von chronisch körperlich kranken Patienten einen kleinen Stellenwert einnimmt. Nicht nur in Fachkreisen sondern auch auf gesellschaftspolitischer Ebene bedarf es hier einer Sensibilisierung für die Belastungen und ergänzenden Behandlungsindikationen bei chronischer körperlicher Erkrankung.

Psychische Störungen bei Patienten mit chronischen körperlichen Krankheiten bleiben häufig unerkannt.

Es besteht ein Mangel an institutionell verankerter psychologischer Versorgung von Patienten mit chronischen körperlichen Krankheiten.

Befürchtung einer doppelten Stigmatisierung

Defizite in der Aus- und Weiterbildung

## 4. Potenzial der Psychologie

Psychologie kann zur Prävention und Behandlung von chronisch körperlichen Erkrankungen wesentliche Beiträge leisten. Bei einigen Krankheitsbildern sind Massnahmen zur Krankheitsverhütung zentrale gesundheitspolitische Aufgaben. Beispiele dazu sind das Motivieren der Bevölkerung zur Änderung von Risikoverhalten wie Rauchen oder ungeschützter Geschlechtsverkehr, andererseits zu gesundheitsförderlichem Verhalten wie ausreichende Bewegung, angemessene Ernährung oder regelmässige Vorsorgeuntersuchungen.

Psychologische Arbeit ist auch im Bereich der Krankheitsbehandlung und im Umgang mit Krankheitsfolgen bedeutsam. Die Wirksamkeit psychologischer Unterstützung gilt für viele chronische körperliche Krankheiten als nachgewiesen. So verbessert die Teilnahme an psychoedukativen Angeboten die glykämische Kontrolle bei Patienten mit Diabetes [20, 21], während Interventionen für Herzpatienten, welche in der Regel Psychoedukation, kognitiv-behaviorale und supportive Elemente sowie Entspannungstraining beinhalten sowohl physiologische Parameter, das Herzinfarkttrisiko und die Mortalität als auch die psychische Adaptation verbessern [22]. Ebenso ist die Wirksamkeit psychologischer Interventionen für die Verbesserung des körperlichen und psychischen Funktionsniveaus u.a. bei chronischen Schmerzpatienten [23] und Krebserkrankten [24] nachgewiesen.

Die Wirksamkeit von psychologischen Interventionen als Begleitbehandlung zur somatischen Therapie ist vielfach nachgewiesen.

Während diese Behandlungsangebote relativ standardisiert und häufig in Gruppen erfolgen, fokussieren psychologische Massnahmen auf der Ebene des Individuums darauf, dem Betroffenen Halt zu geben und ihn im Umgang mit der Erkrankung und deren Auswirkungen zu unterstützen. Psychologische Interventionen fördern den Aufbau individueller und sozialer Ressourcen, setzen beim Umgang mit Symptomen an, fördern Einstellungs- und Verhaltensänderungen, die sich auf das Gesundheitsverhalten des Patienten im Sinne einer Sekundärprävention auswirken. So setzt auch das Chronic Care Modell auf den Aufbau der Patientenkompetenz und Selbstmanagement-Fertigkeiten, mit dem Ziel, die Patientenrolle (und ggf. der Angehörigen) im Sinne Kompetenz und Empowerment zu stärken und die Bewältigung im Alltag auf körperlicher, emotionaler und sozialer Ebene zu verbessern [25].

Psychologische Interventionen aktivieren Ressourcen und unterstützen die Krankheitsbewältigung.

Psychologische Angebote lassen sich sehr gut ins Chronic Care Modell integrieren

Sowohl gruppen- als auch einzeltherapeutische Angebote unterstützen den Patienten im Umgang mit körperlichen Veränderungen, eingeschränkter Leistungsfähigkeit und in der Klärung von Lebensperspektiven. Insbesondere Befunde aus der Verhaltensmedizin weisen auf den günstigen psychoneuroimmunologischen Einfluss von psychologischen Interventionen hin, die für die günstigen körperlichen und psychischen Veränderungen verantwortlich sind (siehe bspw. [26]).

Zu den psychologischen Massnahmen gehören nebst Psychotherapie auch psychologische Beratung, Information bzw. Weiterbildung sowie Patientenschulung. Psychogene Ursachen sind bei den meisten chronisch körperlichen Krankheiten nicht nachweisbar, so dass als Grundlage für psychologische In-

Das Krankheitsfolgenmodell der WHO beschreibt die Auswirkungen chronischer Erkrankungen

Interventionen das Krankheitsfolgenmodell der WHO [27] angewendet werden kann. Auswirkungen chronischer Erkrankungen sind demnach in den drei Dimensionen «Funktionen des Körpers», «Aktivitäten der Person» und «Partizipation an der Umwelt» zu betrachten, immer je unter einem Problem- und einem Ressourcenaspekt. Abschliessend eine Übersicht der Interventionen in der Rehabilitationspsychologie, für die ein Effektivitätsnachweis vorliegt:

in den drei Dimensionen Körper, Aktivität und Partizipation.

#### Funktion (Körper):

Ersatzstrategien bei neuropsychologischen Defiziten

Bewältigungsstrategien bei Fatigue oder Schmerz

Beratung bei Adherence-/Motivationsproblemen

Informationen/Unterstützung zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen

#### Aktivität (Person):

Prävention bzw. Psychotherapie psychischer Folgestörungen

Psychologische Begleitung zu Themen der Krankheitsbewältigung, Sinnfindung, Lebensperspektiven

Förderung eigener Ressourcen (z.B. Entspannung, Kreativität)

Beratung in Entscheidungssituationen

Stressbewältigungs-, Problemlösetraining

#### Partizipation (Umwelt):

Prävention bzw. Paar-/Familientherapie familiärer Konflikte

Selbstsicherheits-, soziales Kompetenztraining

Impulse zur Erweiterung von Interessen und deren Umsetzung

Coaching im Arbeitsbereich

## 5. Ziele des Vereins chronischkrank.ch

Ausgehend von den negativen volkswirtschaftlichen, individuellen und sozialen Folgen chronisch körperlicher Krankheiten, dem Potenzial der Psychologie, diese zu minimieren, und der kontrastierenden psychologischen Unterversorgung der Betroffenen sollen Wege zur Verbesserung dieser unbefriedigenden Situation gesucht werden.

Ziel der Verbesserung der psychologischen Versorgung chronisch körperlich kranker Menschen durch Anwendung wissenschaftlich begründeter psychologischer Methoden.

Der Verein setzt sich ein für die Verbesserung der psychologischen Versorgung chronisch körperlich kranker Menschen durch Anwendung wissenschaftlich begründeter psychologischer Methoden. Die vorhandenen fundierten und dafür nützlichen psychologischen Kompetenzen sollen zum Vorteil der Patientinnen und Patienten wie auch der nicht psychologisch ausgebildeten Behandelnden eingebracht und ein grundlegendes Verständnis für die psychosozialen Dimensionen körperlicher Erkrankungen im medizinischen Behandlungssystem und in der Bevölkerung gefördert werden.

Als Mittel zur Verbesserung der psychologischen Versorgung chronisch körperlich Kranker dienen u.a.:

- a) Koordination  
Vernetzen bestehender somatischer und psychosozialer Unterstützungsangebote für einzelne chronische körperliche Krankheiten
- b) Kooperation  
Zusammenarbeit mit anderen Verbänden, Organisationen und Institutionen, die die Anliegen des Vereins unterstützen
- c) Wissenstransfer  
Verbreitung wissenschaftlich begründeten psychologischen Wissens zu körperlich chronischen Krankheiten, insbesondere in die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Behandelnden
- d) Sensibilisierung  
Fördern des Bewusstseins bei Betroffenen, Angehörigen, Behandelnden und der Gesellschaft für die psychische Ebene chronischer körperlicher Krankheiten
- e) Finanzierung  
Eruieren von Möglichkeiten der Finanzierung psychologischer Angebote
- f) Versorgungsforschung  
Datenerhebung und Analysen zur psychologischen Versorgung chronisch körperlich kranker Menschen
- g) Klinische Forschung  
Fördern der Erforschung psychologischer Faktoren bei der Entstehung, den Auswirkungen und im Umgang mit chronisch körperlicher Erkrankung
- h) Prävention  
Im Sinne der Vorbeugung können auch (noch) akute körperliche Krankheitszustände zum Zielbereich des Vereins werden
- i) Früherkennung  
Fördern von Massnahmen zur Früherkennung von psychischen Risiko- und Protektivfaktoren chronischer körperlicher Krankheiten

## Bibliografie

1. <http://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=21359>.
2. [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html).
3. Steurer-Stey, C. and T. Rosemann, Das Chronic-Care-Modell nutzen. Care Management, 2009. 4: p. 19-21.
4. Sturny, I., 5-Jahres-Vergleich 1999-2003 der Kosten der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Arbeitsdokument 10. 2004, Neuchâtel: OBSAN.
5. [www.iv.bsv.admin.ch](http://www.iv.bsv.admin.ch).
6. <http://www.who.int/chp/en/>.
7. Sommer, J. and O. Biersack, Hochkostenfälle in der Krankenversicherung. 2005, Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
8. Heim, E., Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? . Psychotherapie und Medizinische Psychologie, 1988. 38: p. 8-18.
9. Taylor, S.E. and A.L. Stanton, Coping resources, coping processes, and mental health. Annu Rev Clin Psychol, 2007. 3: p. 377-401.
10. Carney, R.M. and K.E. Freedland, Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. Biol Psychiatry, 2003. 54(3): p. 241-7.
11. Singer, S., J. Das-Munshi, and E. Brahler, Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care--a meta-analysis. Ann Oncol, 2009. 21(5): p. 925-30.
12. Miovic, M. and S. Block, Psychiatric disorders in advanced cancer. Cancer, 2007. 110(8): p. 1665-76.
13. Maurer, J., et al., Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. Chest, 2008. 134(4 Suppl): p. 43S-56S.
14. Demyttenaere, K., et al., Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the World Mental Health Surveys. Pain, 2007. 129(3): p. 332-42.
15. Prince, M., et al., No health without mental health. Lancet, 2007. 370(9590): p. 859-77.
16. Osborn, D.P., et al., Relative risk of diabetes, dyslipidaemia, hypertension and the metabolic syndrome in people with severe mental illnesses: systematic review and metaanalysis. BMC Psychiatry, 2008. 8: p. 84.
17. Katon, W.J., et al., The association of comorbid depression with mortality in patients with type 2 diabetes. Diabetes Care, 2005. 28(11): p. 2668-72.
18. Chou, R. and P. Shekelle, Will this patient develop persistent disabling low back pain? JAMA, 2010. 303(13): p. 1295-302.
19. Fallowfield, L., et al., Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. Br J Cancer, 2001. 84(8): p. 1011-5.
20. Winkley, K., et al., Psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 1 diabetes: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ, 2006. 333(7558): p. 65.
21. Ismail, K., K. Winkley, and S. Rabe-Hesketh, Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. Lancet, 2004. 363(9421): p. 1589-97.
22. Welton, N.J., et al., Mixed treatment comparison meta-analysis of complex interventions: psychological interventions in coronary heart disease. Am J Epidemiol, 2009. 169(9): p. 1158-65.
23. Hoffman, B.M., et al., Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain.



- Health Psychol, 2007. 26(1): p. 1-9.
24. Rehse, B. and R. Pukrop, Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Educ Couns*, 2003. 50(2): p. 179-86.
  25. Holman, H. and K. Lorig, Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ*, 2000. 320(7234): p. 526-7.
  26. Antoni, M.H., et al., Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain Behav Immun*, 2009. 23(5): p. 580-91.
  27. WHO, Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). 2004, Köln: DIMDI.