

# Zwanzig Jahre Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland

Paul L. Janssen<sup>1</sup>, Herbert Menzel<sup>2</sup>

## Summary

*20 years of professional specialist for psychosomatic medicine and psychotherapy in Germany*

**Objective:** This contribution provides an overview of the development of the professional specialty area of psychosomatic medicine and psychotherapy since its establishment by the German Parliament in 1992.

**Results:** First, the reasons behind the decision to create this professional specialty are elucidated. Then, the three revisions of the official training regimen, the subsequent development of the number of specialists in both outpatient and inpatient sectors, and the development of hospital wards for psychosomatic disorders and rehabilitation clinics for this purpose are discussed. The creation of this specialty may be judged to have been a successful venture that has led to a better treatment of the concerned patients. The recent development of specific psychosomatic research points to the increasing emphasis on special studies of bio-psycho-social interactions, which in turn have shaped and will continue to shape the contours of this specialty.

**Discussion:** The necessary further developments in continuing education as well as increasing cooperation with other disciplines and other pending decisions concerning treatment alternatives are discussed.

*Z Psychosom Med Psychother 58/2012, 106–125*

## Keywords

Psychosomatic Medicine and Psychotherapy as Professional Discipline – Continued Education – Research – Number of Specialists – Specialist Departments – Psychosomatic Rehabilitation

## Zusammenfassung

**Fragestellung:** Der Beitrag gibt einen Überblick über die Entwicklung des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nach Einführung auf dem Deutschen Ärztetag 1992.

**Ergebnisse:** Beginnend mit einigen Gründen, die zur Einführung des Facharztes führten, werden die drei Novellierungen der Musterweiterbildungsordnung, die Entwicklung der Facharztzahlen im ambulanten und stationären Bereich und die Entwicklung der Psychosomatischen Krankenhausabteilungen wie der Rehabilitationskliniken dargelegt. Versorgungspolitisch stellt

---

<sup>1</sup> Ehrenvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), Berlin.

<sup>2</sup> Vorsitzender des Berufsverbands der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM), Berlin.

sich die Facharzteinführung als ein Erfolgsmodell dar. Sie führte zu einer besseren Behandlung von psychosomatisch erkrankten Patienten. Die Entwicklung in der psychosomatischen Forschung weist auf eine verstärkte Zentrierung auf die Untersuchungen von bio-psycho-sozialen Wechselwirkungen hin, wodurch auch das Facharztbild in Zukunft geprägt sein wird.

**Diskussion:** Im Ausblick wird sowohl auf die notwendigen Weiterentwicklungen der Weiterbildungsordnung als auch auf die Kooperation mit anderen Fachgebieten und weiteren versorgungspolitisch anstehenden Entscheidungen eingegangen.

## 1. Einleitung

Die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages im Mai 1992 zur Weiterbildung im psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Bereich (Psychosomatische Grundversorgung, Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) brachte eine Wende in der ärztlichen Psychotherapie und in der Psychosomatischen Medizin. Insbesondere die Einführung eines Facharztes für Psychotherapeutische Medizin – der auf dem Ärztetag 2003 in Psychosomatische Medizin und Psychotherapie umbenannt wurde – war identitätsstiftend für alle Kolleginnen und Kollegen, die sich der Psychosomatischen Medizin und der ärztlichen Psychotherapie verbunden fühlten. Die Beschlüsse ergaben sich folgerichtig aus der schon 46 Jahre zuvor eingeführten Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“, aus der schon davor seit Jahrzehnten in der ambulanten und stationären Versorgung etablierten Psychotherapie und Psychosomatik sowie aus dem 1970 in die ärztliche Approbationsordnung eingeführten Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, woraufhin sich nach und nach Universitätsabteilungen etabliert hatten.

Psychosomatische Medizin basiert in ihren anthropologisch-philosophischen Grundlegungen auf zwei methodischen Wegen der Erkenntnis vom Menschen: (1.) der lebensgeschichtlichen, psychosozialen Situation des Subjektes einschließlich der Bedeutung des Körpers für das Subjekt und (2.) der naturwissenschaftlichen Gesetzmäßigkeit der körperlichen Erkrankung (vgl. Adler et al. 2011). Psychosomatische Medizin ist zum einen ein Grundlagenfach mit integrativen Aufgaben und zum anderen eine Spezialdisziplin. Die Beschlüsse des Ärztetages 1992 trugen dieser medizintheoretischen Idee auch in dem dreistufigen Versorgungskonzept der Psychosomatischen Medizin Rechnung. Die drei Versorgungsebenen sind: die Psychosomatische Grundversorgung, die fachgebundene Psychotherapie des somatisch tätigen Arztes und die Gebietsbezeichnung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Das dreistufige Versorgungsmodell hat zur Voraussetzung, dass es für psychisch und psychosomatisch Kranke zwei Versorgungsstränge gibt, den psychiatrischen und den psychosomatischen (vgl. Bericht der Bundesregierung zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland 1975). Dieses Konzept wird jedoch nicht generell akzeptiert. Seit Beginn der Diskussion Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts gibt es eine Kontroverse mit der psychiatrischen Wissenschaft, die die psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung nicht als differenzierte Weiterentwicklung der Ver-

sorgung psychisch und psychosomatisch Kranker versteht (vgl. dazu auch Janssen et al. 1997). Daher waren die Beschlüsse über das dreistufige Versorgungskonzept und die darauf aufbauenden Qualifikationskriterien erst nach jahrzehntelanger Auseinandersetzung möglich (vgl. die ausführlichen Darlegungen dazu bei Janssen 1984, 1993, 1994, 2009; Janssen et al. 1999).

Die Beschlüsse des Ärztetages kamen auch dadurch zustande, dass in den ärztlichen Gremien eine sehr ausführliche Diskussion um die Ergebnisse des Forschungsgutachtens für ein Psychotherapeutengesetz (Meyer et al. 1991) stattfand. Das Forschungsgutachten machte die Bedeutung der Psychotherapie für die Gesundheitsversorgung sehr deutlich. Die verfasste Ärzteschaft beschloss daher, dass die Psychotherapie auch für die Ärzte ein Tätigkeitsfeld bleiben sollte. Dafür reichten aber die Zusatzbezeichnungen, die nur die somatisch-ärztliche Tätigkeit ergänzten, aus verschiedenen Gründen nicht mehr aus. Es waren in der Versorgung zu dem damaligen Zeitpunkt etwa 4000 Ärztinnen und Ärzte, die über die Zusatzbezeichnungen „Psychotherapie“ und/oder „Psychoanalyse“ in der Richtlinien-Psychotherapie qualifiziert waren, hauptberuflich in der ärztlichen Psychotherapie tätig (vgl. Janssen et al. 1992). Die Richtlinien-Psychotherapie, die schon seit 1967 in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt worden war (Rüger 2002; Rüger u. Bell 2004), war für diese Ärztinnen und Ärzte die Grundlage einer ausschließlich psychotherapeutischen Tätigkeit.

So entstand ein eigenständiges Gebiet aus der Durchführung von analytischer und/oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und/oder Verhaltenstherapie sowie nach den Konzepten und Modellen der Praxis der Psychosomatischen Medizin, die entweder stationär mehr internistisch-psychotherapeutisch oder mehr neurosenpsychologisch-psychotherapeutisch ausgerichtet war, das Konzept eines neuen Facharztes. Fördernd war auch, dass es in der ehemaligen DDR einen Facharzt für Psychotherapie gab, den die Kolleginnen und Kollegen der neuen Bundesländer nach der Wende erhalten wollten.

Nach dem Beschluss des Deutschen Ärztetages wurde auch 1992 von einer Gruppe von Hochschullehrern und stationär tätigen überwiegend psychoanalytisch ausgebildeten Psychotherapeuten die Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM) e. V. gegründet, die als Fachgesellschaft die wissenschaftlichen und fachpolitischen Interessen des Facharztes vertrat. Vorsitzender wurde Paul Janssen, der durch seine Tätigkeit im Ausschuss Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Bundesärztekammer (BÄK) wesentlich an der Einführung des Facharztes beteiligt war (vgl. Janssen 1993). Unter dem Vorsitz von Thomas Loew verschmolz 2006 die DGPM mit der schon 1926 gegründeten Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP) e. V. und nannte sich Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie. 1995 wurde durch die Initiative einer Gruppe um Herbert Menzel, der damals Vorstandsmitglied der DGPM war, zur gezielten berufspolitischen Interessenvertretung der niedergelassenen Ärzte der Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM) e. V. gegründet.

Ein Grund für die Akzeptanz einer fachärztlichen Psychosomatik in der Ärzte-

schaft war, dass parallel zu der Facharzteinführung die Psychosomatische Grundversorgung in die ärztliche Weiterbildungsordnung festgeschrieben wurde. Nach dem Konzept der Psychosomatischen Grundversorgung (Janssen 1994), das schon 1984 in die vertragsärztliche Versorgung über die Psychotherapie-Richtlinien eingeführt worden war, sollte der Arzt bei der Untersuchung und Behandlung die biologischen, psychologischen und sozialen Anteile im Krankheitsgeschehen in eine Gesamtdiagnose integrieren und jeden dieser Aspekte hinsichtlich seiner ätiologischen Bedeutung gewichten. Die psychosomatische Grundversorgung ist also die Realisierung der bio-psycho-sozialen Medizin beziehungsweise der integrativen Medizin (vgl. Köhle u. Janssen 2011). Fast alle Landesärztekammern haben, dem Kursbuch der Bundesärztekammer (2001) entsprechend, einen 80 Stunden umfassenden Kurs entwickelt, der den Ärzten als Weiter- beziehungsweise Fortbildungsmaßnahme angeboten wird. In der Ärztekammer Westfalen-Lippe haben Heuft, Janssen, Veit und andere dazu ein seit Jahren praktiziertes Konzept erarbeitet, das Veit (2010) in einem Buch zusammengefasst hat. Bundesweit sollen nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 66000 Ärztinnen und Ärzte, insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte, diese Qualifikation erworben haben (siehe zur Psychosomatischen Grundversorgung auch die Untersuchungen von Fritzsche et al. 2006; Parpart u. Schneider 2006).

## 2. Konzeptualisierung und Wandlungen des Facharztkonzeptes

Ausgehend von den anthropologisch-philosophischen Grundlagen der Psychosomatischen Medizin und unter Zugrundelegung der damals wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren – psychoanalytisch begründete Psychotherapie und Verhaltenstherapie – wurden in den neunziger Jahren von den Hochschullehrern für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter Mitwirkung von etwa zwölf Fachgesellschaften und Berufsverbänden detaillierte Weiterbildungsrichtlinien für den Facharzt entworfen (Anhang in Janssen 1993), mit dem Ziel, eine Gebietsbezeichnung für die psychotherapeutische Behandlung von psychoneurotischen und psychosomatischen Störungen zu schaffen. Dies fand eine Akzeptanz in den Gremien der BÄK. Dieses erste Curriculum wurde Grundlage für die *erste Musterweiterbildungsordnung* 1992 und die sich daraus ergebenden *Weiterbildungsrichtlinien* (Janssen u. Hoffmann 1994).

Der Schwerpunkt dieses Gebietes liegt gemäß der Gebietsdefinition in der psychotherapeutischen Behandlung psychosomatischer Krankheits- und Leidenszustände und Persönlichkeitsstörungen sowie somato-psychischer Erkrankungen. Der Facharzt praktiziert Psychosomatische Medizin im spezialistischen Sinne und ist in seinem Tätigkeitsprofil abgrenzbar von der Psychosomatischen Grundversorgung in der Primärversorgung und von der somato-psycho-soziotherapeutischen Behandlung im psychiatrischen Gebiet. Gemäß den Erfahrungen in der Weiterbildung zu den Zusatzbezeichnungen wurden die vier Säulen der Qualifikation: Theorie, Selbsterfahrung, eigenständige psychotherapeutische Diagnostik und eigenständige Durchführung von Psychotherapien unter Supervision – entweder psychodynamisch

begründete oder lernpsychologisch begründete – in den drei Fassungen der Musterweiterbildungsordnung stets aufrechterhalten.

Nach den Grundstrukturen der Musterweiterbildungsordnung sind die Ärztinnen und Ärzte fünf Jahre hauptberuflich und ganztäglich tätig, davon drei Jahre in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, ein Jahr in der Psychiatrie und Psychotherapie und ein Jahr in der Inneren Medizin. Die psychotherapeutische Methode ist die einzige genannte und auch die essenzielle Therapieform, jedoch muss die Ärztin beziehungsweise der Arzt sowohl Kenntnisse und Erfahrungen in der Inneren Medizin als auch der Psychiatrie und Psychotherapie in ihren Kernbereichen erwerben. Die Nähe zur Somatik wurde stets herausgestellt, so dass ursprünglich sogar an eine Weiterbildung in zwei Jahren Innere Medizin gedacht war oder auch in einem anderen somatischen Fach und nicht in Psychiatrie und Psychotherapie. Andererseits wurde das psychiatrische Jahr für erforderlich gehalten, weil auch die damalige Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ Kenntnisse und Erfahrungen aus dem psychiatrischen Fachgebiet forderte und auch der Facharzt mit einer hohen psychotherapeutischen Kompetenz Kenntnisse und Erfahrungen in der Abgrenzung von Neurosen, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und hirnorganischen Störungen erwerben sowie Erfahrungen im Umgang mit psychischen Krisensituationen, zum Beispiel akuter Suizidalität, haben sollte. Daher wurden die beiden Jahre in den genannten Fachgebieten eingeführt.

Die theoretischen Grundlagen, die die Ärztin beziehungsweise der Arzt in der Weiterbildung erwirbt, sind eine Verbindung von somatischen, psychologischen und sozialen Aspekten des psychosomatischen Krankseins. Dazu gehören: Psychobiologie, Psychophysiologie, Entwicklungspsychologie, Persönlichkeitslehre, allgemeine und spezielle Neurosenlehre und Psychosomatik, Sozial- und Lernpsychologie, spezielle Verhaltenslehre sowie Theorie der psychoanalytisch begründeten und der kognitiv-behavioralen Behandlungslehre.

Schon in der ersten Fassung der Musterweiterbildungsordnung wurden in der Diagnostik wie in der Behandlung zwei Stränge (Grundorientierungen) differenziert: einmal der tiefenpsychologisch fundierte/psychodynamische und zum andern der kognitiv-behaviorale Strang. Jedoch mussten auch jeweils Kenntnisse sowohl in der Theorie als auch Kenntnisse in der Praxis der jeweiligen anderen Grundorientierung den gewählten Schwerpunkt ergänzen. In dem gewählten Schwerpunkt mussten eingehende Kenntnisse und Erfahrungen über Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie, Paar- und Familientherapie sowie in den supportiven Verfahren, der Notfallpsychotherapie und dem Umgang mit psychischen Krisen erworben werden.

Die hohe und breite psychotherapeutische Kompetenz ist das Kernmerkmal der Facharztweiterbildung. Sie umfasst auch die Psychotherapiequalifikation gemäß den Psychotherapie-Richtlinien und geht zugleich darüber hinaus, da immerhin 1500 Behandlungsstunden unter Supervision bei 40 Behandlungsfällen gefordert werden und im diagnostischen Bereich 120 (in der zweiten Fassung 100) psychotherapeutische Erstuntersuchungen. Zwei Entwicklungen spiegeln sich in diesem Konzept der ersten Fassung wider. Zum einen waren die Verfasser der Weiterbildungsordnung der Auffassung, dass psychodynamische Verfahren und verhaltenstherapeutische Verfahren sich

annähern werden, wie das heute auch tatsächlich in vielen Kliniken beobachtet wird. Des Weiteren fanden sie, dass die Multimodalität der psychotherapeutischen Interventionen (Einzel-, Gruppen-, Paar-, Familientherapie, Kurzzeit- und Langzeitbehandlung) ihren Niederschlag finden sollte. Die für langfristige Behandlungen konzipierte analytische Psychotherapie konnte nicht in den Facharzt integriert werden. Diese Qualifikation sollte weiterhin über die Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ erworben werden. Die Verfasser hatten die Vorstellung, dass sich die Facharztweiterbildung mit einer Qualifizierung in analytischer Psychotherapie gut ergänzen ließe.

Die damalige Verankerung der Selbsterfahrung in Gebietsarztweiterbildungen ist für sich genommen revolutionär. Längere Zeit sah es so aus, als ob an der Frage der Einführung (und der Finanzierung) der Selbsterfahrung das Konzept scheitern könnte. In den zwanzig Jahren hat sich aber gezeigt, dass das Selbsterfahrungskonzept kreativ für die Facharztweiterbildung ist, sei sie nun psychodynamisch oder verhaltenstherapeutisch orientiert. Über die Selbsterfahrung wird die psychotherapeutisch-methodische Kompetenz in der Handhabung der personalen therapeutischen Beziehung vertieft. Denn Psychotherapie ist nur als ein im Konsens vollziehbares Geschehen zwischen zwei Personen möglich. Das Konzept der therapeutischen Arbeitsbeziehung ist weit mehr als die in der Medizin notwendige Compliance. Die Vorgehensweise, nach der in der Psychotherapie Strategien entwickelt und entworfen werden, um innerseelische oder psychosoziale Probleme und Konfliktfelder zu lösen, unterscheidet sich grundsätzlich von der naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise der Etablierung einer therapeutischen Situation. Für diese personengebundene und nicht nur technische Vorgehensweise ist Selbsterfahrung notwendig, das heißt eine reflektierte Erfahrung mit sich selbst, der eigenen Innenwelt und der körperlichen Reaktionen sowie der Beziehungen zu bedeutsamen Anderen in Gegenwart und Vergangenheit.

In der *zweiten Novellierung* der Musterweiterbildungsordnung, die 2003 auf dem Ärztetag verabschiedet wurde, wurde das Gebiet umbenannt in Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Seither trägt der Facharzt die Bezeichnung wie das Fachgebiet in der Approbationsordnung. Des Weiteren wurde die Weiterbildung im ambulanten Bereich gestärkt, es konnten jetzt 24 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden. Wichtig war auch, dass die „gebietsbezogene Arzneimitteltherapie unter besonderer Berücksichtigung der Risiken des Arzneimittelmissbrauchs“ eingeführt wurde und damit eine überwiegend psychotherapeutische Behandlung unter Nutzung auch einer Arzneimitteltherapie, zum Beispiel einer Psychopharmakotherapie, für den Facharzt konzipiert wurde. In die Weiterbildungsinhalte wurden weiterhin die Indikation zu soziotherapeutischen Maßnahmen, die Erkennung und Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter, die Behandlung von Schmerzsyndromen und die Durchführung von psychoedukativen Therapien aufgenommen. Die psychiatrischen Kenntnisse wurden reduziert auf Kenntnisse und Erfahrungen in der psychiatrischen Anamnese und Befunderhebung sowie Kenntnisse in der allgemeinen und speziellen Psychopathologie und psychiatrischen Nosologie. An weiteren theoretischen Inhalten mussten nachgewiesen werden: Psychotraumatologie, Bindungstheorie, Konzepte der Bewältigung von somatischen Erkrankungen und Techniken der Psychoedukation. Die Diagnostik wurde auf 100 do-

kumentierte und supervidierte Untersuchungen reduziert, der Behandlungsteil wie auch der Selbsterfahrungsteil blieben unverändert und zweigleisig. Stärker wurde nur die Konsiliar- und Liaisontätigkeit, die schon in der ersten Fassung obligatorisch war, betont.

In der *dritten Fassung* der Musterweiterbildungsordnung, die 2010 auf dem Ärztetag verabschiedet wurde, ist der psychosomatische Anteil im engeren Sinne ohne Minderung der Anforderungen an den psychotherapeutischen Behandlungsteil verstärkt worden. Aufgenommen wurde:

„Erkennung und Behandlung seelisch-körperlicher Wechselwirkungen bei chronischen Erkrankungen, zum Beispiel onkologischen, neurologischen, kardiologischen, orthopädischen und rheumatischen Erkrankungen sowie Stoffwechsel- und Autoimmunerkrankungen“.

Dazu passend wurde die Theorie Weiterbildung um Konzepte spezieller Verfahren zur Diagnostik bei seelisch-körperlichen Wechselwirkungen, zum Beispiel in der Onkologie, Diabetologie, Geriatrie, Gynäkologie und anderen medizinischen Disziplinen erweitert. Dies ist ein richtungweisender Beschluss. Der Facharzt soll sich mehr mit den psychotherapeutischen Behandlungen bei somatischen Erkrankungen mit psychischer Komorbidität und mit der Wechselwirkung von Psyche und Soma befassen.

Die Weiterbildungsordnung und die Weiterbildungsrichtlinien sind in einer ständigen Entwicklung und bedürfen immer wieder der Anpassung an die Erfordernisse der Versorgung. So stehen jetzt aktuell drei Fragen an, die hinsichtlich der Weiterbildungsordnung zu beantworten sind und die im Ausblick näher spezifiziert werden.

### **3. Die veränderte Schwerpunktbildung des Facharztes im Spiegel der psychosomatischen Forschung**

Nach Hoffmann et al. (1999) ist die jahrzehntelange Forschung im psychosomatischen Fachgebiet durch zwei Richtungen charakterisiert: Durch eine breite klinische Forschung des psychosomatischen (bio-psycho-sozialen) Ansatzes und durch eine intensive Psychotherapieforschung. Die klinische Erforschung des psychosomatischen Ansatzes als experimentelle Untersuchung von psychosomatischen Wechselwirkungen hat zunehmend in den letzten Jahren an Gewicht gewonnen. Diese Profilbildung im Sinne einer ärztlichen und medizinischen Orientierung des Faches wird nicht zuletzt durch das Psychotherapeutengesetz und die Entwicklung der psychologischen Psychotherapie gefördert. Schüssler und Petermann (2011) geben einen Überblick über die psychosomatische Forschung im deutschsprachigen Bereich und stellen besonders die psychosomatische Forschung bei chronischen lebensbedrohlichen Erkrankungen, zum Beispiel Krebserkrankungen, in der Transplantationsmedizin, bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und bei somatoformen Störungen einschließlich Schmerzstörungen heraus. Des Weiteren befaßt sich die psychosomatische Forschung mit Traumafolgestörungen, Borderline-Störungen und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. Auch stellen die Autoren eine

deutliche Verschiebung zu empirisch-qualitativen Studien im Vergleich zu der Erhebung von 1999 fest.

Psychosomatische Forschungen verlangen interdisziplinär ausgerichtete Kooperationen, die sich allerorts mit anderen medizinischen Disziplinen ergeben haben. Fachspezifische psychosomatische Forschung entwickelt sich zum Beispiel mit der Inneren Medizin, der Kardiologie, der Onkologie, der Allgemeinmedizin, der Chirurgie, der Dermatologie, der Gynäkologie, der Urologie, der HNO-Heilkunde, der Augenheilkunde und der Zahnmedizin. Besonders hervorzuheben sind die Forschungen der Onkologie (Kruse et al. 2003; Gündel et al. 2007; Merswolken et al. 2008; Erim et al. 2009; Ernst et al. 2009; Schäffler et al. 2010) und der Kardiologie (Jünger et al. 2005; Holzapfel et al. 2008). Weiterhin sind zu erwähnen die Forschungen bei chronisch somatischen Erkrankungen, zum Beispiel Lungenerkrankungen (Löwe et al. 2004) chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Camara et al. 2010), bei rheumatischen (Löwe et al. 2003) und neuroimmunologischen Erkrankungen (z. B. Schubert u. Schüßler 2009) sowie Diabetes mellitus (z. B. Kruse et al. 2006) und allgemein bei körperlichen Erkrankungen mit psychischer Komorbidität (Friederich et al. 2002; Herzog et al. 2003; Löwe et al. 2003; Schüßler u. Heuft 2008; Hartmann et al. 2010) sowie nach Transplantation (Zipfel et al. 2002; Goetzmann et al. 2010).

Des Weiteren findet sich eine krankheitsspezifische umfangreiche Forschung zu den Krankheitsbildern, die insbesondere in psychosomatischen Kliniken häufig behandelt werden, zum Beispiel den Essstörungen (Zipfel et al. 2000; Herzog et al. 2004; Herpertz 2008; Zastrow et al. 2009; de Zwaan 2010; Hartmann et al. 2011). Ein besonderer Schwerpunkt der Forschung in der Psychosomatischen Medizin ist vor allem die Behandlung der funktionellen somatischen Syndrome im Sinne der somatoformen Störungen (z. B. Henningsen et al. 2007; Nickel et al. 2010; Schäfert et al. 2011).

Dieser kursorische Blick auf die psychosomatische Forschung zeigt, dass die psychosomatische Medizin dem Facharzttauftrag, der Befassung mit psychosomatischen Wechselwirkungen, im Wesentlichen nachkommt. Hoffmann et al. (1999) stellten noch bei ihrer Erhebung zum Forschungsstand der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in den letzten Jahrzehnten eine dominante Stellung der Psychotherapieforschung fest. Erst an zweiter Stelle würden ausgewählte Problemfelder bei somato-psychischen Erkrankungen mit therapeutisch rehabilitativen Fragestellungen und Fragestellungen zur Krankheitsbewältigung und Lebensqualität stehen. Das scheint sich in den letzten Jahren, wie die oben zitierten Veröffentlichungen beispielhaft zeigen, etwas verschoben zu haben. Die Psychotherapieforschung ist aber nach wie vor hoch im Kurs, wie Petermann und Schüßler (2010) anhand einer bibliometrischen Analyse darlegen. Dabei zeigt sich, dass die Psychotherapieforschung sowohl im psychiatrischen, im klinisch-psychologischen als auch im psychosomatischen Gebiet als Wirksamkeits-Indikations-Prozess und Versorgungsforschung ihren Stellenwert hat, also breiter aufgestellt ist als die psychosomatische Forschung im engeren Sinn.

Ein weiterer Schwerpunkt der Forschung, die im Wesentlichen im Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie entstanden ist und von ihr nach wie vor getragen wird, ist die Forschung zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD), siehe Arbeitskreis OPD-1 (1996) und Arbeitskreis OPD-2 (2006).



Aus diesem Arbeitskreis sind nicht nur Multizenterstudien zur Validität des OPD-Systems (z. B. Cierpka et al. 2001; Franz et al. 2000) hervorgegangen, sondern auch Forschungen zu psychodynamisch-diagnostischen Fragen (z. B. Schneider et al. 2008) und neue psychodynamische Psychotherapieansätze, zum Beispiel die strukturbezogene Psychotherapie (Rudolf 2004). Nach den Daten des OPD-Arbeitskreises haben viele Fachärzte besonders an den Kliniken die Kurse für die OPD-Diagnostik absolviert, zuletzt auch deswegen, weil die OPD Eingang gefunden hat in die Qualitätssicherung (Heuft et al. 2005) und in das Regelwerk der Psych-OPS-Ziffern für das neue Entgeltssystem (Heuft et al. 2010), worauf noch einzugehen sein wird.

Die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind auch über ihre Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie, Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin) wie über den Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM) an der Erstellung von Leitlinien beteiligt, zum Beispiel bei den S3-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Essstörung, der posttraumatischen Belastungsstörung, der Persönlichkeitsstörung, der Angststörung, der Zwangsstörung und der unipolaren Depression (vgl. AWMF-Leitlinien Stand 2011). Diese Leitlinien führen weg von einer rein methodenorientierten Psychotherapie, hin zu einer evidenzbasierten, störungsorientierten Psychotherapie, die beginnt, die stationäre und ambulante psychotherapeutische Praxis nachhaltig zu beeinflussen. Es wird sich auch in der Weiterbildung die Frage stellen, in wieweit in Zukunft störungsorientierte Psychotherapien integriert werden müssen.

#### 4. Entwicklung der Facharztzahlen und des ambulanten Sektors

Durch die in der Musterweiterbildungsordnung 1992 vorgesehene Übergangsregelung wurden je nach Landesärztekammer und deren individueller Regelung erst schleppend, dann zahlreicher werdend Anträge auf Erlaubnis zur Führung der Fachgebietsbezeichnung gestellt. Auch die Musterweiterbildungsordnung wurde von den Landesärztekammern zu unterschiedlichen Zeiten übernommen. Bis 2003 konnte die Facharztbezeichnung Psychotherapeutische Medizin beantragt werden, ab 2003 die Gebietsbezeichnung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Wer ab 2003 keine Umbenennung beantragt hat, kann auch die frühere Bezeichnung lebenslang führen, deshalb kommen in Statistiken noch beide Bezeichnungen vor.

In Berlin zum Beispiel wurde die Musterweiterbildungsordnung 1994 übernommen, die Übergangsregelung galt bis zum November 1999. Bis zu diesem Zeitpunkt konnten Anträge gestellt werden. Nach § 26, Absatz 6 der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin konnte ein solcher Antrag gestellt werden, „wenn er (der Antragsteller) über einen Zeitraum von fünf Jahren überwiegend Psychotherapie ausgeübt hat“. Ähnliche Formulierungen fanden sich in den Weiterbildungsordnungen aller Landesärztekammern. In Brandenburg galt die Übergangsregelung bis zum 11.11.2000, in Hamburg konnten Anträge bis zum 31.08.2004 gestellt werden, in Hessen bis 1998. Gleichzeitig fand auch die reguläre Weiterbildung nach der neuen

Weiterbildungsordnung statt. Diese unterschiedlichen Regelungen in den einzelnen Ärztekammern führten dazu, dass bundesweit die meisten Anerkennungen 1995 bis 1998 erteilt wurden (1995: 700; 1996: 884; 1997: 784; 1998: 633). Die überwiegende Mehrheit arbeitete im niedergelassenen Bereich, Ende 1998 gab es bereits 2149 Psychosomatikerinnen und Psychosomatiker im ambulanten Bereich. Von 2001 bis Ende 2010 pendelten sich die jährlichen Zulassungen bei einer Zahl von 100–130 pro Jahr ein (2010 gab es bundesweit 110 Zulassungen), seit spätestens 2004 nur noch nach einer Weiterbildung nach der neuen Weiterbildungsordnung mit einer abschließenden Facharztprüfung.

Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist die Zahl der Facharztzulassungen, auch der in eigener Praxis tätigen Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, bis zum 21.12.2010 ständig gestiegen, in den letzten Jahren allerdings nur noch langsam: Während sie im Jahre 1994 117 betrug, stieg diese Zahl bis zum 31.12.2002 auf 2839, um Ende 2010 auf 3089 ambulant tätige Fachärzte anzusteigen. Klinisch sind 782 Fachärzte tätig und insgesamt sind 4637 Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/Psychotherapeutische Medizin im Bundesarztregister registriert. Bei den ambulant Tätigen waren 54,9 % weiblich, der Anteil der Ärztinnen in diesem Gebiet steigt nur sehr langsam. Die regionale Verteilung ist wie in anderen Arztgruppen sehr unterschiedlich, mit einer höheren Dichte im Süden, in Hessen und Berlin und einer geringen Psychosomatikerdichte im Osten Deutschlands und in Franken. Wegen des im Vergleich zu anderen Fachgruppen höheren Durchschnittsalters und der Probleme vor allem in der Weiterbildung in der Kassenarztpraxis ist in den nächsten Jahren mit einem Rückgang der Anzahl zu rechnen, wenn diese Probleme nicht rechtzeitig gelöst werden.

Obwohl es großes Interesse an dem Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gab und gibt und das Fachgebiet zunehmend an Beachtung und Bedeutung gewinnt, blieb es lange Zeit ein „Titel ohne Mittel“, weil sich sein Tätigkeitspektrum und sein Versorgungsauftrag in keiner Gebührenordnung wiederfand. Mit der Gründung des BPM übernahm dieser die gezielte Interessenvertretung des niedergelassenen Bereiches, stellte betriebswirtschaftliche Berechnungen für die Praxisführung an und diskutierte ein Praxisprofil als ständig lernendes System. Dies sollte der Darstellung nach außen, anfangs allerdings überwiegend zur Darstellung in der ärztlichen Selbstverwaltung, dienen. In den Jahren ab 1996 konnten wichtige Funktionen in der ärztlichen Selbstverwaltung errungen werden. Die Arbeit in diesen Gremien erwies sich aber trotz hoher persönlicher Wertschätzung als sehr mühsam, wurde man doch als Konkurrent um Honoraranteile wahrgenommen.

Als sehr bedeutsam erwies sich die Mitwirkung in dem 1999 im Zuge der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes geschaffenen Beratenden Fachausschuss für die Psychotherapeutische Versorgung bei der KBV. Auch die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Ländern schufen in der Folgezeit solche Ausschüsse. Diesem Ausschuss bei der KBV gehörten von Beginn an Dr. Karin Bell (DGPM) und Dr. Herbert Menzel (BPM) an, letzterer bis heute. Als nach der Jahrtausendwende ein neuer Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) für die Honorierung kassenärztlicher ambulanter Leistungen entwickelt werden sollte, stellte vor allem der BPM in Zusammen-

arbeit mit der DGPM die Forderung nach einem eigenständigen Abrechnungskapitel für unser Fachgebiet auf. Um diese Forderung zu begründen, bedurfte es vieler Gespräche im individuellen und institutionellen Rahmen. Schließlich kam es zu einer denkwürdigen Entwicklung, die bis heute zur entscheidenden Basis für das Fachgebiet im ambulanten Sektor geworden ist: Am 21. und 22.02.2002 fand eine zweitägige Sitzung des Beratenden Fachausschusses für die Psychotherapeutische Versorgung unter der Leitung von Dr. A. Köhler statt, damals Leiter des Dezernats Vergütung und Honorar bei der KBV. Ziel dieser Sitzung war die Klärung der Frage, wie sich die psychotherapeutischen Leistungen (auch die Fachgruppenleistungen) im neuen EBM darstellen sollten. Da auch die stellvertretenden Ausschussmitglieder eingeladen waren, konnte der gesamte damalige BPM-Vorstand (Dr. H. Menzel, Dr. K. Bell, Dr. R. Kettler, Dr. Ch. Trabandt) an den Beratungen teilnehmen. Die psychologischen Psychotherapeuten und die gemischten Verbände hatten sich gegen ein psychosomatisches Abrechnungskapitel ausgesprochen. Wie inzwischen bekannt ist, konnte die Unternehmung des eigenen Kapitels erfolgreich zu Ende gebracht werden, auch eine freie Gruppentherapieleistung (die heftig umkämpft war) trägt heute zu einer deutlichen Differenzierung des Fachgebietes bei.

Der für alle Arztgruppen neu konzipierte EBM wurde dann allerdings von einer Vertreterversammlung der KBV abgelehnt und musste eingestampft werden. Ein neuer EBM, der auf den früheren Vereinbarungen aufbaute, wurde mit Wirkung ab 2005 beschlossen und enthielt das einige Jahre zuvor konsentiertere Kapitel 22, das später auch mit der Bezeichnung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie überschrieben wurde. Die Honorarsituation der Fachärzte für Psychosomatische Medizin hat sich durch diesen EBM wegen seiner Flexibilität und der Möglichkeit der Erbringung von spezifischen Leistungen deutlich verbessert, die Honorarreformen von 2007 und 2009 haben zu einer erheblichen Anhebung der Vergütung geführt. Allerdings entfällt ein großer Teil davon auf die durch ein Bundessozialgerichtsurteil und gesetzliche Regelungen finanziell gesicherten Leistungen, die im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie erbracht werden. Die Fachgruppenleistungen des Kapitels 22 sind zur Zeit noch unzureichend honoriert.

In der täglichen ambulanten Versorgung ist das Fachgebiet für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bei allen Beteiligten anerkannt. Es haben sich Schwerpunkte in der Behandlung sowie Kooperationsmodelle entwickelt. Die Fachärzte dieses Gebietes wirken in den verschiedensten Bereichen des Gesundheitswesens mit und die Zusammenarbeit in der Praxis verläuft unserer Ansicht nach mit allen Fachgruppen reibungslos und kollegial.

## **5. Entwicklung des Fachgebietes in der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung und in der psychosomatischen Rehabilitation**

Zum Zeitpunkt der Entscheidung über den Facharzt auf dem Ärztetag 1992 wurden im Krankenhaus- und im Rehabilitationsbereich etwa 4.000 stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungsplätze registriert (vgl. Janssen 1987). Es gab

größere Fachkliniken für Psychosomatik und Psychotherapie, Abteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern, reine Konsiliar- und Liaisonabteilungen, Abteilungen für Psychotherapie an psychiatrischen Kliniken und Fachkliniken für Psychosomatische Rehabilitation. Stationäre Psychotherapie hatte sich zu einer eigenständigen multimodalen und multiprofessionellen Psychotherapiemethode entwickelt (Janssen 1985; Janssen et al. 1998), die in Europa und der Welt einmalig ist.

Nach einer offiziellen Fachabteilungs-Statistik des Statistischen Bundesamtes gab es damals 61 Abteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie mit 2514 Betten und einem Nutzungsgrad von 93,8 %. Nach einer damaligen Erhebung von Potreck-Rose, die als Kriterien für die Aufnahme in die Erhebung die Weiterbildungsberechtigung für Psychotherapie benannte, gab es 2517 Betten in 55 Krankenhäusern und 6455 Betten in 46 Rehabilitationskliniken. Nach der Erhebung von Koch und Potreck-Rose, die alle Kliniken in die Erhebung aufnahmen, gab es immerhin 12354 Betten, davon 3516 im Krankenhaus und 8838 in der Psychosomatischen Rehabilitation (vgl. Janssen et al. 1999). Bei der Betrachtung der Belegung oder Überbelegung und der Wartezeiten muss man feststellen, dass es auch einen erheblichen Bedarf an stationärer Psychotherapie gab, ebenso wie Meyer et al. (1991) einen erheblichen Bedarf an Psychotherapie überhaupt feststellen konnten. Einen Überblick über Konzeptionen, Verweildauern, Hauptdiagnosen, Komorbiditäten und Therapieeffizienz geben Zaudig (2004) und Hildenbrand und Janssen (2005).

In den zehn Jahren nach dem Ärztetagsbeschluss ist im ambulanten Bereich die Anzahl der ärztlichen Psychotherapeuten und insbesondere der psychologischen Psychotherapeuten erheblich gewachsen (vgl. Schulz et al. 2008). Der Krankenhausbereich hat sich ebenfalls entwickelt, da nicht alle Bundesländer Krankenhauspläne mit Planzahlen für eine eigenständige Psychosomatische Medizin und Psychotherapie verabschiedet haben. So existieren zum Beispiel in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen, Saarland, Sachsen, Hamburg, Berlin und Bremen Krankenhauspläne, hingegen noch nicht im bevölkerungsreichen Bundesland Nordrhein-Westfalen. Nach der Erhebung von Schulz et al. (2008) ließen sich zum Stichtag 2004 122 Abteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie mit 4412 Betten vollstationär feststellen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes gibt es 2009 163 Fachabteilungen mit 6.481 Betten. Die tagesklinischen Plätze, die in den neunziger Jahren noch kaum vorhanden waren, sind auf 746 angewachsen. Auch die Kliniken für Psychosomatische Rehabilitation haben zugenommen, und zwar auf 142 Kliniken mit 13.371 Betten.

Als eines der ersten Länder hat das Land Baden-Württemberg auf der Grundlage eines Gutachtens (Janssen et al. 1999) schon 1999 einen neuen Krankenhausplan mit eigenständigen Betten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie beschlossen. Nach einer Untersuchung von Herzog (2011, persönliche Mitteilung), die vom Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Baden-Württemberg unterstützt wurde, ist nicht nur die Anzahl der Kliniken (43 Kliniken) gestiegen, hat sich nicht nur die Bettenzahl erhöht (1000 Betten) und die Anzahl der stationär behandelten Patienten erwartungsgemäß stark erhöht, sondern erfüllten auch die Abteilungen

insbesondere an den Allgemeinkrankenhäusern die Zielsetzung, psychosomatische Erkrankte regional besser zu versorgen. Weiterhin haben alle Kliniken einen Konsiliardienst meist mit der Inneren Medizin, aber auch mit anderen medizinischen Disziplinen geschaffen. Die Ergebnisse zeigen zusammengefasst, dass die eindeutige eigenständige Platzierung des Fachgebietes in der stationären Versorgung die gesamte Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker verbessert hat.

Sechs Jahre nach der Einführung des diagnoseorientierten Abrechnungssystems für somatische Leistungen wurde auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ein neues leistungsorientiertes, pauschaliertes, tagesbezogenes Entgeltssystem eingeführt. Dieses neue Finanzierungs- und Kodierungssystem (OPS) wurde schon frühzeitig in der Psychosomatischen Medizin (Heuft et al. 2002) aufgegriffen und dann in der Folgezeit weiterentwickelt (Heuft et al. 2010). Das OPS-System (Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V) liefert eine Standardisierung stationärer und teilstationärer Leistungen. Die OPS-Ziffern für den Bereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie sind 9–60, 9–61 und 9–63. Diese Ziffern bilden die Spezifität der Therapieprogramme in der psychosomatischen und psychotherapeutischen stationären und teilstationären Behandlung sowie die Dosis der gewählten Therapie ab. Sie orientieren sich an Patientenmerkmalen, Therapiequantität und -qualität und sind ergebnisorientiert. Es sind Therapieprogramme, die sich als hocheffizient bewiesen haben und die in ihren ökonomischen Auswirkungen zurzeit überprüft werden.

Neben der psychosomatischen Krankenhausbehandlung hat sich das Konzept der psychosomatischen Rehabilitation ebenfalls weiterentwickelt und bewährt (vgl. Schmitt-Ott et al. 2008; Paar 2009). Lamprecht (2008) ist sogar der Auffassung, dass „die stationäre psychosomatische Behandlung, zumindest was die Breitenwirkung angeht, überwiegend in diesen Rehabilitationskliniken stattfindet. Diese Entwicklung findet sich nirgendwo auf der Welt. Vieles wird im Ausland unter Psychiatrie subsumiert, aber die niedrige Kontaktschwelle zur Psychosomatik und das breit gefächerte, qualifizierte Psychotherapieangebot sind für einen Großteil der Patienten hier zu Lande die bessere Alternative“ (S. 1).

In der psychosomatischen Rehabilitation unterscheiden sich Diagnostik wie auch Rehabilitationsbehandlung zwar hinsichtlich der Ziele, jedoch kaum hinsichtlich der Methodik von der Krankenhausbehandlung. In der Rehabilitationsklinik werden in einem multiprofessionellen Team spezielle Angebote vorgehalten, die sich mehr an dem Ziel eines nach ICF (International Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, WHO) vorgesehenen Krankheitsfolgenmodells, das sich auf die Beeinträchtigung, die funktionale Gesundheit und die Behinderung bezieht, orientieren. Bei Rehabilitationsbehandlungen kommt es darauf an, die Krankheitsfolgen zu mindern und abzumildern, gegebenenfalls eine Neuorientierung zu erreichen und zu einer Förderung der selbstständigen Lebensweise beizutragen. Ziele sind immer die Aufhebung oder Minderung der Schädigungen und der Funktionsstörungen, die Wiederherstellung gestörter Fähigkeit oder eine Kompensation beziehungsweise Ersatz für gestörte Fähigkeiten und eine Krankheitsverarbeitung (vgl. Paar 2009). Wie die Krankenhausbehandlung, so zeigt auch die psychosomatische Reha-

bilitation für ihre Zielsetzungen positive Behandlungsergebnisse (z. B. Petermann u. Koch 2009; Lange u. Petermann 2010).

Die psychosomatische Rehabilitation ist also eine wesentliche Ergänzung der psychosomatischen Krankenhausbehandlung und kein Ersatz. Beide können ineinandergreifen, ob sie nun ambulant, teilstationär oder stationär durchgeführt werden (Senf 2007).

## 6. Ausblick

Zwanzig Jahre nach Einführung des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie kann ein überwiegend positives Fazit gezogen werden. Das Fachgebiet hat sich in der medizinischen Versorgung etabliert. Die Entscheidung des Deutschen Ärztetages im Jahre 1992 war somit klug und vorausschauend, wenn auch, wie so häufig bei zukunftsweisenden und innovativen Entwicklungen, konfliktträchtig. Das Fachgebiet hat sich in Lehre, Weiterbildung, Krankenversorgung und Forschung als Querschnittsfach entwickelt und repräsentiert die ganzheitliche Sicht auf den Menschen. Aufbauend auf klinischen und ambulanten Vorgängern hat sich die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland lebendig entwickelt und stellt ein komplexes Versorgungsangebot zur Verfügung. Dieses Versorgungsangebot umfasst derzeit etwa 6.500 Betten in der stationären und teilstationären Krankenhausversorgung, etwa 14.000 Betten in Rehabilitationskliniken und etwa 3.100 in der ambulanten Praxis tätige Ärztinnen und Ärzte. An 21 Universitätsabteilungen wird die wissenschaftliche Forschung, Lehre und Krankenversorgung durchgeführt. In der Krankenversorgung lassen sich Differenzierungen im Vergleich zum Beispiel mit Psychologischen Psychotherapeuten sowie Psychiatern und Psychotherapeuten finden.

Die Akzeptanz in der Ärzteschaft ist, wie Überweisungen und Konsiliaranforderungen zeigen, in den letzten zwanzig Jahren deutlich gewachsen. In der niedergelassenen Praxis bestehen die meisten Verbindungen mit den Hausärztinnen und -ärzten beziehungsweise Fachärztinnen und -ärzten für Allgemeinmedizin, aber auch zu Gynäkologen, Internisten, Dermatologen und Orthopäden. Hier sind nicht nur Konsiliaranforderungen oder Überweisungen ausschlaggebend, sondern auch die weitgehend von den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie übernommene Qualifizierung der Kolleginnen und Kollegen in der Psychosomatischen Grundversorgung (s. o.). Zur Nachbardisziplin der Psychiatrie und Psychotherapie hingegen bestehen zumindest in manchen Bereichen (z. B. in der Krankenhausplanung) Meinungsdivergenzen, die nicht verschwiegen werden sollten. Die Akzeptanz des Faches und damit eine Differenzierung der Versorgung und eine Nutzung des Angebotes in der niedergelassenen Praxis sind zwar vorhanden, jedoch wird von manchen Psychiatern und Psychotherapeuten aus grundsätzlichen Erwägungen die Etablierung des Faches nicht für erforderlich gehalten (zur grundsätzlichen Auseinandersetzung siehe Janssen et al. 1997). Mit den Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten besteht ein freundliches und akzeptierendes Nebeneinander. Es ist zu hoffen – manche Anzeichen sprechen dafür – dass sich doch über die

Praxis eine verbesserte Kooperation mit dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsbereich und damit auch eine zunehmende Akzeptanz ergibt. Uns scheint diese eine wesentliche Zielsetzung für die Zukunft zu sein.

Im Ausland wird das deutsche Versorgungssystem nach unseren Wahrnehmungen mit Hochachtung betrachtet und die anfangs geschilderte dreistufige psychosomatische Versorgung bestaunt. Auch wenn bisher nur Lettland dem deutschen System gefolgt ist, so wird der deutsche Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auf internationalen Kongressen stets mit hoher Aufmerksamkeit und Wertschätzung beobachtet und Elemente daraus werden für die eigene Versorgung übernommen (Menzel 2011).

Die Weiterentwicklung des Fachgebietskonzeptes wird von der Fachgesellschaft und dem Berufsverband kontinuierlich gemeinsam diskutiert. Aktuell stellen sich drei Fragen:

Die erste Frage ist, ob das eine Jahr psychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbildung beibehalten werden soll. Viele Kolleginnen und Kollegen sind der Auffassung, es sei besser, den somatischen Teil, zum Beispiel Innere Medizin, zu verstärken oder das eine Jahr Psychiatrie und Psychotherapie in die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu übernehmen, zum Beispiel also in einem Jahr somatischer Medizin und vier Jahren Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie weiterzubilden.

Die Diskussion um diese Frage hängt eng damit zusammen, welchen Versorgungsauftrag der Facharzt hat. Durch die dritte Novellierung der Weiterbildungsordnung (s. o.) wie auch durch den Überblick über die psychosomatische Forschung (s. o.) ist deutlich geworden, dass der Facharzt sich noch mehr in Richtung der somatischen Fächer bewegt. Dabei kann auf eine hohe psychotherapeutische Kompetenz als Basisqualifikation nicht verzichtet werden. Darauf könnten Module für Psychoonkologie oder Psychokardiologie oder Psychotraumatologie u. a. aufbauen. Als Devise sollte unserer Auffassung nach weiterhin gelten: Hohe und breite psychotherapeutische Kompetenz und Spezifizierung in den Anwendungsbereichen, zum Beispiel auch durch störungsorientierte Psychotherapie.

Die zweite Frage ergibt sich aus der aktuellen Diskussion in den Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer und des Ärztetages, eine Weiterbildungsordnung zu konzipieren, die eine Basisweiterbildung im Gebiet vorsehen soll und Module für bestimmte, noch zu definierende diagnostische oder therapeutische Maßnahmen, die auch in anderen Gebieten vorkommen können, zu konzipieren.

Die dritte Frage ergibt sich aus dem Bedarf an Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der Versorgung, wie dies in Kapitel 4 deutlich wurde. Da die stationären Weiterbildungsplätze begrenzt sind, muss die Weiterbildung stärker noch in den ambulanten Bereich hineingetragen werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wie auch die Krankenkassen müssen hier mehr Verantwortung übernehmen. Man kann den Ärztemangel nicht nur beklagen, sondern muss auch die nötigen Schritte zur Überwindung gehen. Die Rahmenbedingungen müssen umgehend verändert werden, damit sich die psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung auf dem erreichten hohen Niveau weiterentwickeln und in der Zukunft verstärkter Nachfrage entsprechen kann.

In diesen Zusammenhang ist auch festzustellen, dass das Gebiet aufgrund des komplexen, sektorübergreifenden Angebotes durch eine Quote in den Bedarfsplanungsrichtlinien nicht mehr adäquat abgebildet ist. Die im Gesundheitsstrukturgesetz vorgesehene Neuordnung der Bedarfsplanung eröffnet die Möglichkeit, eine den realen Gegebenheiten angemessene Regelung zu schaffen und einen eigenen Bedarfsplanungsbereich Psychosomatische Medizin und Psychotherapie einzurichten. Dies wäre auch für dringend zu fördernde ambulante Weiterbildung erforderlich.

Darüber hinaus bedarf es einer Weiterentwicklung des Honorarsystems, vermehrter Versorgungsforschung im Zusammenhang mit psychosomatischen Erkrankungen, der Etablierung des Facharztes in den neuen Versorgungsformen und einer Fortschreibung der Krankenhauspläne für das Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

## Literatur

- Adler, H. R., Herzog, W., Joraschky, P., Köhle, K., Langewitz, W., Söllner, W., Wesiak, W. (Hg.) (2011): Uexküll Psychosomatische Medizin. München: Elsevier/Urban u. Fischer.
- Arbeitskreis Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (Hg.) (1996): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – OPD-1. Grundlagen und Manual. Bern: Hans Huber.
- Arbeitskreis (Hg.) (2006): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Hans Huber.
- Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung (1975).
- Bundestag Drucksache 7/4200 u. 7/4201 = Psychiatrie Enquete.
- Cámara, R. J. A., Bergre, S., Känel, R. von (2010): Der Effekt stressreduzierender Interventionen auf chronisch entzündliche Darmerkrankungen. Qualitätskontrolle von zehn therapeutischen Studien. *Z Psychosom Med Psychother* 56, 116–135.
- Cierpka, M., Grande, T., Stasch, M., Oberbracht, C., Schneider, W., Schüßler, G., Heuft, G., Dahlbender, R., Schauenburg, H., Schneider, G. (2001): Zur Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. *Psychotherapeut* 46, 122–133.
- de Zwaan, M. (2010): Bing eating disorder and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 25(1), 51–55.
- Erim, Y., Beckmann, M., Gerlach, G., Kümmel, S., Oberhoff, C., Senf, W., Kimmig, R. (2009): Screening von psychischen Belastungen bei erkrankten Brustkrebspatientinnen. Einsatz von HADS-D und PO-Bado. *Z Psychosom Med Psychother* 55, 248–262.
- Ernst, J., Punker, M., Schwarz, R., Fischbeck, S., Beutel, M. E. (2009): Langzeitüberleben von Erwachsenen nach Krebs aus psychosomatischer Sicht. *Z Psychosom Med Psychother* 55, 365–381.
- Franz, M., Dahlbender, R. W., Gündel, H., Hake, K., Klauer, T., Kessler-Scheeler, S., Siol, T., Schneider, W. (2000): Ergebnisse der Multizenterstudie zur OPD-Achse I (Krankheits erleben und Behandlungsvoraussetzungen) im Konsiliardienst. In: Schneider, W., Freyberger, H. (Hg.): Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik, S. 162–178. Bern: Huber.
- Friederich, H.-C., Hartmann, M., Bergmann, G., Herzog, W. (2002): Psychische Komorbidität bei internistischen Krankenhauspatienten – Prävalenz und Einfluss auf die Liegedauer. *Psychother Psych Med* 52, 323–328.



- Fritzsche, K., Burchard, H.-M., Schweickhardt, A., Wirsching, M. (2006): Was bewirkt hausärztliche Intervention bei Patienten mit psychischen Störungen? *Z Psychosom Med Psychother* 52, 4–12.
- Goetzmann, L., Lieberherr, M., Krombholz, L., Ambühl, P., Boehler, A., Noll, G., Muellhaupt, B., Wagner, R., Buddeberg, C., Klaghofer, R. (2010): Subjektives Erleben nach einer Organtransplantation – eine qualitative Studie mit 120 Herz-, Lungen-, Leber- und Nierenempfängern. *Z Psychosom Med Psychother* 56, 268–282.
- Gündel, H., Hümmeler, V., Lordick, F. (2007): Welche Tumorpatienten profitieren von einer interdisziplinären Psychoedukation im Rahmen der Tumorthherapie? *Z Psychosom Med Psychother* 53, 324–338.
- Hartmann, A., Weber, S., Herpertz, S., Zeech, A. (2011): Psychological treatment for anorexia nervosa: A meta-analysis of standardized mean change. *Psychother Psychosom* 80, 216–226.
- Hartmann, M., Bänzner, E., Wild, R., Eisler, L., Herzog, W. (2010): Effects of intervention involving the family in the treatment of adult patients with chronic physical diseases: A meta-analysis. *Psychother Psychosom* 79, 136–148.
- Henningsen, P., Zipfel, S., Herzog, W. (2007): Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 369, 346–955.
- Herpertz, S. (2008): Adipositas ist mehr als eine Essstörung – die multidimensionale Betrachtung einer Pandemie. *Z Psychosom Med Psychother* 54, 4–31.
- Herzog, W., Nikendei, C., Friederich, H.-C., Löwe, B., Jünger, J., Eich, W., Zipfel, S. (2003): Internistische Psychosomatik. *Psychotherapeut* 48, 348–356.
- Herzog, W., Munz, D., Kächele, H. (Hg) (2004): Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Heuft, G., Eich, W., Henningsen, P., Janssen, P. L., Merkle, W., Fichter, M., Senf, W., Giere, G. (2002): Psychosomatic and Psychotherapeutic Medicine goes DRG -Prozedurenkatalog OPS-201, 2.1. *Z Psychosom Med Psychother* 48, 90–103.
- Heuft, G., Jakobsen, T., Kriebel, R., Schneider, W., Rudolf, G. (2005): OPD Task-Force: Potenzial der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) für die Qualitätssicherung. *Z Psychosom Med Psychother* 51, 261–276.
- Heuft, G., Hildenbrand, G., Cuntz, U. (2010): Das Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz (KHRG), die Psych-OPS-Ziffern und die neue Entgeltregelung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 56, 86–105.
- Hildenbrand, G., Janssen, P. L. (2005): Aktuelle Probleme der Krankenhausplanung in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. *Psychotherapeut* 50, 229–235.
- Hoffmann, S. O., Liedtke, R., Schneider, W., Senf, W. (1999): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Denkschrift zur Lage des Faches an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Schattauer.
- Holzappel, N., Müller-Tasch, T., Wild, B., Jünger, J., Zugck, C., Remppis, A., Herzog, W., Löwe, B. (2008): Depression profile in patients with and without chronic heart failure. *J Affect Disord* 105, 53–62.
- Janssen, P. L. (1984): Zur Einführung der Gebietsbezeichnung „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ aus der Sicht der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. *Spektrum* 14, 62–70.
- Janssen, P. L. (1985): Auf dem Wege zu einer integrativen analytisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung. *Forum Psychoanal* 1, 293–307.
- Janssen, P. L. (1987): Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Janssen, P. L., Retzlaff, J., Kirchner, R. (1992): Konzeptionsbegründung der Vorsitzenden des

- PPP-Ausschusses zur Gebietsbezeichnung Psychotherapeutische Medizin. Deutsches Ärzteblatt 89, 1737–1738.
- Janssen, P. L. (1993): Von der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ zur Gebietsbezeichnung „Psychotherapeutische Medizin“. *Z Psychosom Med Psychother* 39, 95–117.
- Janssen, P. L. (1994): Psychosomatische Grundversorgung in Deutschland: Zur Geschichte in den westlichen Ländern. In: Geyer, M., Hirsch, R. (Hg): *Psychotherapie in der Psychosomatischen Grundversorgung*, S.126–133. Jena: Barth.
- Janssen, P. L., Hoffmann, S. O. (1994): Das Profil des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin. *Psychotherapeut* 39, 195–201.
- Janssen, P. L., Kächele, H., Rüger, U., Schneider, W. (1997): Nach-Denken tut Not, Gegendarstellung zum Positionspapier der DGPPN. *Psychotherapeut* 42, 244–255.
- Janssen, P. L., Martin, K., Tress, W., Zaudig, M. (1998): Struktur und Methodik der stationären Psychotherapie aus psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Sicht. *Psychotherapeut* 43, 265–276.
- Janssen, P. L., Franz, M., Herzog, Th., Heuft, G., Paar, G., Schneider, W. (1999): Psychotherapeutische Medizin – Standortbestimmung zur Differenzierung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker. Stuttgart: Schattauer.
- Janssen, P. L. (2009): Geschichte der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in Deutschland. In: Janssen, P. L., Joraschky, P., Tress, W. (Hg): *Leitfaden Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie*, S. 2–12. 2. Auflage. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Jünger J., Schellenberg, D., Müller-Tasch, T., Raupp, C., Zugck, C., Haunstetter, A., Zipfel, S., Herzog, W., Haass, M. (2005): Depression increasingly predicts mortality in the course of congestive heart failure. *Eur J Heart Fail* 2, 261–267.
- Köhle, K., Janssen, P. L. (2011): Die ärztliche Fort- und Weiterbildung in Deutschland. In: Adler, H. R., Herzog, W., Joraschky, P., Köhle, K., Langewitz, W., Söllner, W., Wesiak, W. (Hg.): *Uexküll Psychosomatische Medizin*, S. 1236–1242. München: Elsevier/Urban u. Fischer.
- Kruse, J., Grinschgl, A., Wöller, W., Söllner, W., Keller, M. (2003): Psychosoziale Interventionen bei Patientinnen mit Brustkrebs. *Psychotherapeut* 48, 93–99.
- Kruse, J., Petrak, F., Herpertz, S., Albus, C., Lange, K., Kulzer, B. (2006): Diabetes mellitus und Depression – eine lebensbedrohliche Interaktion. *Z Psychosom Med Psychother* 52, 289–309.
- Kursbuch der Bundesärztekammer (2001): *Psychosomatische Grundversorgung*.
- Lamprecht, F. (2008): Einleitung. In: Schmitt-Ott et al. (Hg.): *Rehabilitation in der Psychosomatik*, S. 1–3. Stuttgart: Schattauer.
- Lange, M., Petermann, F. (2010): Psychosomatische Rehabilitation. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 58, 207–217.
- Löwe, B., Gräfe, K., Kroenke, K., Zipfel, S., Quenter, A., Wild, B., Fiehn, C., Herzog, W. (2003): Predictors of psychiatric comorbidity in medical outpatients. *Psychosom Med* 65, 764–770.
- Löwe, B., Gräfe, K., Ufer, C., Kroenke, K., Grunig, E., Herzog, W., Borst, M. M. (2004a): Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension. *Psychosom Med* 66, 831–836.
- Löwe, B., Willand, L., Eich, W., Zipfel, S., Ho, A. D., Herzog, W., Fiehn, C. (2004b): Psychiatric comorbidity in patients with inflammatory rheumatic diseases. *Psychosom Med* 66, 395–402.
- Menzel, H. (2011): Education in psychosomatic medicine in different countries – What are the differences and similarities. *Lecture Intern Congr Psychosom Med*, Seoul.
- Merswolken, M., Albert, W., Orth-Gonier, K., Pauschinger, M., Deter, H.-Ch. (2008): Depressivität und Ängstlichkeit bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung: Spontanverlauf und Ergebnisse einer psychotherapeutischen Pilotstudie. *Z Psychosom Med Psychother* 54, 381–392.

- Meyer, A.-E., Richter, R., Grawe, D. (1991): Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Gesundheitsministerium Bonn.
- Nickel, R., Hardt, J., Kappis, B., Schwab, R., Egle, U. T. (2010): Determinanten der Lebensqualität bei somatoformen Störungen mit Leitsymptom Schmerz – Plädoyer für eine Subgruppen-Differenzierung im ICD-10. *Z Psychosom Med Psychother* 56, 3–22.
- Paar, G. (2009): Psychosomatisch/psychische Rehabilitation. In: Janssen, P. L., Joraschky P., Tress, W. (Hg.): *Leitfaden der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie*, S. 613–624. 2. Auflage. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Parpart, J., Schneider, W. (2006): Primärversorgung von psychischen und psychosomatischen Patienten. *Psychotherapeut* 51, 381–394.
- Petermann, F., Koch, U. (2009): Psychosomatische Rehabilitation. *Quo vadis? Rehabilitation* 48, 257–262.
- Petermann, F., Schüßler, G. (2010): Zum Status der Psychotherapieforschung im deutschen Sprachraum – Eine bibliometrische Analyse dreier deutschsprachiger Zeitschriften. *Z Psychosom Med Psychother* 56, 297–313.
- Rudolf, G. (2006): *Strukturbezogene Psychotherapie*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Rüger, U. (2002): Tiefenpsychologische Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 48, 117–138.
- Rüger, U., Bell, K. (2004): Historische Entwicklung und aktueller Stand der Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland. *Z Psychosom Med Psychother* 50, 127–152.
- Schäfert, N., Kaufmann, C., Bölter, R., Faber, R., Wild, B., Szecsenyi, J., Sauer, N., Herzog, W. (2011): Somatoforme Syndrome in der Hausarztpraxis – ein Manual zur interdisziplinären Gruppentherapie. *Psychotherapeut* 56, 315–324.
- Schäffeler, N., Enck, P., Rießen, J., Seitz, D., Mormé, A., Wallwiener, D., Zipfel, S. (2010): Screening psychischer Belastung und Erhebung des Wunsches nach psychosozialen Unterstützungsangeboten bei Patientinnen mit Mammakarzinom. *Z Psychosom Med Psychother* 56, 207–219.
- Schmitt-Ott, G., Wiegand-Grefe, S., Jacobi, C., Paar, G., Meermann, R., Lamprecht, F. (Hg.) (2008): *Rehabilitation in der Psychosomatik*. Stuttgart: Schattauer.
- Schneider, A., Szecsenyi, J. (2011): Psychosomatische Medizin in der Allgemeinarztpraxis – Ein Überblick. In: Adler, H. R., Herzog, W., Joraschky, P., Köhle, K., Langwitz, W., Söllner, W., Wesiak, W. (Hg.): *Uexküll- Psychosomatische Medizin*, S. 523–530. München: Elsevier/Urban u. Fischer.
- Schneider, G., Mendler, F., Heuft, G., Burgmer, M. (2008): Validität der Konfliktachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-1) – empirische Ergebnisse und Folgerungen für die OPD-2. *Z Psychosom Med Psychother* 54, 46–62.
- Schüßler, G., Heuft, G. (2008): Angst und Depression bei körperlichen Erkrankungen. *Z Psychosom Med Psychother* 54, 354–367.
- Schüßler, G., Petermann, F. (2011): Status der psychosomatischen Forschung im deutschsprachigen Bereich. *Psychotherapeut* 56, 409–416.
- Schubert, C., Schüßler, G. (2009): Psychoneuroimmunologie: ein Update. *Z Psychosom Med Psychother* 55, 3–21.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Koch, U. (2008): *Psychotherapeutische Versorgung*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41 (Herausgegeben vom Robert-Koch-Institut, Berlin).
- Senf, W. (2007): Krankenhausbehandlung und/oder Rehabilitation – eine Kontroverse. *Psychotherapie im Dialog* 8, 13–22.
- Veit, I. (2010): *Praxis der Psychosomatischen Grundversorgung*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Zaudig, M. (2004): Fünfzig Jahre psychosomatische Krankenhausbehandlung. *Z Psychosom Med Psychother* 50, 355–375.
- Zastrow, A., Kaiser, S., Stippich, Ch., Walther, S., Herzog, W., Tchanturia, K., Belger, A., Weisbrod, M., Treasure, J., Friederich, H. C. (2009): Neural correlates of impaired cognitive-behavioral flexibility in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 16, 608–616.
- Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D. L., Deter, H. C., Herzog, W. (2010): Long term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet* 355, 721–722.
- Zipfel, S., Schneider, A., Wild, B., Löwe, B., Jünger, J., Haass, M., Sack, F. U., Bergmann, G., Herzog, W. (2002): Effect of depressiv symptoms on survival after heart transplantation. *Psychosom Med* 64, 740–747.

Korrespondenzadressen: Prof. Dr. med. Paul L. Janssen, Kraepelinweg 9, 44287 Dortmund, E-Mail: paul.janssen@ruhr-uni-bochum.de

Dr. med. Herbert Menzel, Landauer Str. 7, 14197 Berlin, E-Mail: Doktor.H.Menzel@t-online.de