



Expertise

Die spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie in Deutschland

**Epidemiologische Bedeutung, historische Perspektive und
zukunftsfähige Modelle
aus Sicht der Patienten, ihrer Behandler und der Kostenträger**

vorgelegt von

**Prof. Dr. med. Gereon Heuft
Prof. Dr. med. Harald Freyberger
Prof. Dr. med. Renate Schepker**

unter Mitarbeit von

Dipl.-Psych. Svenja Engbrink
cand. med. Jessica Gmeiner
cand. med. Jana Frühauf

**im Auftrag der
Bundesärztekammer (BÄK)
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern
- Wissenschaftlicher Beirat -**

Expertise im Rahmen der Förderinitiative
zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer

Prof. Dr. med. Gereon Heuft

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Münster
Domagkstr. 22
48149 Münster
Tel.: 02 51/83-5 29 02
Fax: 02 51/83-5 29 03
E-Mail: heuftge@mednet.uni-muenster.de

Prof. Dr. med. Harald Freyberger

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität
Greifswald am Hanse-Klinikum Stralsund
Rostocker Chaussee 70
18437 Stralsund
Tel.: 0 38 31/45 21 00
Fax: 0 38 31/45 21 05
E-Mail: freyberg@uni-greifswald.de

Prof. Dr. med. Renate Schepker

Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters,
Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg
Weingartshofer Str. 2
88214 Ravensburg
Tel.: 07 51/7 60 1-27 89
Fax: 07 51/76 01-21 21
E-Mail: renate.schepker@zfp-zentrum.de

Wissenschaftlicher Beirat der Expertise

Prof. Dr. med. Thomas Becker

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
der Universität Ulm
Bezirkskrankenhaus Günzburg
Ludwig-Heilmeyer-Str. 2
89321 Günzburg
Tel.: 0 82 21/96-20 02
E-Mail: t.becker@uni-ulm.de

Prof. Dr. rer. biol. hum. habil. Elmar Brähler

Abt. f. Med. Psychologie und Med. Soziologie
Universität Leipzig
Philipp-Rosenthal-Str. 55
04103 Leipzig
Tel.: 03 41/9 71 88 01
E-Mail.: elmar.braehler@medizin.uni-leipzig.de

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Jochen Eckert

c/o Geschäftsstelle des IfP
Von-Melle-Park 5
20146 Hamburg
Tel.: 0 40/4 28 38-53 66
E-Mail: jeckert@uni-hamburg.de

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert

Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universitätsklinikum Ulm
Steinhövelstr. 5
89075 Ulm
Tel.: 07 31/5 00-6 16 00
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Prof. Dr. med. Wolfgang Herzog

Med. Klinik und Poliklinik
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 410
69120 Heidelberg
Tel.: 0 62 21/56-86 49
E-Mail: wolfgang.herzog@med.uni-heidelberg.de

Frau Prof. Dr. phil. Marianne Leuzinger-Bohleber

Campus Bockenheim der Goethe-Universität
Jügelhaus (Hauptgebäude)
Mertonstraße 17 / Hauspostfach 55
60325 Frankfurt am Main
Tel.: 0 69/7 98-2 55 09
E-Mail: m.leuzinger-bohleber@sigmund-freud-institut.de

Prof. Dr. med. Michael Linden

Reha-Zentrum Seehof der DRV Bund
Lichtenfelder Allee 55
14513 Teltow/Berlin
Tel.: 0 33/28 34-56 78
E-Mail: michael.linden@drv-bund.de

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Bernhard Strauss

Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie
Universitätsklinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Stoystrasse 3
07740 Jena
Tel.: 0 36 41/93 65 01 (93 67 00)
Fax: 0 3641/93 65 46
E-mail: bernhard.strauss@med.uni-jena.de

Frau Prof. Dr. phil. Kirsten von Sydow

Psychologische Hochschule Berlin (PHB)
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin
Tel.: 030-209 166-201; -230
Fax: 030-209 166-17
E-mail: kirsten.von.sydow@psychologische-hochschule.de

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis für Abkürzungen	8
1. Einleitung - Auftrag und Ziele der Expertise	10
2. Epidemiologischer und gesundheitspolitischer Rahmen	12
3. Geschichtliche Aspekte der Ärztlichen Psychotherapie	19
3.1 Die Geschichte der Ärztlichen Psychotherapie in der Psychiatrie.....	19
3.2 Die Entwicklung der Ärztlichen Psychotherapie für Kinder und Jugendliche.....	22
3.3 20 Jahre Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.....	26
4. Zur psychosomatischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung zugelassene Gruppen in der vertragsärztlichen und stationären Versorgung	33
4.1 Die Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung.....	35
4.2 Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie.....	35
4.3 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Nervenärzte.....	36
4.4 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.....	36
4.5 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.....	37
4.6 Bereichsbezeichnung Psychoanalyse.....	38
4.7 Psychologische Psychotherapeuten.....	38
4.8 Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten.....	39
4.9 Weitere Berufsgruppen in der psychotherapeutischen Behandlung.....	40
4.10 Die aktuelle ambulante psychotherapeutische Versorgungslandschaft.....	41
5. Bevölkerungsbasierte Erhebung bzgl. des Bekanntheitsgrades psychotherapeutisch Tätiger und deren Aufgabenbereiche	45
5.1 Auswahl der zu befragenden Zielpersonen.....	45
5.2 Durchführung der Befragung.....	46
5.3 Soziodemographische Daten der Befragten.....	46
5.3.1 Geschlecht, Alter und Nationalität der Befragten.....	47
5.3.2 Familienstand und Lebenssituation der Befragten.....	49
5.3.3 Bildungsniveau und Erwerbstätigkeit der Befragten.....	50
5.3.4 Konfession.....	52
5.4 Fragebogen.....	52
5.5 Ergebnisse der Befragung.....	54
5.5.1 Bisherige Psychotherapieerfahrung.....	54
5.5.2 Präferenz hinsichtlich des Grundberufes.....	56
5.5.3 Ansprechpartner bei diversen Beschwerdebildern.....	58
5.5.3.1 Ansprechpartner bei Depressionen.....	59
5.5.3.2 Ansprechpartner bei starken Ängsten.....	59
5.5.3.3 Ansprechpartner bei Essstörungen.....	60
5.5.3.4 Ansprechpartner bei Schmerzen ohne organische Ursachen.....	61
5.5.3.5 Ansprechpartner bei psychischer Krise nach beruflicher Überlastung.....	61
5.5.3.6 Ansprechpartner bei körperlichen Erkrankungen mit seelischer Krise.....	62
5.5.3.7 Ansprechpartner bei psychosomatischen Beschwerden.....	63
5.5.3.8 Unentschlossenheit bzgl. Ansprechpartnern.....	63
5.5.4 Ansprechpartner bei psychischer Erkrankung (Allgemein).....	65

5.5.5	Einschätzung der Wirksamkeit von Psychotherapie	66
5.5.6	Kenntnisse bzgl. Kostenübernahme	68
5.5.7	Kenntnisse über psychotherapeutische Angebote	69
5.5.8	Einschätzung der Kompetenz	70
5.5.9	Ansprechpartner bei psychischen Problemen eines Kindes	71
6.	Stellenwert der Ärztlichen Psychotherapie aus der Sicht niedergelassener Ärztlicher, Psychologischer sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, aus der Sicht von Krankenhausärzten und Fachgesellschaften	73
6.1	Befragung Niedergelassener	73
6.1.1	Fragebogen und Durchführung der Befragung	73
6.1.2	Durchführung der Befragung bei Niedergelassenen	75
6.1.2.1	Münsterland	75
6.1.2.2	Ravensburg/Ulm	76
6.1.2.3	Greifswald/Stralsund	76
6.1.3	Rücklauf der Fragebögen - Niedergelassene	77
6.1.3.1	Münsterland	77
6.1.3.2	Ravensburg/Ulm	77
6.1.4	Befragungsergebnis	77
6.1.4.1	Münsterland	77
6.1.4.2	Ravensburg/Ulm	78
6.1.4.3	Auswertung der Umfrage bei Niedergelassenen	79
6.2	Befragung Klinikärzte	99
6.2.1	Fragebogen für Klinikärzte/-ärztinnen	99
6.2.2	Durchführung der Befragung bei Klinikärzt(inn)en	101
6.2.2.1	Münsterland	101
6.2.2.2	Ravensburg/Ulm	101
6.2.2.3	Greifswald/Stralsund	101
6.2.3	Rücklauf der Fragebögen - Klinikärzte/-ärztinnen	101
6.2.3.1	Münsterland	101
6.2.3.2	Ravensburg/Ulm	102
6.2.4	Ergebnisse der Befragung - Klinikärzte/-ärztinnen	102
6.3	Befragung somatischer Fachgesellschaften	106
6.3.1	Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) [A. Straube]	106
6.3.2	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) [J. Schellong und I. Schäfer]	108
6.3.3	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) [C. Albus]	110
6.3.4	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) - AG Psychoonkologie [Sprecherin S. Singer]	111
7.	Expertise zur Rolle der Ärztlichen Psychotherapie	112
7.1	Problemaufriss	112
7.1.1	Die Folgen der ökonomischen Überformung der Medizin für die Ärztliche Psychotherapie	112
7.1.2	Die fehlende institutionelle Verankerung der ärztlichen Psychotherapie	113
7.1.3	Die Infragestellung der ärztlich-psychotherapeutischen Kompetenz von außen	114
7.1.4	Die drohende Ausgliederung des Psychischen durch die Medizin selber	114
7.1.5	Ärztliche Psychotherapie ist im Kern „Personalisierte Medizin“	115
7.2	Ebenenmodell ärztlich-psychotherapeutischer Kompetenzen	116

7.2.1	Der Erwerb psychotherapeutischer Kompetenzen während des Medizinstudiums (1. Ebene).....	116
7.2.2	Die Bedeutung der Psychosomatischen Grundversorgung (2. Ebene).....	118
7.2.2.1	Verankerung der curricularen Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung.....	119
7.2.2.2	Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung am Beispiel des Curriculums der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL).....	120
7.2.2.3	Der inhaltliche Aufbau des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung...	121
7.2.3	Die fachgebundene Psychotherapie (3. Ebene).....	122
7.2.4	Die fachärztliche Psychotherapie (4. Ebene).....	127
7.2.4.1	Die ambulante fachärztliche Psychotherapie.....	129
7.2.4.2	Die stationäre fachärztliche Psychotherapie.....	132
7.2.4.3	Die konsiliar-fachärztliche Psychotherapie im DRG-System.....	134
7.2.4.4	Die Ärztliche Psychotherapie in der Rehabilitation.....	135
8.	To Do - Empfehlungen für die Bundesärztekammer	137
8.1	Empfehlungen für die ärztliche Ausbildung (1. Ebene der ärztlich- psychotherapeutischen Kompetenzen).....	137
8.2	Empfehlungen für die Psychosomatische Grundversorgung in allen ärztlichen Fachgebieten mit Krankenversorgung (2. Ebene der ärztlich-psychotherapeutischen Kompetenzen).....	138
8.3	Empfehlungen für die fachgebundene Psychotherapie in allen ärztlichen Fachgebieten mit Krankenversorgung (3. Ebene der ärztlich-psychothera- peutischen Kompetenzen).....	139
8.4	Empfehlungen für die fachärztliche Psychotherapie (4. Ebene der ärztlich- psychotherapeutischen Kompetenzen).....	140
8.5	Empfehlungen für ein vernetztes Arbeiten von Ärzten über alle Ebenen ärztlicher Psychotherapie.....	142
8.6	Empfehlungen hinsichtlich besonderer Patientengruppen.....	142
8.7	Empfehlung für eine sorgfältige Verwendung des Begriffs „Personalisierte Medizin“.....	143
8.8	Empfehlungen angesichts der Diskussion bzgl. der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten.....	144
8.9	Hinweise auf die Erfordernis einer aktiven Vertretung der Ärztlichen Psychotherapie durch die BÄK.....	144
9.	Literatur.....	146
10.	Anhang.....	161
10.1	Tabellen und Abbildungen zu den Kapitel.....	161
10.1.1	Ergänzungen zu Kapitel 5.....	162
10.1.2	Ergänzungen zu Kapitel 6.....	171
10.2	Synopse der Weiterbildungscurricula der Psych-Fächer und der fachge- bundenen Psychotherapie am Beispiel der Ärztekammer Westfalen-Lippe.....	183
10.2.1	Ergänzungen zu Kapitel 4 (Tab. 4.4).....	184
10.2.2	Ergänzungen zu Kapitel 7 (Abb.7.1).....	188

Verzeichnis der Abkürzungen:

AÄGP:	Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie e. V.
ADM:	Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V.
AG:	Arbeitsgruppe
ÄKWL:	Ärztelammer Westfalen-Lippe
ÄP:	Ärztliche Psychotherapeuten / Ärztliche Psychotherapie
AWMF:	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BÄK:	Bundesärztekammer - Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern
BDI:	Beck Depression Inventory (Beck et al. 1961)
BKK:	Betriebskrankenkasse
BPM:	Berufsverband für Psychosomatische Medizin
BPtK:	Bundespsychotherapeutenkammer
DAK:	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DDG:	Deutsche Diabetes-Gesellschaft
DeGPT:	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie
DGK:	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
DGKJP:	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
DGPM:	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
DGPPN:	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGPT:	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie
DIMDI:	Deutsches Institut für Medizinische Informatik und Datenverarbeitung
DKG:	Deutsche Krebsgesellschaft
DKPM:	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin
DMKG:	Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft
EBM:	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EU:	Europäische Union
GKV:	Gesetzliche Krankenversicherung

GOP:	Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
KBT:	Konzentrierte Bewegungstherapie
KBV:	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFRG:	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KJPsychTh-APrV:	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
KJP:	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
KV:	Kassenärztliche Vereinigung (im jeweiligen Kammerbezirk)
LB:	Leistungsbedarf
MFA:	Medizinische Fachangestellte
MVZ:	Medizinisches Versorgungszentrum
MWBO:	Musterweiterbildungsordnung
OPD:	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2
OPS:	Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V
PKV:	Private Krankenversicherung
PP:	Psychologische Psychotherapeuten / Psychologische Psychotherapie
PsychPV:	Personalverordnung Psychiatrie
RKI:	Robert-Koch-Institut
SGB V:	Sozialgesetzbuch, 5. Buch
SPV:	Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
TK:	Techniker Krankenkasse
UEMS:	Union Européenne des Médecins Spécialistes / European Union of Medical Specialists
UN:	United Nations
WBP:	Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie - Bundesärztekammer/Bundespsychotherapeutenkammer

Mit dem Ziel einer besseren Lesbarkeit wird nur bei den Textstellen, bei denen das Herausstellen einer Gender-Differenzierung notwendig oder sinnvoll ist, sowohl das männliche als auch das weibliche Geschlecht benannt. Ansonsten wird das generische Maskulinum verwandt. Wir hoffen auf Verständnis.

1. Einleitung - Auftrag und Ziele der Expertise

Im Januar 2011 schrieb die Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern - die Bundesärztekammer (BÄK) - im Rahmen ihrer Förderinitiative zur Versorgungsforschung ein Typ-III-Projekt i. S. einer Expertise zum Thema „Spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie“ aus. Anträge waren bis zum 21.02.2011 an die Bundesärztekammer zu richten.

Die drei Antragsteller bewarben sich um die Förderinitiative bewusst als Individuen mit ihrer vielfältigen klinischen und wissenschaftlichen Expertise. Alle drei Antragsteller sind FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Der federführende (1.) Autor ist darüber hinaus Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Facharzt für Neurologie, Träger der Bereichsbezeichnungen Psychotherapie, Psychoanalyse und Klinische Geriatrie. Er ist u. a. Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) sowie des deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DKPM). Er ist nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) ausgebildeter Psychoanalytiker sowie Lehr- und Kontrollanalytiker der DGPT. Darüber hinaus ist der Erstautor Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP), berufen von der Bundesärztekammer zusammen mit der Bundespsychotherapeutenkammer.

Der (2.) Autor ist u. a. Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und leitet hier gemeinsam mit Prof. Dr. M. Linden (Berlin) das Referat Psychotherapie sowie Mitglied des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM). Er ist auch Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP). Er war Mitglied der Arbeitsgruppe, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) 2010 das „Forschungsgutachten zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ vorgelegt hat.

Die (3.) Autorin ist u. a. Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Sie ist Psychoanalytikerin und Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) und hat den Supervisorienstatus für die Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Sie ist ebenfalls Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP).

Genannt wurden hier bewusst nur die Mitgliedschaften in den deutschen Psych-Fachgesellschaften, da die geplante Expertise schwerpunktmäßig auf die spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie (ÄP) in Deutschland fokussiert. Zugleich wurde bewusst seitens der Antragsteller darauf verzichtet, die AWMF-Fachgesellschaften, mit denen sie sich schwerpunktmäßig hinsichtlich ihrer professionellen Identität verbunden fühlen, als Mittragsteller zu benennen, da offizielle Stellungnahmen der Fachgesellschaften grundsätzlich der Gremien- und Vorstandsbeschlüsse bedürfen. Ziel der Antragsteller war, eine möglichst berufspolitisch unbelastete Gesamtperspektive der Spezifika Ärztlicher Psychotherapie herauszuarbeiten.

Daher war die Autorengruppe bestrebt, die in Kap. 7 und 8 kondensierte Expertise zur Rolle der Ärztlichen Psychotherapie soweit als möglich durch eigene empirische Befunde oder durch Ergebnisse aus der Literatur zu belegen. So folgt auf die Einordnung der Expertise in einen **epidemiologischen und gesundheitspolitischen Rahmen (Kap. 2)** ein **kurzer historischer Abriss zur Entwicklung der Psychotherapie in den drei Psych-Fachgebieten (Kap. 3)**, bevor die zur **psychosomatischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung zugelassenen Gruppen in der vertragsärztlichen und stationären Versorgung charakterisiert werden (Kap. 4)**.

Anschließend kann die Autorengruppe auf Daten einer **eigenen bevölkerungsbasierten Erhebung bzgl. des Bekanntheitsgrades psychotherapeutisch Tätiger und deren Aufgabenbereiche (Kap. 5)** sowie auf **Selbstauskünfte niedergelassener Ärztlicher und Psychologischer Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, von Krankenhausärzten und Fachgesellschaften (Kap. 6)** zurückgreifen.

Die eigentliche Expertise zur Rolle der Ärztlichen Psychotherapie (Kap. 7) basiert auf diesen empirisch fundierenden Kapiteln 2-6 und stellt nach einem differenzierenden Problemaufriss ein „Vier-Ebenenmodell ärztlich-psychotherapeutischer Kompetenzen“ vor, mit dem Ziel, das ganze Spektrum Ärztlicher Psychotherapie in den Blick zu nehmen.

Zusammenfassend werden in Kap. 8 die berichteten Befunde und Ergebnisse mit relevanten Handlungsfeldern und Aufgaben verknüpft. Diese Perspektiven treffen sich mit den Entschlüssen des 115. Deutschen Ärztetages 2012 und unterstützen den dort eingeschlagenen Weg. Wie eine „Checkliste“ soll Kap. 8 soll den in der Bundesärztekammer und in den Landesärztekammern Verantwortung Tragenden sowie der gesamten Ärzteschaft ermöglichen, den Erfolg der aus dieser Expertise abgeleiteten Handlungsoptionen zu überprüfen.

2. Epidemiologischer und gesundheitspolitischer Rahmen

Die epidemiologische Bedeutung psychischer Störungen tritt zunehmend ins öffentliche Bewusstsein. Der Bundes-Gesundheitssurvey vor gut 10 Jahren hat gezeigt, dass die 1-Jahresprävalenz für mindestens eine psychische Störung für die erwachsene Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren bei 31 % liegt (Jacobi u. Wittchen 2001). In der EU fanden Wittchen et al (2011) eine Jahresprävalenz von 38,2 % über alle Altersstufen. Diese sei seit 2005 mit der Ausnahme ansteigender Demenzerkrankungen unverändert. Diese Krankheitslast hat nicht nur enorme Auswirkungen auf die Arbeitsunfähigkeitszeiten und vorzeitige Berentungen, sondern verringern auch die Lebensqualität bei somatischen Krankheiten (wie z. B. bei Diabetes mellitus oder bei koronaren Herzerkrankungen) und erhöht deren Folgekosten und die Mortalität (Friedrich et al. 2002; Zipfel et al. 2002; Jünger et al. 2005; Hochlehner et al. 2007; Beutel u. Schulz 2011). So wiesen Rozanski et al. (2005) nach, dass das Ausmaß der Depressivität, gemessen mit dem Beck Depression Inventory (BDI; Hautzinger et al. 1994), das Überleben nach einem Herzinfarkt wesentlich mitbestimmt (Abb. 2.1).

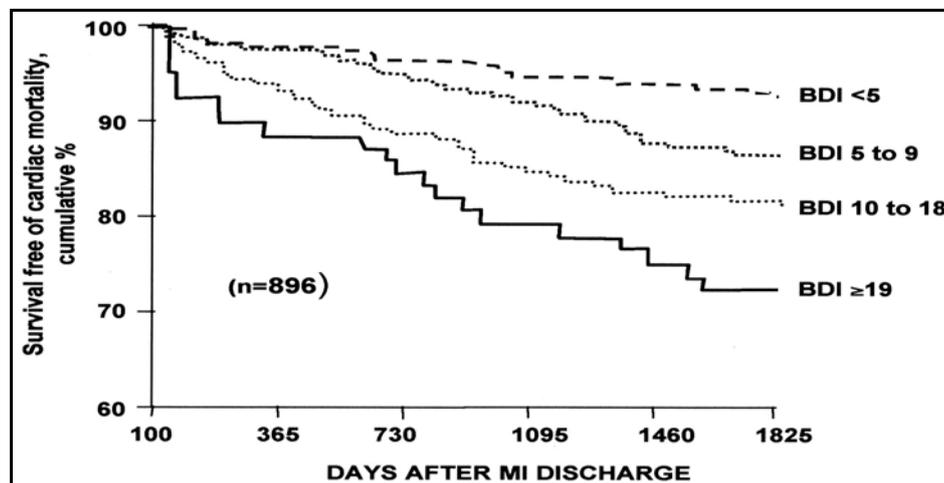


Abb. 2.1: Einfluss depressiver Symptomatik auf das Überleben nach Herzinfarkt
Quelle: J Am Coll Cardiol 45: 637-651

In die gleiche Richtung geht die Aufklärung des Zusammenhangs von Überlebensraten bei Menschen mit und ohne Diabetes mellitus in Abhängigkeit von einer komorbiden Depression (Egede et al. 2005) (Abb. 2.2).

Eine sehr gute Übersicht gibt die „Evidenzbasierte Leitlinie - Psychosoziales und Diabetes mellitus“, die gemeinsam von der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) und dem Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) herausgegeben wurde (Herpertz et al., Diabetes Stoffwechsel 2003, 12, S. 35-58).

Nach den kürzlich veröffentlichten Gesundheitsreporten verschiedener Krankenkassen (Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Betriebskrankenkasse (BKK), Techniker Krankenkasse (TK)) für das Jahr 2011 nehmen psychische Erkrankungen innerhalb der Bevölkerung Deutschlands weiter zu. Übereinstimmend beschreiben sämtliche Reporte steigende Arbeitsunfähigkeitszeiten der jeweiligen Krankenkassenmitglieder und damit einen weiter zunehmenden Anteil am Gesamt Krankenstand. Beispielhaft sei die Entwicklung erläutert unter Bezug auf die Daten der DAK (www.dak.de, Gesundheitsreport 2011).

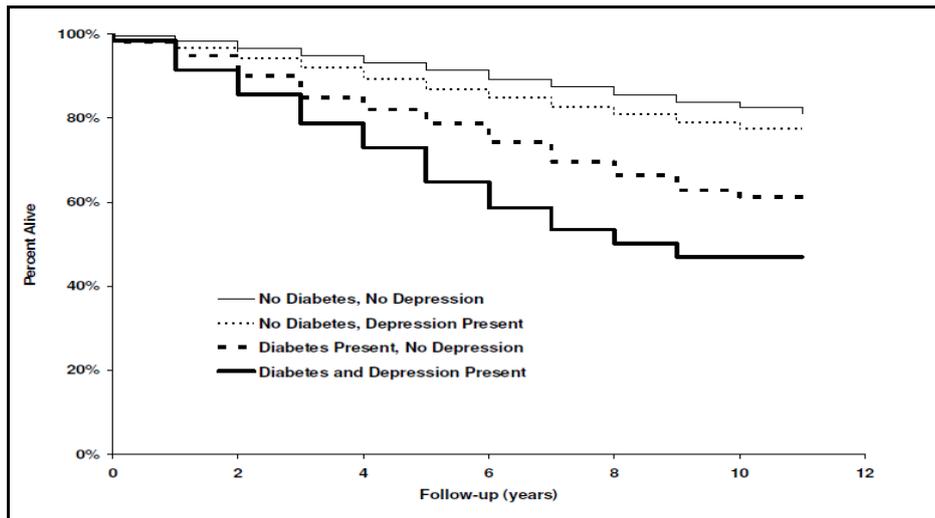


Abb. 2.2: Depression und Überlebensrate bei Menschen mit und ohne Diabetes
 Quelle: Egede et al. (2005) Diabetes Care 28 (6), p. 1342

Die DAK, die aufgrund ihrer historischen Entwicklung als Angestelltenkrankenkasse insbesondere Beschäftigte in typischen Frauenberufen (Gesundheitswesen; Handel; Verwaltung) versichert, zählte 2010 insgesamt 2,6 Mio. aktiv erwerbstätige Mitglieder. Zu 60 % handelt es sich dabei um Frauen. In nahezu allen Altersgruppen ist der Anteil der Frauen größer als der der Männer (Abb. 2.3).

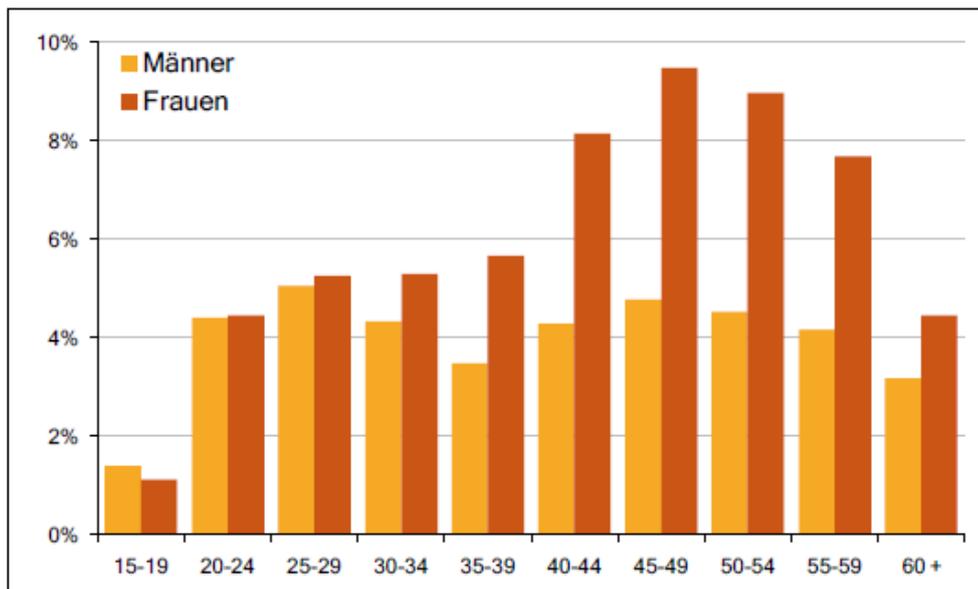


Abb. 2.3: Zusammensetzung der DAK-Mitglieder nach Geschlecht und Alter
 Quelle: DAK-Gesundheitsreport 2011

Der Krankenstand, also der Anteil an Erwerbstätigen, die durchschnittlich an einem Kalendertag arbeitsunfähig erkrankt waren, lag 2010 bei 3,4 % und war gegenüber dem Vorjahr unverändert. Das bedeutet in Arbeitsunfähigkeitstagen ausgedrückt 12,5 Tage/Jahr pro Versichertem, die dieser durchschnittlich ausfiel. Tatsächlich betroffen waren allerdings mit mindestens einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung lediglich 46,3 % der Mitglieder. Das bedeutet, dass 53,7 % das ganze Jahr 2010 über gar nicht erkrankt waren. Die Betroffenenquote ist damit im Vergleich zum Vorjahr um 2,7 % gesunken. Die Fallhäufigkeit je 100 versicherter Mitglieder lag bei 111,1. Demzufolge sind die erwerbstätigen Mitglieder durchschnittlich mehr als einmal pro Jahr arbeitsunfähig.

Zu beachten ist bei diesen Daten allerdings, dass jeweils nur die Erkrankungen in die Berechnungen einbezogen werden können, für die der DAK Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorliegen. Nicht bei jeder Erkrankung erfolgt eine Krankschreibung, sondern üblicherweise erst ab dem 4. Tag einer Arbeitsunfähigkeit. Außerdem werden nicht alle vorhandenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen eingereicht. Es ist daher davon auszugehen, dass sowohl die Anzahl der Tage von Arbeitsunfähigkeiten als auch die Zahl der Betroffenen und auch die Fallzahl um einiges höher liegen als im Report angegeben. Geschätzt wird, dass der tatsächliche Krankenstand statt bei 3,4 % bei 3,6 % lag.

Tendenziell nehmen die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 Versicherter nach einem Plateau im mittleren Erwachsenenalter mit zunehmendem Alter ab, wobei die durchschnittliche Falldauer der einzelnen Fälle zunimmt (Abb. 2.4).

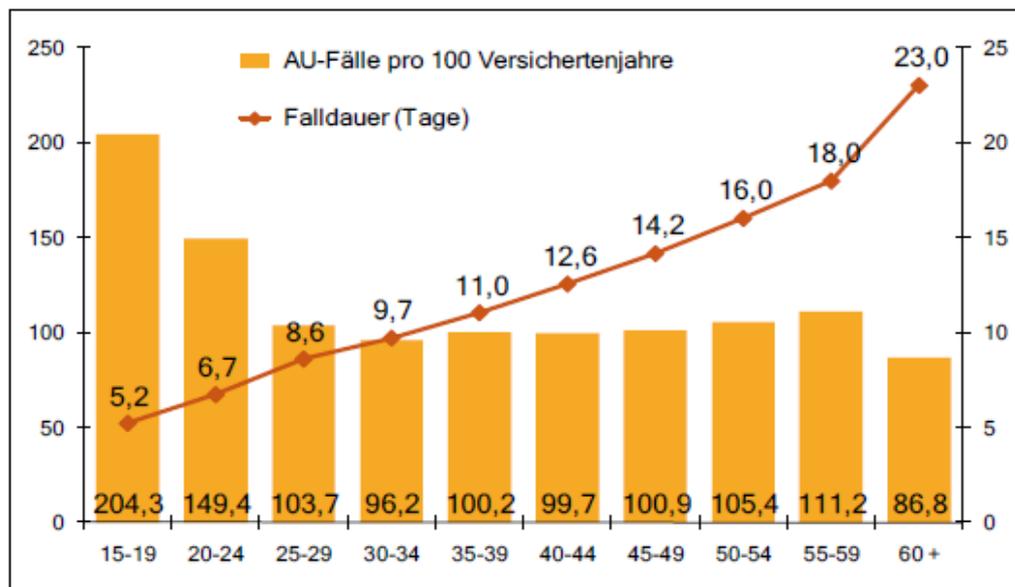


Abb. 2.4: Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeitsfällen nach Altersgruppen
Quelle: DAK-Gesundheitsreport 2011

Gründe dafür sind ein höheres Unfall- und Verletzungsrisiko jüngerer Menschen im Zusammenhang mit Freizeitaktivitäten und häufigere geringfügige Erkrankungen (z. B. Atemwegsinfektionen) für kürzere Zeit. Jüngere sind also in der Regel häufiger, aber nur wenige Tage arbeitsunfähig. Bei älteren Menschen steigt die Anzahl der Langzeitarbeitsunfähigkeiten (z. B. in Folge von Carcinomerkrankungen) von mehr als 6 Wochen Dauer. Bei den über 60-Jährigen werden ca. 62 % des Krankenstandes durch Erkrankungen von mehr als 6 Wochen Dauer verursacht, bei den 15-19-Jährigen dagegen nur 13,4 %.

Die 10 häufigsten Erkrankungsarten sind in den Abbildungen 2.5 und 2.6 aufgeführt, wobei in Abb. 2.5 der jeweilige Anteil an AU-Tagen und in Abb. 2.6 der Anteil der AU-„Fälle“ dargestellt wird. Die für die vorliegende Expertise bedeutsamste Erkrankungsart ist die psychische, die mit 12,1 % den viertgrößten Anteil an AU-Tagen einnimmt. Im Vergleich zum Vorjahr ist ihr Anteil um 1,3 % gestiegen. Den höchsten Anteil an den AU-Tagen haben die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (21,7 %), darunter insbesondere die Rückenschmerzen mit alleine 7,1 %. Es kann an dieser Stelle nur darauf hingewiesen werden, dass in dieser Gruppe mit hoher Wahrscheinlichkeit auch noch ein weiterer Anteil somatoformer (Schmerz-)Störungen enthalten ist und unter den Menschen mit Unfallfolgen bzw. anderen schweren Erkrankungen viele einer zusätzlichen psychotraumatologischen, psychoonkologischen etc. (Mit-)Behandlung bedürfen, ohne dass diese in der Hauptdiagnose erkennbar wären.

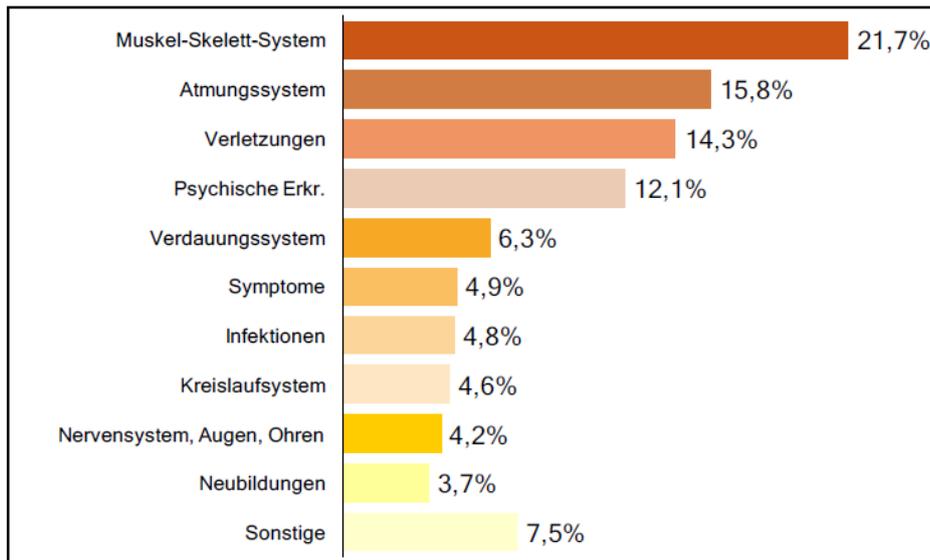


Abb. 2.5: Anteile der wichtigsten Erkrankungsarten am Krankenstand
 Quelle: DAK-Gesundheitsreport 2011
 (Anmerkung: „Symptome“ = Krankheitssymptome oder (Labor-)Befunde, deren Ursache (bisher) nicht festgestellt werden konnte)

Der Anteil der psychischen Erkrankungen an den AU-Fällen (Abb. 2.6) liegt bei 4,7 % und damit lediglich an 8. Stelle der Auflistung. Jedoch liegt die durchschnittliche Dauer einer Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankung bei 28,9 Tagen und damit um 0,9 Tage höher als 2009, dauern also vergleichsweise länger: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems durchschnittlich 17,2 Tage und die meisten Erkrankungen des Atmungssystem 6,3 Tage. Während also andere Erkrankungsarten deutlich häufiger vorkommen, sind psychische Erkrankungen mit meist einer längeren Arbeitsunfähigkeit verbunden.

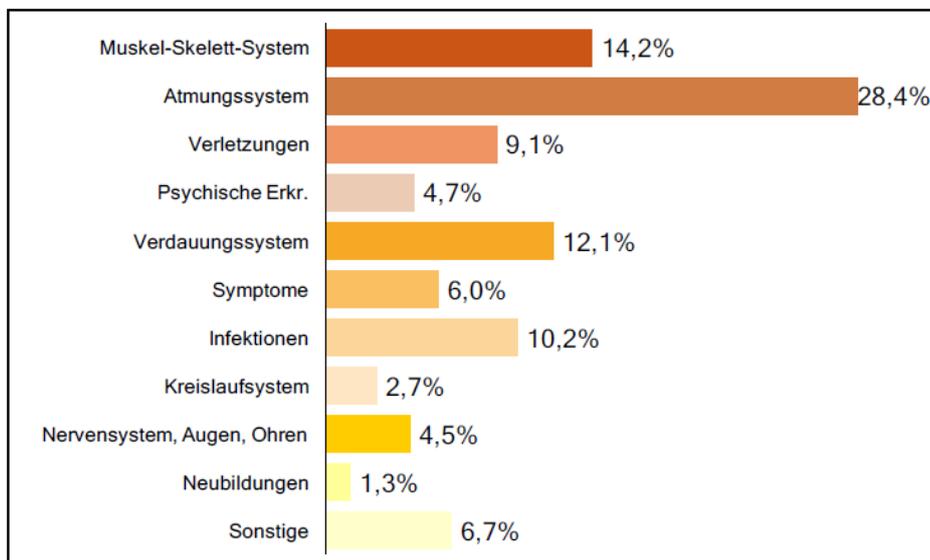


Abb. 2.6: Anteile der wichtigsten Erkrankungsarten an den AU-Fällen
 Quelle: DAK-Gesundheitsreport 2011

Die wichtigsten Diagnosen sind bei den psychischen Erkrankungen die Anpassungsstörungen (Anteil AU-Tage 2,3 %; Anteil AU-Fälle 1,2 %), depressive Episoden (Anteil AU-Tage 3,9 %; Anteil AU-Fälle 1,1 %) und andere neurotische Störungen aus dem Diagnose-Bereich F48 (Anteil AU-Tage 1,3 %; Anteil AU-Fälle 0,7 %).

Bemerkenswert im Hinblick auf diese Expertise ist, dass im Vergleich zu den anderen drei wichtigsten Erkrankungsarten (Muskel-Skelett-System, Atmungssystem, Verletzungen allgemeiner Art), deren Anteil am Gesamtkrankenstand in den vergangenen 10 Jahren nur geringfügigen Schwankungen unterlag, der Anteil von psychischen Erkrankungen stetig ansteigt (Tab. 2.1).

Jahr	Anteil der Erkrankungsart am Gesamtkrankenstand in %			
	Muskel- und Skelett-System	Atmungs-System	Verletzungen	Psychische Erkrankungen
2001	23,2	16,6	13,7	7,9
2002	23,4	16,2	14,2	8,5
2003	22,4	17,0	14,4	8,8
2004	22,6	15,5	14,4	9,8
2005	21,4	18,0	14,4	10,0
2006	22,0	15,7	15,1	10,0
2007	21,9	16,8	14,3	10,2
2008	21,7	16,7	14,1	10,6
2009	20,8	19,0	13,6	10,8
2010	21,7	15,8	14,3	12,1

Tab. 2.1: Anteile verschiedener Erkrankungsarten am Gesamtkrankenstand

Quelle: DAK-Gesundheitsreport 2001-2010

Zum einen ist dieser kontinuierliche Anstieg sicherlich damit zu erklären, dass psychische Erkrankungen heute in der ärztlichen Praxis häufiger diagnostiziert und behandelt werden (können) als vor einigen Jahren. Darüber hinaus werden viele weitere Ursachen diskutiert wie der Verlust stabiler familiärer Bindungen, die heutigen Arbeitsverhältnisse (Anforderungen an Mobilität; Flexibilität; zeitliche Befristungen etc.) bei steigenden Leistungsanforderungen und weit verbreiteten Sorgen um den eigenen Arbeitsplatz (siehe hier auch DAK-Expertise).

Auch in den Gesundheitsberichten anderer Krankenkassen nehmen die psychischen Erkrankungen eine wichtige Position ein.

So zeigt sich im Report der Betriebskrankenkassen (www.bkk.de, Gesundheitsreport 2011) in Bezug auf die häufigsten Erkrankungsarten dieselbe Reihenfolge wie bei der DAK. Bei 5,01 Mio. erwerbstätigen pflichtversicherten Mitgliedern und einem Krankenstand von 4,1 % machen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems 26,6 % des Krankenstandes aus, Erkrankungen des Atmungssystems 14,4 % und Verletzungen/Vergiftungen 13,6 %. An 4. Stelle stehen auch hier die psychischen Störungen mit 12,0 %. Dieser Wert ist im Vergleich zu 2009 um 1,3 Prozentpunkte gestiegen. Den Verlauf der AU-Tage über die Jahre 1976 bis 2010, insbesondere den kontinuierlichen Anstieg bei den psychischen Erkrankungen veranschaulicht Abb. 2.7.

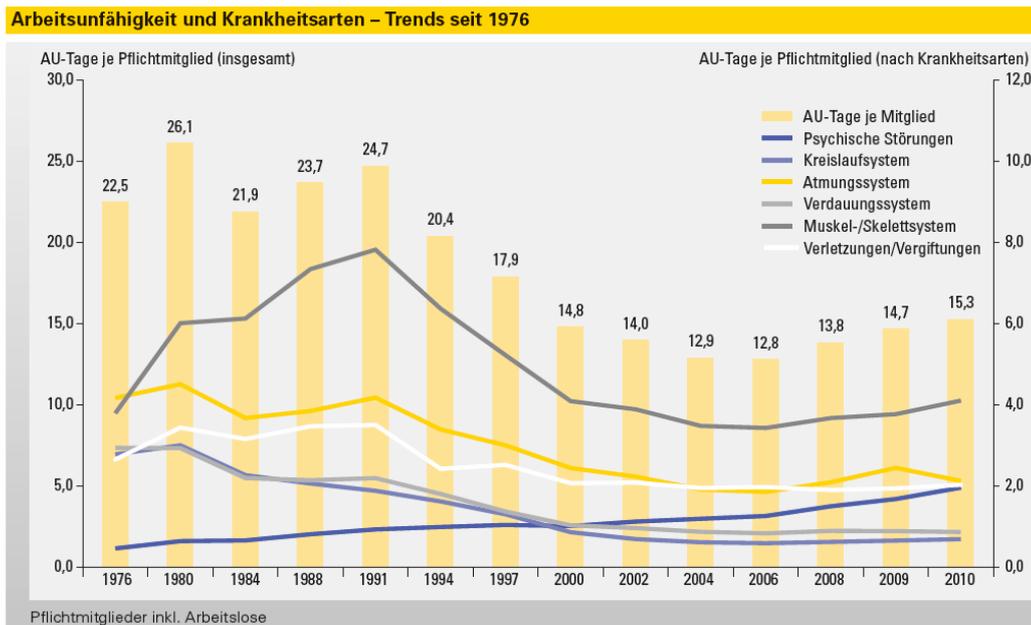


Abb. 2.7: Verlauf von Arbeitsunfähigkeitszeiten und Krankheitsarten seit 1976
Quelle: BKK-Gesundheitsreport 2011

Im Report der Techniker Krankenkasse (www.tk.de, Gesundheitsreport 2011) werden unter den Krankheitshäufigkeiten die psychischen Erkrankungen von 3,51 Mio. erwerbstätigen Mitgliedern sogar an 3. Stelle aufgeführt. Der Anteil psychischer Erkrankungen an den AU-Tagen liegt mit 14,8 % nur knapp hinter den Erkrankungen des Atmungssystems mit 15,1 %. An erster Stelle stehen auch hier die Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems mit 19,6 %. Verletzungen/Vergiftungen, die in anderen Gesundheitsreporten vor den psychischen Erkrankungen aufgeführt werden, liegen hier bei 13,4 %. Über die Jahre 2000 bis 2010 hinweg wurde auch bei der Techniker Krankenkasse ein deutlicher Anstieg bei den psychischen Erkrankungen verzeichnet (Abb. 2.8).

Für Kinder und Jugendliche lassen sich Arbeitsunfähigkeiten naturgemäß schlecht für epidemiologische Aussagen beziehen. Hier geben die Studien des Robert-Koch-Instituts (KiGGS-Survey und Studie zur sozialen Ungleichheit: Hölling et al. 2007; Lampert et al. 2010) deutliche Auskünfte dahingehend, dass eine gleichbleibende Prävalenz psychischer Störungen mit eindeutiger Schicht-Abhängigkeit besteht: Kinder aus der Unterschicht sind wesentlich häufiger von psychischen Störungen betroffen. Die durchschnittliche Gesamtprävalenz psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter wird derzeit je nach Methodik und Stichprobe zwischen 10 und 20 % angegeben (Ihle & Esser 2002; Barkmann & Schulte-Markwort 2004; Haffner et al. 2006; Ravens-Sieberer et al. 2006).

Die „Zielsetzungs- und Orientierungsdaten der BAG“ (BAG KJPP 2009) weisen in einer Literaturübersicht darauf hin, dass trotz sinkender Kinderzahlen in der Bevölkerung der Behandlungsbedarf eher steigen dürfte, und führen dies auf mehrere Faktoren zurück, wie die Zunahme von Familien, die nicht in der Lage sind, psychische Probleme von Kindern zu erkennen bzw. aufzufangen; die Abnahme von Halt gebenden verwandtschaftlichen Netzwerken durch gestiegene Mobilität, ergänzt durch mangelnde emotionale Förderung in Schulen; die ansteigende Häufigkeit von Alleinerziehenden und damit verbunden eine zunehmende Unterschichtung von Kindern mit steigendem Armutsrisiko; die Zunahme von Suchterkrankungen und komorbiden Störungen bei Kindern; Folgen frühen Substanzkonsums wie Frühmanifestation psychotischer Störungen; zuletzt die höheren Überlebensraten nach verbesserter Perinatalmedizin mit sekundär erhöhter zerebraler Vulnerabilität. Die jüngste HBSC-Studie (HBSC 2011) weist auf einen tendenziell zunehmenden Effekt

schulischer Belastungen hin (vgl. Bilz 2008). Es sei darauf hingewiesen, dass in den üblichen epidemiologischen und schulbasierten Untersuchungen besondere Risikogruppen für psychische Störungen, wie Heimkinder und Sonderschüler, in aller Regel nicht mit erfasst werden, sodass systematische Unterschätzungen v. a. bei besonders schlecht versorgten Gruppen von Kindern und Jugendlichen bestehen (Schmid u. Fegert 2012).

Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln

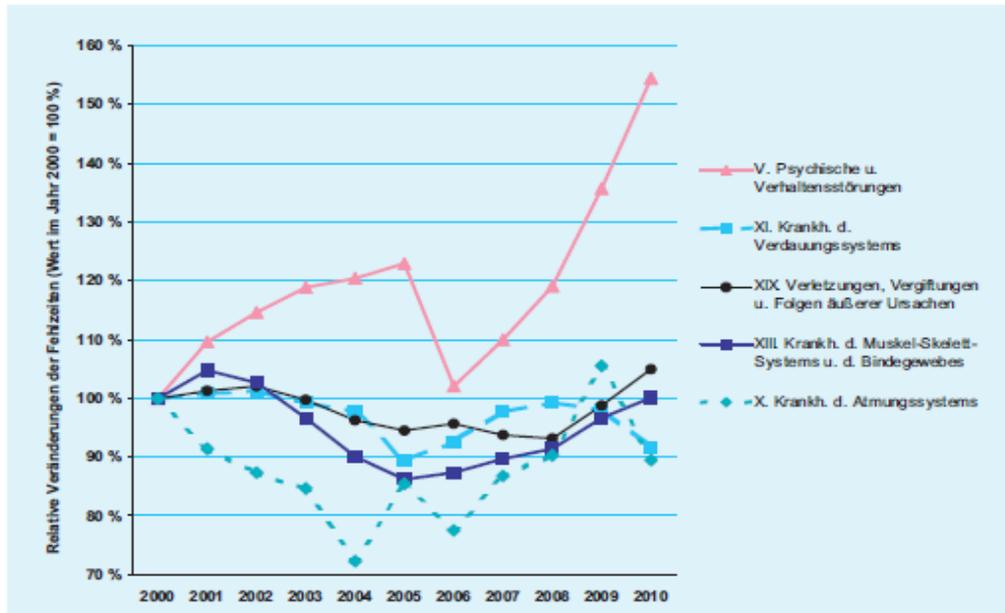


Abb.2.8: Verlauf der Fehlzeiten von 2000 bis 2010 für verschiedene Erkrankungsarten
Quelle: TK-Gesundheitsreport 2011

Nach epidemiologischen Studien gehören die psychischen Erkrankungen nicht nur zu den häufigsten Erkrankungsarten, sondern auch zu den kostenintensivsten. Insgesamt stellen Wittchen et al. (2011) fest, dass „die gesellschaftliche Belastung durch psychische Störungen - gemessen durch den Indikator „disability-adjusted life years (DALYs) der Weltgesundheitsorganisation - bei Weitem größer als die durch irgendeine andere Krankheitsgruppe (Krebs, Herzerkrankungen etc.)“ ist. Dementsprechend ist eine möglichst zeitnahe und qualitativ hochwertige Diagnostik und Behandlung erforderlich, um Chronifizierungen, Verschlimmerungen und unzureichende Therapien zu verhindern. Nur so kann ein weiterer Anstieg des Anteils der psychischen Erkrankungen am Gesamtkrankenstand vermieden werden. Wittchen et al. (2011) merken zudem an, dass sich EU-weit die Behandlungsraten psychischer Störungen seit 2005 nicht verbessert haben.

Nach dem KiGGS-Survey (Hölling et al. 2007) erhalten nur etwa 50 % der auffälligen Kinder der untersuchten Bevölkerungsstichprobe eine (eigentlich indizierte) psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung. Unbehandelt betragen die Persistenzraten psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen nach der fundierten Übersicht von Ihle und Esser (2002) bis zu 50 %.

Dabei kommt der ärztlichen Psychotherapie an der Schnittstelle von somatischer Differentialdiagnostik und Therapie sowie somatopsychischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer (Mit-)Behandlung ein unabdingbares Gewicht zu. Die Expertise sucht Antworten auf die Frage, welche gelingenden Ansätze und welche Probleme aktuell bestehen, um diesen gesundheitspolitisch und individuell enorm bedeutsamen Aufgabenstellungen gerecht zu werden.

3. Geschichtliche Aspekte der Ärztlichen Psychotherapie

Da man sich bei der aktuellen Diskussion stets bewusst sein sollte, dass sie in einem geschichtlichen Kontext stattfindet, wird nachfolgend die Entwicklung der Psychotherapie in den drei Psych-Fächern in aller Kürze skizziert. Dies geschieht sicher seitens der Autoren mit einem subjektiven Moment, von dem wir uns in der Geschichte auch nicht dispensieren können, den wir immer nur mitzureflekieren versuchen. Mit dieser Skizze soll zugleich auch die Dynamik der ärztlichen Psychotherapie über die letzten mehr als hundert Jahre bewusst gehalten werden.

Nach dem Ende des II. Weltkriegs begann die mühsame Reetablierung psychotherapeutischer Kompetenzen in Deutschland mit Hilfe vor allem niederländischer und englischer Psychotherapeuten. Ärztliche Psychotherapeuten wie Alexander Mitscherlich waren sowohl an dem Wiederaufbau klinischer Versorgungsstrukturen (ab 1949 in Heidelberg) als auch an der Bewusstmachung der Verstrickung der Medizin in das Nationalsozialistische Unrechtsregime engagiert (Mitscherlich u. Mielke 1978).

Bis zur Etablierung des Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (zunächst: Psychotherapeutische Medizin) und der Integration der Psychotherapie in die Facharztweiterbildungen Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie durch den Deutschen Ärztetag 1992 erlangten angehende Ärztliche Psychotherapeuten (zunächst mit den sog. Zusatztiteln „Psychotherapie“ und „Psychoanalyse“) ihre klinische Expertise in psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken, in denen zum Teil auch Diplom-Psychologen in psychoanalytischer Ausbildung, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie selten auch Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mitarbeiteten, sowie in zunächst überwiegend psychoanalytisch-psychodynamisch ausgerichteten Ambulanzen an privat-rechtlich organisierten psychoanalytischen Instituten.

In der psychiatrischen Weiterbildung spielte die Vermittlung psychotherapeutischer Kompetenzen in den ersten Jahrzehnten nach Ende des II. Weltkrieges in der Breite praktisch eine untergeordnete Rolle. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie gab es zum Zeitpunkt der Integration der Psychotherapie in die Facharztweiterbildung jedoch nur selten Weiterbildungsbefugte ohne die - durch eine Zusatzbezeichnung nachgewiesene - psychotherapeutische Kompetenz. Die vor der Reform der Facharztweiterbildung in der stationären Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie üblichen Angebote an Psychotherapie lassen sich an den „aufgabentypischen Schwerpunkten“ und den in der Psychiatrie-Personalverordnung vom 18.12.1990 zugrunde gelegten Minutenwerten ablesen (für die Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Regelbehandlung als „Einzel- und Gruppenpsychotherapie“ ausgewiesen, für die Erwachsenenpsychiatrie in der Gruppe A5-Psychotherapie als „komplexe psychotherapeutische Behandlung“).

3.1 Geschichte der Ärztlichen Psychotherapie in der Psychiatrie

Die Psychotherapie hat in der Psychiatrie eine wechselvolle Geschichte. Der Exodus der deutschen Psychoanalyse durch Emigration und Verfolgung in der NS-Zeit beendete auch eine lange Periode der Annäherung zwischen Psychoanalyse und Psychiatrie, die in den deutschen psychiatrischen Universitätskliniken und den Fachkliniken im Wesentlichen durch die mittlere Ebene der Oberärzte getragen wurde. Es wurden nicht nur viele Psychoanalytiker durch den Faschismus ins Exil getrieben, sondern auch viele Psychiater genau dieser Nachwuchsgeneration, die andernorts (wie etwa in der Schweiz, in Großbritannien

und den USA) eine zumindest psychodynamisch ausgerichtete Psychiatrie in den Jahren danach aufgebaut hat (vgl. Bleker und Schmiedebach 1987; Priebe et al. 2002). Der „Arisierung“ der Psychotherapie folgte die aktive oder dulddende Teilnahme an der offenen oder heimlichen Euthanasie des NS-Staates. Die an vielen Orten realisierte personelle Kontinuität psychiatrischer Klinikmitarbeiter in das Nachkriegsdeutschland hat die anti-psychoanalytischen Affekte dieser Generation perpetuiert, das Grauen der Euthanasie zunächst mit einer Mauer des Schweigens umgeben und zweifelsohne auch zu den neurobiologischen Schwerpunktbildungen in der Forschungslandschaft der Psychiatrie beigetragen. Insofern konnte sich zumindest die (psychoanalytisch ausgerichtete) universitäre Psychosomatik und Psychotherapie deshalb in Deutschland über drei Generationen in Deutschland so erfolgreich entwickeln, weil an vielen Orten eine auch historisch determinierte Psychotherapieaversion bestehen blieb und die vor dem Faschismus geflüchteten Psychiater zum größten Teil nicht zurückkehrten.

Die von Annemarie Dührssen mitinitiierte und von Hanfried Helmchen 1980 organisierte Tagung mit dem Rahmenthema „Psychotherapie in der Psychiatrie“ stellte eine Art Neuorientierung dar, mit der die Psychotherapie ihre marginale Rolle in der akademischen Psychiatrie zu verlieren begann (vgl. Helmchen et al. 1982). Die Berliner Tagung wurde Ausdruck eines durch eine neue Generation von Psychiatern und Psychotherapeuten getragenen zunehmenden Integrationsprozesses, der seinen Niederschlag nicht nur in weiteren Kongressen fand (vgl. Mundt et al. 1997), sondern auch in der auf dem Deutschen Ärztetag 1992 erfolgten Verabschiedung der neuen Weiterbildungsordnung für Ärzte, die die Einführung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie neben dem Facharzt für Psychotherapeutische Medizin (heute Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) vornahm. Zuvor war in der Ärztlichen Psychotherapie 1956 die Zusatz-Weiterbildung „Psychotherapie“, 1967 die Richtlinien zur Einführung psychoanalytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie in die kassenärztliche Versorgung (für die Verhaltenstherapie 1987), 1978 die Zusatz-Weiterbildung „Psychoanalyse“ und 1984 bzw. 1987 die „Psychosomatische Grundversorgung“ eingeführt worden. Heute darf die Psychotherapie in der Psychiatrie sowohl in der Forschung als auch in der klinischen Anwendung als breit etabliert gelten, wenngleich sich eine Reihe von Problemfeldern ergeben, die sich u. a. entlang der Berufsgruppenkonflikte, der klinischen und Forschungsmethodik und der Kombinationsproblematik mit anderen therapeutischen Verfahren diskutieren lassen.

Auch die sich in den 70er und 80er Jahren zunehmend etablierende sozialpsychiatrische Bewegung stand der (psychodynamischen) Psychotherapie, die sie als „etablierte Macht“ (Hoffmann-Richter 1994) identifizierte, skeptisch bis ablehnend gegenüber. Zu asymmetrisch erschien vielen Sozialpsychiatern die therapeutische Beziehung, zu sehr durchdrungen von „Strategien“ und „Techniken“ (vgl. Pörksen 1980) und zu sehr entfernt vom solidarischen Umgang mit den psychisch Kranken. Die auch daraus resultierende Entprofessionalisierung therapeutischen Handelns, die von Finzen (1981) als „neue Einfachheit“ qualifiziert wurde, verleugnete zudem die Aspekte qualitativer Unterschiede zwischen den verschiedenen Stufen psychischen Erlebens und verlor sich im Paradigma der „absoluten Einfühlbarkeit“. Die Residuen dieser „sozialpsychiatrischen Grundhaltung“ führen auch heute noch dazu, dass zwischen dem System der krankenkassenfinanzierten Richtlinienpsychotherapie und den u. a. über Wiedereingliederungshilfen finanzierten komplementären sozialpsychiatrischen Versorgungssystemen eine weitgehende Entkopplung besteht.

Das spätestens mit der Psychiatrie-Enquete 1974 konzeptionell etablierte Prinzip der gemeindenahen Versorgung wurde in den 80er und 90er Jahren durch die flächendeckende Einführung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und einer zunehmenden Deinstitutionalisierung umgesetzt. Zu einer Übertragung dieses Paradigmas auf die parallel sich ausweitende rentenversicherungsträgerfinanzierte psychosomatische Rehabilitation kam es jedoch nicht (Koch und Potreck-Rose 1994). Eine sozialpsychiatrische Kritik dieser Entwicklung unterblieb weitgehend.

In der Psychiatrie ist im Anschluss an diese sozialpsychiatrische Debatte über die zunehmende Relevanz der zunächst im Wesentlichen von Psychologen getragenen Verhaltenstherapie in klinischen Kontexten die störungsorientierte Psychotherapie diskutiert worden (Herpertz et al. 2008). Das Konzept der im engeren Sinne störungsspezifischen Therapie ist dabei einerseits aus methodischen, andererseits aber auch aus psychotherapiepolitischen Erwägungen entwickelt worden und spiegelt zumindest in bestimmten Bereichen den nach wie vor schwelenden Streit der Verfahren zwischen der Psychodynamischen Psychotherapie (Psychoanalyse und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie) sowie der Verhaltenstherapie und den neu entwickelten Methoden und Techniken wider (Freyberger u. Schneider 2012). Gleichzeitig haben in den letzten 20 Jahren zunehmend Techniken und Methoden Einzug in die klinisch-psychiatrische Regelversorgung für Erkrankungsgruppen erhalten, die früher als nur begrenzt mit Psychotherapie behandelbar galten. Beispiele hierfür sind die schizophrenen (Klingberg et al. 2008) und affektiven Psychosen (Backenstrass u. Mundt 2008).

Wie Wolfgang Senf und Ulrich Streeck (2005) in einem kürzlich erschienenen Editorial beschreiben, tobt vor allem zwischen den Fächern Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ein immer heftiger werdender Kampf um die Psychotherapie. Die Vertreter der einen Profession werfen der anderen vor, ihnen das wegzunehmen und für sich zu beanspruchen, was eigentlich ihnen gehört. Dabei wird heftig um Diagnosengruppen gestritten und mit den Zuordnungen über ICD-10-Kodierungen gekämpft. Ingeheim und selten ausgesprochen wird dabei eine tief verwurzelte Überzeugung erlebt, dass die eigene Position die einzig Richtige sei und das Gegenüber „amateurhafte Psychotherapie“ oder „elitäre Psychotherapie“ betreibe.

Dies ist aber nur eine Seite der Medaille. Über die Fächergrenzen hinaus eröffnet sich der im Wesentlichen auch ökonomisch motivierte Konflikt zwischen den rentenversicherungsträgerfinanzierten psychosomatischen und in der suchtmmedizinischen Versorgung engagierten Rehabilitationskliniken und der krankenkassenfinanzierten Akutmedizin, wobei es in den vergangenen Jahren vielen privat betriebenen psychosomatischen Rehabilitationskliniken gelungen ist, in das Terrain psychiatrischer Krankenhausversorgung hineinzuexpandieren (vgl. Berger 2005) und verschiedenste gutachterliche Stellungnahmen vorliegen, die mal den einen und mal den anderen Bedarf mal für dieses und mal für jenes Fach belegen (z. B. Janssen et al. 1998). Die daran sich anschließende Stigmatisierungsdebatte beinhaltet im Wesentlichen die Position, dass die zweisträngige Versorgung den notwendigen Prozess der gesellschaftlichen Akzeptanz und Entstigmatisierung psychisch Erkrankter, ihrer Familien, aber auch ihrer Behandlungseinrichtungen erschwert (Berger 2004; 2005).

Jenseits dieser Debatte haben sich im Niedergelassenenbereich in den vergangenen Jahren mehr als 13.000 psychologische (PP) sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) etabliert, die von einer zunehmenden Zahl universitärer Institute für Klinische Psychologie und Psychotherapie neben den nicht-universitären Instituten ausgebildet werden und sich zumindest in einem latenten Verdrängungswettbewerb mit den niedergelassenen

Fachärzten und Ärztlichen Psychotherapeuten befinden. Dieser Prozess, der mit nicht unerheblichen ökonomischen Implikationen verknüpft ist, ging vergleichsweise still von statten und hat weit weniger öffentliche Aufmerksamkeit erregt, als die Kontroverse zwischen Psychiatrie und Psychosomatischer Medizin, obgleich aufgrund der erheblichen Ausbildungsanstrengungen in den kommenden Jahren mit einer erheblichen Zunahme approbierter Psychologischer Psychotherapeuten zu rechnen ist, während die Zulassungszahlen von Ärzten als eher regressiv eingeschätzt werden.

Wie Melchinger et al. (2006) betonen, entfallen etwa 75 % der von den kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für den Gesamtbereich psychiatrischer Leistungen im weitesten Sinne des Wortes auf Leistungen auf den Bereich der Richtlinienpsychotherapie, während die psychiatrisch-psychotherapeutische Grundversorgung durch Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit etwa 300.000 Euro je 100.000 Einwohner auszukommen hat. Berger et al. (2005) habe hierzu herausgearbeitet, dass die etwa 4.700 Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie/Nervenärzte über 3 Millionen Patienten pro Quartal behandeln, während die etwa 18.000 psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten im analogen Zeitraum etwa 650.000 Patienten therapieren. Hieraus ist die Schlussfolgerung gezogen worden, dass Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie weder über angemessene Zeitkontingente noch über eine Honorarstruktur verfügen, um wirklich im engeren Sinne psychotherapeutisch tätig zu sein. Darüber hinaus wird kritisch diskutiert, dass bestimmte Erkrankungsgruppen, wie etwa Suchterkrankungen, dementielle, bipolare und schizophrene Störungen sowie chronifizierte psychischer Erkrankungen im System der Richtlinienpsychotherapie unterrepräsentiert erscheinen und die Stundenkontingente für besondere „Problemgruppen“ nicht ausreichen.

Nahezu unbeachtet im Diskurs ist die zunehmende Bedeutung der Verhaltensneurologie (vgl. z. B. Schnider 2004) und die damit verbundene Entwicklung, die neuropsychologische Therapie als anzuerkennendes wissenschaftliches Verfahren beim wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie der Bundesärztekammer/Bundespsychotherapeutenkammer zu etablieren.

3.2 Die Entwicklung der Ärztlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

In der historischen Entwicklung der Ärztlichen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen haben immer enge Verbindungen zwischen Pädiatrie, Psychiatrie, Pädagogik, Heilpädagogik und Psychotherapie sowie wechselseitige Beeinflussungen in der Theoriebildung bestanden. Das liegt einerseits in der Natur von Kindern, die „Pädagogik brauchen, weil sie Kinder sind, und Psychotherapie, wenn und solange sie seelisch krank sind.“ (nach Herzka). Andererseits muss sich Psychotherapie für seelisch kranke Kinder intensiv mit Fragen der Entwicklung beschäftigen, deren Erforschung und Beschreibung in den angrenzenden Fächern mehr Tradition hat als in der Medizin. Folgerichtig beschreiben Remschmidt und Schmidt in ihrem Lehrbuch (1988) diese Fächer als „Grundlagenwissenschaften der Kinder- und Jugendpsychiatrie“. Die Fachgebetsbezeichnung lautete damals noch nicht „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“, wengleich psychotherapeutische Inhalte seit 1992 Inhalt der Weiterbildung waren.

Ein bedeutender ärztlicher Kindertherapeut, Donald W. Winnicott (1896-1971), brachte seine Erfahrungen als Kinderarzt in die therapeutische Arbeit ein. Er verlor nie seinen pragmatischen Zugang und machte sich vor allem in der Behandlung von Heimkindern einen Namen. Ihm verdanken sich nicht nur wichtige theoretische Reflexionen über das

Übergangsobjekt oder die Entstehung des kreativen Raums, sondern auch über die kindliche Aggression. Wenig später gründete in Deutschland Annemarie Dührssen (1916-1998), die von ihren beruflichen Erfahrungen als Ärztin für Psychiatrie ausging, 1951 die bis heute bestehende Zeitschrift *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 1954 wurde ihr Lehrbuch *Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen* veröffentlicht, das bis heute zitierte Grundlagen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie legte.

Die später entwickelte Verhaltenstherapie, die im Wesentlichen auf den Erkenntnissen der Lerntheorie sowie der kognitiven Psychologie basiert und auf der empirischen Psychologie aufbaut, fand nachvollziehbar unter Psychologen bis weit in die 90er Jahre mehr Verbreitung als unter Ärzten. Daher werden Lehrwerke für Kinder und Jugendliche bis heute überwiegend von Psychologen verfasst (ggfs. mit ärztlichen Coautoren im Rahmen der klinischen Anwendungen, z. B. Mattejat 2006). Weiterentwicklungen der Methoden hin zu einem breiten Spektrum kognitiver Verfahren, der Desensibilisierung, der systematischen Verstärkung und spezifischen Trainings bis hin zur apparativ unterstützten Verhaltenstherapie z. B. bei Enuresis (v. Gontard u. Lehmkuhl 2002) haben eine breite Anwendung auch in allen Feldern der Ärztlichen Psychotherapie erreicht. Dies gilt ebenso für die Kombination mit anderen psychotherapeutischen Verfahren.

In der somatischen Medizin (Pädiatrie) werden verhaltenstherapeutische Methoden im Rahmen von Selbstmanagement-Programmen sowie bei chronischen somatischen oder psychosomatischen Erkrankungen breit eingesetzt. Sie haben einen festen Platz in der Behandlung psychosomatischer Störungen wie der Anorexia nervosa, und in der Behandlung von Angststörungen und Phobien bei Kindern. Früh fanden Elterntrainingsprogramme zur Therapieunterstützung Eingang in die Verhaltenstherapie (z. B. Elterntraining von Innerhofer und Warnke; siehe Mattejat 2006). Anwendungen wie Dialektisch-Behaviorale Verhaltenstherapie für Jugendliche (DBT-A) bei Borderline-Störungen wurden ärztlicherseits entwickelt (Fleischhaker et al. 2011). Festzustellen ist, dass die verhaltenstherapeutische Ausbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nicht zuletzt wegen der empirischen Fundierung und der guten Integrierbarkeit in klinische Kontexte auf zunehmendes Interesse in der Ärzteschaft stößt.

Allerdings weist die KBV-Statistik (Stand 2010, KBV 2010) für niedergelassene Ärztliche Psychotherapeuten, die zu mehr als 90 % psychotherapeutisch tätig sind - ohne Differenzierung zwischen Psychotherapeuten für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche - eine deutliche geringere Zahl von verhaltenstherapeutisch ausgebildeten Ärzten aus.

Die Systemische Therapie fand aufgrund der Arbeit mit Familiensystemen als Familientherapie bereits früh in ihrer Entstehung einen Platz in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Einige der theoretischen Begründer waren Ärzte, wobei stellvertretend Boszormenyi-Nagy, der bereits 1957 eines der ersten Forschungszentren für Familientherapie in Philadelphia gegründet hat und durch das Konzept der Kontextuellen Familientherapie mit den Prinzipien der Unsichtbaren Bindungen und der Beziehungsethik bekannt wurde, genannt sei (Boszormenyi-Nagy u. Spark 1981). Auch bekannte Lehrbuchautoren der Systemischen Therapie sind im Grundberuf Ärzte. In Deutschland sind u. a. zu nennen die Arbeitsgruppen um Wirsching (1982) und Stierlin (1977), den langjährigen Herausgeber der Zeitschrift *Familiendynamik*, sowie Cierpka (1996).

Seit 1948 werden in Deutschland analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgebildet („Psychagogen“). Eine Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten existiert in Deutschland seit 1953. Ihr gehören in der Minderzahl Ärzte an, in der Mehrzahl psychotherapeutisch weitergebildete Pädagogen, Lehrer und Sozialarbeiter. Das geht natürlicherweise darauf zurück, dass pädagogische Kompetenz im Umgang mit Kindern vonnöten ist. So war auch Anna Freud, die als Begründerin der Kinderanalyse gilt, im Grundberuf Lehrerin. Melanie Klein, weder Ärztin noch Lehrerin, sondern vielleicht die erste „direktausgebildete“ Analytikerin in der Geschichte, schrieb bereits 1932 das erste Buch über *Die Psychoanalyse des Kindes*. Seit den 70er Jahren entstanden Institute zur Ausbildung in Verhaltenstherapie, die sich zunächst an Psychologen und Ärzte wandten (zur Veränderung der Ausbildungsbedingungen s. u.) und sich heute ganz überwiegend der Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten widmen. Institute zur Weiterbildung in Systemischer Familientherapie, die erst kürzlich vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als Verfahren anerkannt wurde, nehmen auch Ärzte zur Ausbildung auf.

Empirische Nachweise zur **Wirksamkeit der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen** sind seltener und weniger durchgehend erbracht worden als bei Erwachsenen. Dabei sind teilweise guten Effektstärken vorhanden (Weisz et al. 1987; 2006; Target und Fonagy 2005). Die Verbreitung aller Verfahren in der Praxis der Behandlung psychisch kranker Kinder ging der wissenschaftlichen Anerkennung jeweils um Jahrzehnte voraus. Die psychodynamischen Verfahren bei Kindern sind bisher noch nicht geprüft worden, wengleich Wirksamkeitsnachweise existieren (Übersicht bei Windaus 2005). Als störungsspezifische Interventionen sind verhaltenstherapeutische Zugänge bei Kindern und Jugendlichen besonders gut evaluiert, mit guten Effektstärken (Döpfner und Lehmkuhl 2002). Folglich empfehlen die S1-Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaft DGKJP (2007) überwiegend ein verhaltenstherapeutisches Vorgehen.

Remschmidt und Mattejat (2003) konnten empirisch belegen, dass individuelle Psychotherapie nach „familienbezogenen Maßnahmen“ (die auch Familientherapie inkludierten) im klinischen Setting die Hauptbehandlungsmethode für Kinder und Jugendliche ist (s. u.). 43 % aller Patienten aus dem stationären und ambulanten Bereich einer Klinik - inkl. Diagnostikpatienten - erhielten **individuelle Psychotherapie**. Unter Einbezug der Familientherapie stellen **psychotherapeutische Verfahren die herausragende Behandlungsmethode** dar. Medikamentöse Behandlungen wurden demgegenüber nur bei 12 % aller Behandlungsfälle eingesetzt. Der durch die Therapeuten eingeschätzte Behandlungserfolg stieg mit der Intensität der Psychotherapie, gemessen an der Zahl der durchgeführten Sitzungen, an.

Eine eigene Beschreibung oder begriffliche Fassung „Ärztlicher Psychotherapie“ für Kinder und Jugendliche ist bisher nicht entwickelt worden. Die hohe Bedeutung der Psychotherapie und die Gleichberechtigung der darin tätigen Professionen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie spiegelt sich nicht zuletzt in der Psychiatrie-Personalverordnung wider, die auf den Stationen in der Regelversorgung im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ein nahezu gleiches Verhältnis von Ärzten und Psychologen bei weitgehend ähnlichen Tätigkeitsmerkmalen vorsieht. Nur im Rahmen der Intensivbehandlung von Kindern und Jugendlichen wurde ein ärztlicher Schwerpunkt gesetzt (Kunze et al. 2010).

Mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (1999) teilten sich Psychotherapeuten für Kinder klar **in ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten** auf. Die Psychotherapie-Weiterbildung der Ärzte wurde bereits vorher über die Ärztekammern anerkannt. Bis 2003 war es Ärzten entweder möglich, die ärztliche „Zusatzbezeichnung Psychotherapie“ zu erwerben - für diese war z. B. die Erlaubnis, Kinder und Jugendliche zu Lasten der GKV zu behandeln, an die fachärztliche Grundqualifikation gebunden (Allgemeinarzt, Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater). Alternativ bestand der Weg, gemeinsam mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an einem Ausbildungsinstitut eine Ausbildung zum (dann ärztlichen) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im psychodynamischen oder verhaltenstherapeutischen Verfahren zu absolvieren. Diese zweite Möglichkeit wird mittlerweile nur noch von wenigen Ärzten wahrgenommen.

Ab 2003 wurde die psychotherapeutische Qualifikation in die Facharztweiterbildung für Kinder- und Jugendpsychiatrie integriert. Kinderärzte konnten nach wie vor die „Bereichsbezeichnung Psychotherapie“, ab 2003 die „Fachgebundene Psychotherapie“ - entweder verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch fundiert - als Zusatzqualifikation erwerben. Ärzte können Richtlinienpsychotherapie seit 2007 nur noch als Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie als Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärzte mit der Bereichsbezeichnung „Psychoanalyse“ durchführen. Die Bereichsbezeichnung Psychoanalyse zu erwerben, steht weiterhin allen Arztgruppen offen.

Eine Studie des Robert-Koch-Instituts (RKI) stellt die Situation nach 1999 wie folgt dar (2008):

„Weiterhin waren im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Jahre 2004 insgesamt 2.533 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, darunter 705 Männer und 1.828 Frauen teilnehmend niedergelassen. Für diese beiden Berufsgruppen war mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 1.1.1999 eine neue rechtliche Grundlage für ihre Tätigkeit geschaffen worden. Das Gesetz führte zu einer weitgehenden Gleichstellung der (...) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten mit den ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bei sehr unterschiedlichen Ausbildungscurricula...“

„(...) Leider geht der genaue Umfang der psychotherapeutischen Leistungen (der) Arztgruppen, die gleichzeitig auch somatomedizinische Leistungen erbringen, aus den verfügbaren Datenquellen nicht hervor.“

Während bei den psychotherapeutisch tätigen Ärzten für Erwachsene eine weitere Differenzierung in das Fachgebiet „Psychiatrie und Psychotherapie“ und das Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ (1992/2003) erfolgte, hat sich für psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Spezialisierung für Kinder und Jugendliche kein eigenständiges psychosomatisches Fachgebiet etabliert. Bei nur 771 Vertragsärzten mit der Bezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (BÄK-Statistik zum 31.12.2010) ist eine solche Entwicklung aufgrund der geringen Zahlen keine Option. Zahlen über Pädiater mit fachgebundener Psychotherapie liegen uns als Subdifferenzierung der Ärztlichen Psychotherapeuten nicht vor. Das führt bis heute zu Abgrenzungsproblemen mit den Ärzten für Erwachsene. Während nach der UN-Kinderrechtskonvention „Kinder nur von Kinder-Spezialisten behandelt“ werden sollen, ist es den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nicht verwehrt, auch Jugendliche zu behandeln.

Die Brisanz der Abgrenzung und ggf. die Notwendigkeit von Kompromissen zur Sicherstellung der Versorgung durch angrenzende Fachgebiete für Erwachsene ergibt sich aus der **aktuellen ambulanten Versorgungslage**: Selbst wenn man alle ärztlichen Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten (unabhängig von dem Anteil an geleisteter

Psychotherapie) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusammenrechnet und diese Zahl je Kreisgebiet auf die dort lebenden Einwohner unter 18 Jahren bezieht, gibt es nach einer aktuellen Studie der Bertelsmann-Stiftung 15 Kreise ohne jegliche Versorgung. Selbst wenn man die 20 sehr gut versorgten Kreisgebiete (am besten z. B. Heidelberg mit einer Versorgungsdichte von ca. 150 Spezialisten pro 100.000 Kinder und Jugendliche) außer Betracht lässt

„... dann ist das Versorgungsangebot im besten Kreis noch immer um den Faktor 16,6 höher als im Kreis mit der geringsten Angebotsdichte. Eine Betrachtung der konkreten Zahlen verdeutlicht die extrem ungleiche Verteilung: Im Bundesdurchschnitt kommen auf 100.000 Personen im Alter bis 18 Jahre etwa 29 Spezialisten für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Mehr als 70 % aller deutschen Kreise und kreisfreien Städte liegen jedoch unter diesem Durchschnittswert.“ (Bertelsmann-Stiftung 2011).

Eine Bedarfsplanung für die Ärztlichen Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche besteht nicht, ebenso wie für Kinder- und Jugendpsychiater wird die Mindestzahl von 1.000 nicht erreicht. Die Ermittlung der Zahlen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist aktuell in Neubearbeitung (G-BA 2012), nachdem der Beschluss gefasst wurde, die Kopplung an die Erwachsenenpsychotherapeuten mit Qualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen aufzugeben.

Im stationären Bereich ist die Situation ebenfalls sehr heterogen. Nach der aktuellen Übersicht von Schepker und Fegert (2012) schwanken die Anhaltszahlen für die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bezogen auf unter 18-jährige Einwohner um den Faktor 8 zwischen den Bundesländern, oft gegenläufig zur ambulanten Versorgungsdichte. Bundesweit existieren 2 vollstationäre Einrichtungen, die den Schwerpunkt mittel- bis längerfristiger Psychotherapie für Kinder und Jugendliche unter ärztlicher Leitung als Krankenhausleistung anbieten und die nicht an der Pflichtversorgung teilnehmen; die eine tiefenpsychologisch, die andere verhaltenstherapeutisch orientiert.

Nach dem KiGGS-Survey (Hölling et al. 2007) erhalten nur etwa 50 % der auffälligen Kinder der untersuchten Bevölkerungsstichprobe eine (eigentlich indizierte) psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung.

3.3 20 Jahre Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Die nachfolgende Skizze der Entwicklung des Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie durch den Beschluss des Deutschen Ärztetages im Mai 1992 folgt im Wesentlichen einer jüngst publizierten Darstellung von Janssen und Menzel (2012). Auf dem gleichen Ärztetag wurde auch die Weiterbildung im psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsbereich (Psychosomatische Grundversorgung; Psychotherapie; Psychiatrie und Psychotherapie; Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) reformiert. Die Einführung des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin - auf dem Ärztetag 2003 in Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (gleichlautend wie das seit 1970 in der ärztlichen Approbationsordnung verankerte universitäre Fach) umbenannt - emanzipierte die ärztliche Psychotherapie-Weiterbildung von den privatrechtlich organisierten Instituten, die bis dahin die einzige Möglichkeit boten, als Ärzte eine fundierte psychotherapeutische (psychoanalytische) Ausbildung (!) zu erhalten. Bereits 46 Jahre vorher war die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ auf der Basis der wiederum schon seit Jahrzehnten bestehenden ambulanten und stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung beschlossen worden.

Gemäß ihren anthropologisch-philosophischen Grundlagen betrachtet die Psychosomatische Medizin sowohl die lebensgeschichtliche, psychosoziale Situation des Subjektes einschließlich der Bedeutung des Körpers für das Subjekt als auch die naturwissenschaftliche Gesetzmäßigkeit der körperlichen Erkrankung (vgl. Adler et al. 2011). Bezogen auf das Gesamt der medizinischen Versorgungsfelder ist die Psychosomatische Medizin ein Grundlagenfach mit integrativen Aufgaben auf den Ebenen der Psychosomatischen Grundversorgung, der fachgebundenen Psychotherapie und der fachärztlichen Psychosomatik-Psychotherapie. Da die beiden anderen Psych-Fachgebiete für sich ebenfalls eine psychotherapeutische Expertise in Anspruch nehmen, besteht seit Jahrzehnten eine Kontroverse vor allem mit der psychiatrischen Wissenschaft, die der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung eine differenzierte Weiterentwicklung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker abspricht (Janssen 2009; Janssen et al. 1997; 1999) und z. B. die Behandlung von Patienten mit Somatisierungsstörungen als eine Behandlung von „Leichtkranken“ diskreditiert, obwohl diese Patientengruppe oft nur schwer einen ambulanten Behandler findet und sowohl absolut gesehen das höchste Risiko einer vorzeitigen Berentung aller Diagnosen des Kap. F der ICD-10 trägt.

Die Beschlüsse des Ärztetages 1992 wurden durch eine sehr ausführliche Diskussion um die Ergebnisse des Forschungsgutachtens für ein Psychotherapeutengesetz (Meyer et al. 1991), das die Bedeutung der Psychotherapie für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung deutlich machte, befördert. Im Zusammenhang mit dieser Expertise bedeutsam war der Beschluss der verfassten Ärzteschaft, dass die Psychotherapie auch für die Ärzte ein Aufgabenfeld bleiben sollte. Dafür reichten die Zusatzbezeichnungen „Psychotherapie“ und „Psychoanalyse“, die nur die somatisch-ärztliche Tätigkeit ergänzten, aus verschiedenen Gründen nicht mehr aus. Zum damaligen Zeitpunkt verfügten etwa 4.000 Ärzte über die Zusatzbezeichnungen „Psychotherapie“ und/oder „Psychoanalyse“. Sie waren überwiegend in der Richtlinien-Psychotherapie, die schon 1967 in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt worden war (Rüger 2002; Rüger und Bell 2004), hauptberuflich als Ärztliche Psychotherapeuten tätig (Janssen et al. 1992). Fördernd war auch, dass es in der ehemaligen DDR einen Facharzt für Psychotherapie gab, den die Ärzteschaft der neuen Bundesländer nach der Wende erhalten wollte.

Somit entstand das eigenständige Gebiet aus der Anwendung psychotherapeutischer Verfahren (psychodynamisch [psychoanalytisch und/oder tiefenpsychologisch fundiert] und/oder kognitiv-behavioral) und den Konzepten und Modellen der Praxis der Psychosomatischen Medizin. Die stationären Behandlungskonzepte waren entweder mehr integriert internistisch-psychotherapeutisch oder mehr neurosenpsychologisch-psychotherapeutisch ausgerichtet.

Nach dem Beschluss des Deutschen Ärztetages wurde auch 1992 aus 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 Allgemein Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP) e.V. und nannte sich Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie.

Ein weiterer Grund für die Akzeptanz einer fachärztlichen Psychosomatik in der Ärzteschaft war die parallele Einführung der Psychosomatischen Grundversorgung in die ärztliche Weiterbildungsordnung (Janssen 1994) als Realisierung der bio-psycho-sozialen Medizin bzw. der integrativen Medizin (Köhle und Janssen 2011). Fast alle Landesärztekammern haben, dem Kursbuch der Bundesärztekammer (2001) entsprechend, einen 80-Stundenkurs als Weiter- bzw. Fortbildung entwickelt. Bundesweit sollen nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 66.000 Ärztinnen und Ärzte diese Qualifikation erworben haben (siehe zur Psychosomatischen Grundversorgung auch die Untersuchungen von Fritzsche et al. 2006; Parpart und Schneider 2006).

Anfang der 90er Jahre wurden von den Hochschullehrern für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter Mitwirkung von ca. 12 Fachgesellschaften und Berufsverbänden detaillierte Weiterbildungsrichtlinien für den Facharzt entworfen (Anhang in Janssen 1993), die die Grundlage für die erste Musterweiterbildungsordnung 1992 und die sich daraus ergebenden Weiterbildungsrichtlinien (Janssen und Hoffmann 1994) wurden. 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 in einem der beiden Psychotherapie-Verfahren (psychodynamisch oder lernpsychologisch begründete) - in der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) aufrechterhalten.

Die MWBO sieht eine fünfjährige Weiterbildung hauptberuflich und ganztätig vor: 3 Jahre in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, 1 Jahr in der Psychiatrie und Psychotherapie und 1 Jahr in der Inneren Medizin. Die psychotherapeutische Methode ist die einzige genannte und auch die essentielle Therapieform, jedoch muss die Ärztin/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 2 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 z. B. akuter Suizidalität haben sollte. Daher wurden die beiden Jahre in einem anderen Fachgebiet eingeführt.

Die theoretischen Grundlagen der Weiterbildung stellen eine Verbindung von somatischen, psychologischen und sozialen Aspekten des psychosomatischen Krankseins dar. 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. In der Diagnostik wie in der Behandlung wurden zwei Grundorientierungen differenziert: der tiefenpsychologisch fundierte/psychodynamische und der kognitiv-behaviorale Schwerpunkt. Jedoch mussten auch je-

weils 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 für langfristige Behandlungen konzipierte analytische Psychotherapie konnte nicht in den Facharzt integriert werden. Diese Qualifikation sollte weiterhin über die Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ erworben werden.

Die damalige Verankerung der Selbsterfahrung in Gebietsarztweiterbildungen war revolutionär. In den vergangenen 20 Jahren hat sich jedoch gezeigt, dass das Selbsterfahrungskonzept kreativ für die Facharztweiterbildung ist, da die psychotherapeutisch-methodische Kompetenz in der Handhabung der personalen therapeutischen Beziehung vertieft wird. Denn Psychotherapie ist nur als ein im Konsens vollziehbares Geschehen zwischen zwei Personen möglich. Das Konzept der therapeutischen Arbeitbeziehung 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, d. h. eine reflektierte Erfahrung mit sich selbst, der eigenen Innenwelt, der körperlichen Reaktionen sowie der Beziehungen zu bedeutsamen Anderen in Gegenwart und Vergangenheit.

In der zweiten Novellierung der MWBO 2003 wurde neben der erwähnten Namensänderung die Weiterbildung im ambulanten Bereich gestärkt, da jetzt 24 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden konnten. 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, z. B. 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 dokumentierte und supervidierte Untersuchungen reduziert, der Behandlungsteil wie auch der Selbsterfahrungsteil blieben unverändert und hinsichtlich der Verfahrensorientierung zweigleisig. Stärker wurde nur die Konsiliar- und Liaisontätigkeit, die schon in der ersten Fassung obligatorisch war, betont.

Die 3. Fassung der MWBO von 2010 verstärkt den psychosomatischen Akzent der Weiterbildung im engeren Sinne ohne Minderung der Anforderungen an den psychotherapeutischen Behandlungsteil. Aufgenommen wurde: „Erkennung und Behandlung seelisch-körperlicher Wechselwirkungen bei chronischen Erkrankungen, z. B. onkologischen, neurologischen, kardiologischen, orthopädischen und rheumatischen Erkrankungen sowie

Stoffwechsel- und Autoimmunerkrankungen“. Parallel wurde die Theorie um Konzepte spezieller Verfahren zur Diagnostik bei seelisch-körperlichen Wechselwirkungen, z. B. in der Onkologie, Diabetologie, Geriatrie, Gynäkologie und anderen medizinischen Disziplinen erweitert. Der Facharzt soll sich mehr mit den psychotherapeutischen Behandlungen bei somatischen Erkrankungen mit psychischer Komorbidität und mit der Wechselwirkung von Psyche und Soma befassen. Somit verlangen die klinische Tätigkeit und die psychosomatische Forschung interdisziplinär ausgerichtete Kooperationen. Fachspezifische psychosomatische Forschung entwickelt sich z. B. mit der Inneren Medizin, Kardiologie, Onkologie, Allgemeinmedizin, Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, Urologie, HNO-Heilkunde, Augenheilkunde und 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 Kardiologie (Jünger et al. 2005; Holzapfel et al. 2008). Weiterhin sind zu erwähnen die Forschungen bei chronisch somatischen Erkrankungen, z. B. bei Lungenerkrankungen (Löwe et al. 2004), bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Camara et al. 2010), bei rheumatischen (Löwe et al. 2003) und neuroimmunologischen Erkrankungen (z. B. Schubert und 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 und Heuft 2008; Hartmann et al. 2010) sowie nach Transplantation (Zipfel et al. 2002; Goetzmann et al. 2010).

Des Weiteren findet sich eine umfangreiche Forschung zu den Krankheitsbildern, die insbesondere in psychosomatischen Kliniken häufig behandelt werden, z. B. den Essstörungen (Zipfel et al. 2000; Herzog et al. 2004; Herpertz 2008; Zastrow et al. 2009; de Zwaan 2010; Hartmann et al. 2011) und die Behandlung der funktionellen somatischen Syndrome i. S. d. somatoformen Störungen (z. B. Henningsen et al. 2007; Nickel et al. 2010; Schäfert et al. 2011). Ein weiterer Schwerpunkt ist die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) (Arbeitskreis OPD-1 (1996); 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 wie z. B. die Strukturbezogene Psychotherapie (Rudolf 2006). 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 den Prozedurenkatalog OPS zum neuen Psych-Entgeltsystem (Heuft et al. 2010).

Die DGPM ist zusammen mit dem Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) und dem Berufsverband für Psychosomatische Medizin (BPM) an der Erstellung von Leitlinien wie z. B. bei den S3-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Essstörung, der posttraumatischen Belastungsstörung, der Somatisierungsstörungen, der Persönlichkeitsstörung, der Angststörungen, der Zwangsstörung und der Nationalen S3-Versorgungsleitlinie zur unipolaren Depression beteiligt (vgl. AWMF-Leitlinien Stand 2011). Diese Leitlinien betonen tendenziell eher eine evidenzbasierte, störungsorientierte Psychotherapie, woraus sich eine der Zukunftsfragen, inwieweit in Zukunft störungsorientierte Psychotherapien integriert werden müssen, ableiten lässt.

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 Tätigkeitsspektrum und sein Versorgungsauftrag in keiner Gebührenordnung wiederfand. Der BPM erstellte in der

Folge betriebswirtschaftliche Berechnungen für die Praxisführung und diskutierte ein Praxisprofil als ständig lernendes System. Trotz der Widerstände der Psychologischen Psychotherapeuten und der gemischten Verbände gegen ein psychosomatisches Abrechnungskapitel erhielt der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ein eigenes Kapitel. Außerdem wurde eine freie Gruppentherapieleistung formuliert.

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 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 (sog. 90 %-Regelung). Die Fachgruppenleistungen des Kapitels 22 sind z. Zt. noch unzureichend honoriert.

Zum Zeitpunkt der Entscheidung über den Facharzt auf dem Ärztetag 1992 bestanden im Krankenhaus- und im Rehabilitationsbereich etwa 4.000 stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungsplätze (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. Die 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 2.514 Betten und einem Nutzungsgrad von 93,8 %. Potreck-Rose, die als Kriterien für die Aufnahme in die Erhebung die Weiterbildungsberechtigung für Psychotherapie benannte, evaluierte 2.517 Betten in 55 Krankenhäusern und 6.455 Betten in 46 Rehabilitationskliniken. Nach der Erhebung von Koch und Potreck-Rose, die alle Kliniken in die Erhebung aufnahmen, gab es immerhin 12.354 Betten, davon 3.516 im Krankenhaus und 8.838 in der Psychosomatischen Rehabilitation (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 konnte. Einen Überblick über Konzeptionen, Verweildauern, Hauptdiagnosen, Komorbiditäten und Therapieeffizienz geben Zaudig (2004) sowie Hildenbrand und Janssen (2005).

In den Jahren nach dem Ärztetagsbeschluss ist im ambulanten Bereich die Anzahl der Ärztlichen Psychotherapeuten und insbesondere der Psychologischen Psychotherapeuten erheblich gewachsen (Schulz et al. 2008). Der Krankenhausbereich hat sich langsamer entwickelt, da noch nicht alle Bundesländer Krankenhauspläne mit Planzahlen für eine eigenständige Psychosomatische Medizin und Psychotherapie verabschiedet haben. Sie existieren z. B. in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen, Saarland, Sachsen, Hamburg, Berlin und Bremen Krankenhauspläne, hingegen noch nicht im bevölkerungsreichen Bundesland NRW. Nach der Erhebung von Schulz et al. (2008) ließen sich

zum Stichtag 2004 122 Abteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie mit 4.412 vollstationären Betten feststellen. Die tagesklinischen Plätze, die in den 90er Jahren noch kaum vorhanden waren, sind auf 324 angewachsen. Da bis 2012 weitere teilstationäre oder stationäre Plätze hinzugekommen sind, ist von über 5.000 Behandlungsplätzen in der psychosomatischen Krankenhausversorgung auszugehen. Auch die Kliniken für Psychosomatische Rehabilitation haben auf 142 Kliniken mit 13.371 Betten zugenommen.

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. Weiterhin haben alle Kliniken einen Konsiliardienst meist mit der Inneren Medizin, aber auch mit anderen medizinischen Disziplinen geschaffen.

Sechs Jahre nach der Einführung des diagnoseorientierten Abrechnungssystems für somatische Leistungen wurde auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ein neues leistungsorientiertes, pauschaliertes, tagesbezogenes Entgeltsystem 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. Vor allem die OPS-Ziffer 9-63 versucht, mit Hilfe einer sog. Komplexziffer spezifische stationäre Therapieprogramme in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie abzubilden.

4. Zur psychosomatischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung zugelassene Gruppen in der vertragsärztlichen und stationären Versorgung

In diesem Kapitel werden in aller Kürze die zur Behandlung mit psychotherapeutischen Verfahren, Methoden und Techniken zugelassenen Gruppen von Behandlern inhaltlich charakterisiert. Im Kap. 7.2 ff. wird entlang dieser Gruppen ein Vier-Ebenenmodell ärztlich-psychotherapeutischer Kompetenzen im Hinblick auf die zukünftige Weiterentwicklung inhaltlich ausdifferenziert. Abb. 4.1 gibt einen Überblick über die Struktur der Mitglieder in der KBV Ende 2010.

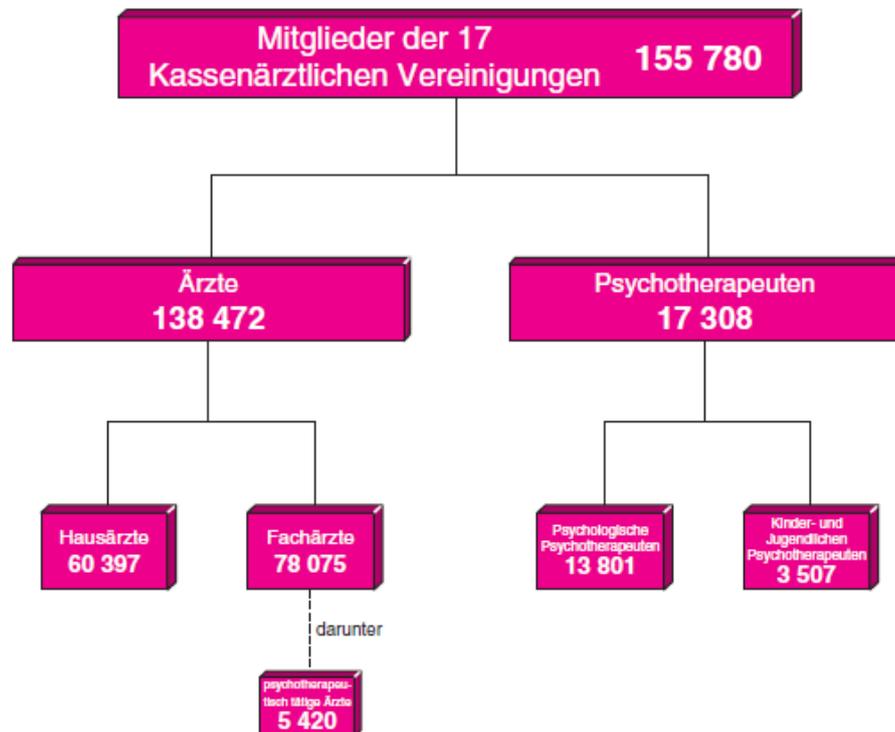


Abb. 4.1: Struktur der Mitglieder in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zum 31.12.2010; Quelle KBV

Diese Übersicht trennt klar zwischen den psychotherapeutisch tätigen Ärzten und „Psychotherapeuten“ (PP/KJP), eine Differenzierung, die sowohl in offiziellen Stellungnahmen ärztlicher Körperschaften als auch im Alltagsgebrauch der Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“ oder „Psychologe“ oft unterbleibt.

Die Zahl von 5.420 an der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Ärzten (Tab. 4.1) verengt möglicher Weise den Blick auf die real geleistete psychosomatisch-psychotherapeutisch-(Kinder- und Jugend-)psychiatrische Arbeit in der Primärmedizin durch in Psychosomatischer Grundversorgung weitergebildete Ärzte. Darüber hinaus führen nicht alle Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ eine Praxis für Richtlinien-Psychotherapie, sondern stellen ihre Kenntnisse in den Dienst der PatientInnen, die sie als Hausärzte, Gynäkologen, Pädiater, Palliativmediziner etc. behandeln.

Zum Vergleich zeigt Tab. 4.2 die bundesweite Verteilung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden 13.801 Psychologischen Psychotherapeuten und Tab. 4.3 die Verteilung der 3.507 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Kassenärztlichen Vereinigung zum 31.12.2010.

Kassenärztliche Vereinigung	teilnehmende Ärzte			Vertragsärzte			Partner-Ärzte ¹		angestellte Ärzte		ermächtigte Ärzte	
	Ins- gesamt Sp. 4-7-9-11 Anzahl	Verän- derung z. Vorjahr In Prozent	darunter	Ins- gesamt Anzahl	Verän- derung z. Vorjahr In Prozent	darunter	Ins- gesamt Anzahl	darunter	Ins- gesamt Anzahl	darunter	Ins- gesamt Anzahl	darunter
			wöblich Anzahl			wöblich Anzahl		wöblich Anzahl		wöblich Anzahl		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Baden-Württemberg	969	1,5	566	945	1,3	557	5	4	3	1	16	4
Bayerns	957	1,8	612	932	1,5	596	6	3	2	2	17	11
Berlin	415	0,7	261	409	1,2	257	0	0	4	3	2	1
Brandenburg	87	4,8	54	84	5,0	54	1	0	0	0	2	0
Bremen	94	1,1	61	89	0,0	58	0	0	0	0	5	3
Hamburg	189	5,0	116	187	5,1	116	0	0	2	0	0	0
Hessen	581	0,3	355	562	0,4	347	0	0	3	2	16	6
Mecklenburg-Vorpommern	49	11,4	38	49	11,4	38	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	402	0,2	254	382	1,9	244	0	0	1	1	19	9
Nordrhein	658	2,0	441	637	1,9	427	1	0	15	11	5	3
Rheinland-Pfalz	178	1,7	100	172	3,0	98	1	1	0	0	5	1
Saarland	70	6,1	48	70	7,7	48	0	0	0	0	0	0
Sachsen	119	5,3	78	114	7,5	77	0	0	1	0	4	1
Sachsen-Anhalt	24	14,3	13	22	10,0	12	0	0	0	0	2	1
Schleswig-Holstein	176	3,5	120	168	0,6	118	0	0	1	0	7	2
Thüringen	51	10,9	36	48	9,1	35	0	0	1	0	2	1
Westfalen-Lippe	401	0,5	266	377	-0,5	249	0	0	4	4	20	13
Bundesgebiet Ingesamt	5 420	1,8	3 419	5 247	1,8	3 331	14	8	37	24	122	56

Tab. 4.1: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende ärztliche Psychotherapeuten in der Kassenärztlichen Vereinigung zum 31.12.2010
¹nach § 101 Nr. 4 SGB V
Quelle: Bundesarztregister der KBV

Kassenärztliche Vereinigung	teilnehmende Psychotherapeuten			zugelassene Psychotherapeuten			Partner- Psychotherapeuten ¹		Dauerassistenten		ermächtigte Psychotherapeuten	
	Ins- gesamt Sp. 4-7-9-11 Anzahl	Verän- derung z. Vorjahr In Prozent	darunter	Ins- gesamt Anzahl	Verän- derung z. Vorjahr In Prozent	darunter	Ins- gesamt Anzahl	darunter	Ins- gesamt Anzahl	darunter	Ins- gesamt Anzahl	darunter
			wöblich Anzahl			wöblich Anzahl		wöblich Anzahl		wöblich Anzahl		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Baden-Württemberg	1 552	3,7	999	1 443	4,5	906	52	43	49	44	8	6
Bayerns	1 989	4,2	1 380	1 917	4,4	1 326	33	25	16	14	23	15
Berlin	1 459	0,8	975	1 419	0,1	950	19	12	17	13	4	0
Brandenburg	188	3,3	122	180	4,0	116	0	0	1	1	7	5
Bremen	257	0,0	189	242	-2,4	178	2	1	6	6	7	4
Hamburg	647	3,7	469	622	3,7	447	9	8	15	13	1	1
Hessen	1 453	3,7	1 029	1 389	4,8	975	36	32	27	21	1	1
Mecklenburg-Vorpommern	107	2,9	69	104	3,0	66	0	0	0	0	3	3
Niedersachsen	1 078	4,4	728	1 013	4,6	691	22	15	9	8	34	14
Nordrhein	1 899	2,5	1 290	1 819	2,4	1 217	56	51	21	20	3	2
Rheinland-Pfalz	478	3,9	322	449	3,9	299	18	14	7	6	4	3
Saarland	155	0,0	96	146	1,4	90	3	2	6	4	0	0
Sachsen	573	5,9	399	562	6,2	392	2	2	2	0	7	5
Sachsen-Anhalt	208	0,5	152	205	1,0	151	1	1	1	0	1	0
Schleswig-Holstein	382	4,7	257	367	4,9	246	6	5	2	2	7	4
Thüringen	219	3,3	147	206	2,5	140	0	0	1	1	12	6
Westfalen-Lippe	1 157	3,0	767	1 066	3,2	691	49	42	31	26	11	8
Bundesgebiet Ingesamt	13 801	3,2	9 390	13 149	3,4	8 881	308	253	211	179	133	77

Tab. 4.2: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Psychologische Psychotherapeuten in der Kassenärztlichen Vereinigung zum 31.12.2010
¹nach § 101 Nr. 4 SGB V
Quelle: Bundesarztregister der KBV

Kassenärztliche Vereinigung	teilnehmende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten			zugelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten			Partner-Kinder- und Jugendl.-psychoth. ¹		Dauerassistenten		ermächt. Kinder- und Jugendl.-psychoth.	
	ins- gesamt Sp. 4-7/8+11 Anzahl	Verän- derung z. Vorjahr in Prozent	darunter weiblich Anzahl	ins- gesamt Anzahl	Verän- derung z. Vorjahr in Prozent	darunter weiblich Anzahl	ins- gesamt Anzahl	darunter weiblich Anzahl	ins- gesamt Anzahl	darunter weiblich Anzahl	ins- gesamt Anzahl	darunter weiblich Anzahl
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
0												
Baden-Württemberg	585	3,5	422	563	4,6	408	1	1	9	3	12	10
Bayern	523	6,1	388	494	5,3	363	3	3	1	1	25	21
Berlin	211	17,9	167	210	18,0	166	0	0	0	0	1	1
Brandenburg	53	8,2	42	50	6,4	40	0	0	2	1	1	1
Bremen	55	22,2	42	54	25,6	41	0	0	0	0	1	1
Hamburg	136	78,9	97	136	81,3	97	0	0	0	0	0	0
Hessen	337	8,4	258	336	9,4	257	1	1	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	24	33,3	16	24	33,3	16	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	387	6,6	294	366	14,0	275	5	5	0	0	16	14
Nordrhein	357	31,7	302	354	34,1	299	1	1	1	1	1	1
Rheinland-Pfalz	158	7,5	111	151	8,6	108	1	1	1	1	5	1
Saarland	39	44,4	27	39	44,4	27	0	0	0	0	0	0
Sachsen	126	20,0	108	120	22,4	103	0	0	1	1	5	4
Sachsen-Anhalt	35	40,0	28	35	40,0	28	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	87	7,4	58	84	7,7	56	0	0	0	0	3	2
Thüringen	63	14,5	48	60	15,4	46	2	1	0	0	1	1
Westfalen-Lippe	331	10,3	220	303	22,2	197	2	2	10	9	16	12
Bundesgebiet insgesamt	3 507	12,8	2 628	3 379	15,4	2 527	16	15	25	17	87	69

Tab. 4.3: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendlichen-
Psychotherapeuten in der Kassenärztlichen Vereinigung zum 31.12.2010

¹ nach § 101 Nr. 4 SGB V

Quelle: Bundesarztregister der KBV

4.1 Die Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung

Die Psychosomatische Grundversorgung ist seit 2003 obligater Bestandteil der Weiterbildung in den Fachgebieten *Allgemeinmedizin* und *Innere Medizin* (Hausarztfunktion) sowie *Frauenheilkunde und Geburtshilfe*. Darüber hinaus kann sie jeder in die Patientenversorgung eingebundene Facharzt fakultativ erwerben mit der Berechtigung, Leistungen nach der GOP 35 100/35 110 EBM abzurechnen. Nach Angaben der KBV gab es zum 31.12.2009 ca. 66.000 Ärzte, die in Psychosomatischer Grundversorgung weitergebildet waren. Laut einer KBV-Hochrechnung 2001 hatten 62 % der Allgemeinärzte sowie 68 % der Frauenärzte eine entsprechende Qualifikation (Schulz et al. 2008).

4.2 Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Diese Gruppe umfasst zum einen Fachärzte mit der „alten“ Zusatzbezeichnung Psychotherapie, die ganz überwiegend (d. h. mind. 90 % ihres gesamten Leistungsbedarfs) aus den psychotherapeutischen Leistungen des Abschnittes G IV und G V, sowie den Leistungen nach den Nrn. 850-858 des Abschnittes G III abrechnen. Mit Stand vom 31.12.2008 waren bundesweit 2.176 Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie ambulant tätig (KBV 2008). Sie können das Kapitel 35 zur Richtlinien-Psychotherapie und das fachspezifische Kapitel 23 für Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten (23 211/23 212 Grundpauschale; 23 220 Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelleitung) im EBM abrechnen.

Die „neue“ Zusatzweiterbildung fachgebundene Psychotherapie ergänzt lt. Musterweiterbildungsordnung (MWBO; 25.06.2010) die somatische Facharztkompetenz durch die Fähigkeit zur „Vorbeugung, Erkennung und psychotherapeutischen indikationsbezogenen Behandlung von Erkrankungen des jeweiligen Gebietes, die durch psychosoziale Faktoren und Belastungsreaktionen mitbedingt sind.“ Tab. 4.4 (im Anhang) vermittelt eine Synopse der Weiterbildungsanforderungen zur fachgebundenen Psychotherapie, wie sie beispielsweise die Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) für weitergebildete Fachärzte umgesetzt hat. Der so qualifizierte somatisch tätige Arzt kann oberhalb der Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung auf diesem Wege psychotherapeutisch-psychosomatische Interventionen durchführen.

4.3 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Nervenärzte

Die bereits erwähnte Synopse der Weiterbildungsinhalte (Tab. 4.4 im Anhang) zeigt auf, dass neben der zeitlichen Konfiguration der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie im „psychotherapeutischen Teil“ 240 psychotherapeutische Behandlungsstunden und 100 Stunden theoretische Weiterbildung sowie 150 Stunden Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung und 35 Doppelstunden Balintgruppenarbeit oder Fallarbeit nachgewiesen werden müssen. Nach der MWBO vom 25.06.2010 ist das Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie charakterisiert durch „die Vorbeugung, Erkennung und somatotherapeutische, psychotherapeutische sowie sozialpsychiatrische Behandlung und Rehabilitation von psychischen Erkrankungen und psychischen Störungen im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen und toxischen Schädigungen unter Berücksichtigung ihrer psychosozialen Anteile, psychosomatischen Bezüge und forensischen Aspekte“.

Daneben gibt es die Behandlergruppe der Nervenärzte, die die Fachärzte für Nervenheilkunde (alte Bezeichnung), die Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie umfassen. Die neurologische Weiterbildung bezieht sich nach der aktuellen MWBO vom 25.06.2010 auf die „Vorbeugung, Erkennung, konservative Behandlung und Rehabilitation der Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems einschließlich der Muskulatur“.

Ende 2008 befanden sich 1.917 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie 2.567 Nervenärzte in der vertragsärztlichen Versorgung (KBV 2008). Alle diese Fachärzte können die Leistungen aus dem Kapitel 35 und dem fachspezifischen Kapitel 21 zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung abrechnen.

4.4 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Der auf Beschluss des Dt. Ärztetages 1992 definierte Facharzt für Psychotherapeutische Medizin bekam 2003 wiederum auf Beschluss des Dt. Ärztetages die bereits ursprünglich angestrebte Facharztbezeichnung „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ zuerkannt (zur historischen Entwicklung siehe Kap. 3 der Expertise). Entsprechend der MWBO vom 25.06.2010 bezieht sich das Aufgabengebiet dieser innerhalb der KBV-Daten zusammengefassten Behandlergruppe auf die „Erkennung psychotherapeutischer Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind“.

Ausweislich der im Anhang dieser Expertise verfügbaren Synopse der Weiterbildungsinhalte (Tab. 4.4 im Anhang) repräsentieren die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie entsprechend den Inhalten ihrer fünfjährigen Facharztweiterbildung die umfangreichste Expertise für Psychotherapie innerhalb der fachärztlichen Gebiete. Diese Kompetenz gründete sich u. a. auf 1.500 Therapiestunden unter Supervision sowie 150 Stunden Einzel- und 70 Doppelstunden Gruppenselbsterfahrung beim psychodynamischen Weiterbildungsweg (Tiefenpsychologie; Psychoanalyse) bzw. 70 Doppelstunden Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung bei der Weiterbildung im verhaltenstherapeutischen Verfahren.

Nach Angaben der KBV nahmen Ende 2008 2.508 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der vertragsärztlichen Versorgung teil, mit Berechtigung für Leistungen aus dem Kapitel 35 sowie (seit 2005) Leistungen aus dem fachspezifischen Kapitel 22 EBM. Dieses neu aufgenommene Kapitel 22 hat zum Ziel, neben der Richtlinien-Psychotherapie eine psychosomatisch-psychotherapeutische „Sprechstunde“ im Netzwerk mit den anderen niedergelassenen Facharztgruppen einzurichten. Im Kapitel 7 wird auf den Entwicklungsbedarf in diesem Zusammenhang noch weiter einzugehen sein.

4.5 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Die Facharztqualifikation wurde erstmals 1964 vom Ärztetag anerkannt und 1966/67 weiter ausformuliert. Nach der Muster-WBO der BÄK vom 25.6.2010 umfasst das Fachgebiet die „Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter und bei Heranwachsenden auch unter Beachtung ihrer Einbindung in das familiäre und soziale Lebensumfeld.“

Kinder- und Jugendpsychiater durchlaufen eine 5-jährige Weiterbildung mit einem Pflichtjahr, das wahlweise in der Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie und/oder der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie absolviert werden kann. Aufgrund der geforderten neurologischen Kompetenz können 6 Monate in Neuropädiatrie angerechnet werden. In dieser Weiterbildungszeit müssen ca. 270 Therapiestunden unter Supervision als Einzel-, Familien- und Supportiver Therapie sowie Krisenintervention sowie 20 abgeschlossene psychiatrische Einzel- und 20 Gruppenbehandlungen nachgewiesen werden. Es sind 150 Stunden Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung entweder in Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie sowie 35 Doppelstunden Balintarbeit zu absolvieren, neben einer umfänglichen theoretischen Weiterbildung auf dem Gebiet psychosomatischer, psychiatrischer und neurologischer Krankheitsbilder, der Entwicklungsdiagnostik und der speziellen Psychotherapie.

Derzeit zählt die Statistik der BÄK zum 31.12.2010 unter den niedergelassenen Vertragsärzten 771 Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, insgesamt sind 1.682 Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (und -psychotherapie) berufstätig. Jährlich kommen etwa 120 weitergebildete FachärztInnen hinzu, überwiegend Frauen.

Die Datenlage erlaubt leider selten eigene Darstellungen zur Inanspruchnahme aus dem ambulanten Bereich. Laut dem Barmer-GEK-Arztreport 2012 suchten im Jahr 2010 51 von 1.000 Kindern einen Arzt auf dem Gebiet der Neurologie oder (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie auf und 14 von 1.000 einen Psychotherapeuten.

Es besteht vor allem in ländlichen Bereichen eine deutliche Unterversorgung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat jüngst beschlossen, in die Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einzutreten, auch wenn die Zahl von 1.000 niedergelassenen Ärzten im Fachgebiet noch nicht erfüllt ist.

Bei der sehr umfassenden Definition des Fachgebietes ist es interessant, dass die Weiterbildung in Psychotherapie auf der europäischen Ebene in den meisten Mitgliedsstaaten kein Pflichtteil der Weiterbildung zum Kinder- und Jugendpsychiater ist (vgl. Empfehlungen der UEMS www.uems-cap.eu).

4.6 Bereichsbezeichnung Psychoanalyse

Die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, für Psychiatrie und Psychotherapie sowie die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie können, wenn sie im psychodynamischen Verfahren weitergebildet sind, die führende Bereichsbezeichnung „Psychoanalyse“ zusätzlich erwerben. Neben einer vertiefenden theoretischen Weiterbildung, die sowohl als ambulante oder stationäre ärztliche Weiterbildung bei einem entsprechend weiterbildungsbefugten Arzt oder als Institutsweiterbildung erfolgen kann, geht es im Wesentlichen um eine vertiefende, umfangreichere Selbsterfahrung in der psychoanalytischen Behandlungstechnik (insgesamt mind. 200 Stunden Einzelselbsterfahrung) sowie Erfahrungen in der Durchführung von psychoanalytischen Behandlungen längerer Dauer bei entsprechenden Indikationen unter kontinuierlicher Supervision außerhalb von dienstlichen Abhängigkeitsverhältnissen.

Derart weitergebildete Ärzte sind berechtigt, zu Lasten der GKV oder der PKV über in den Psychotherapie-Richtlinien festgelegte Verlängerungsschritte Patienten bis zu 300 Stunden psychodynamisch-psychoanalytisch zu behandeln.

Ende 2004 gab es lt. Bundesarztregister niedergelassene 2.148 Ärztinnen und Ärzte (1.089 Frauen, 1.059 Männer), die eine Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer von 2003 besaßen, unabhängig von der tatsächlichen psychotherapeutischen Tätigkeit.

4.7 Psychologische Psychotherapeuten

Nach dem Abschluss des Diplom-Studiums (zwischenzeitlich: nach Erwerb des Master) ist nach einer mindestens dreijährigen Ausbildung, die überwiegend an Instituten mit psychodynamischer oder verhaltenstherapeutischer Ausrichtung absolviert wird, die Voraussetzung zur Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten gegeben. Die Ausbildung umfasst 600 supervidierte Behandlungsstunden, 600 Theoriestunden sowie 120 Stunden Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung. 12 Monate praktische Tätigkeit in der Psychiatrie sind obligat, weitere 6 Monate können in einer Klinik für Psychiatrie, in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Klinik oder in der Praxis eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erbracht werden.

Die Inhalte der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten wurden von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK; 13.05.2006) definiert als „Erwerb besonderer Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Vorbeugung, Verhütung, Erkennung und Behandlung von Störungen mit Krankheitswert, einschließlich der Wechselbeziehungen zwischen Mensch und Umwelt, die Begutachtung, die notwendigen Maßnahmen der Rehabilitation und die Maßnahmen zur Qualitätssicherung“.

Im Vergleich mit den ärztlichen Behandlergruppen ist die Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten aufgrund der Ausrichtung ihres Studiums methodisch-theoretisch umfassender. Dafür ist die klinische Weiterbildung kürzer und umfasst keine klinischen Weiterbildungszeiten in einem somatisch-medizinischen Fachgebiet, sodass eine somatisch-medizinische Basisqualifikation bei Psychologischen Psychotherapeuten fehlt.

Ende 2010 waren 13.801 Psychologische Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung tätig mit der Berechtigung, das Kap. 35 zur Richtlinien-Psychotherapie und das Kap. 23 für Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten (23 211/23 212 Grundpauschale; 23 220 Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelleistung gemäß EBM) abzurechnen.

Im Hinblick auf eine detaillierte weitere Durchdringung der Fragen zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, sei auf das einschlägige Gutachten von Strauß et al. (2009) verwiesen.

4.8 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Für die Ausbildung und Prüfung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) können lt. KJPsychTh-APrV neben Psychologen auch Pädagogen oder Sozialpädagogen oder Absolventen einer gleichwertigen Ausbildung zugelassen werden. Die Debatte um die Zulassung von Absolventen von Bachelor-Studiengängen wird hier derzeit besonders intensiv geführt, wobei alle ärztlichen Berufsverbände sich gegen Bachelor-Absolventen aussprechen - insbesondere sollten Kinder und Jugendliche hier gegenüber erwachsenen Patienten nicht herabgestuft werden und sollen gemäß KJPsychTh-APrV § 1 (2) „auf den wissenschaftlichen, geistigen und ethischen Grundlagen der Psychotherapie eigenverantwortlich und selbständig handeln (...) können“.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben eine eigene Prüfungsordnung, die Prüfung kann nach einer Ausbildungszeit von mindestens 4.200 Stunden abgelegt werden. Sie umfasst u. a. eine mindestens 1.200 Stunden dauernde praktische Tätigkeit an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung mit Zulassung zur Weiterbildung von Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten, 600 Praxisstunden in einer Einrichtung der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung, 600 Theoriestunden mit praktischen Übungen und 600 Therapiestunden mit 150 Supervisionsstunden sowie mindestens 120 Stunden Selbsterfahrung.

Nach der KBV-Statistik sind (Daten: Ende 2010) 3.395 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten niedergelassen. Es besteht ein erhebliches West-Ost-Gefälle mit einem über 4-fach verminderten Anteil an KJP bezogen auf 100.000 Einwohner unter 18 Jahren in den neuen Bundesländern (Schulz et al. 2008).

4.9 Weitere Berufsgruppen

In teil- und vollstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen, psychosomatisch-psychotherapeutischen und kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhäusern und Abteilungen sowie in psychosomatischen Rehabilitationskliniken sind neben ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten auch „Spezialtherapeuten“ (Bezeichnung entsprechend dem Prozedurenkatalog OPS im Psych-Entgeltsystem) tätig. Im Wesentlichen umfasst die Gruppe der Spezialtherapeuten die Kunst- und Gestaltungs-therapie, die Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT), die Musiktherapie sowie die Sozialarbeit bzw. Sozialpädagogik, für Kinder und Jugendliche zusätzlich Motopädagogie/Bewegungstherapie, Ergotherapie/Gestaltungstherapie, und Heilpädagogik/Spieltherapie.

Für Psychologische Psychotherapeuten hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) mit dem Ziel einer Festlegung der Ausbildungsqualität in seinem Methodenpapier (Version 2.8; Stand vom 20.09.2010) *psychotherapeutische Verfahren, psychotherapeutische Methoden* sowie *psychotherapeutische Techniken* definiert. Die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten soll in jedem Fall auf der Basis eines definierten psychotherapeutischen Verfahrens erfolgen und die erlernten psychotherapeutischen Techniken (wie z. B. Konfrontationsbehandlung; Desensibilisierung; Übertragungsdeutung etc.) sollen sich auf das entsprechende psychotherapeutische Verfahren beziehen. Psychotherapeutische Methoden haben einen umfangreicheren theoretischen Begründungszusammenhang beispielsweise für spezielle Problemlagen (wie z. B. die vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anerkannte EMDR-Methode zur Behandlung von Typ-I-Traumata), wobei der Einsatz der jeweiligen Methode in einem Gesamtbehandlungsplan auf der Basis eines definierten psychotherapeutischen Verfahrens erfolgen soll.

Die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten hat oft zunächst ein definiertes Berufsbild als Physiotherapeut (z. B. bei der KBT), als Ergotherapeut (z. B. in der Gestaltungstherapie), als KJP eine vorauslaufende Hochschulausbildung als Heilpädagoge, Motopädagoge/Motologe oder ein Studium der Sozialarbeit bzw. Sozialpädagogik abgeschlossen, bevor i. d. R. im Rahmen einer berufsbegleitenden Institutsausbildung mit Theorie, Selbsterfahrung in der Methode und Behandlungserfahrungen unter Supervision über mind. 3 Jahren ein in der jeweiligen Methoden zertifizierter Abschluss erreicht wird.

Daneben gibt es inzwischen auch Studiengänge für Berufsbilder, die als Spezialtherapeuten tätig sind wie z. B. Mototherapie oder Musiktherapie. Alle diese Methoden berechtigen nicht, an der Kassenärztlichen Versorgung als Psychotherapeuten teilzunehmen, weil ihnen die empirischen Nachweise als eigenständige psychotherapeutische Verfahren fehlen. Sie stellen jedoch in den eingangs erwähnten Kliniken und Abteilungen einen wichtigen Bestandteil der methodischen Vielfalt innerhalb stationärer Settings dar. Dabei ist unter dem Aspekt der Qualitätssicherung wesentlich, dass diese Methoden nicht „isoliert“ im Behandlungsplan des Patienten nebeneinander stehen, sondern sowohl inhaltlich (gemeinsame Therapieziele über alle Therapiefelder der stationären Behandlung hinweg) als auch i. S. einer vernetzten Kommunikation in den gesamten Behandlungsablauf durch regelmäßige und ausführliche Teambesprechungen aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen integriert ist.

Dabei liegt die Gesamtverantwortung bei der fachärztlichen Leitung der jeweiligen Klinik und Abteilung. Sie muss in der Lage sein, die psychotherapeutischen Methoden und Techniken der Spezialtherapeuten und - je nach Weiterqualifikation - auch des Pflegebereiches zu überblicken und im Hinblick auf die zuvor erfolgte umfassende Diagnostik des Krankheitsbildes in den gesamten psychotherapeutischen Behandlungsplan für den Patienten integrierend zu indizieren.

Eine sehr wichtige, die gesamte psychosomatisch-psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung ergänzende Arbeit wird durch Selbsthilfe- und Angehörigengruppen sowie durch öffentliche und kirchliche Beratungsstellen mit Schwerpunkten in der Ehe-, Paar- und Familienberatung, Schwangerenkonfliktberatung und Suchttherapie geleistet. Die Zusammenarbeit mit den ÄP, PP und KJP variiert örtlich stark und hängt oft von persönlicher Kenntnis der Qualifikationen ab. Ein oft seitens der Beratungsstellen beklagtes Problem ist die mangelnde Kommunikation aufgrund der Schweigepflicht der ÄP, PP und KJP. Die Lösung könnte darin liegen, dem Patienten z. B. nach erfolgter Diagnostik oder/und Behandlung selber eine Kopie des Arztbriefes auszuhändigen. So kann der Patient auch selbstverantwortlich entscheiden, ob er seinen Berater in der Beratungsstelle von der ärztlichen (oder/und psychologischen) Diagnostik in Kenntnis setzen möchte.

Interventionen durch Diplom-Psychologen ohne weitere psychotherapeutische Ausbildung, „Psychotherapie“ durch Heilpraktiker und entsprechend bezeichnete weitere Angebote durch „Heiler“ etc. sind kein Gegenstand dieser Expertise.

Bei Kindern und Jugendlichen sind die o. g. Gruppen von Spezialtherapeuten zusätzlich im ambulanten Bereich in Sozialpsychiatrie-Vereinbarung-Praxen psychotherapeutisch tätig. Mehr als die Hälfte der aktuell 854 niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater/-psychotherapeuten betreiben eine multiprofessionell ausgestattete Praxis nach Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) gemäß § 43a SGB V (Anlage 24 zu den Bundesmantelverträgen vom 1.7.2009) mit pädagogischen und psychologischen Mitarbeitern (nach der SPV mindestens 1,5 nichtärztliche Mitarbeiter-Vollkräfte je Arzt), die eine „kinder- und jugendpsychiatrische bzw. therapeutische Zusatzqualifikation“ aufweisen. Hier werden die multiprofessionellen Teams der stationären und teilstationären Versorgung auf die ambulante sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen übertragen. Eine Kooperation mit „Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Sprachtherapeuten (Logopäden), Ergotherapeuten oder Physiotherapeuten“ ist laut § 3 (3) der SPV sicherzustellen und gegenüber der KV nachzuweisen, sofern solche Kräfte nicht direkt in der Praxis beschäftigt sind.

Gemäß der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (Anlage 24 zu den Bundesmantelverträgen) ist es Ärzten für Kinderheilkunde, Nervenärzten und Psychiatern mit mindestens 2-jähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenfalls möglich, an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung teilzunehmen, wenn sie sich zur sozialpsychiatrischen Versorgung verpflichten. Daten dazu sind dieser Arbeitsgruppe nicht verfügbar. Die SPV verpflichtet die Praxisinhaber auch zu den für den stationären Bereich benannten, regelmäßigen interdisziplinären Fallkonferenzen.

4.10 Die aktuelle ambulante psychotherapeutische Versorgungslandschaft

Die in diesem Kapitel zusammengefassten Befunde folgen im Wesentlichen dem Gutachten „Zur ambulanten psychosomatisch/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland“ (Kruse und Herzog 2012). Die Behandlergruppen (Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichentherapeuten sowie ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte) unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Aus- bzw. Weiterbildungsschwerpunkte deutlich (vgl. Abb. 4.1): Während 64 % der Ärzte zur tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie berechtigt sind, sind dies bei den Psychologischen Psychotherapeuten 36 %, wohingegen 47 % der Psychologischen Psychotherapeuten eine Berechtigung zur Verhaltenstherapie haben, hingegen nur 13 % der Ärzte.

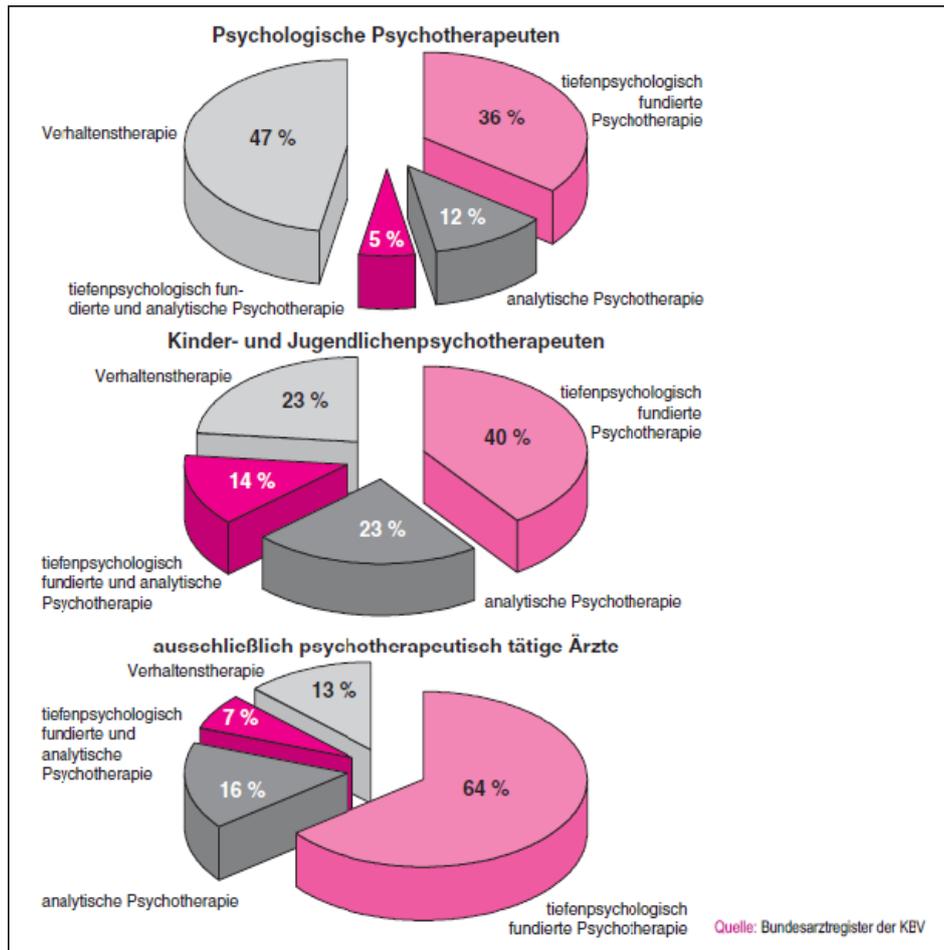


Abb. 4.2: Psychotherapieberechtigungen für Richtlinien-Psychotherapieverfahren (Stand 31.12.2009)
Quelle: Bundesarztregister der KBV 2010, S. 37

Im Jahre 2006 wurde bei etwa 730.000 Personen (Kinder, Jugendliche und Erwachsene) mindestens eine Einleitung oder Fortsetzung zur Psychotherapie genehmigt, wobei sich diese Genehmigungen erstaunlich balanciert auf psychodynamische Verfahren (48,5 %) bzw. Verhaltenstherapien (51,5 %) verteilen (GEK-Report 2007).

Unterteilt man die gesamte Gruppe der psychotherapeutisch Tätigen, so zeigt sich, dass die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (n=2.508) zusammen mit den ausschließlich (> 90 %) psychotherapeutisch tätigen Ärzten (n=2.176) als größte Gruppe die ambulante psychotherapeutische Versorgung für Richtlinienpsychotherapie innerhalb der Ärzteschaft sicherstellt (Tab. 4.5; KBV 2009), danach folgen die Fachärzte für Nervenheilkunde sowie die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Die in Tab. 4.5 erkennbare Differenz zu den jeweiligen Zahlen der BÄK und BPtK (2008) erklärt sich durch die zusätzliche Zahl an angestellten ambulant tätigen Fachärzten in Institutsambulanzen oder MVZs (z. B. am 31.12.2010: Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ambulant gesamt: 966, davon niedergelassen: 855, angestellt: 111; Fachärzte für Psychiatrie: ambulant gesamt: 768, davon niedergelassen: 730, angestellt: 38).

	Statistik der KBV, Stand 31.12.2008			Statistik der BÄEK bzw. BPtK, Stand 31.12.2008
	Anzahl	weiblich in %	Alter Ø	
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	2.508	57	55	3.024
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	1.917	46	50	2.824
Fachärzte für Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)	2.567	32	56	2.312
ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte*	2.176	71	51	k.A.
Psychologische Psychotherapeuten	13.023	68	52	> 12.000

Tab. 4.5: Fachärzte und Psychologische Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung (KBV 2009) sowie gemäß Ärztestatistik der BÄK bzw. der BPtK 2008.

Da im Unterschied zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten in der Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie die Voraussetzungen zur Abrechnung genehmigungspflichtiger gruppentherapeutischer Leistungen erworben werden und Ärzten das gesamte Leistungsspektrum des SGB V offen steht (z. B. EBM 22 222 psychosom.-mediz. Behandlung; Gruppenbehandlung - jedoch derzeit mit niedriger Vergütung), beträgt der Anteil an Gruppenpsychotherapien aller durch Psychologische Psychotherapeuten beantragten Behandlungen nur ca. 1 % (Best 2010). Obwohl jeder fünfte Psychologische Psychotherapeut 2010 eine Abrechnungsgenehmigung für Gruppenpsychotherapie hatte, bot nur ein Drittel tatsächlich Gruppentherapie innerhalb der ambulanten Versorgung an, sodass der Anteil der Gruppentherapie anbietenden Behandler bei allen Psychologischen Psychotherapeuten nur 7 % beträgt (Walendzik et al. 2011).

Studien zum Anteil der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung durch Ärzte im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung gibt es leider bisher wenige, wobei beispielsweise die Studie von Fritzsche et al. (2010) bei der Befragung von 191 Hausärzten eine breite Palette von Interventionen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung erkennen ließ: 49 % führen psychodiagnostische Gespräche, 51 % therapeutische Gespräche, 19 % Entspannungsverfahren, 8 % Paar- und Familientherapie durch. Sie überweisen in ambulante oder stationäre Fachpsychotherapie und vermitteln an Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen. Daneben stellen sie eine „psychosomatische Basisversorgung“ bei chronisch psychosomatisch Erkrankten (z. B. bei Somatisierungsstörungen oder Schmerzpatienten) und eine „psychiatrische Basisversorgung“ bei chronisch psychiatrisch Erkrankten (z. B. langfristig depressiv Erkrankte) sicher.

Im Gutachten „Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der Kassenärztlichen Versorgung in Deutschland“ (Kruse und Herzog 2012) wurden die Anzahl aller Diagnosen, Fälle und Praxen der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (2.385 Praxen), der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (1.955 Praxen), der nervenärztlichen Praxen (1.110), der übrigen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte (2.073) sowie die 13.264 Praxen der Psychologischen Psychotherapeuten gemäß einer Fallerhebung der KBV aus dem Jahr 2008 ausgewertet. In Tab. 4.6 sind die entsprechenden Ergebnisse zusammengestellt. Während Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und psychologische Psychotherapeuten einen annähernd gleichen durchschnittlichen Leistungsbedarf pro Fall aufweisen, behandelt die Gruppe der Psychiater und Nervenärzte eine deutlich höhere Anzahl von Fällen mit einem deutlich geringerem Gesamtleistungs-

bedarf pro Fall bei gleichzeitig deutlich höherem Gesamtleistungsbedarf pro Praxis. Die Kennzahlen bei Nervenärzten weisen auf eine deutlich höhere auch somatische Komorbidität hin (z. B. Anzahl der Diagnosen/Fall).

Behandlergruppe	Anzahl aller Diagnosen	Anzahl Fälle	Gesamt-LB aller Fälle	Anzahl Praxen	Diagnose/Fall	Fälle/Praxis	Gesamt-LB/ Fall
PSM&P	705.625	406.128	3.826.698.559	2.385	1,74	170,3	9.422,4
P&P	6.788.583	2.633.475	6.145.735.742	1.955	2,58	1.347,1	2.333,7
N	12.153.142	4.155.456	6.902.819.198	1.310	2,92	3.172,1	1.661,1
PP	3.263.709	2.482.861	22.671.882.718	13.264	1,31	187,2	9.131,4
ÄZP	546.729	359.616	3.073.067.677	2.073	1,52	173,5	8.545,4

Tab. 4.6: Gesamtleistungsbedarf sowie Anzahl aller Diagnosen, Fälle und Praxen je Behandlergruppe (Vollerhebung der KBV 2008): PSM&P = Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; P&P = Psychiatrie und Psychotherapie; N = Nervenärzte; PP = Psychologische Psychotherapeuten; ÄZP = ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie; Gesamt-LB = Summe des gesamten Leistungsbedarfs (LB) der Fälle in der jeweiligen Behandlergruppe

Eine detaillierte Analyse der Verteilung der Diagnosen über die genannten Behandlergruppen hinweg zeigt die hervorragende Häufigkeit der depressiven Störungen, der Angststörungen und Anpassungsstörungen entsprechend der epidemiologischen Situation, wobei die Gruppe der Nervenärzte sich von den anderen vier Behandlergruppen insbesondere durch den hohen Anteil neurologischer Störungen unterscheidet. Bei den Fachärzten für Psychiatrie umfassen Patienten mit Diagnosen aus den Kapiteln ICD-10: F0 (organisch, einschließlich somatischer, psychischer Störung), F1 (psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanz) und F2 (Schizophrenie, schizotypische und wahnhaftige Störungen) fast 20 % der Fälle, während bei Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gut 20 % der Fälle aus dem Kapitel ICD-10: F43xx (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) kommen (bei den Psychiatern 11,6 % und den Nervenärzten 4 %). Die Diagnose ICD-10: F45xx (somatoforme Störungen) bildet bei Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 8 % (Psychologische Psychotherapeuten 3,4 %) (Kruse und Herzog 2012).

Studien zur ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind vergleichsweise sehr dünn gesät. Nübling et al. (2006) legen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Baden-Württemberg eine durchschnittliche Fallstundenzahl von ca. 40 Stunden (Minimum) im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Richtlinienpsychotherapie durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) zugrunde, die damit fast um die Hälfte kürzer ausfallen als bei Erwachsenen und deutlich kürzer als Literaturangaben aus dem Bereich der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (dort zitiert : insgesamt 70-145 Std.). In einer Modellrechnung unter Einbezug der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater (angenommen: 10 % psychotherapeutischer Tätigkeit), der Erwachsenenpsychotherapeuten mit Behandlungserlaubnis für Jugendliche (angenommen: 30 % für Jugendliche), der psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Kinderärzte, sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Beratungsstellen errechnen sie eine Behandlungskapazität an ambulanter Psychotherapie für etwa 11.000 Fälle pro Jahr. Analog zu Zepf et al. (2003) schlussfolgern die Autoren eine deutliche Unterversorgung.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die Untersuchung der Bertelsmann-Stiftung (2011), die anhand der Daten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und niedergelassene und Kinder- und Jugendpsychiater überdies für die Bundesrepublik eine starke Versorgungsdiskrepanz belegte (vgl. Kap. 3.2.). Diagnosebezogene flächendeckende Studien sind uns nicht bekannt geworden.

5. Bevölkerungsbasierte Erhebung bzgl. des Bekanntheitsgrades psychotherapeutisch Tätiger und deren Aufgabenbereiche

Um der Frage nachzugehen, ob in der Bevölkerung die unterschiedlichen Qualifikationen der psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen und deren Spezialisierungen bekannt sind (s. Punkt 5.2.5 des Antrags zur Expertise), wurde in Kooperation mit der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig eine bevölkerungsbasierte Studie durchgeführt. Diese Arbeitsgruppe unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. E. Brähler führt jährlich solch bevölkerungsbasierte Erhebungen u. a. zur Normierung oder (Re-)Evaluation von Fragebögen durch. Von der diese Expertise tragenden Arbeitsgruppe wurde der im Anhang (Abb. 5.1) einsehbare Fragebogen in dieser im Juli/August 2011 durchgeführten Untersuchung mit insgesamt 23 Fragebögen integriert.

An der Zusammenstellung der Fragebögen zu einem geeigneten Befragungsinstrument beteiligt war als renommiertes Markt-, Meinungs- und Sozialforschungsunternehmen die USUMA GmbH aus Berlin, deren Mitarbeiter im Anschluss (Juli/August 2011) auch die entsprechenden Interviews in Privathaushalten innerhalb Deutschlands durchführten.

5.1 Auswahl der zu befragenden Zielpersonen

Da es in Deutschland kein allgemein zugängliches Verzeichnis aller Privathaushalte oder Personen gibt bzw. entsprechende Daten für Forschungsprojekte dieser Art nicht zur Verfügung stehen, hat der Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V. (ADM) für diesen Zweck eine systematische Auswahl an geographisch und personell umgrenzten Grundgesamtheiten erstellt, die es erlaubt, aus dem Kreis dieser Grundgesamtheiten zufällig ausgewählte Einwohner Deutschlands als repräsentative Stichprobe zu befragen.

Die USUMA GmbH, die Mitglied des ADM ist, stellte diese Auswahl an Grundgesamtheiten bei der hier durchgeführten Untersuchung als Basis für die zu ziehende Stichprobe zur Verfügung. In 2 weiteren Schritten wurden dann zunächst systematisch die Haushalte und nachfolgend die Zielpersonen ermittelt, die letztendlich befragt werden sollten.

Die Auswahl der zu befragenden Haushalte erfolgte mittels eines Random-Route-Verfahrens. Hierbei wurde ein Interviewer ausgehend von einem zufällig festgelegten Ausgangspunkt („Sample Point“) nach einem bestimmten System von Regeln i. S. einer Begehungsanweisung durch die nähere Umgebung gelenkt. Auf seinem Weg notierte der Interviewer jeden 3. Haushalt, bis sich daraus eine Liste von 17 Haushalten ergab, die letztendlich durch ihn befragt werden sollten. Aufgrund dieses Systems wird gewährleistet, dass jeder Haushalt in Deutschland potentiell derselben Wahrscheinlichkeit unterliegt, für die Stichprobe ausgewählt zu werden. Umgekehrt besteht für den Interviewer aufgrund der vorgegebenen Auswahlregeln keine Möglichkeit, Haushalte nach subjektivem Empfinden auszuwählen oder auszuschließen. Institutionelle Haushalte wie Kinderheime, Internate etc. werden bei diesem Verfahren allerdings üblicherweise nicht berücksichtigt, wodurch es zu erheblichen Verzerrungen im Kinder- und Jugendbereich kommen kann, da gerade in solchen Institutionen der Psychotherapiebedarf besonders hoch ist. So kann für diese Altersgruppe der Bedarf an Psychotherapie leicht unterschätzt werden.

Insgesamt gab es im Rahmen dieser Befragung 258 Sample Points in Deutschland mit den oben beschriebenen jeweils 17 aufgelisteten Haushalten, sodass insgesamt 4.386 Haushalte zunächst für die Durchführung der Interviews anvisiert wurden. Die zu befragende, mindestens 14-jährige Zielperson innerhalb des jeweiligen Haushaltes (betrifft nur Mehr-

personen-Haushalte) wurde in einem weiteren Schritt mit Hilfe eines Schwedenschlüssels ermittelt. Dazu wurden die einzelnen Haushaltsmitglieder anhand ihres Alters in eine Rangfolge gebracht, wodurch jeder eine Rangnummer erhielt. Anhand einer vorgegebenen Zufallszahlenreihe wählte der Interviewer dann eine bestimmte Rangnummer bzw. zugehörige Zielperson aus. Dank dieser Vorgehensweise bestand wiederum für jedes Haushaltsmitglied objektiv die Möglichkeit, Zielperson zu werden, allerdings mit proportional abnehmender Wahrscheinlichkeit, je mehr Mitglieder in einem Haushalt leben.

5.2 Durchführung der Befragung

Der bereits erwähnte Gesamtfragebogen mit seinen 23 Instrumenten umfasste 2 Hauptabschnitte: zum einen Fragen bzgl. soziodemographischer Angaben zur Zielperson und deren Haushalt, zum anderen die diversen Fragebögen. Der erste Abschnitt wurde in Form eines Interviews („face to face“) mündlich erhoben. Der zweite Abschnitt, der zum Teil sehr persönliche Angaben abfragt, wurde in Papierform der Zielperson übergeben und von dieser selbstständig schriftlich ausgefüllt. Der jeweilige Interviewer stand währenddessen für Fragen der Zielperson zur Verfügung.

Die Interviews wurden durch 191 erfahrene und geschulte Mitarbeiter der Firma USUMA GmbH durchgeführt. Von den ursprünglich anvisierten 4.386 Haushalten bzw. Zielpersonen fielen insgesamt 1.829 aus verschiedenen Gründen aus (Haushalt nicht angetroffen, Zielperson verweigert Interview, Zielperson längerfristig verreist, Haushalt nicht bewohnt u. a.). Mit den verbliebenen 2.557 Zielpersonen wurden die Interviews durchgeführt. Bei der Auswertung fiel auf, dass 2 Interviews aufgrund zu vieler ausgelassener Antworten im selbstständig auszufüllenden Fragebogenteil nicht auswertbar waren, sodass letztendlich 2.555 Datensätze aus den Interviews zur Verfügung standen.

Die gewonnenen Daten wurden durch diesbezüglich erfahrene Mitarbeiter von USUMA über ein Erfassungsprogramm manuell in eine Datenbank eingegeben, auf Fehler geprüft und bereinigt. Die wegen nicht durchführbarer Interviews in den zufällig ausgewählten Haushalten mögliche Verzerrung sowie wegen unterschiedlicher Haushaltsgrößen uneinheitliche Auswahlwahrscheinlichkeit einzelner Zielpersonen wurden mittels Anpassungs- und Designgewichtungen ausgeglichen, in dem die gewonnenen Daten („Ist-Werte“) mit den Daten des Statistischen Bundesamtes („Soll-Werte“) verglichen und mit einem Gewichtungsfaktor versehen wurden. So erhielt jeder Befragte ein individuelles Gesamtgewicht, mit dem er in die Auswertung des Datensatzes eingeht. Gewichtungsfaktoren dienen dazu, leichte Verzerrungen der Stichprobe an die Daten des Statistischen Bundesamtes anzupassen.

Im Anschluss erhielten die beteiligten Forschungsgruppen Anfang September 2011 die von ihnen beauftragten Datensätze als SPSS-Datei zur weiteren Verwendung.

5.3 Soziodemographische Daten der Befragten

Eine komplette Auflistung sowohl der ungewichteten soziodemographischen Daten aller Befragten als auch begrenzt auf alle Befragten mit deutscher Staatsangehörigkeit findet sich im Anhang (Tabellen 5.1; 5.2; 5.3; 5.4). Nachfolgend werden die Daten zunächst bzgl. unterschiedlicher Themenbereiche beschrieben. Im Kapitel 5.5 folgt die Auswertung der Items.

5.3.1 Geschlecht, Alter und Nationalität der Befragten

Von den insgesamt 2.555 letztendlich in die Auswertung einbezogenen Befragten sind 52 % weiblich. Das Durchschnittsalter beträgt 49 Jahre (M=49; range=14-97; SD=18,2). Die Anteile verschiedener gebildeter Altersgruppen im Geschlechter-Vergleich zeigt Abbildung 5.2.

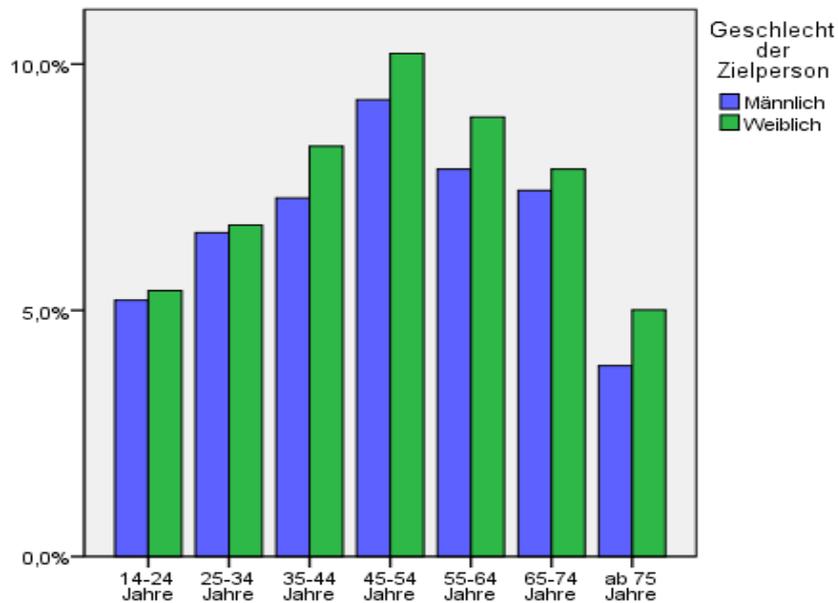


Abb. 5.2: Verteilung im Datensatz bzgl. Alter und Geschlecht (range 14-97 Jahre)

Zwischen den Geschlechtern besteht bzgl. des Alters kein signifikanter Unterschied (Mann-Whitney-U-Tests für unabhängige Stichproben; $p < .05$).

1/5 der Befragten, nämlich 500, lebt in den neuen Bundesländern, während 2.055 Personen aus den alten Bundesländern befragt wurden. Die Verteilung der Geschlechter auf die einzelnen Bundesländer ergibt sich aus Abb. 5.3.

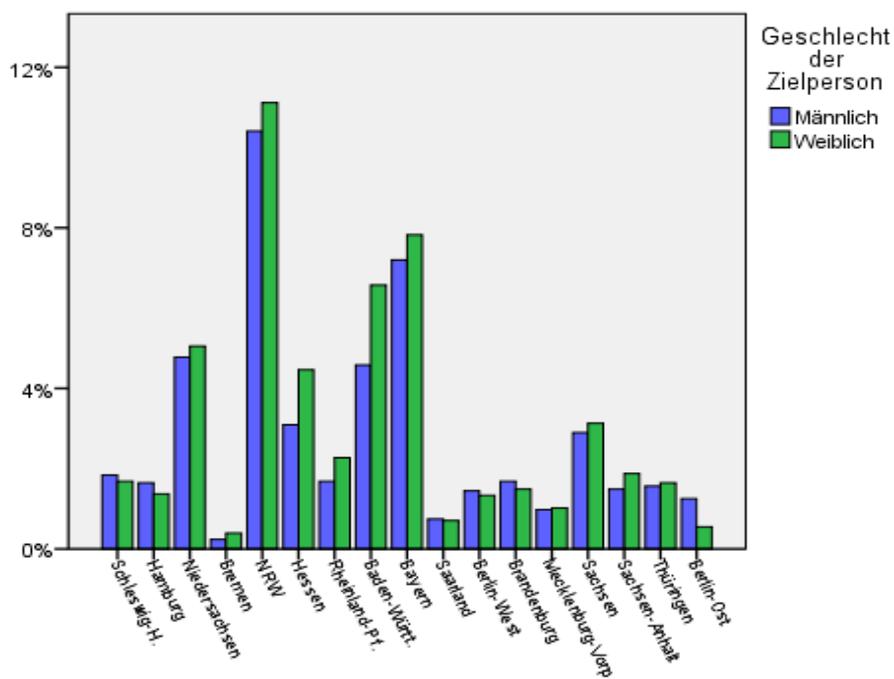


Abb. 5.3: Geschlechter-Verteilung im Datensatz bzgl. einzelner Bundesländer

Der bei Weitem größte Teil der Befragten, nämlich 96 % (n=2.449), hat die deutsche Staatsangehörigkeit; nach den übrigen Nationalitäten wird nicht weiter differenziert. Die Verteilung bzgl. der Altersgruppen, Geschlechter und Nationalität ergibt sich aus den Abbildungen 5.4 und 5.5.

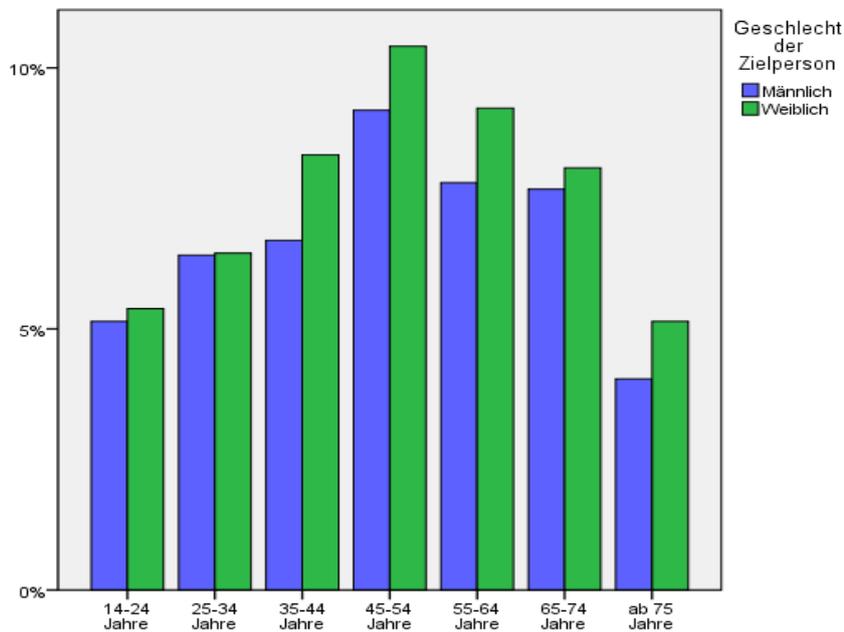


Abb. 5.4: Geschlechter-Verteilung der Befragten mit deutscher Nationalität im Datensatz nach Altersgruppen (n=2.449)

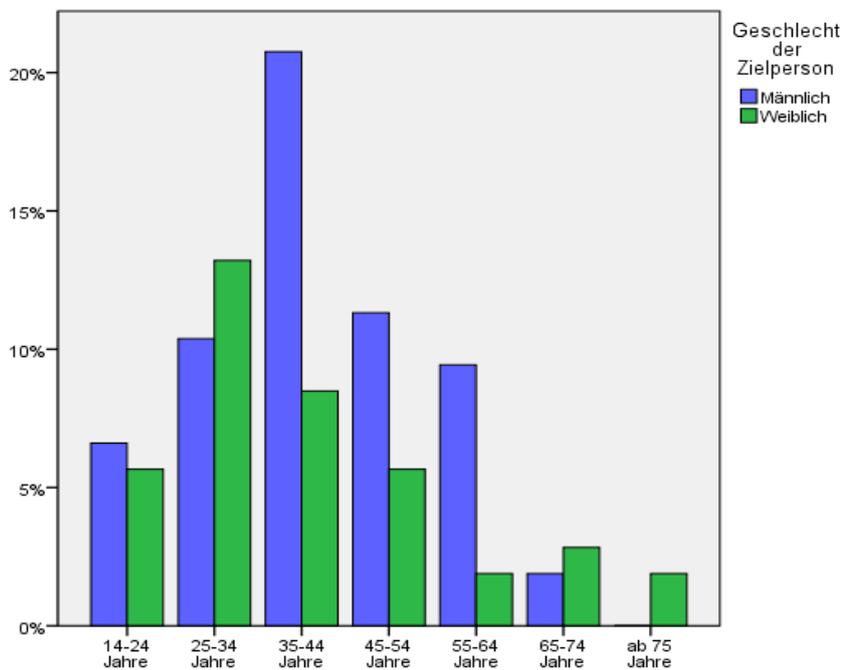


Abb. 5.5: Geschlechter-Verteilung Befragter mit nicht-deutscher Nationalität im Datensatz nach Altersgruppen (n=106)

Wie Abbildung 5.5 bereits vermuten lässt, unterscheiden sich die nicht-deutschen Teilnehmer altersmäßig signifikant von denen mit deutscher Nationalität (T-Test unabhängige Stichproben, $T=6,514$, $p>.001$). Insbesondere in Bezug auf die mittleren Altersgruppen sind deutlich mehr Männer vertreten, wohingegen es keine männlichen Befragten mit nicht-deutscher Nationalität gibt, die älter als 75 Jahre sind.

Über die Gründe hierfür lassen sich nur Mutmaßungen anstellen, da die USUMA GmbH keine detaillierte Analyse der Ausfallzahlen erstellt hat. Denkbar sind z. B. Ablehnung der Befragung aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten insbesondere bei den „Erstgenerationsmigranten“ in dieser Altersgruppe, kein Antreffen der ausgewählten Teilnehmer möglich, erhöhtes Misstrauen bzgl. möglicher Hintergründe der Befragung, subjektive Unkenntnis zum Befragungsgegenstand und daher erhöhte Ablehnung etc.

Von den insgesamt 106 befragten Nicht-Deutschen leben lediglich 2 in den neuen Bundesländern (ca. 2 %).

5.3.2 Familienstand und Lebenssituation der Befragten

Beinahe die Hälfte der Befragten (49 %; $n=1241$) gab an, verheiratet zu sein und mit dem Ehepartner zusammen zu leben. Der Anteil von Männern und Frauen stimmt hierbei überein. Die zweitgrößte Gruppe stellt mit 657 Befragten (26 %) die der Ledigen dar, gefolgt von den Verwitweten und Geschiedenen mit jeweils 308 (12 %). Nur ein geringer Anteil der Befragten ist verheiratet und lebt getrennt vom Ehepartner ($n=41$; 2 %).

Abb. 5.6 veranschaulicht zusätzlich die Geschlechterverteilung der Befragten innerhalb der einzelnen Gruppen.

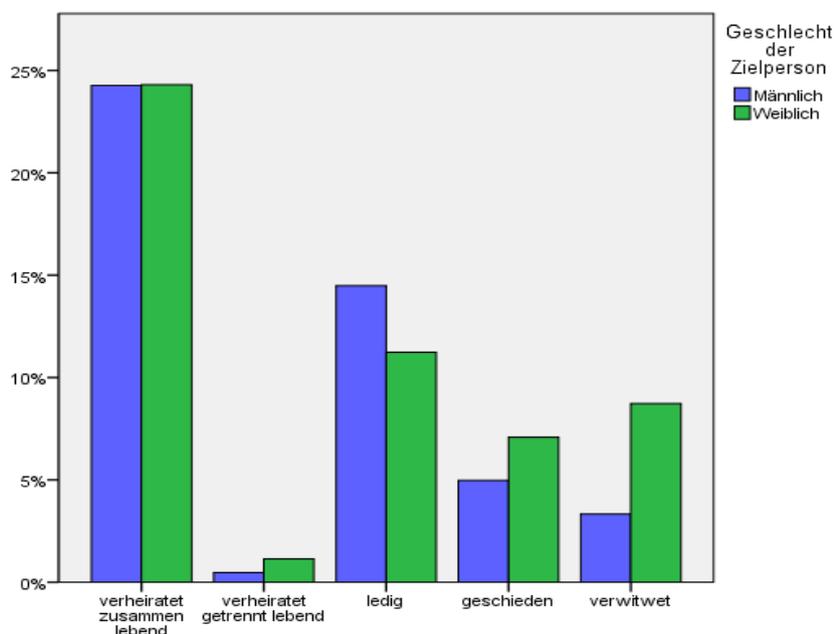


Abb. 5.6: Geschlechter-Verteilung im Datensatz bzgl. Familienstand

Zwischen den Geschlechtern besteht ein signifikanter Unterschied (Chi-Quadrat-Test, Cramer-V: 0,18, $p<.001$), der insbesondere in der Gruppe der Verwitweten begründet ist. Bezüglich dieser Gruppe ist der Altersmittelwert 72 Jahre ($n=308$; range=39-97; $SD=9,2$).

Tabelle 5.5 veranschaulicht die bereits ab dem 55. Lebensjahr einsetzende deutlich höhere Verwitwung der weiblichen Befragten.

Geschlecht der Zielperson	Altersgruppen					Gesamt
	35-44 Jahre	45-54 Jahre	55-64 Jahre	65-74 Jahre	ab 75 Jahre	
männlich	0	5	12	36	32	85
weiblich	1	6	40	82	94	223
Gesamt	1	11	52	118	126	308

Tab. 5.5: Geschlechtsunterschiede im Datensatz bzgl. Alter bei Verwitwung

Unabhängig vom Familienstand leben etwas mehr als die Hälfte der Befragten (n=1.442; 57 %), Männer und Frauen etwa zu gleichen Teilen, mit einem Partner zusammen.

864 (34 %) Befragte gaben an, als einzige Person im Haushalt zu leben. Die meisten Befragten (n=1.025; 40 %) leben in einem 2-Personen-Haushalt. Auch 3-Personen-Haushalte sind mit 13 % (n=331) noch relativ häufig vertreten; die übrigen 13 % verteilen sich abnehmend auf 4- bis 8-Personen-Haushalte. Die durchschnittliche Haushaltsgröße der Interviewten beträgt 2,08 Personen pro Haushalt.

5.3.3 Bildungsniveau und Erwerbstätigkeit der Befragten

Ein geringer Anteil der Befragten gab an, über keinen Schulabschluss zu verfügen (n=62; 2 %) bzw. noch die Schule zu besuchen (n=67; 3 %). Die meisten Befragten schlossen mit einem Haupt-/Volksschulabschluss ab (n=993; 39 %), relativ dicht gefolgt vom Realschulabschluss (n=743; 29 %), jeweils etwas mehr Frauen als Männer. Über ein abgeschlossenes Universitäts-/Hochschul- oder Fachhochschul-Studium verfügen 203 der Befragten (8 %). Einen genaueren Überblick über die Geschlechtsunterschiede bzgl. der Schulabschlüsse liefert Abbildung 5.7.

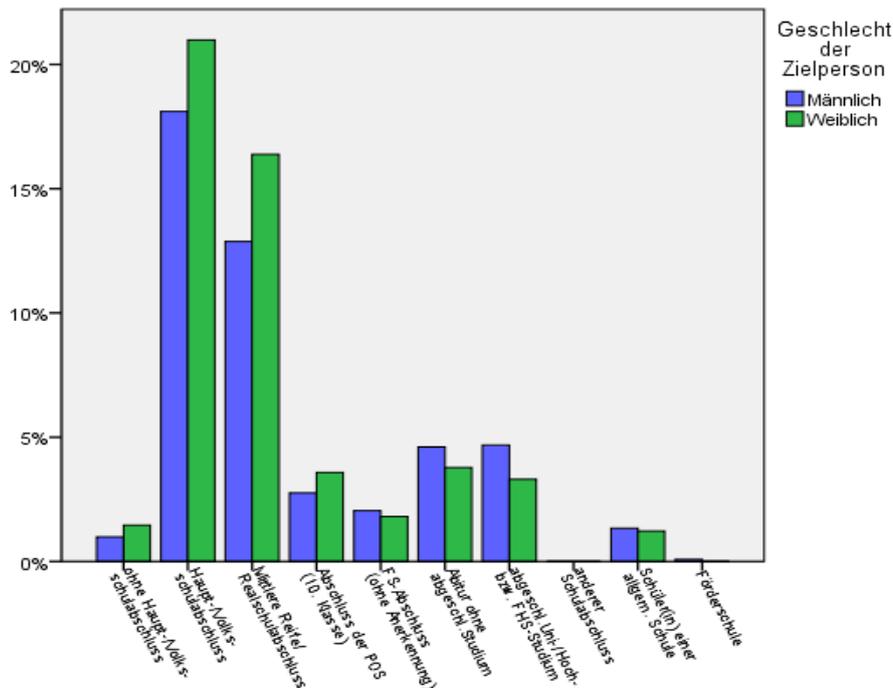


Abb. 5.7: Geschlechter-Vergleich im Datensatz bzgl. der Schulabschlüsse

2.306 Befragte erteilten Auskunft zu ihrer aktuellen bzw. letzten beruflichen Tätigkeit. Mit Abstand der größte Teil von ihnen gab an, beruflich selbstständig tätig (gewesen) zu sein (n=1.208; 52 %). Die nächstgrößere Gruppe bilden die Angestellten mit 745 Befragten (32 %). Weit geringer sind mit 133 Befragten (6 %) die Arbeiter repräsentiert. Die restlichen Gruppen (91 Beamte, 86 Freiberufler, 2 Facharbeiter) sind nur mit jeweils unter 4 % vertreten. 41 Befragte waren noch nie berufstätig. Abbildung 5.8 zeigt die Verteilung der Geschlechter innerhalb der verschiedenen beruflichen Tätigkeiten und insbesondere eine genauere Differenzierung der selbstständig Tätigen.

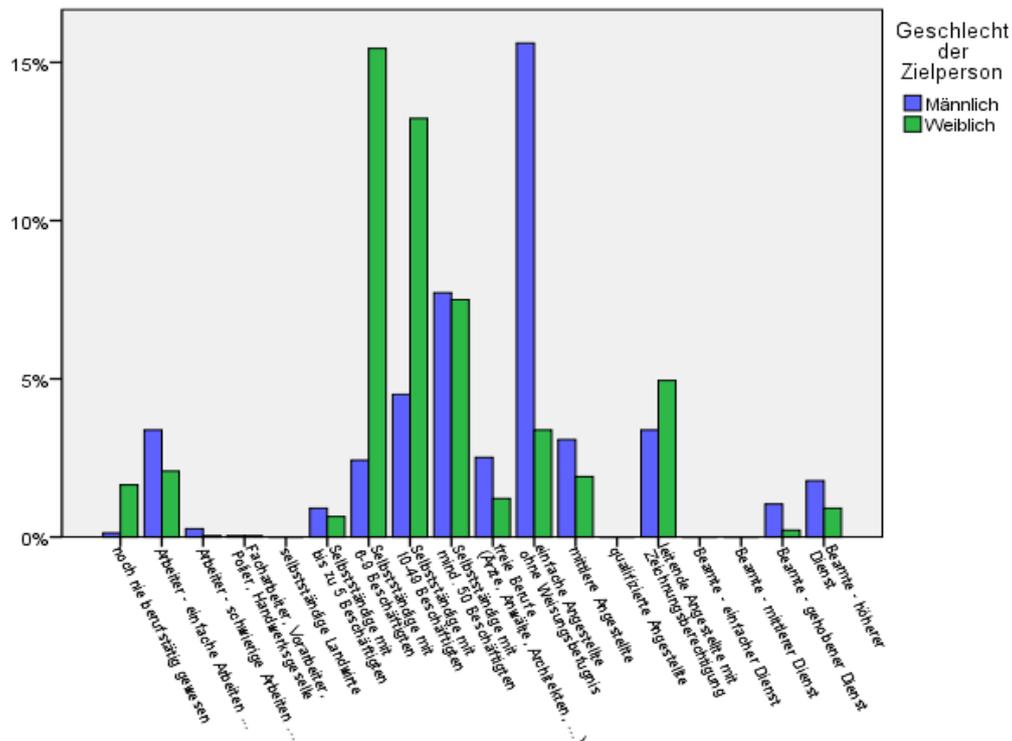


Abb. 5.8: Geschlechter-Verteilung im Datensatz bzgl. aktueller/letzter beruflicher Tätigkeit

Bzgl. der Form der Erwerbstätigkeit überwiegt die Vollzeit-Beschäftigung mit mindestens 35 Stunden/Woche bei 993 Befragten (39 %). Männer sind hierbei deutlich häufiger vertreten als Frauen. Eine ebenfalls größere Gruppe stellen mit 784 Personen (31 %) die Rentner/Pensionäre dar. Eine weitaus geringere Anzahl der Befragten ist in Teilzeit beschäftigt (n=195; 8 %) oder gar nicht berufstätig (n=110; 4 %), wobei in den beiden letztgenannten Gruppen die Frauen deutlich überwiegen. Abbildung 5.9 zeigt die Geschlechterverteilung in Bezug auf die verschiedenen Beschäftigungsformen.

Die Mehrheit der Befragten (n=1.887; 76 %) gab demzufolge ein Haushaltseinkommen von mindestens 1.250 €/Monat an, wobei in diesen Haushalten in den meisten Fällen (n=1.200; 64 %) mindestens 2 Verdienende leben. Bei der kleinen Gruppe der unter 750 €/Monat Verdienenden (n=135; 5 %) bestehen die Haushalte überwiegend (99 %) aus nur dieser einen verdienenden Person.

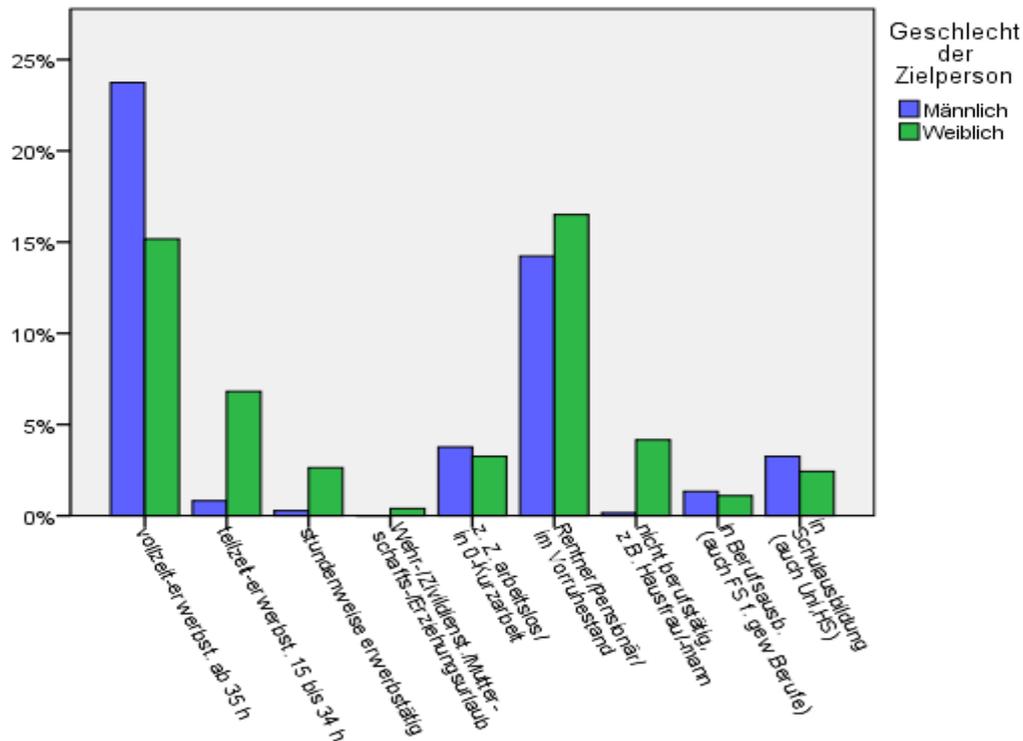


Abb. 5.9: Geschlechter-Verteilung im Datensatz bzgl. Erwerbstätigkeitsformen

5.3.4 Konfession

Bezogen auf die Religion gaben 77 % der Befragten an, einer christlichen oder sonstigen, nicht näher beschriebenen Konfession anzugehören. Tab. 5.6 zeigt die Geschlechterverteilung bzgl. Religionszugehörigkeit der Befragten.

Religion	Geschlecht				Gesamt	
	männlich		weiblich			
Evangelisch	450	18 %	552	22 %	1.002	40 %
Katholisch	376	15 %	468	19 %	844	34 %
andere Konfess./Religion	49	2 %	32	1 %	81	3 %
keine Konfession	317	13 %	255	10 %	572	23 %
Gesamt	1.192	48 %	1.307	52 %	2.499	100 %

Tab. 5.6: Geschlechter-Verteilung im Datensatz bzgl. Religionszugehörigkeit

5.4 Fragebogen

Ziel der Befragung im Hinblick auf die vorliegende Expertise war die Erhebung von Daten in der Allgemeinbevölkerung bzgl. deren Kenntnisse über diverse therapeutische Berufsgruppen. In den Fragebögen, die den Mitarbeitern der USUMA GmbH als Interviewgrundlage zur Verfügung stand, wurden dazu von unserer Studiengruppe insgesamt 20 geschlossene Fragen integriert, die sich auf Psychotherapie-Erfahrungen sowie Präferenzen und Kenntnisse im Hinblick auf Berufsgruppen der ärztlichen und psychologischen Versorgung beziehen (Fragebogen s. Anhang, Abb. 5.1).

In den **ersten beiden Fragen (I1, I2)** geht es um Erfahrungen mit der Konsultation eines Arztes bzw. eines Psychologen bei bestehenden psychischen oder psychosomatischen Beschwerden. Beide Fragen sind mit einer kategorialen Antwortskala versehen („ja“, „nein“, „weiß nicht“).

Die **Fragen I3 und I4**, ebenfalls mit „ja“, „nein“ oder „weiß nicht“ zu beantworten, zielen auf konkrete Erfahrungen mit ambulanter bzw. stationärer Psychotherapie ab. Bei Bestätigung einer absolvierten stationären Behandlung ist in **Frage I5** noch die Art der Klinik zu nennen. Hier stehen 3 verschiedene Klinikbezeichnungen („psychosomatisch“, „psychiatrisch“ und „psychosomatische Kur- bzw. Rehabilitationsklinik“) zur Auswahl. Anhand einer dichotomen Antwortskala ist anzugeben, ob dort die Behandlung stattgefunden hat, und zusätzlich, ob die Behandlung innerhalb der letzten 6 Jahre war.

Bei einer Verneinung oder indifferenten Beantwortung von Frage I4 folgt direkt die **Frage I6**. Diese ist darauf ausgerichtet, ob sich die Zielperson bei bestehendem Bedarf an einer psychotherapeutischen Behandlung eher an einen Arzt oder Psychologen wenden würde. Alternativ stehen die untendenziösen Antwortmöglichkeiten „keine Präferenz“ und „weiß nicht“ zur Auswahl.

In den **folgenden 8 Fragen (I7-I13 und J1)** wird mit jeweils denselben 7 Antwortalternativen abgefragt, bei wem sich die Zielperson bei bestehenden psychischen Erkrankungen oder Problemen Hilfe suchen würde. Hier sind jeweils Mehrfachantworten erlaubt. Zur Auswahl stehen als in Frage kommende Helferberufe „Hausarzt“, „Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“, „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“, „Sozialarbeiter/ Beratungsstelle“, „Pfarrer“ und „Heilpraktiker“. Darüber hinaus besteht jeweils die Möglichkeit, „niemanden“ auszuwählen sowie unentschieden zu bleiben („weiß nicht“). Die psychischen Erkrankungen und Probleme, die abgefragt werden, sind - in dieser Reihenfolge - Depressionen, starke Ängste, Essstörungen, Schmerzen ohne organische Erklärung, Burn-Out, körperliche Erkrankungen mit seelischer Krise und psychosomatische Beschwerden. In **Frage J1** wird mit denselben Antwortmöglichkeiten allgemein das Hilfesuchverhalten bei „psychischen Erkrankungen“ behandelt.

Bei **Frage J2** soll die Zielperson einschätzen, ob Psychotherapie eine wirksame Behandlungsmethode in der medizinischen Versorgung ist. Neben kategorialer Zustimmung und Ablehnung ist auch wiederum die wertneutrale Variante „weiß nicht“ als Antwort möglich.

Die **Fragen J3 und J4** beziehen sich auf Einschätzungen bzgl. der Finanzierung einer Psychotherapie. Zunächst (J3) soll die Zielperson kategorial angeben, ob sie Kenntnisse über die Möglichkeit einer Kostenübernahme durch die Krankenkasse hat („ja“, „nein“, „weiß nicht“). Im Anschluss (J4) wird die Zielperson aufgefordert, anhand einer Ergänzungsoption mitzuteilen, ab und bis zu welchem Alter ihrer Meinung nach die Krankenkasse eine psychotherapeutische Behandlung bezahlt oder ob es keine Altersbegrenzungen gibt. Auch hier besteht als vierte Option die Möglichkeit, mit „weiß nicht“ zu antworten.

Die **Frage J5** ermittelt Kenntnisse dazu, welche der dort genannten 5 Berufsgruppen Psychotherapie anbieten. Zur Auswahl stehen „Hausarzt“, „jeder Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie“, „Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“, „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ und „Psychologischer Psychotherapeut“. Mehrfachnennungen sind erlaubt. Darüber hinaus kann die Zielperson „niemanden“ auswählen oder indifferent („weiß nicht“) bleiben.

In **Frage J6** soll die Zielperson entscheiden, ob ihrer Meinung nach ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten die höhere psychotherapeutische Kompetenz haben. Als 3. Antwortmöglichkeit steht „weiß nicht/unbekannt“ zur Verfügung.

Die 20. und für die vorliegende Expertise letzte relevante **Frage J7** stellt wiederum 7 verschiedene Helferberufe zur Auswahl: „Hausarzt“, „Kinderarzt“, „Kinder- und Jugendpsychiater“, „Erziehungsberatungsstelle“, „Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut“, „Heilpraktiker“ und „andere (z. B. Schulpsychologen)“. Diesmal soll die Zielperson entscheiden, wer von ihnen für die Behandlung ihres eigenen Kindes oder dem von Freunden am ehesten in Frage käme. Auch hier ist eine Mehrfachauswahl vorgesehen. Neben den speziellen Berufsgruppen kann die Zielperson wiederum „niemanden/keinen“ oder „weiß nicht“ wählen.

5.5 Ergebnisse der Befragung

5.5.1 Bisherige Psychotherapieerfahrung

Der Großteil der Befragten hat sich wegen psychischer oder psychosomatischer Beschwerden noch nie an einen Arzt gewandt (n=2.202; 86 %). Noch weniger wandten sich an einen Psychologen (n=2.298; 90 %). Allerdings hat nur ein geringer Anteil (n=66; 3 %) die Fragen gar nicht bzw. mit „weiß nicht“ beantwortet. Aufgrund der Fragestellung kann nicht entschieden werden, ob die Befragten mit verneinenden oder unentschiedenen Antworten noch nie unter derartigen Beschwerden gelitten oder sich bisher keine hier erfragte Hilfe gesucht haben, oder ob aus anderen Gründen (Scham, Persönlichkeitschutz) nicht geantwortet wurde.

Die Befragten, die **Frage I1** („Haben Sie sich wegen psychischer oder psychosomatischer Beschwerden schon einmal an einen Arzt gewandt?“) mit „ja“ beantwortet haben, waren eher Frauen (Chi-Quadrat-Test, Cramer-V: 0,12; p<.001) (Tab. 5.7). Innerhalb der Gruppe der Arztaufsuchenden handelt es sich sogar um doppelt so viele Frauen wie Männer (15,8 % vs. 8,8 %); bezogen auf die Gesamtzahl fällt diese Unterscheidung allerdings weniger ins Gewicht, da ohnehin mehr Frauen an der Befragung teilgenommen haben und ebenfalls viele von ihnen mit „nein“ geantwortet haben.

			wegen psych./psychosomat. Beschwerden an Arzt gewandt?			Gesamt
			Ja	Nein	Weiß nicht	
Geschlecht der Zielperson	Männlich	Anzahl	107	1083	23	1213
		Erwartete Anzahl*	151,6	1046,2	15,2	1213
		% innerh. von Geschlecht	8,8 %	89,3 %	1,9 %	100 %
		% der Gesamtzahl	4,2 %	42,4 %	0,9 %	47,5 %
	Weiblich	Anzahl	212	1119	9	1340
		Erwartete Anzahl*	167,4	1155,8	16,8	1340
		% innerh. von Geschlecht	15,8 %	83,5 %	0,7 %	100 %
		% der Gesamtzahl	8,3 %	43,8 %	0,4 %	52,5 %
Gesamt	Anzahl	319	2202	32	2553	
	Erwartete Anzahl*	319	2202	32	2553	
	% innerh. von Geschlecht	12,5 %	86,3 %	1,3 %	100 %	
	% der Gesamtzahl	12,5 %	86,3 %	1,3 %	100 %	

*Erwartete Anzahl: Wert, der sich bei völliger Unabhängigkeit der Variablen ergeben würde

Tab. 5.7: Anteile beider Geschlechter bzgl. Konsultation von Ärzten wegen psychischer/psychosomatischer Beschwerden

Bzgl. ihres Familienstandes handelte es sich hierbei signifikant häufiger als erwartet um geschiedene Frauen, um Verheiratete dagegen seltener (Chi-Quadrat-Test, Cramer-V: 0,11; $p < .005$). Bei Männern zeigte sich dieser Trend zwar auch, allerdings in keinem signifikanten Ausmaß.

Ein weiterer Zusammenhang zeigte sich in Bezug auf Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitsplatzbedrohung; die entsprechenden Teilnehmer wandten sich signifikant häufiger an einen Arzt als die Teilnehmer, die ihren Arbeitsplatz als nicht in Gefahr einschätzten (Chi-Quadrat-Test, Cramer-V: 0,12; $p < .001$).

Auch das Bundesland, in dem die Befragten wohnen, spielt offenbar eine (kleine) Rolle: in Hamburg, Hessen und Berlin-Ost haben sich etwas mehr Personen als erwartet wegen psychischer bzw. psychosomatischer Beschwerden bereits an einen Arzt gewandt, dagegen in Niedersachsen, NRW, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt weniger als erwartet (Chi-Quadrat-Test, Cramer-V: 0,12; $p < .001$).

Die Prüfung auf sonstige auffällige Gemeinsamkeiten in Bezug auf die soziodemographischen Daten der Befragten (Nationalität, Alter, Tätigkeitsgruppe, Familienstand, Partnerschaft, Religion, Ost/West-Vergleich, Stadt/Land-Vergleich) ergab keinerlei signifikante Hinweise. Diese Antworthäufigkeiten könnten u. a. auch mit der ungleichen regionalen Verteilung der niedergelassenen psychotherapeutisch tätigen Ärzte zusammenhängen (vgl. Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U, Hrsg. Robert-Koch-Institut: Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 41. Berlin 2008).

Die **Frage I2** (**“Haben Sie sich wegen psychischer oder psychosomatischer Beschwerden schon einmal an einen Psychologen gewandt?“**) wurde ebenfalls signifikant häufiger von Frauen mit „ja“ beantwortet (Chi-Quadrat-Test, Cramer-V: 0,11; $p < .001$); s. **Tab. 5.8**. Auch hier waren es im Vergleich zu Psychologen aufsuchenden Männern mehr als doppelt so viele Frauen (11,7 % vs. 5,7 %). In Bezug auf die Gesamtzahlen fällt der Zusammenhang von Psychologen-Aufsuchenden mit dem Geschlecht allerdings ebenfalls weniger ins Gewicht, da auch mehr Frauen als Männer Psychologen eben nicht aufsuchen.

		wegen psych./psychosomat. Beschwerden an Psychologen gewandt?			gesamt	
		ja	nein	weiß nicht		
Geschlecht der Zielperson	Männlich	Anzahl	69	1122	18	1209
		Erwartete Anzahl*	106,8	1090,4	11,9	1209
		% innerh. von Geschlecht	5,7 %	92,8 %	1,5 %	100 %
		% der Gesamtzahl	2,7 %	44 %	0,7 %	47,4 %
	Weiblich	Anzahl	156	1176	7	1339
		Erwartete Anzahl*	118,2	1207,6	13,1	1339
		% innerh. von Geschlecht	11,7 %	87,8 %	0,5 %	100 %
		% der Gesamtzahl	6,1 %	46,2 %	0,3 %	52,6 %
Gesamt	Anzahl	225	2298	25	2548	
	Erwartete Anzahl*	225	2298	25	2548	
	% innerh. von Geschlecht	8,8 %	90,2 %	1 %	100 %	
	% der Gesamtzahl	8,8 %	90,2 %	1 %	100 %	

*Erwartete Anzahl: Wert, der sich bei völliger Unabhängigkeit der Variablen ergeben würde

Tab. 5.8: Anteile beider Geschlechter bzgl. Konsultation von Psychologen wegen psychischer/psychosomatischer Beschwerden

Die Unterschiede bzgl. der Bundesländer zeigten sich ebenfalls: in Berlin-Ost, Sachsen, Baden-Württemberg, Bremen und insbesondere Hessen hatten sich etwas mehr Befragte als erwartet an einen Psychologen gewandt, dagegen in Niedersachsen, NRW und Bayern weniger (Chi-Quadrat-Test, Cramer-V: 0,13; $p < .001$).

Auch hier ergaben allerdings die weiteren durchgeführten Chi-Quadrat-Tests keine signifikanten Hinweise auf auffällige Gemeinsamkeiten unter den Befragten.

Wie nach dem Ergebnis aus Fragen I1 und I2 zu erwarten, war gemäß **Frage I3** (**“Sind oder waren Sie schon einmal in einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung?”**) ein ebenfalls geringer Prozentsatz bisher in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung ($n=174$; 7 %). Auffallend im Vergleich zu den beiden vorhergehenden Fragestellungen ist hier der relativ hohe Anteil verweigerter Antworten ($n=103$; 4 %).

Gemeinsamkeiten innerhalb der Gruppe derjenigen, die bereits in psychotherapeutischer Behandlung waren, liegen am ehesten im Bundesland (Chi-Quadrat-Test, Cramer-V: 0,15; $p < .001$). In Hessen und Berlin-Ost war die Zahl derjenigen, die mit „Ja“ geantwortet haben, größer als erwartet, in NRW und Bayern dagegen niedriger. Zwar haben ungefähr doppelt so viele Frauen wie Männer ($n=118$; 68 %) angegeben, eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen zu haben, da aber der Anteil von Frauen innerhalb der Befragung ohnehin größer ist, reicht dieser Unterschied nicht aus, um zumindest einen schwachen signifikanten Zusammenhang zu belegen (Chi-Quadrat-Test, Cramer-V $< 0,10$; $p < .001$).

Beinahe halb so viele Befragte, die bereits eine ambulante Behandlung wahrgenommen haben, gaben an, in stationärer psychotherapeutischer Behandlung (**Frage I4**) gewesen zu sein ($n=81$; 3 %). Es handelt sich ausschließlich um Deutsche, in 69 Fällen um Personen, die auch eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen haben. Hier ist der Anteil verweigerter Antworten verschwindend gering ($n=6$; 0,2 %).

Die Form der stationären Behandlung (**Frage I5**) fand etwa gleich häufig in allen 3 genannten Klinikarten (psychosomatisch: $n=35$; 43 %; psychiatrisch: $n=31$; 38 %; Kur-/Reha-Klinik: $n=35$; 43 %) statt. An den Prozentzahlen ist bereits erkennbar, dass es Überschneidungen gab; so wurden in 6 Fällen die Befragten sowohl in psychosomatischen als auch in psychiatrischen Kliniken behandelt, in 9 Fällen in psychiatrischen und Kur-/Reha-Kliniken und in 15 Fällen sowohl in psychosomatischen als auch Kur-/Reha-Kliniken. 3 Interviewte gaben eine Behandlung in allen 3 Klinikarten an. Ungefähr jeweils die Hälfte der Behandlungen hat nach Angabe der Interviewten innerhalb der letzten 6 Jahre stattgefunden.

5.5.2 Präferenzen hinsichtlich des Grundberufes

Im Hinblick auf präferierte Grundberufe des psychotherapeutischen Behandlers in **Frage I6** (**“Wenn Sie eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen würden, hätten Sie Präferenzen hinsichtlich des Grundberufs Ihres Psychotherapeuten?”**) ergab sich eine häufigere Nennung der ärztlichen Psychotherapie ($n=583$; 23 %) als der psychologischen Psychotherapie ($n=405$; 16 %). Ein noch höherer Anteil der Befragten, nämlich jeweils fast ein Drittel, war sich unsicher ($n=792$; 31 %) oder bevorzugte keinen der beiden genannten Grundberufe ($n=719$; 28 %).

Die Ärzte präferierenden Befragten hatten in einigen Fällen tatsächlich schon Erfahrung mit Psychotherapie gemacht, sich nämlich entweder wegen psychischer/psychosomatischer Beschwerden an einen Arzt (n=101; 17 %) bzw. Psychologen (n=63; 11 %) gewandt, 57 (10 %) davon an beide. Lediglich 6 Personen (1 %) waren bisher wegen Beschwerden bei einem Psychologen, würden aber einen Arzt im Grundberuf präferieren.

Bei den Psychologen präferierenden Befragten waren es 90 (22 %), die sich wegen psychischer/psychosomatischer Beschwerden an einen Arzt gewandt hatten sowie 80 (20 %) an einen Psychologen, darunter 77 (19 %) an beide. Hier hatten 13 Personen (3 %) einen Arzt wegen Beschwerden konsultiert, würden aber einen Psychologen im Grundberuf bevorzugen.

Dieses Ergebnis lässt darauf schließen, dass der größte Teil der Psychologen präferierenden Befragten Erfahrungen sowohl mit Psychologen als auch Ärzten gemacht hat und nachfolgend Psychologen im Grundberuf bevorzugen würde, also offenbar zufrieden mit der Behandlung war. Umgekehrt hat nur ungefähr die Hälfte der Ärzte präferierenden Personen Erfahrung auch mit Psychologen gemacht, die andere Hälfte hat für ihre Einschätzung bisher keine Vergleichsgrundlage. Tiefergehende Rückschlüsse auf die Gründe für die Präferenz lässt die Fragestellung nicht zu.

Wesentlich größer war aber hier, wie oben bereits erwähnt, die Anzahl derjenigen, die keine Berufsgruppe präferieren (n=719; 28 %). Auch hier gab es bereits Erfahrungen mit Ärzten (n=81; 11 %) und Psychologen (n=57; 9 %), die wegen psychischer/psychosomatischer Beschwerden aufgesucht wurden, darunter 54 (8 %) Personen, die sich an beide gewandt hatten. Somit war ein Großteil derjenigen erfahrenen Personen mit beiden Berufsgruppen gleich zufrieden.

Fast ein Drittel der Befragten, 792 (31 %), war sich unschlüssig, ob sie jemanden bzw. wen sie bevorzugen würden. Im Vergleich zu den oben beschriebenen Personengruppen lagen hier bisher wenig tatsächliche Erfahrungen mit Psychotherapie vor; so hatten sich bisher nur 39 Personen (5 %) wegen psychischer/psychosomatischer Beschwerden an einen Arzt gewandt und 22 (3 %) an einen Psychologen, darunter 19 (2 %) an beide Berufsgruppen.

Diese 792 Befragten haben also offenbar bisher wenige Berührungspunkte mit Psychotherapie gehabt. Unter ihnen waren relativ gesehen auffallend viele mit nicht-deutscher Nationalität (n=44), in Bezug auf die insgesamt 106 nicht-deutschen Teilnehmer der Befragung handelt es sich hierbei beinahe um die Hälfte. Im Vergleich zu den Ärzte präferierenden Personen waren darunter nur 19, unter den Psychologen Präferierenden ebenfalls 19 und präferenzlos 23 Nicht-Deutsche, somit jeweils ungefähr ein Fünftel. Des Weiteren befanden sich unter den Unschlüssigen auffallend mehr Männer (n=427; 54 %) im Vergleich zu den Ärzte Bevorzugenden (n=274; 47 %), Psychologen Bevorzugenden (n=153; 38 %) und Präferenzlosen (n=347; 48 %).

Betrachtet man die Präferenzen innerhalb verschiedener Altersgruppen (Abb. 5.10), so fällt auf, dass innerhalb der Gruppe der 14-30-Jährigen kaum ein Unterschied besteht, Ärztlicher und Psychologischer Psychotherapeut werden in etwa gleich bewertet. In der mittleren Gruppe (31-60 Jahre) zeigt sich bereits eine leichte Tendenz zum Ärztlichen Psychotherapeuten, die in der ältesten Gruppe (ab 61 Jahre) sehr deutlich hervortritt. Es ergibt sich hier ein signifikanter Unterschied bzgl. der Präferenzen zwischen den Altersgruppen (Chi-Quadrat-Test; Cramer-V=.077; p<.001).

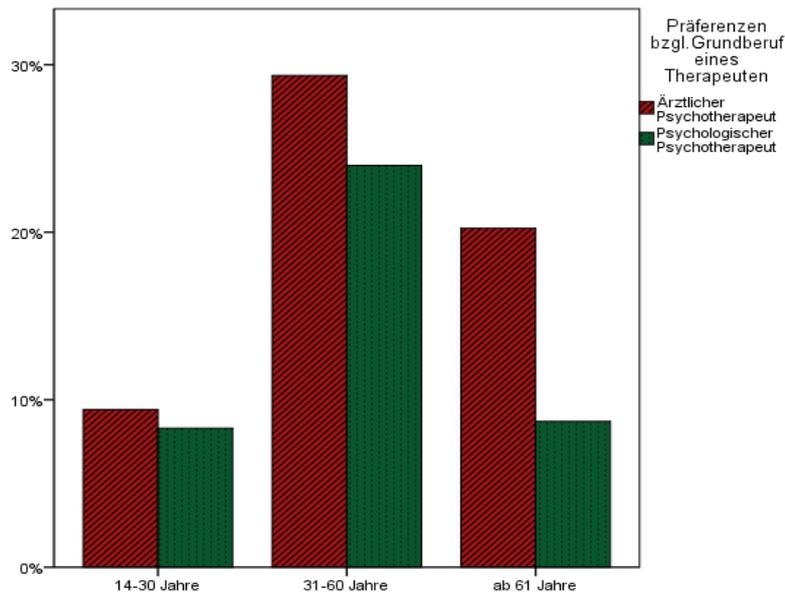


Abb. 5.10: Präferenzen bzgl. des Grundberufes eines Psychotherapeuten in verschiedenen Altersgruppen

5.5.3 Ansprechpartner bei diversen Beschwerdebildern

Erfreulich wenig Befragte (jeweils zwischen $n=12$ und $n=23$; 0,5-0,9 %) ließen eine Beantwortung der **Fragen I7-I13** aus. Bei den übrigen Antwortenden sticht jeweils der Hausarzt mit großem Abstand als meistgenannter Ansprechpartner für alle 7 hier aufgeführten Beschwerdebilder heraus; dabei würden sich nicht nur die meisten Personen an ihn wenden, sondern auch der größte Teil *ausschließlich* an ihn (Mehrfachauswahl möglich). - Ähnliche Ergebnisse ergab die Datenerfassung der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, wo sich zeigte dass Ärzte in Hausarztfunktion die primären Ansprechpartner waren (Fegert et al. 2011).

Insbesondere bei Schmerzen, körperlichen Erkrankungen mit seelischer Krise, psychosomatischen Beschwerden und Essstörungen würde sich der größte Teil der Befragten an den Hausarzt wenden. Nach dem Hausarzt am häufigsten genannt wurde der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die meisten Personen würden sich wegen psychosomatischer Beschwerden an ihn wenden, ähnlich viele wegen beruflicher Überlastung, Depressionen und starker Ängste. Auf dem 3. Platz der ausgewählten Ansprechpartner finden sich die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die am ehesten bei starken Ängsten, Depressionen und beruflicher Überlastung aufgesucht werden würden. Die Psychologischen Psychotherapeuten rangieren auf Platz 4; im Binnenvergleich aller Störungsbilder würden sie in Bezug auf starke Ängste, Depressionen und berufliche Überlastung am ehesten in Anspruch genommen werden.

Lässt man die ohnehin relativ selten genannten Beratungsstellen, Pfarrer und Heilpraktiker unberücksichtigt, zeigt sich gleichbleibend unter den genannten Hausärzten, Fachärzten und Psychologischen Psychotherapeuten dieselbe Rangfolge bzgl. aller 7 Beschwerdebilder. Die Fragestellung erlaubt allerdings keinerlei Aussage über die Reihenfolge des Aufsuchens der verschiedenen Berufsgruppen.

Die übrigen aufgeführten Ansprechpartner wie Beratungsstellen, Pfarrer und Heilpraktiker werden jeweils bei Weitem seltener als alle anderen genannt, zumeist bleiben die Zahlen unter 100 (< 4 %), mit einigen Ausnahmen: Heilpraktiker werden auffallend häufiger als bei anderen Beschwerdebildern bei psychosomatischen Beschwerden, Schmerzen und körperlichen Erkrankungen mit seelischer Krise aufgesucht. Bei Letzteren sind auch Beratungsstellen auffallend häufig genannt. Pfarrer spielen bei allen Antworten eine untergeordnete Rolle (jeweils zwischen 0,4 und 1,8 %), lediglich ebenfalls bei den „körperlichen Erkrankungen (wie z. B. Krebs) mit seelischer Krise“ kommen sie über 70 Nennungen (3 %) hinaus. Womöglich spielt die hier im Gegensatz zu den anderen genannten Störungsbildern reale Todesnähe eine größere Rolle, eventuell verbunden mit dem Wunsch, in der Religiosität Zuflucht zu finden?

Eine Auflistung der ausgewählten Ansprechpartner bei den vorgegebenen Diagnose- bzw. Störungsgruppen findet sich in Tabellen 5.9-5.15.

5.5.3.1 Ansprechpartner bei Depressionen

Bei depressiven Störungen ist der Hausarzt nicht nur der bevorzugte Ansprechpartner (Tab. 5.9). In 847 Fällen (39 %) würden sich die Befragten sogar *ausschließlich* an den Hausarzt wenden. Häufig genannte Kombinationen waren Hausarzt und FA für Psychosomatik und Psychotherapie (n=169; 8 %), Hausarzt und FA für Psychiatrie und Psychotherapie (n=136; 6 %) und Hausarzt und Psychologischer Psychotherapeut (n=68; 3 %). Ausschließlich einen Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie würden 198 (9 %) Befragte zu Rate ziehen, ähnlich viele (n=187; 9 %) einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Die Psychologischen Psychotherapeuten finden sich auch hier auf Rang 4 mit 109 Befragten (5 %), und vereinzelt Befragte würden sich ausschließlich an eine Beratungsstelle, Pfarrer oder Heilpraktiker wenden (jeweils <1 %).

Frage I7: Wenn Sie unter Depressionen leiden würden, an wen würden Sie sich wenden?		
Auswahl (Mehrfachantworten möglich)	Nennungen insgesamt	% (von N=2.189)
Hausarzt	1.438	66
FA für Psychosomatik und Psychotherapie	650	30
FA für Psychiatrie und Psychotherapie	603	28
Psychologischer Psychotherapeut	388	18
Sozialarbeiter/Beratungsstelle	80	4
Pfarrer	33	2
Heilpraktiker	88	4
Gesamt	3.280	
Durchschnittliche Anzahl an Nennungen pro Interviewtem	3.280 / 2.189 = 1,5; Min: 1; Max: 5	

Tab. 5.9: Auswahl bevorzugter Ansprechpartner bei Depressionen

5.5.3.2 Ansprechpartner bei starken Ängsten

Die verhältnismäßig meisten Nennungen der Psychologischen Psychotherapeuten im Binnenvergleich der Berufsgruppen finden sich hier, mit 393 etwas mehr als 18 %, darunter 107 Befragte (5 %), die sich ausschließlich an ihn wenden würden (Tab. 5.10). Auch bei den Angststörungen würden sich die meisten Befragten an den Hausarzt wenden, wenn auch etwas weniger als beim vorhergehenden Beschwerdebild, der Depression. Ausschließlich an ihn wenden würden sich 802 Befragte (37 %), wohingegen ausschließlich an den FA für Psychosomatik und Psychotherapie 224 Befragte (11 %) und 174 (8 %) an

den FA für Psychiatrie und Psychotherapie. Von den übrigen vorgeschlagenen Ansprechpartnern erreicht wiederum niemand mehr als 1 % bei den Einzelnennungen. Oft genannte Kombinationen sind darüber hinaus wiederum Hausarzt und FA für Psychosomatik und Psychotherapie (n=155; 7 %), Hausarzt und FA für Psychiatrie und Psychotherapie (n=121; 6 %) und Hausarzt und Psychologischer Psychotherapeut (n=76; 4 %).

Frage I8: Wenn Sie unter starken Ängsten leiden würden, an wen würden Sie sich wenden?		
Auswahl (Mehrfachantworten möglich)	Nennungen insgesamt	% (von N=2.142)
Hausarzt	1.364	64
FA für Psychosomatik und Psychotherapie	675	32
FA für Psychiatrie und Psychotherapie	606	28
Psychologischer Psychotherapeut	393	18
Sozialarbeiter/Beratungsstelle	69	3
Pfarrer	45	2
Heilpraktiker	73	3
Gesamt	3.225	
Durchschnittl. Anzahl an Nennungen pro Interviewtem	3.225 / 2.142 = 1,5; Min: 1; Max: 5	

Tab. 5.10: Auswahl bevorzugter Ansprechpartner bei starken Ängsten

5.5.3.3 Ansprechpartner bei Essstörungen

Im Vergleich zu den beiden vorhergehenden Beschwerdebildern haben bei den Essstörungen die Nennungen der Fachärzte und Psychologischen Psychotherapeuten abgenommen, dafür ist der Hausarzt noch deutlich häufiger genannt als bisher (Tab. 5.11). Unter den entsprechenden 1.707 befinden sich 1.262 Befragte (59 %) und damit fast zwei Drittel, die sich ausschließlich an ihn wenden würden. Dies ist die häufigste eindeutige Nennung innerhalb des gesamten Fragenkomplexes. Darüber hinaus sind meistgenannte Kombinationen zwischen Hausarzt und FA für Psychosomatik und Psychotherapie (n=124; 6 %), Hausarzt und FA für Psychiatrie und Psychotherapie (n=65; 3 %), Hausarzt und Psychologischer Psychotherapeut (n=47; 2 %) und Hausarzt und Heilpraktiker (n=54; 2 %). Ausschließlich der FA für Psychosomatik und Psychotherapie käme bei dieser Diagnose 154 Mal in Frage (7 %), der FA für Psychiatrie und Psychotherapie 83 Mal (4 %) und der Psychologische Psychotherapeut 59 Mal (3 %). Die übrigen Ansprechpartner spielen wiederum eine untergeordnete Rolle. Der Heilpraktiker ist zwar mit 108 relativ häufig genannt, es handelt sich aber zumeist um Kombinationen mit 1-3 weiteren Behandlern.

Frage I9: Wenn Sie unter Essstörungen leiden würden, an wen würden Sie sich wenden?		
Auswahl (Mehrfachantworten möglich)	Nennungen insgesamt	% (von N=2.156)
Hausarzt	1.707	79
FA für Psychosomatik und Psychotherapie	474	22
FA für Psychiatrie und Psychotherapie	319	15
Psychologischer Psychotherapeut	236	11
Sozialarbeiter/Beratungsstelle	88	4
Pfarrer	10	0,5
Heilpraktiker	108	5
Gesamt	2.942	
Durchschnittliche Anzahl an Nennungen pro Interviewtem	2.942 / 2.156 = 1,4; Min: 1; Max: 6	

Tab. 5.11: Auswahl bevorzugter Ansprechpartner bei Essstörungen

5.5.3.4 Ansprechpartner bei Schmerzen ohne organische Ursache

Wie bereits unter Punkt 5.5.3 erwähnt, spielt der Hausarzt bei Schmerzen eine noch größere Rolle als bei den anderen Störungsbildern (Tab. 5.12). Hier wurde er 1.762 Mal genannt; 1.229 Mal (54 %) würde ausschließlich er zu Rate gezogen werden. Kombinationen aus Hausarzt und FA für Psychosomatik und Psychotherapie kämen für 176 Befragte (8 %) in Frage, Hausarzt und FA für Psychiatrie und Psychotherapie für 78 (3 %) und Hausarzt und Psychologischem Psychotherapeuten für 57 (3 %). Ausschließlich den FA für Psychosomatik und Psychotherapie als Ansprechpartner würden 165 Befragte (7 %) wählen, den FA für Psychiatrie und Psychotherapie 83 Befragte (4 %) und den Psychologischen Psychotherapeuten 56 Befragte (3 %). Tatsächlich werden bei Schmerzen auch eher Heilpraktiker zu Rate gezogen als bei anderen Beschwerdebildern, sie wurden immerhin 184 Mal (8 %) genannt, darunter 40 Mal als ausschließlicher Ansprechpartner, also von 2 % der Befragten. Heilpraktiker liegen damit nur knapp hinter den Psychologischen Psychotherapeuten.

Frage I10: Wenn Sie unter Schmerzen, die nicht durch eine körperliche Erkrankung zu erklären sind, leiden würden, an wen würden Sie sich wenden?		
Auswahl (Mehrfachantworten möglich)	Nennungen insgesamt	% (von N=2.280)
Hausarzt	1.762	77
FA für Psychosomatik und Psychotherapie	585	26
FA für Psychiatrie und Psychotherapie	370	16
Psychologischer Psychotherapeut	247	11
Sozialarbeiter/Beratungsstelle	44	2
Pfarrer	11	0,5
Heilpraktiker	184	8
Gesamt	3.203	
Durchschnittliche Anzahl an Nennungen pro Interviewtem	3.203 / 2.280 = 1,4; Min: 1; Max: 6	

Tab. 5.12: Auswahl bevorzugter Ansprechpartner bei Schmerzen

5.5.3.5 Ansprechpartner bei psychischer Krise nach beruflicher Überlastung

An der Beantwortung dieser Frage haben sich mit 2.128 die wenigsten Personen beteiligt (Tab. 5.13). Die Nennung des Hausarztes ist hier mit 1.458 (69 %) relativ gering ausgefallen, 886 Personen (42 %) würden sich ausschließlich an ihn wenden; in Anbetracht der Möglichkeit einer Krankenschreibung in Folge von beruflicher Überlastung wäre hier eine weit höhere Anzahl zu erwarten gewesen. Dafür spielen hier die Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und Beratungsstellen eine vergleichsweise bedeutendere Rolle als bei den anderen Beschwerdebildern. An den FA für Psychosomatik und Psychotherapie würden sich 187 Befragte (9 %) ausschließlich wenden, an den FA für Psychiatrie und Psychotherapie 117 (6 %) sowie an den Psychologischen Psychotherapeuten 85 (4 %). Häufig genannte Kombinationen sind Hausarzt und FA für Psychosomatik und Psychotherapie (n=171; 8 %), Hausarzt und beide Fachärzte (n=59; 3 %), Hausarzt und Psychologische Psychotherapeuten (n=75; 4 %), beide Fachärzte miteinander (n=71; 3 %) sowie beide Fachärzte mit Psychologischen Psychotherapeuten (n=60; 3 %).

Frage I11: Wenn Sie unter einer psychischen Krise nach beruflicher Überlastung (Burn-out) leiden würden, an wen würden Sie sich wenden?		
Auswahl (Mehrfachantworten möglich)	Nennungen insgesamt	% (von N=2.128)
Hausarzt	1.458	69
FA für Psychosomatik und Psychotherapie	682	32
FA für Psychiatrie und Psychotherapie	538	25
Psychologischer Psychotherapeut	385	18
Sozialarbeiter/Beratungsstelle	102	5
Pfarrer	18	1
Heilpraktiker	87	4
Gesamt	3.270	
Durchschnittliche Anzahl an Nennungen pro Interviewtem	3.270/2.128 = 1,5; Min:1; Max: 6	

Tab. 5.13: Auswahl Ansprechpartner bei Burn-out

5.5.3.6 Ansprechpartner bei körperlichen Erkrankungen mit seelischer Krise

Diese Frage hat den umfassendsten Bedarf an Ansprechpartnern und Kombinationen offenbart (Tab. 5.14). Bei 3.433 Nennungen und sich daraus ergebenden insgesamt 83 Variationen von Behandlern zeigt sich, dass die Teilnehmer der Befragung hier zur Inanspruchnahme von weitaus mehr Unterstützungsangeboten bereit wären als bei den restlichen Beschwerdebildern. Der Hausarzt steht wiederum an der Spitze der Nennungen, 1.114 (49 %) würden sich ausschließlich an ihn wenden. Hier kommen allerdings auch diverse Kombinationen in Frage zwischen Hausarzt und FA für Psychosomatik und Psychotherapie (n=167; 7 %), Hausarzt und FA für Psychiatrie und Psychotherapie (n=78; 3 %), Hausarzt und beiden Fachärzten (n=40; 2 %), Hausarzt und Psychologischen Psychotherapeuten (n=67; 3 %) sowie Hausarzt und Beratungsstellen (n=50; 2 %). Ausschließlich der FA für Psychosomatik und Psychotherapie käme für 141 Teilnehmer (6 %) in Frage, der FA für Psychiatrie und Psychotherapie für 87 Teilnehmer (4 %) und der Psychologische Psychotherapeut für 69 Teilnehmer (3 %). Die 3 übrigen Gruppen Beratungsstelle, Pfarrer und Heilpraktiker sind hier wesentlich häufiger vertreten als üblich; 19 Personen (1 %) würden sich sogar ausschließlich an eine Beratungsstelle, 10 Personen (0,5 %) an einen Pfarrer und 11 Personen (0,5 %) an einen Heilpraktiker wenden.

Frage I12: Wenn eine körperliche Erkrankung wie z. B. Krebs eine seelische Krise bei Ihnen auslösen würde, an wen würden Sie sich wenden?		
Auswahl (Mehrfachantworten möglich)	Nennungen insgesamt	% (von N=2.262)
Hausarzt	1.752	77
FA für Psychosomatik und Psychotherapie	576	25
FA für Psychiatrie und Psychotherapie	394	17
Psychologischer Psychotherapeut	343	15
Sozialarbeiter/Beratungsstelle	173	8
Pfarrer	71	3
Heilpraktiker	124	5
Gesamt	3.433	
Durchschnittliche Anzahl an Nennungen pro Interviewtem	3.433/2.262 = 1,5; Min: 1; Max: 7	

Tab. 5.14: Auswahl bevorzugter Ansprechpartner bei körperlichen Erkrankungen

5.5.3.7 Ansprechpartner bei psychosomatischen Beschwerden

Bei diesem wiederum körperbetont formulierten („wie z. B. chronischen Bauchschmerzen“) Beschwerdebild haben sich interessanter Weise mit 2.287 die meisten Befragten beteiligt (Tab. 5.15). Nur 42 gaben an, sich an keinen der Aufgeführten wenden zu wollen. Womöglich ist eine chronische körperliche Symptomatik weniger schambesetzt als andere, sodass es leichter fällt, sich selbstständig an einen Behandler zu wenden. Es finden sich der Hausarzt und der FA für Psychosomatik und Psychotherapie weit vorne, auch in den ausschließlichen Nennungen: 1.184 für den Hausarzt (52 %) und 225 für den Facharzt (10 %). Auch die Kombination dieser beiden wurde häufig ausgewählt (n=220; 10 %). Ausschließlich den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie aufsuchen würden 63 Personen (3 %), nahezu genauso viele den Psychologischen Psychotherapeuten (n=61; 3 %). Hausarzt und Heilpraktiker ist eine hier ebenfalls überraschend häufig genannte Kombination (n=88; 4 %); daneben Hausarzt und FA für Psychiatrie und Psychotherapie (n=54; 2 %) sowie Hausarzt und Psychologischer Psychotherapeut (n=44; 2 %). Der Heilpraktiker, mit 189 Nennungen ebenfalls sehr häufig vertreten, wurde 22 Mal (1 %) ausschließlich aufgesucht.

Frage I13: Wenn Sie unter psychosomatischen Beschwerden wie z. B. chronischen Bauchschmerzen leiden würden, an wen würden Sie sich wenden?		
Auswahl (Mehrfachantworten möglich)	Nennungen insgesamt	% (von N=2.287)
Hausarzt	1.751	77
FA für Psychosomatik und Psychotherapie	684	30
FA für Psychiatrie und Psychotherapie	313	14
Psychologischer Psychotherapeut	267	12
Sozialarbeiter/Beratungsstelle	47	2
Pfarrer	9	0,4
Heilpraktiker	189	8
Gesamt	3.260	
Durchschnittliche Anzahl an Nennungen pro Interviewtem	3.260/2.287 = 1,4; Min: 1; Max: 6	

Tab. 5.15: Auswahl bevorzugter Ansprechpartner bei psychosomatischen Beschwerden

5.5.3.8 Unentschlossenheit bzgl. Ansprechpartner

Zusätzlich zur Nennung eines oder mehrerer Ansprechpartner war es möglich, die **Fragen I7-I13** mit „weiß nicht“ oder „niemanden/keinen der Aufgeführten“ zu beantworten; z. T. wurde eine Beantwortung auch ganz ausgelassen. Die einzelnen Zahlen sind in Tabelle 5.16 aufgeführt.

Auffallend hoch ist bei jedem genannten Beschwerdebild die Zahl derjenigen, die mit „weiß nicht“ geantwortet haben; es handelt sich um jeweils zwischen 200 und 304 Befragte und damit um ca. 8-12 % aller Teilnehmer. Dies belegt den hohen Informationsbedarf bzgl. der Möglichkeiten der psychotherapeutischen Versorgung innerhalb der Allgemeinbevölkerung. In 584 Fällen wurde bzgl. mindestens eines Beschwerdebildes geantwortet, es sei unklar welche der angegebenen Berufsgruppen aufzusuchen sei. Besonders unklar scheint dies bei psychischen Krisen in Folge von beruflicher Überlastung/Burn-out zu sein (n=304; 12 %).

	Antwortkategorien	Anzahl der Nennungen	% (von N=2.555)
Frage I7, Depression	Niemanden/keinen der Aufgeführten	98	4

	Weiß nicht	248	10
	Keine Angabe	20	1
Frage I8, starke Ängste	Niemanden/keinen der Aufgeführten	143	6
	Weiß nicht	250	10
	Keine Angabe	20	1
Frage I9, Essstörungen	Niemanden/keinen der Aufgeführten	155	6
	Weiß nicht	224	9
	Keine Angabe	20	1
Frage I10, Schmerzen	Niemanden/keinen der Aufgeführten	59	2
	Weiß nicht	200	8
	Keine Angabe	16	1
Frage I11, Berufliche Überlastung	Niemanden/keinen der Aufgeführten	100	4
	Weiß nicht	304	12
	Keine Angabe	23	1
Frage I12, Körperliche Erkrankung	Niemanden/keinen der Aufgeführten	69	3
	Weiß nicht	208	8
	Keine Angabe	16	1
Frage I13, Psychoso- matische Beschwerden	Niemanden/keinen der Aufgeführten	42	2
	Weiß nicht	214	8
	Keine Angabe	12	0,5

Tab. 5.16: Anteile ablehnender oder unentschiedener Befragter bzgl. Ansprechpartnern bei diversen Beschwerdebildern

Nur in 76 Fällen (3 %) haben die Teilnehmer sogar bzgl. aller 7 Beschwerdebilder geantwortet, „nicht zu wissen“ an wen sie sich wenden würden bzw. sollten; diejenigen würden im Ernstfall wahrscheinlich „durch´s Raster fallen“ und unbehandelt bleiben. Diese 76 Personen sind eher männlich (n=45; 59 %) und leben eher nicht mit einem Partner zusammen (n=43; 57 %). 69 (91 %) von ihnen gaben bisher keinerlei Erfahrung mit Psychotherapie an, 4 (5 %) waren sich unsicher und 1 (1 %) war allerdings bereits in ambulanter Behandlung.

Ebenfalls „durch´s Raster fallen“ würden die 12 Teilnehmer (0,5 %), die sich - gleichgültig bei welchem der in den Fragen I7-I13 aufgeführten Beschwerdebilder - an niemanden wenden würden, um Hilfe und Unterstützung zu bekommen. Diese 12 Personen scheinen Psychotherapie insgesamt eher skeptisch gegenüber zu stehen; niemand von ihnen hatte sich bisher einmal wegen psychischer/psychosomatischer Beschwerden an einen Arzt oder Psychologen gewandt und 9 von ihnen (75 %) lehnen Psychotherapie als Behandlungsmethode ab bzw. sind skeptisch bzgl. der Wirksamkeit.

Insgesamt haben 316 Befragte (12 %) bzgl. einer oder mehrerer Fragen aus I7-I13 angegeben, sich an niemanden zu wenden oder zumindest an keinen der Aufgeführten. Auffallend hoch sind diese Nennungen bei starken Ängsten (n=143, 6 %) und Essstörungen

(n=155; 6 %). Ein Zusammenhang mit diesen Beschwerdebildern wäre in dem Sinne möglich, dass bei Ängsten die erforderliche Überwindung zu groß sein könnte, als dass es überhaupt zu einem aktiven Hilfesuchen kommen könnte. Bei den diversen Essstörungen dürften einerseits Schamgefühle (Bulimie, Binge Eating, Adipositas) eine Rolle spielen, zum anderen eine nicht vorhandene Krankheitseinsicht und Kontrollüberzeugung (Anorexie), sodass auch hier der freiwillige Gang zum Behandler seltener stattfinden dürfte als bei anderen Beschwerdebildern.

34 Befragte (1 %) haben einige der Fragen I7-I13 nicht beantwortet („keine Angabe“), 3 von ihnen keine einzige. Da beinahe die Hälfte dieser 34 Befragten (n=14; 41 %) Psychotherapie aber für eine wirksame Behandlungsmethode in der medizinischen Versorgung hält und sich immerhin 1/4 (n=8; 24 %) bereits einmal wegen psychischer/psychosomatischer Beschwerden an einen Arzt gewandt hat, ist davon auszugehen, dass die Verweigerung der Antwort bei einem bedeutenden Teil der entsprechenden Teilnehmer nicht auf z. B. Desinteresse bzgl. des Themas zurückzuführen ist, sondern auf Gründe wie z. B. Scham oder Abwehr.

Insgesamt waren doch zwischen 83 % und 90 % in der Lage, zu den jeweiligen Fragen I7-I13 eine Stellungnahme abzugeben, die eine akute Suchbewegung im Erkrankungsfall erkennen lässt. Dabei kommt dem Hausarzt eine überragende Vertrauensposition zu.

5.5.4 Ansprechpartner bei psychischer Erkrankung (allgemein)

Eine ganz ähnliche Verteilung der aufgesuchten Ansprechpartner wie in den Fragen I7-I13 zeigt sich in **Frage J1** (**“Wenn Sie an einer psychischen Erkrankung leiden, wen würden Sie außerhalb Ihrer Familie und Ihres Freundeskreises am ehesten um Rat fragen?”**) (Tab. 5.17). Auch hier steht der Hausarzt an erster Stelle, 927 Teilnehmer (42 %) würden sich ausschließlich an ihn wenden. Mit einigem Abstand folgen der FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und der FA für Psychiatrie und Psychotherapie; diese würden 210 (10 %) bzw. 142 Teilnehmer (7 %) ausschließlich zu Rate ziehen. Etwas niedriger fallen die Nennungen der Psychologischen Psychotherapie mit 100 Personen (5 %) aus. Auch hier spielen die übrigen genannten Anlaufstellen - Beratungsstellen, Pfarrer und Heilpraktiker - eine eher untergeordnete Rolle.

Frage J1: Wenn Sie an einer psychischen Erkrankung leiden, wen würden Sie außerhalb Ihrer Familie und Ihres Freundeskreises am ehesten um Rat fragen?		
Auswahl (Mehrfachantworten möglich)	Nennungen insgesamt	% (von N=2.199)
Hausarzt	1.502	68
FA für Psychosomatik und Psychotherapie	678	31
FA für Psychiatrie und Psychotherapie	544	25
Psychologischer Psychotherapeut	395	18
Sozialarbeiter/Beratungsstelle	100	5
Pfarrer	37	2
Heilpraktiker	74	3
Gesamt	3.330	
Durchschnittliche Anzahl an Nennungen pro Interviewtem	3.330/2.199 = 1,5; Min: 1; Max: 6	

Tab. 5.17: Auswahl der bevorzugten Ansprechpartner bei psychischer Erkrankung

85 der Befragten (3 %) würden sich an keinen der Genannten wenden. Die Überprüfung auffälliger Gemeinsamkeiten zwischen diesen Personen (Geschlecht, Alter, Nationalität, Schulbildung, Familienstand, Religion, Partnerschaft, Bundesland, Stadt/Land-Vergleich,

Ost/West-Vergleich) führte zu keinem Ergebnis (Chi-Quadrat-Tests). Zu 98 % (n=83) hatten diese Befragten bisher wegen psychischer/psychosomatischer Beschwerden weder zu einem Arzt noch zu einem Psychologen Kontakt aufgenommen, 264 (10 %) sind sich unsicher bzgl. eines geeigneten Ansprechpartners. Die meisten dieser Befragten hatten sich bisher wegen psychischer/psychosomatischer Beschwerden noch nie an einen Arzt oder Psychologen gewandt; diese Zusammenhänge waren jeweils signifikant (Chi-Quadrat-Tests, Cramer-V: 0,16, $p < .001$ und Cramer-V: 0,13, $p < .001$), was bedeutet, dass die Unsicherheit dieser Personen hauptsächlich auf tatsächliche Unerfahrenheit zurückzuführen sein dürfte. Hier ergaben weitere Chi-Quadrat-Tests zumindest leichte Hinweise darauf, dass ein (sehr schwacher) Zusammenhang mit der Schulbildung der Befragten besteht. Insbesondere Personen ohne Schulabschluss und aktuell noch die Schule Besuchende hatten etwas häufiger als erwartet mit „weiß nicht“ geantwortet, hingegen aber Personen mit Haupt- oder Realschulabschluss seltener als erwartet (Cramer-V: 0,13, $p < .001$). Bei dieser Gruppe kann somit von einem mangelnden Informationsstand ausgegangen werden.

Interessanterweise ergab auch die Überprüfung eines Zusammenhangs mit den verschiedenen Bundesländern ein (ebenfalls sehr schwaches) Ergebnis: in NRW, Berlin-West und Baden-Württemberg antworteten die Teilnehmer etwas häufiger als erwartet mit „weiß nicht“, in Niedersachsen, Hessen und gerade auch den neuen Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen waren die Teilnehmer eher in der Lage, einen konkreten Ansprechpartner zu benennen (Cramer-V: 0,12, $p < .005$). Mit dem Vorhandensein von Angeboten kann diese Antworttendenz nicht zusammenhängen.

Nur 7 (0,3 %) haben zu dieser Frage keine Angaben gemacht, die z. T. bei den vorhergehenden Fragen I7-I13 (jeweils zwischen 43 und 86 %) ebenfalls keine Angaben gemacht haben.

5.5.5 Einschätzung der Wirksamkeit von Psychotherapie

In Beantwortung der **Frage J2** (**“Ist Psychotherapie eine wirksame Behandlungsmethode in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung?”**) zeigt sich die Mehrheit der Befragten überzeugt davon, dass Psychotherapie eine wirksame Behandlungsmethode in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung darstellt (Abb. 5.11).

Es gibt einen leichten Überschuss von weiblichen (n=800; 32 %) gegenüber männlichen Befragten (n=603; 24 %), die der Wirksamkeit von Psychotherapie positiv gegenüber stehen. Nicht überzeugt von der Wirksamkeit sind dagegen mehr Männer (n=111; 4 %) als Frauen (n=87; 3 %), auch unsicher sind geringfügig eher die Männer (n=481; 19 %) als Frauen (n=442; 18 %). Der Zusammenhang von Geschlecht und Einschätzung der Wirksamkeit ist allerdings insgesamt sehr gering (Chi-Quadrat-Test, Cramer-V=0,10; $p < 0,001$).

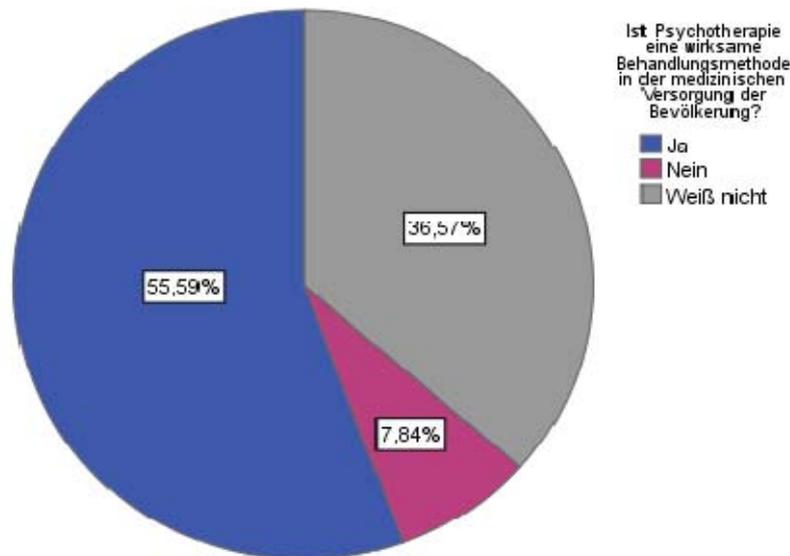


Abb. 5.11: Einschätzung der Wirksamkeit von Psychotherapie

Deutlicher besteht ein (allerdings ebenfalls insgesamt lediglich schwacher) Zusammenhang zwischen der Wirksamkeitseinschätzung und der Schulbildung der Befragten (Chi-Quadrat-Test, Cramer-V=0,15; $p < 0,001$). Teilnehmer, die aktuell noch die Schule besuchen, keinen Schulabschluss oder einen POS-/Haupt-/Volksschulabschluss haben, bewerten die Wirksamkeit von Psychotherapie seltener positiv als Teilnehmer mit Realschulabschluss, Abitur oder Studium. Dies bedeutet keineswegs, dass die Erstgenannten die Wirksamkeit von Psychotherapie negativer einschätzen, vielmehr ist der Anteil der Schüler, POS-/Haupt-/Volksschulbesucher und derjenigen ohne Schulabschluss höher im Bereich der „weiß nicht“-Antworten; Befragte mit Realschulabschluss, Abitur oder Studium zeigen dieses Antwortverhalten weniger häufig als erwartet.

Ein weiterer schwacher Zusammenhang zeigt sich bzgl. der Berufskreise der Befragten (Chi-Quadrat-Test, Cramer-V=0,13; $p < 0,001$). Teilnehmer, die noch nie gearbeitet haben sowie einfache, mittlere und leitende Angestellte bejahten die Wirksamkeit von Psychotherapie seltener als Selbstständige und Freiberufler. Dem gegenüber stehen wiederum nicht häufigere Verneinungen, sondern größere Anteile sich als unwissend Bezeichnende bei sämtlichen Angestellten und Nicht-Arbeitenden. Selbstständige und Freiberufler haben dagegen weniger oft als erwartet angegeben, keine Einschätzung bzgl. der Wirksamkeit von Psychotherapie abgeben zu können.

Für weitere Variablen wie Alter, Nationalität, Familienstand, Kirchenzugehörigkeit, alte oder neue Bundesländer, Stadt oder Land ergab sich nahezu überhaupt kein Zusammenhang mit der Einschätzung der Wirksamkeit. Allerdings fand sich mehr als die Hälfte der insgesamt 106 Nicht-Deutschen ($n=57$; 54 %) hier in der Gruppe, die mit „weiß nicht“ geantwortet hatten, im Gegensatz zu 36 % deutscher Befragter. Dieses Verhältnis könnte die größere Unsicherheit der ausländischen Bevölkerung gegenüber dem deutschen Gesundheitssystem insgesamt widerspiegeln oder auch für die geringeren Kenntnisse bzgl. des Konzeptes von Psychotherapie stehen, evtl. auch für eine geringere Identifikation mit der „sprechenden Medizin“ und dem Konzept der Leib-Seele-Dichotomie, oder es könnte auf die noch geringe Verfügbarkeit muttersprachlicher Psychotherapeuten im Gegensatz z. B. zu Hausärzten hinweisen. Auch hier wäre also mindestens eine intensivere Information angemessen.

Erwartungsgemäß besteht ein Zusammenhang zwischen Einschätzung der Wirksamkeit und bisheriger Erfahrung mit Ärzten und Psychologen als Ansprechpartner bei psychischen oder psychosomatischen Beschwerden (Ärzte: Chi-Quadrat-Test, Cramer-V=,014; $p < 0,001$; Psychologen: Chi-Quadrat-Test, Cramer-V=0,15; $p < 0,001$). Beide Berufsgruppen waren bereits von weit mehr Befragten, die die Wirksamkeit von Psychotherapie positiv einschätzen, aufgesucht worden als von Befragten, die von der Wirksamkeit nicht überzeugt sind. Der Anteil von Teilnehmern, die bisher keine Erfahrung mit psychotherapeutischen Gesprächen gemacht haben, steht der Wirksamkeit nicht auffallend negativ gegenüber, sondern antwortete häufiger als erwartet mit „weiß nicht“.

5.5.6 Kenntnisse bzgl. Kostenübernahme

Der größte Teil der Befragten ($n=1.273$; 51 %) war sich bei der Beantwortung der **Frage J3** (**“Wissen Sie, ob eine psychotherapeutische Behandlung von Ihrer Krankenversicherung bezahlt wird?”**) unsicher (Abb. 5.12). Leider kann aufgrund der Fragestellung („ob-Frage“) aus den positiven ($n=957$; 38 %) und negativen ($n=282$; 11 %) Antworten der Teilnehmer nicht geschlossen werden, was genau sie damit meinten. Ein „ja“ bedeutet in diesem Fall nur, DASS die Teilnehmer etwas bzgl. der Kostenübernahme wissen, aber nicht, WAS genau. Ein „nein“ kann sowohl bedeuten, dass die Teilnehmer der Ansicht sind, die Krankenkasse übernehme die Kosten nicht als auch dass sie nichts bzgl. einer Kostenübernahme wissen, was wiederum gleichbedeutend wäre wie die Antwort „weiß nicht“.

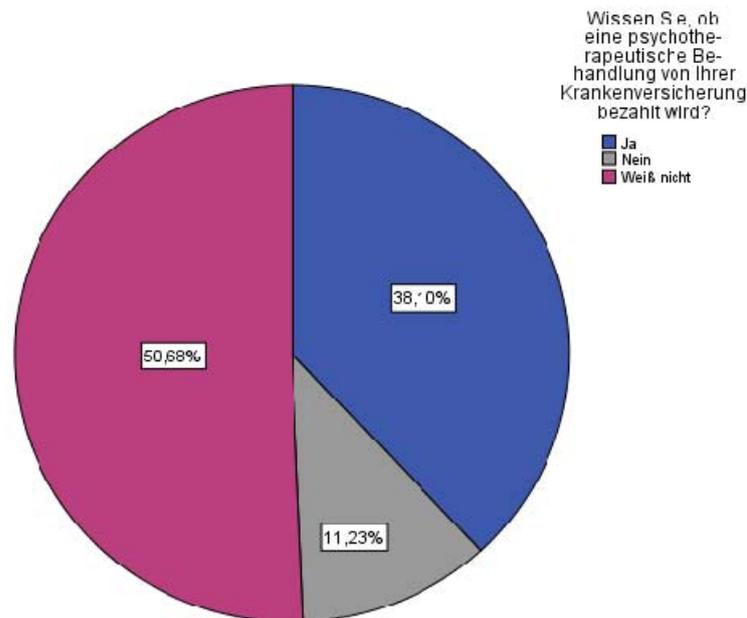


Abb. 5.12: Kenntnisse bzgl. Kostenübernahme durch die Krankenkasse

Aufgrund des insgesamt sehr großen Anteils an Befragten, die mit „weiß nicht“ geantwortet haben, kann jedoch zumindest sicher davon ausgegangen werden, dass in der Bevölkerung eine große Unsicherheit/Unwissenheit verbreitet ist, was die Möglichkeit einer Finanzierung von psychotherapeutischen Behandlungen durch die Krankenkassen angeht.

Auch bzgl. der folgenden **Frage J4** (**“Gibt es Altersgrenzen, ab denen oder bis zu denen Psychotherapie von der Krankenkasse bezahlt wird?“**), antwortete ein sehr hoher Prozentsatz der Befragten mit „weiß nicht“ (n=1.538; 60 %). Nur 943 (37 %) der Befragten sind überzeugt, dass es keine Altersgrenzen gibt. Sehr wenige Teilnehmer (n=29; 1 %) gaben an, dass ihrer Ansicht nach ein Mindestalter festgelegt sei, 8 von ihnen gaben darüber hinaus ein spezielles Alter an (Tab. 5.18). Ein ebenso kleiner Prozentsatz (n=27; 1 %) geht von einem Höchstalter aus, darunter nannten 15 Personen ein konkretes Alter.

von Befragten angenommenes Mindestalter bzgl. Kostenübernahme durch Krankenkasse	Anzahl Angaben	von Befragten angenommenes Höchstalter bzgl. Kostenübernahme durch Krankenkasse	Anzahl Angaben
ab 8 Jahre	1	bis 40 Jahre	1
ab 10 Jahre	1	bis 45 Jahre	1
ab 15 Jahre	1	bis 50 Jahre	1
ab 16 Jahre	1	bis 55 Jahre	1
ab 18 Jahre	2	bis 60 Jahre	4
ab 20 Jahre	1	bis 65 Jahre	2
ab 40 Jahre	1	bis 67 Jahre	2
		bis 70 Jahre	1
		bis 80 Jahre	2
	8		15

Tab. 5.18: Angenommene Altersgrenzen für Kostenübernahme durch die Krankenkasse

5.5.7 Kenntnisse über psychotherapeutische Angebote

Bis auf 7 Interviewte beantworteten alle die **Frage J5** (**“Ist Ihnen bekannt, wen Sie aufsuchen können, um eine ambulante Psychotherapie zu erhalten?“**). Die genannten Häufigkeiten sind in Tabelle 5.19 aufgeführt.

Mehr als die Hälfte der Befragten geht davon aus, dass sie sich an den Hausarzt wenden müssten, um eine Psychotherapie zu erhalten. Aufgrund der Fragestellung („erhalten“ (1.) im Sinne von Durchführung einer Psychotherapie oder (2.) Unterstützung hierbei?) ist nicht erkennbar, ob die Befragten der Auffassung sind, bei den vorgegebenen Berufsgruppen tatsächlich eine Psychotherapie machen zu können (in diesem Fall wäre die Antwort Hausarzt eine Fehlinformation, denn ein Hausarzt hat nicht zwingend die Berechtigung, Psychotherapie durchzuführen) oder ob nur die Einleitung/Überweisung durch die entsprechende Berufsgruppe stattfinden soll. Mit Wahrscheinlichkeit ist die „Lotsen-“, oder „Gatekeeperfunktion“ der Hausärzte somit aber dem Großteil der Antwortenden bekannt.

Jeweils ungefähr 1/5 würde sich an einen (Fach-)Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ zur Facharztqualifikation wenden, 11 % der Befragten an einen Psychologischen Psychotherapeuten. 24 Befragte halten keinen der Aufgeführten für den richtigen Ansprechpartner; von diesen hatten allerdings (aufgrund psychischer oder psychosomatischer Beschwerden) bisher - mit einer einzigen Ausnahme - alle keinerlei Kontakt zu einem Arzt oder Psychologen.

Auch über 93 % der 632 Befragten, die mit „weiß nicht“ geantwortet haben, hatten (aufgrund psychischer und psychosomatischer Beschwerden) bisher keinerlei Kontakt mit Ärzten oder Psychologen. Entweder bedeutet dies, dass dieser Personenkreis tatsächlich nicht unter derartigen Beschwerden leidet, oder aber es wurde bisher trotz Beschwerden kein entsprechender Behandler aufgesucht aufgrund eines Mangels an Kenntnissen darüber oder aufgrund einer Ablehnung von diesbezüglichen Hilfen.

Bei sämtlichen anderen Nennungen schwanken die Zahlen der Erfahrungen mit Ärzten und Psychologen zwischen 10 und 27 %. An einen Arzt hatten sich wegen psychischer/psychosomat. Beschwerden im Durchschnitt 21 % gewandt, an einen Psychologen 16 %.

Frage J5: Ist Ihnen bekannt, wen Sie aufsuchen können, um eine amb. PT zu erhalten?		
Auswahl (Mehrfachantworten möglich)	Nennungen insgesamt	% (von N=2.555)
Hausarzt	1.362	53
Jeder Arzt mit Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“	581	23
FA für Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie	584	23
FA für Psychiatrie und Psychotherapie	463	18
Psychologischer Psychotherapeut	286	11
Niemanden /keinen der Aufgeführten	24	1
weiß nicht	632	25
keine Angabe	7	0,3
Gesamt	3.939	

Tab. 5.19: Kenntnisse bzgl. Anbieter psychotherapeutischer Behandlungen

Ein großer Teil der Befragten, die den Hausarzt für den geeigneten Ansprechpartner halten, haben ausschließlich diesen genannt (n=814; 32 %). Nahezu 5 % (n=124) würden sich ausschließlich an Ärzte wenden, die über die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ verfügen; ähnlich viele (n=104) würden sich an Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wenden. Nur jeweils ein kleiner Teil kennt ambulante Psychotherapie ausschließlich durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (n=62; 2 %) sowie Psychologische Psychotherapeuten (n=35; 1 %).

5.5.8 Einschätzung der Kompetenz

Bei Frage J6 (“Wenn Sie die Wahl haben: Wem trauen Sie die höhere psychotherapeutische Kompetenz zu?“) entschieden sich die meisten Befragten (n=1.015; 40 %) für die ärztlichen Psychotherapeuten. Beinahe ebenso viele sind sich aber unschlüssig (n=941; 37 %) (Abb. 5.13).

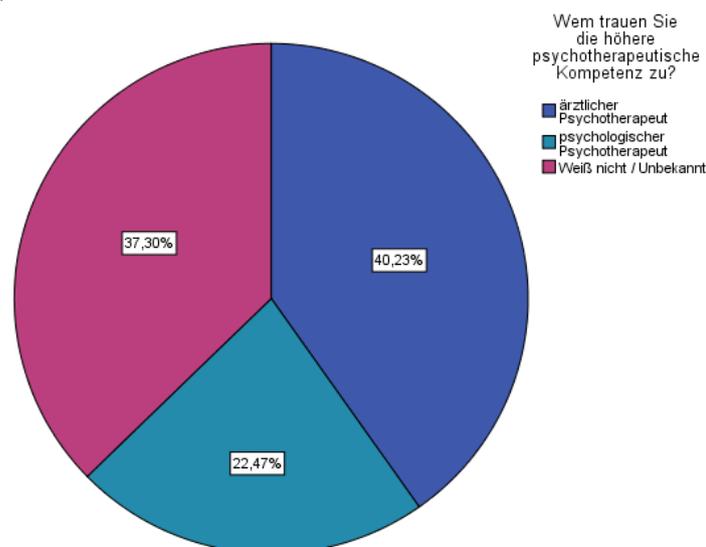


Abb. 5.13: Einschätzung bzgl. des Kompetenzgrades ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten

Von den Teilnehmern, die Ärzten die höhere Kompetenz zutrauen, hatten sich 145 (14 %) bereits tatsächlich einmal bei psychischen/psychosomatischen Problemen an einen Arzt gewandt, 94 (9 %) darüber hinaus auch an einen Psychologen.

Bei den Psychologen mehr zutrauenden Befragten hatten sich 77 (14 %) bereits einmal an einen Psychologen gewandt, davon annähernd genauso viele an einen Arzt (n=75; 14 %).

5.5.9 Ansprechpartner bei psychischen Problemen eines Kindes

Bei der Frage nach dem richtigen Ansprechpartner bei Problemen eines (eigenen oder befreundeten) Kindes wurde von beinahe der Hälfte der Befragten und damit am häufigsten der Kinderarzt genannt (Tab. 5.20). In diesem Punkt unterscheidet sich das Antwortverhalten der Befragten von den anderen Fragekomplexen, bei denen jeweils der Hausarzt an erster Stelle genannt wurde. Da für Kinder die Kinderärzte meist die Hausarztfunktion ausüben und neben den routinemäßigen Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen wesentliche Beratungstätigkeiten in Erziehungsfragen durchführen, ist mit Wahrscheinlichkeit diese Funktion angesprochen worden, zumal dem Kinderarzt ist das entsprechende Kind in aller Regel länger bekannt. Geht es um Beratung der Eltern in ihren Sorgen oder persönlichen Reaktionen, kann auch der Hausarzt als Vertrauensperson eine bedeutsame Rolle spielen.

Betrachtet man allerdings die Zahl derer, die ausschließlich den Kinderarzt aufsuchen würden (n=350; 14 %), ist diese wiederum kleiner als die Zahl derjenigen, die ausschließlich den Hausarzt zu Rate ziehen würden (n=426; 17 %).

Hier dürfte für Jugendliche, die mit zunehmendem Alter häufiger den Hausarzt als den Kinderarzt aufsuchen, oder für Bewohner des ländlichen Raumes mit weniger dichter kinderärztlicher Versorgung eher der Hausarzt bezogen auf den Patienten in Frage kommen.

Nahezu gleich häufig wie der Hausarzt wurde hier - trotz der geringen zahlenmäßigen Präsenz in der Versorgung - der Kinder- und Jugendpsychiater genannt (34 %), der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zu 22 % und damit wesentlich häufiger als die flächendeckend vorhandenen Erziehungsberatungsstellen (7 %).

In 851 Fällen wurde der Kinderarzt also in Kombination mit anderen Ansprechpartnern genannt, darunter am häufigsten mit dem Hausarzt (n=193; 8 %), dem Kinder- und Jugendpsychiater (n=232; 9 %) und mit sowohl dem Kinder- und Jugendpsychiater als auch dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (n=92; 4 %).

Frage J7: Wenn Ihr eigenes Kind oder das von Freunden psychische Probleme hätte, an wen würden Sie sich außer an Familienmitglieder und Freunde wenden?		
Auswahl (Mehrfachantworten möglich)	Nennungen insgesamt	% (von N=2.555)
Hausarzt	931	36
Kinderarzt	1.201	47
Kinder- und Jugendpsychiater	872	34
Erziehungsberatungsstelle	170	7
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	570	22
Heilpraktiker	54	2
andere (z. B. Schulpsychologen)	139	5
niemanden /keinen der Aufgeführten	49	2
weiß nicht	253	10
keine Angabe	8	0,3
Gesamt	4.247	

Tab. 5.20: Auswahl bevorzugter Ansprechpartner bei psychischen Problemen eines Kindes

Ausschließlich einen Kinder- und Jugendpsychiater aufsuchen würden 167 Befragte (7 %), einen Psychotherapeuten 107 (4 %). Erziehungsberatungsstellen und andere, z. B. Schulpsychologen, wurden zwar insgesamt auch relativ häufig genannt, allerdings stellen sie nur zusätzliche Ansprechpartner dar, werden nämlich nur 27 Mal (1 %) bzw. 14 Mal (0,5 %) ausschließlich aufgesucht.

1/10 der Befragten (n=253) gab an, nicht zu wissen, an wen man sich wenden könnte. Dies entspricht in etwa dem Prozentsatz der oben bereits für Erwachsene beschriebenen Fragenkomplexe I7-I13. Ca. 2 % (n=49) der Teilnehmer würden sich an keinen der Aufgeführten wenden, wobei die Fragestellung keinen Rückschluss darauf zulässt, ob die Aufgeführten als nicht ausreichend geeignet empfunden werden oder einfach niemand Außenstehendes in die Problematik mit einbezogen werden soll. Interessant ist, dass im Antwortverhalten der Gesamtgruppe Kinder nur etwas seltener (2 %) ohne Hilfe bleiben würden als die Erwachsenen selbst.

Tab. 5.20 zeigt zudem, dass die Reihenfolge der Nennungen (Hausarzt steht an erster Stelle und wird sonst am häufigsten genannt) nicht über das Antwortverhalten jenseits der gefragten Inhalte dominiert.

6. Stellenwert der Ärztlichen Psychotherapie aus der Sicht niedergelassener Ärztlicher, Psychologischer sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, aus der Sicht von Krankenhausärzten und Fachgesellschaften

Wie im Antrag zur Expertise formuliert, soll auch die aktuelle psychotherapeutische Versorgungssituation der Bevölkerung aus Sicht von niedergelassenen Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (Kap. 6.1), aus der Sicht von Krankenhausärzten (Kap. 6.2) sowie die Sicht von Fachgesellschaften (Kap. 6.3) unter der Perspektive der Bedeutung Ärztlicher Psychotherapie untersucht werden.

Um die Befragung bei den Niedergelassenen möglichst effektiv als Erhebung in der Fläche durchführen zu können, wurden Fragebögen entwickelt, die soweit möglich per E-mail-Adressen zugeleitet werden konnten - alternativ per Post. Den in Kliniken arbeitenden Ärzt(inn)en wurde der entsprechende Fragebogen persönlich überreicht und wieder entgegengenommen.

Beide entwickelte Fragebögen - sowohl für die niedergelassenen Psychotherapeuten als auch für die Klinikärzte und -ärztinnen - wurden vor Durchführung der Befragung der Ethik-Kommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Medizinischen Fakultät der Universität Münster zur Begutachtung vorgelegt. Sie erhielten ein zustimmendes Votum. Die Fachgesellschaften wurden zu einer frei formulierten Stellungnahme eingeladen.

6.1 Befragung Niedergelassener

In Zusammenarbeit mit den Co-Antragstellern aus Ravensburg und Stralsund/Greifswald wurde ein Fragebogen entwickelt, mit dessen Hilfe die Einschätzung von niedergelassenen ärztlichen und psychologischen sowie Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen zur psychotherapeutischen Versorgungslandschaft und konkreten Rolle der ärztlichen Psychotherapie ermittelt werden soll. Darüber hinaus soll mit einem weiteren Fragebogen eine ebensolche Einschätzung bei Klinikärzten/-ärztinnen erhoben werden. Im Folgenden wird der Aufbau beider Fragebögen beschrieben.

6.1.1 Fragebogen und Durchführung der Befragung

Der Fragebogen wurde sowohl als Online- als auch als Papierversion entwickelt und besteht in beiden Versionen aus 7 Fragenblöcken zu verschiedenen Themenbereichen, verteilt auf insgesamt 6 Seiten. Im Anhang zur Expertise ist die Papierversion enthalten (Abb. 6.1 und 6.2).

Zunächst wird im **1. Fragenblock** mit Hilfe von 8 Items die Einstellung zur ärztlichen Psychotherapie allgemein erhoben. Die übergeordnete Aussage dieses Blocks lautet: „In einem gut strukturierten Versorgungssystem kann auf ärztliche Psychotherapie zunehmend verzichtet werden...“. Daraufhin werden als Fortsetzung dieses Satzes 8 verschiedene psychotherapeutische Bereiche aufgezählt, in denen ärztliche Psychotherapeuten üblicherweise tätig sind, z. B.: „... in der Differentialdiagnostik und Stellung der differenziellen Therapieindikation“, „... in der Frühintervention nach Traumatisierung“, und: „... in der medikamentösen Behandlung psychischer Störungen“. Bzgl. dieser Aussagen ist dann anhand einer 5-stufigen Likert-Skala („stimmt nicht“, „stimmt wenig“, „stimmt teils teils“, „stimmt ziemlich“, „stimmt sehr“) der Grad der empfundenen Zustimmung anzugeben.

Es folgen 3 weitere Aussagen, die es mit Hilfe derselben 5-stufigen Skala zu beurteilen gilt. Angefangen mit: „Künftig sollte jeder Arzt, unabhängig von der Fachrichtung, ...“, betreffen die 3 Aussagen Interventionen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung, Selbsterfahrungswissen und kontinuierliche Supervisionsbereitschaft.

Der **2. Fragenblock** betrifft Ärztliche Psychotherapie für bestimmte Patientengruppen. Es werden 14 verschiedene Gruppen aufgeführt, z. B. Patienten, die „ein organisches Störungskonzept haben“, die „in der Interaktion schwierig/schwer zu führen sind“, mit „Suizidgefährdung“ oder nach „Belastungserfahrungen mit medizinischem Kontext“. Die Befragten können selbstständig eine zusätzliche 15. Patientengruppe angeben, deren Erwähnung ihnen wichtig erscheint. Es soll anhand einer 3-stufigen Likert-Skala angegeben werden, ob ein ärztlicher Psychotherapeut bzgl. der genannten Patientengruppen für „verzichtbar“, „wünschenswert“ oder „erforderlich“ gehalten wird.

Nachfolgend werden als gesonderte Patienten-Gruppe die Kinder und Jugendliche thematisiert. Auch hier werden 15 spezifische Patientengruppen aufgeführt, z. B. Patienten mit „Körperbehinderung“, „Teilleistungsstörung“, die „akute Traumatisierungen mit“ oder „ohne Körperverletzung“ haben etc. Es gilt, anhand einer 5-stufigen Likert-Skala zu bewerten, ob in diesen Fällen ärztliche Kompetenz in der Psychotherapie gefragt ist („stimmt nicht“, „stimmt wenig“, „stimmt teils teils“, „stimmt ziemlich“, „stimmt sehr“).

Es folgen im **3. Fragenblock** 22 Items zu speziellen, in der ICD-10 beschriebenen Beschwerdebildern, u. a. „organisch bedingte psychische Störungen“, „depressive Störungen“, „Ängste“, „Zwänge“, „Schlafstörung“ etc. Der befragte Psychotherapeut ist aufgefordert, sie einem spezifischen Behandler („Arzt“, „neutral“, „psychologischer/Kinder- und Jugend-Psychotherapeut“) hinsichtlich dessen angenommener Zuständigkeit zuzuordnen.

Im **4. Fragenblock** soll die Bedeutung des Einflusses 10 verschiedener Faktoren auf die Zukunft ärztlicher Psychotherapie anhand einer 5-stufigen Skala („unbedeutend“ bis „entscheidend“) eingeschätzt werden. Als Faktoren werden z. B. aufgeführt „Ärztmangel“, „Aus- und Weiterbildungsbedingungen psychotherapeutisch tätiger Fachärzte“, „Bevölkerungsprognosen“ und „Bedarfsplanung für Ärzte und Psychotherapeuten“.

Mittels eines frei einzugebenden Textes werden die Befragten im **5. Fragenblock** gebeten, ihre Einstellung zu einer Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugend-Psychotherapeuten darzulegen.

Im **6. Fragenblock** folgt die Aufforderung zur Angabe und Begründung, welche Patientengruppen die befragten Psychotherapeuten im Allgemeinen an ärztliche bzw. psychologische Psychotherapeuten überweisen oder empfehlen.

Im **7. und letzten Fragenblock** werden demographische Daten der Befragten erhoben. Neben Alter und Geschlecht werden berufsspezifische Informationen abgefragt, nämlich Anzahl der Jahre der klinischen Berufserfahrung, die genaue Berufsbezeichnung (Mehrfachnennung möglich), der Verfahrensschwerpunkt der psychotherapeutischen Arbeit und die Größe der Ortschaft sowie der Kontext, in der/dem momentan die Tätigkeit ausgeübt wird. Des Weiteren soll geschätzt werden, wie viele Patienten innerhalb des letzten Jahres mit mindestens einem mindestens 20-minütigen Gespräch behandelt wurden und wie viele Sitzungen eine Psychotherapie in der jeweiligen Praxis üblicherweise dauert. Der Anteil

an Patienten, die einer psychopharmakologischen bzw. somatischen Mitbehandlung bedurften, soll prozentual geschätzt werden. Die folgende Frage bezieht sich auf die - falls bestehende - Warteliste für das 4. Quartal 2011: es soll die durchschnittliche Wartezeit in Wochen bis zum Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung angegeben werden. Darüber hinaus wird das Angebot einer Notfallsprechstunde abgefragt, und die Befragten sollen auf einer 5-stufigen Likert-Skala angeben („trifft zu“, „trifft eher zu“, „teils teils“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“), ob ihre Psychotherapiepatienten sie auch um ärztliche Ratschläge zu Diagnostik und Therapie somatischer Beschwerden bitten. Zuletzt werden die Befragten gebeten, ihre eigene Tätigkeit als „eher organmedizinisch“, „eher psychotherapeutisch“ oder „gleichermaßen“ organmedizinisch und psychotherapeutisch einzuordnen.

Zu jedem der Fragenblöcke besteht die Möglichkeit, einen Freitext-Kommentar abzugeben.

6.1.2 Durchführung der Befragung bei Niedergelassenen

Ziel der Befragung war eine Vollerhebung möglichst sämtlicher aktuell tätigen Psychotherapeuten in den 3 Regionen, in denen die die Expertise tragenden Autoren tätig sind.

6.1.2.1 Münsterland

In Münster/im Münsterland wurde mit Hilfe der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) eine Auflistung der aktuell (Stand: Oktober 2011) dort gemeldeten Anbieter von Psychotherapie und angrenzenden Disziplinen (ärztliche und psychologische Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, psychosomatische Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Neurologie und Psychiatrie, weitere Fachrichtungen mit Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“) erstellt. Örtlich begrenzt wurde die Auflistung auf Psychotherapeuten im Münsterland: die Stadt Münster selbst und die Kreise Borken, Coesfeld, Steinfurt und Warendorf. Identifiziert und angeschrieben wurden insgesamt 647 Psychotherapeuten („Vollerhebung“). 2 Umschläge kamen mit dem Vermerk „unzustellbar, Empfänger unbekannt“ zurück, sodass tatsächlich 645 Psychotherapeuten einen Fragebogen erhielten. Darunter waren 178 ärztliche Psychotherapeuten (inkl. Fachärzte für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Neurologie), 350 Psychologische Psychotherapeuten, 66 Ärzte anderer Fachrichtungen mit Zusatztitel „Psychotherapie“ und 51 „reine“ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP, die auch für die Psychotherapie von Erwachsenen approbiert sind, sind unter Psychologischen Psychotherapeuten zusammengefasst).

Soweit sie bekannt bzw. auffindbar waren, wurden aus Gründen der Kostenersparnis E-mail-Adressen genutzt, um die Psychotherapeuten anzuschreiben und ihnen eine Version des Fragebogens zuzusenden, die direkt am PC ausfüllbar war. Im Anschluss an das Ausfüllen konnten die Befragten entscheiden, ob sie ihren Fragebogen entweder ausdrucken und unfrei per Post zurücksenden oder den Weg über eine Antwort-E-mail wählen. Alle übrigen Psychotherapeuten erhielten eine Papierversion des Fragebogens per Post zugestellt und konnten ihn ebenfalls unfrei per Post zurücksenden. Die Anzahl der verwendeten Postanschriften und E-mail-Adressen ergibt sich aus Tab. 6.1.

	Anzahl Adressen	davon als E-mail-Adressen
Insgesamt	645	417 (ca. 65 %)
Ärztliche Psychotherapeuten/Fachärzte für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Neurologie	178	110 (ca. 61 %)
Psychologische Psychotherapeuten	350	244 (ca. 70 %)
„reine“ Ärzte mit Zusatztitel „Psychotherapie“ (Ärztl. Pth u. a. mit Zusatztitel „Psychotherapie“ sind unter Ärztl. Pth enthalten)	66	35 (ca. 53 %)
„reine“ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PPth, die auch KJPth sind, sind unter PPth enthalten)	51	27 (ca. 53 %)

Tab. 6.1.: befragte Berufsgruppen im Münsterland

Verschickt wurden Ende Januar 2012 insgesamt 211 Fragebögen per Post und 344 per E-mail (Praxisgemeinschaften erhielten Sammelumschläge bzw. nur 1 E-mail, die an alle Therapeuten gerichtet war) mit der Bitte, diese bis Ende Februar 2012 ausgefüllt zurück zu senden. Mitte Februar gab es ein Erinnerungsschreiben mit der erneuten Bitte um Rücksendung bis Ende Februar.

6.1.2.2 Ravensburg/Ulm

In Ulm wurde über die Onlinepräsenz der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) ein E-Mail-Verteiler (Stand: Januar 2012) der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Neurologie, Psychiatrie, sowie weiterer Fachrichtungen mit Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ erstellt.

Örtlich begrenzt wurde die Auflistung auf die Kreise Alb-Donau-Kreis, Biberach, Bodenseekreis, Ravensburg, Reutlingen und Ulm, wodurch der Verteiler 102 ärztliche Psychotherapeuten, 114 Psychologische Psychotherapeuten und 28 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten umfasste. Daraus ergaben sich insgesamt 244 Psychotherapeuten, die per E-Mail angeschrieben wurden. Bei 19 versendeten E-Mails kam es zu Fehlermeldungen wegen ungültiger E-Mail-Adressen, weswegen schließlich 225 Therapeuten den Fragebogen per E-mail erhielten.

Der Fragebogen ließ sich auch dort entweder direkt am Computer bearbeiten oder konnte ausgedruckt und per Hand ausgefüllt werden. Den Therapeuten wurde freigestellt, den Fragebogen per Mail oder Post zurückzusenden.

Verschickt wurden die Fragebögen das erste Mal Ende Januar 2012 mit der Bitte um baldige Rücksendung. Anfang März 2012 wurden nochmals alle 225 Therapeuten per E-Mail darum gebeten, den Fragebogen zurückzusenden.

6.1.2.3 Greifswald/Stralsund

Die Erhebung in Mecklenburg-Vorpommern musste leider wegen organisatorischer Probleme im Zusammenhang mit dem Eigentümerwechsel der Klinik in Stralsund verschoben werden und konnte zunächst nicht in die Expertise integriert werden.

6.1.3 Rücklauf der Fragebögen - Niedergelassene

6.1.3.1 Münsterland

Die Fragebögen wurden jeweils sofort nach Eintreffen anonymisiert, falls sie nicht ohnehin schon anonym zurückgeschickt wurden. Bei der Auswertung war so definitiv kein Rückschluss mehr von Daten auf die jeweiligen Befragten möglich.

Von den angeschriebenen 645 Psychotherapeuten schickten insgesamt 100 (15,5 %) den Fragebogen ausgefüllt zurück. 19 kamen per E-mail an, 81 per Post (davon 1 per Fax). Darüber hinaus kamen allerdings diverse Reaktionen aus dem Kreis der Befragten, die eine ablehnende Haltung gegenüber der Befragung widerspiegelten.

Bezogen auf die Berufsgruppen beteiligten sich 50 ärztliche Psychotherapeuten (28 %), 26 psychologische Psychotherapeuten (9 %), 23 Ärzte anderer Fachrichtungen mit Zusatztitel „Psychotherapie“ (35 %) und 1 (ausschließlicher) Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (2 %).

6.1.3.2 Ravensburg/Ulm

Wie im Münsterland wurden auch hier die Fragebögen nach Erhalt sofort anonymisiert, um einen Rückschluss auf den jeweiligen Absender unmöglich zu machen.

Angeschrieben wurden 225 niedergelassene Psychotherapeuten, wovon 24 den Fragebogen zurücksandten (Rücklaufquote: 11 %), und zwar 11 per Post und 13 per E-mail. Zudem kamen noch einige die Befragung ablehnende Kommentare zum Fragebogen bzw. zur Befragung per E-Mail.

12 ärztliche (50 %) und 4 psychologische Psychotherapeuten (17 %), 5 Ärzte anderer Fachrichtung mit Zusatztitel „Psychotherapie“ (21 %) und 3 Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (12 %) beteiligten sich an der Umfrage.

6.1.4 Befragungsergebnis

6.1.4.1 Münsterland

Mit der gleichen Gruppe Befragter war vom Erstautor der Expertise drei Jahre zuvor eine Studie zur ambulanten Psychotherapie Älterer mit einer Rücklaufquote von ca. 70 % durchgeführt worden. Bei der jetzt durchgeführten Befragung kam es direkt im Anschluss an den Versand der Fragebögen Ende Januar 2012 gegenüber dem Erstautor über die verschiedenen Kommunikationswege zu Unmutäußerungen über die Thematik der Befragung, die bis zur Ablehnung der Befragung aus einer Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten ging. Gleichzeitig wurden die Autoren der Studie mit allen nur denkbaren „Verdächtigungen“ überzogen, wozu die Befragung „eigentlich“ berufspolitisch dienen sollte. Es schien, als ob alleine die Frage, ob es Unterschiede zwischen Ärztlicher und Psychologischer Psychotherapie geben könnte (alle Items waren auch völlig indifferent oder auch nur mit Klartext (kritisch) beantwortbar), an ein Tabu rühren würde, schon die Frage somit gar nicht erlaubt sei. Auch aus Berufsgruppen-gemischte Qualitätszirkel heraus erklärten sich die Ärzte mit den Psychologen „solidarisch“ und außer Stande, an einer solchen Befragung mitzuwirken.

Die Rücklaufquote von 15,5 % im Münsterland (N= 100 Psychotherapeuten) liegt deutlich unter den genannten früheren Erfahrungen bei wissenschaftlichen Erhebungen zusammen mit derselben Gruppe Niedergelassener. Zurückzuführen ist dies hauptsächlich auf die geringe Teilnahme Psychologischer/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (insgesamt angeschrieben 401) im Vergleich zu den Medizinern (n=244).

Die ausgefüllten Fragebögen stammen zum einen von insgesamt 74 Medizinern (Rücklaufquote: 30,3 %), die im Sinne der Expertise unter dem Begriff „Ärztliche Psychotherapeuten“ zusammengefasst werden. Es handelt sich um Fachärzte für Psychiatrie und Nervenheilkunde, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie oder einer anderen Fachrichtung mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“. Von diesen waren 54 % Frauen (n=39). Der Altersmittelwert der ärztlichen Psychotherapeuten liegt bei 53 Jahren (N=66; SD=7 Jahre; range: 38-70 Jahre).

Von den 27 Psychologische sowie Kinder- und Jugend-Psychotherapeuten (Rücklaufquote: 6,7 %) waren 77 % Frauen (n=20). Der Altersmittelwert liegt bei 49 Jahren (N=24; SD=8 Jahre; range: 33-60 Jahre).

Einer der Fragebögen stammt von einem Therapeuten (Alter unbekannt), der sowohl als ärztlicher als auch als psychologischer Psychotherapeut zugelassen ist. Die Summe der oben genannten Anzahlen 74 und 27 ergibt daher insgesamt 101 statt 100. Da er keiner der beiden Berufsgruppen eindeutig zugeordnet werden konnte, wurde er für Vergleiche nicht mit ausgewertet.

Von den ärztlichen Befragten gaben 14 an, eher organmedizinisch tätig zu sein. 33 arbeiten eher psychotherapeutisch, und 23 gleichermaßen verteilt. Die restlichen Mediziner machten keine Angabe hierzu.

Bis auf wenige Ausnahmen gaben die Mediziner an, über mindestens 10 Jahre Berufserfahrung im klinischen Bereich zu verfügen (n=67; 93 %). Lediglich 1 (1 %) gab weniger als 2 Jahre an, ebenfalls 1 (1 %) 2-5 Jahre und 3 (4 %) 5-10 Jahre. Bei den psychologischen Psychotherapeuten verfügen ebenfalls die meisten (n=20; 77 %) über mindestens 10 Jahre Berufserfahrung, 6 (23 %) über 5-10 Jahre.

6.1.4.2 Ravensburg/Ulm

Bei den angeschriebenen Psychotherapeuten in Süddeutschland kam es zu ganz ähnlichen Unmutäußerungen bzgl. des Befragungsthemas wie im Münsterland. Auch hier war die Rücklaufquote durch aktive Weigerungen sehr gering.

Geantwortet haben 56 Ärzte und 7 Psychologische Psychotherapeuten (inkl. 3 KJP). 57 % der Mediziner sind weiblich (n=32), das Durchschnittsalter aus 51 Angaben liegt bei 48 Jahren (SD=9 Jahre; range: 25-65 Jahre). Bei der Berufserfahrung gaben 75 % der Mediziner mehr als 10 Jahre an (n=42), bei 8 (14 %) sind es 5-10 Jahre, bei 1 (2 %) 2-5 Jahre, 5 (9 %) sind Berufsanfänger mit weniger als 2 Jahren Berufserfahrung.

Lediglich 4 der befragten Psychologen gaben ihr Alter an, hieraus ergab sich durchschnittliches Alter von 50 Jahren (SD=10 Jahre; range: 38-62 Jahre). An praktischer Berufserfahrung gaben die meisten mehr als 10 Jahre an (n=6; 86 %), der 7. Therapeut verfügt über 5-10 Jahre Erfahrung.

6.1.4.3 Auswertung der Umfrage bei Niedergelassenen

Da insgesamt sowohl im Süden Deutschlands als auch im Münsterland vergleichsweise wenige Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten/KJP geantwortet haben, wurden die Datensätze zusammengefügt und gemeinsam ausgewertet (N=164). 129 von ihnen sind Mediziner, 33 sind Psychologen (darunter 10 KJP), bei einem fand sich hierzu keine Angabe, ein weiterer Therapeut hat beide Ausbildungen. Das Verhältnis von fast viermal so vielen Medizinern wie Psychologen muss daher bei der Beurteilung der nachfolgend beschriebenen Ergebnisse berücksichtigt werden. Im Text werden im folgenden KJP und Psychologische Psychotherapeuten gemeinsam als „Psychologen“ bezeichnet.

Einstellung zur Ärztlichen Psychotherapie allgemein

Bzgl. der ersten 8 Fragen des **1. Fragenkomplexes**, in denen es um Stellenwert und Funktion ärztlicher Psychotherapie im gegenwärtigen Versorgungssystem geht, hält die Mehrheit der Psychotherapeuten die ärztliche Psychotherapie (ÄPT) für nicht verzichtbar. Zwar stammen die meisten dieser Aussagen jeweils von Ärztlichen Psychotherapeuten selber, aber auch bei Betrachtung der Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten/KJP ergibt sich zumindest in den Feldern Forensik, Konsiliardienst, Psychiatrie und Psychosomatik eine solche Tendenz. Das Gesamtergebnis zu den Fragen 1-8 ist in Tabelle 6.2 dargestellt.

Am deutlichsten zeigt sich diese allgemeine Tendenz zur Unverzichtbarkeit der ÄPT bzgl. der Frage 6 nach medikamentöser Behandlung psychischer Störungen: 85 % (n=109) der befragten Ärztlichen Psychotherapeuten halten ihren Einsatz dort für „nicht verzichtbar“, ebenso wie 62 % (n=20) der befragten Psychologen.

1. Fragenkomplex: In einem gut strukturierten Versorgungssystem wird Ärztliche Psychotherapie zunehmend verzichtbar...

	Angaben (N)		Mittelwert*	Modalwert*	Min.*	Max.*
	gültig	fehlend				
... in der Differenzialdiagnostik und Stellung der differenziellen Therapieindikation	163	1	-1,27	-2	-2	2
... im psychotherapeutischen/-somatischen Konsiliardienst in Kliniken, Altersheimen, Jugendhilfe etc.	162	2	-1,48	-2	-2	2
... in der Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie	157	7	-1,46	-2	-2	2
... in der psychotherapeutischen Behandlung psychosomatischer Störungen (z. B. somatoformer Schmerzstörungen)	161	3	-1,43	-2	-2	2
... in der psychotherapeutischen Behandlung psychiatrischer Störungen (z. B. schizophrener Störungen)	160	4	-1,39	-2	-2	2
... in der medikamentösen Behandlung psychischer Störungen	161	3	-1,61	-2	-2	2
... in der Frühintervention nach Traumatisierung	159	5	-,84	-2	-2	2
... bei etablierten Behandlungspfaden	158	6	-,63	-2	-2	2

Tab. 6.2: Gesamtergebnis der ersten 8 Fragen des 1. Fragenkomplexes

*Erläuterung der Zahlenwerte:

-2=stimmt nicht; -1=stimmt wenig; 0=stimmt teils, teils; 1=stimmt ziemlich; 2=stimmt sehr

Während der Großteil der Mediziner ärztliche Psychotherapie in den Bereichen Differentialdiagnostik, Konsiliardienst, Forensik, Psychosomatik, Psychiatrie und medikamentöse Behandlung psychischer Störungen für „nicht verzichtbar“ hält, zeigt sich eine etwas andere Verteilung in den Bereichen Frühintervention nach Traumatisierung und etablierte Behandlungspfade. Hier gaben nur wenig mehr als die Hälfte (n=68; 53 % bzw. n=60; 47 %) der Mediziner an, ärztliche Psychotherapie für „nicht verzichtbar“ zu halten. Mehr als sonst halten ärztliche Psychotherapie in diesen Bereichen für „wenig verzichtbar“ (n=25; 19 % bzw. n=21; 16 %) oder sind unentschlossen („teils, teils“; n=24; 19 % bzw. n=31; 25 %). Insgesamt ergeben sich für diese beiden Fragestellungen Mittelwerte von -1,19 und -1,02, was jeweils für die Antwort „stimmt wenig“ (kodiert als -1) steht. Bei allen übrigen Fragestellungen ergeben sich im Antwortverhalten der Mediziner dagegen Mittelwerte zwischen -1,66 und -1,73, gleichbedeutend mit „stimmt nicht“ (kodiert als -2).

In diesen beiden Bereichen gaben auch die meisten Psychologischen Psychotherapeuten/KJP an, ärztliche Psychotherapie sogar für „verzichtbar“ zu halten (n=13; 38 % bzw. n=16; 47 %). Die Mittelwerte bzgl. der beiden Fragestellungen sind 0,61 und 0,97 und stehen damit für „stimmt ziemlich“ (kodiert als 1). Die übrigen Mittelwerte in der Gruppe der Psychologen liegen mit 0,31, -0,42, -0,52, -0,25 und -0,27 jeweils nahe des Nullpunktes, der hier für die Einschätzung „teils, teils“ steht. Eine Ausnahme stellt der oben beschriebene angenommene Bedarf ärztlicher Psychotherapie bei der Medikation psychischer Störungen dar: dort liegt der Mittelwert bei -1,06, gleichbedeutend mit Verzichtbarkeit ärztlicher Psychotherapie „stimmt wenig“.

Bei den folgenden 3 Fragen bzgl. Anforderungen, die an Ärzte gestellt werden sollten, waren sich die Befragten weitestgehend einig. Sowohl Ärztliche als auch Psychologische Psychotherapeuten/KJP finden, dass Ärzte Interventionen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung beherrschen und auf Selbsterfahrung zurückgreifen könnten sollten. Die Ergebnisse sind in Tabelle 6.3 dargestellt.

1. Fragenkomplex: Künftig sollte jeder Arzt, unabhängig von der Fachrichtung, ...

	Angaben (N)		Mittelwert*	Modalwert*	Min.*	Max.*
	gültig	fehlend				
... Interventionen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung beherrschen	163	1	,94	2	-2	2
... auf zumindest begrenzte Selbsterfahrung zurückgreifen können	162	2	,88	2	-2	2
... sich kontinuierlich supervidieren lassen	162	2	,24	0	-2	2

Tab. 6.3: Gesamtergebnis der Fragen 9-11 des 1. Fragenkomplexes

*Erläuterung der Zahlenwerte:

-2=stimmt nicht; -1=stimmt wenig; 0=stimmt teils, teils; 1=stimmt ziemlich; 2=stimmt sehr

Positiv („stimmt ziemlich“, „stimmt sehr“) antworteten auf beide Fragen jeweils 67 % der Mediziner und 74 % bzw. 80 % der Psychologen. Lediglich bei der letzten Frage dieses Fragenkomplexes bzgl. Supervisionspflicht gehen die Meinungen auseinander. Der größte Teil der Mediziner antwortete mit „teils teils“ (n=40; 31 %), etwas mehr als 30 % (n=28) tendieren zur Ablehnung, mehr noch allerdings (n=48; 37 %) zur Erforderlichkeit von Supervision. Die Psychologen sprachen sich überwiegend für eine Supervision von Ärzten aus (n=19; 56 %).

Die Antworten aus Süddeutschland und dem Münsterland ähneln sich so weit, dass auf eine gesonderte Darstellung der einzelnen Daten hier verzichtet werden kann.

Die insgesamt 13 Kommentare von Medizinern zu diesem Fragenkomplex beinhalteten zum einen Kritik an der Fragestellung und der Thematik, z. B. „Frage zu ungenau“ oder „Intention der Fragestellung aus ärztlicher Sicht nicht nachvollziehbar“. Zum anderen gab es Anregungen für Veränderungen in der Praxis, z. B. „Supervision sollte in Kliniken auch für Einzelstunden übernommen werden (im Ausland, z. B. Schweiz, üblich!)“ oder „Indikationskompetenz für spezielle psychotherapeutische Verfahren sollte grundsätzliche ärztliche Fähigkeit werden. Das bedingt, die wichtigen, auch neueren Verfahren (nicht nur Grundorientierungen wie VT und TP) zu kennen.“

Darüber hinaus kommentierten 7 Psychologische Psychotherapeuten die Fragestellung; hier beziehen sich die Aussagen eher auf das Verhältnis zu ärztlichen Psychotherapeuten oder eigene Arbeitsbedingungen; z. B. „Ich sehe nicht, dass ärztliche Psychoth. hier grundsätzlich psychologischer Psychoth. über- oder unterlegen wäre!“, „Nach meiner 25-jährigen Erfahrung sind die Bereiche Selbsterfahrung und Supervision im ärztlichen Kontext nur in Spurenelementen vorhanden - mit allen sich leider daraus ergebenden Konsequenzen...“, oder: „Für die medikamentöse Behandlung müsste sich die Ausbildung der Psychologen ändern.“

Ärztliche Psychotherapie für bestimmte Patientengruppen

Im **2. Fragenkomplex** ging es zunächst in 15 Items um die Frage, ob ärztliche Psychotherapie für bestimmte Patientengruppen als erforderlich, wünschenswert oder verzichtbar angesehen wird. An Angaben erfolgten hierzu aus Süddeutschland und dem Münsterland jeweils zwischen 151 und 154, d. h. 10-13 Therapeuten antworteten nur auf einzelne dieser Fragen bzw. gar nicht.

Das Ergebnis ist hier eindeutig: ärztliche Psychotherapie wird durchweg als wünschenswert betrachtet. Leichte Tendenzen zur Verzichtbarkeit gibt es bei „schwierigen Patienten“ (n= 47; 31 %) und „Traumatisierung ohne Körperverletzung“ (n=61; 40 %), eine noch stärkere Tendenz bei „Belastungen ohne medizinischen Kontext“ (n=82; 53 %). Zumindest die letzten beiden Patientenkategorien lassen vermuten, dass für die Indikation ärztlicher Psychotherapie körperliche Versehrtheit eine größere Rolle spielt.

Dieses durchschnittliche Ergebnis („wünschenswert“) setzt sich zusammen aus den gegensätzlichen Einschätzungen der Mediziner und der Psychologen und wird in Tabelle 6.4 veranschaulicht.

Bei den Medizinern ergibt sich bei Betrachtung derselben Fragen ein jeweils deutlich höherer Mittelwert, was bedeutet, dass sie ärztliche Psychotherapie eher für erforderlich als nur wünschenswert halten. Insbesondere bei „psychotischer Störung“ (n=75; 63 %), „zusätzlicher organischer Erkrankung neben der psychischen Störung“ (n=69; 58 %), „gleichzeitiger psychopharmakologischer Behandlung“ (n=70; 58 %), „psychischen Faktoren bei organischer Erkrankung“ (n=67; 56 %), und „psychoonkologischen Fragestellungen“ (n=63; 53 %) ist dies der Fall. Bei den übrigen Patientengruppen ist ärztliche Psychotherapie für die Mediziner ebenfalls „wünschenswert“, und eine auffallende Tendenz zur Verzichtbarkeit zeigt sich bei „Traumatisierung ohne Körperverletzung“ (n=37; 31 %) und „Belastungen ohne medizinischen Kontext“ (n=54; 45 %).

2. Fragenkomplex: Der Ärztliche Psychotherapeut ist für Patienten...

	Angaben (N)		Mittelwert*	Modalwert*	Min.*	Max.*
	gültig	fehlend				
... die ein organisches Störungskonzept haben	153	11	1,27	1	0	2
... die unter einer organischen Erkrankungen neben der psychischen/psychosomatischen Störung leiden	151	13	1,43	2	0	2
... die unter psychischen Faktoren, die auf eine organisch definierte Erkrankung einwirken, leiden	152	12	1,40	2	0	2
... die in der Interaktion "schwierig"/"schwer zu führen" sind	152	12	,88	1	0	3
... bei psychoonkologischen Fragestellungen	152	12	1,38	2	0	2
... bei schizophrenen oder anderen psychotischen Störungen	153	11	1,43	2	0	2
... bei psychosomatischen Störungen	154	10	1,30	2	0	3
... bei gleichzeitiger psychopharmakologischer Behandlung	152	12	1,44	2	0	2
... bei hirnorganischen Störungen	154	10	1,29	1	0	2
... bei (rezidivierender) Suizidgefährdung	153	11	1,22	2	0	2
... bei akut Traumatisierten mit KV	154	10	1,36	2	0	2
... bei akut Traumatisierten ohne KV	154	10	,86	0	0	2
... nach Belastungserfahrungen mit medizinischem Kontext	154	10	1,07	1	0	2
... nach Belastungserfahrungen ohne medizinischen Kontext	154	10	,56	0	0	2
... bei sonstigen Patientengruppen	160	4	1,00	1	0	2

Tab. 6.4: Gesamtergebnis (Psychotherapeuten aus Gesamtdeutschland) der Fragen 1-15 des 2. Fragenkomplexes

*Erläuterung der Zahlenwerte: 0=verzichtbar; 1=wünschenswert; 2=erforderlich

Die Psychologen halten dagegen ärztliche Psychotherapie bei den meisten Patientengruppen für eher verzichtbar. Eine Tendenz zu „wünschenswerter“ ärztlicher Behandlung zeigt sich nur bei „psychoonkologischen Fragestellungen“ (n=15; 48 %), „psychischen Faktoren bei organischer Erkrankung“ (n=13; 42 %), „zusätzlicher organischer Erkrankung neben der psychischen Störung“ (n=12; 40 %) und insbesondere bei „hirnorganischen Störungen“. Bei „Traumatisierung mit Körperverletzung“ halten Psychologen ärztliche Psychotherapie gleichermaßen für verzichtbar (n=13; 42 %) wie auch für erforderlich (n=10; 32 %). Dasselbe gilt für „psychotische Störungen“ und „psychopharmakologische Mitbehandlung“: „verzichtbar“ sagten 12 (39 %) bzw. 11 Psychologen (37 %), erforderlich sagten 10 (32 %) bzw. 12 Psychologen (40 %). Durchschnittlich ergibt dies zwar jeweils ebenfalls eine „wünschenswerte“ Beteiligung der ärztlichen Psychotherapeuten, allerdings sind hier die konträren Einstellungen der Psychologen auffällig, die es bei den Medizinerinnen nicht in dieser Form gibt. Bei „Belastungen ohne medizinischen Kontext“ (n=20; 65 %), „schwierigen Patienten“ (n=25; 78 %) und „Traumatisierungen ohne Körperverletzung“ (n=24; 77 %) halten die Psychologen - eine Tendenz hierzu zeigt sich ebenfalls bei den Medizinerinnen - ärztliche Psychotherapie am ehesten für verzichtbar.

Bei Item Nr. 15, wo im Freitext eine weitere Patientengruppe eingegeben und eine Bewertung abgegeben werden konnte, gab nur einer an, dass er bei der Transplantation von Organen ärztliche Psychotherapie für erforderlich hält.

In den weiteren 15 Items des 2. Fragenkomplexes ging es ausschließlich um die Behandlung von Kindern. Einige Therapeuten hielten sich hier eine Beantwortung zurück, mit der Begründung, selber keine Kinder zu behandeln und daher kein Urteil abgeben zu können. Es antworteten dennoch jeweils zwischen 146 und 151 Therapeuten.

Es zeigt sich - wie auch schon bei den vorangegangenen Items - eine Tendenz zur Mitte, die wiederum aus unterschiedlichen Einstellungen von Medizinern und Psychologen resultiert. Insgesamt werden ärztliche Psychotherapeuten für am notwendigsten in der Behandlung von „anorektischen Patienten mit vitaler Gefährdung“ (n=107; 71 %) und bei „psychopharmakologischer Behandlung“ (n=100; 69 %) gehalten. Bei allen anderen Items ist die Verteilung der Antworten weniger eindeutig, es zeigen sich allenfalls deutliche Tendenzen, z. B. bei Patienten mit einer Körperbehinderung, chronischen körperlichen Erkrankungen, Traumatisierung mit Körpverletzung, Suchterkrankungen und somatoformen Störungen des Kindes- und Jugendalters wird ärztliche Psychotherapie von jeweils mindestens 64 % der Befragten als ziemlich oder sehr notwendig befunden. Im Gesamtdurchschnitt findet sich zu keinem Item die Bewertung, ärztliche Psychotherapie sei „wenig“ oder „nicht“ gefragt. Die genauen Zahlen finden sich in Tabelle 6.5.

Durchweg positiv fällt erwartungsgemäß auch die Bewertung in der Gruppe der Mediziner aus. Hier findet sich als durchschnittlich negativste Einschätzung, ärztliche Psychotherapie sei „teils teils“ notwendig. Dies ist der Fall bei den Items bzgl. Patienten mit „Intelligenzminderung“, „Teilleistungsstörung“ und „Traumatisierung ohne Körpverletzung“. Für besonders gefragt halten Mediziner ärztliche Psychotherapie bei „Anorexia nervosa mit vitaler Gefährdung“ (n=96; 80 %), „psychopharmakologischer Behandlung“ (n=89; 76 %) und „psychoonkologischen Fragestellungen“ (n=74; 62 %). Aber auch bei „Anorexia nervosa ohne vitale Gefährdung“, „Suchterkrankungen“, „chronischen körperlichen Erkrankungen“, „Traumatisierung mit Körpverletzung“ und „somatoformen Störungen“ findet der Großteil der Mediziner (jeweils mehr als 75 %) ärztliche Psychotherapie mindestens „ziemlich“ gefragt.

2. Fragenkomplex: Ärztliche Kompetenz in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen ist besonders gefragt...

	Angaben (N)		Mittelwert*	Modalwert*	Min.*	Max.*
	gültig	fehlend				
... in der Kleinkindbehandlung	151	13	,40	2	-2	2
... in der Eltern-Kind-Behandlung unter 5 J.	150	14	,26	0/1	-2	2
... in der Eltern-Kind-Behandlung über 5 J.	151	13	,15	0	-2	2
... bei Körperbehinderung	151	13	,60	1	-2	2
... bei Intelligenzminderung	151	13	,10	0	-2	2
... bei Teilleistungsstörung	150	14	,03	0	-2	2
... bei Anorexia nervosa mit vitaler Gefährdung	151	13	1,49	2	-2	2
... bei Anorexia nervosa ohne vitale Gefährd.	151	13	,52	1	-2	2
... bei Suchterkrankungen	151	13	,82	2	-2	2
... bei psychopharmakologischer Behandlung	146	18	1,44	2	-2	2
... bei psychischen Problemen von chronisch körperlich Erkrankten	150	14	,99	2	-2	2
... bei akuten Traumatisierungen mit KV	150	14	,99	2	-2	2
... bei akuten Traumatisierung ohne KV	150	14	,03	0	-2	2
... bei somatoformen Störungen des Kindes- und Jugendalters	150	14	,93	2	-2	2
... bei psychoonkologischen Fragestellungen in der Kinderonkologie	149	15	1,11	2	-2	2

Tab. 6.5: Gesamtergebnis (Psychotherapeuten aus Gesamtdeutschland) der Fragen 16-30 des 2. Fragenkomplexes

*Erläuterung der Zahlenwerte:

-2=stimmt nicht; -1=stimmt wenig; 0=stimmt teils, teils; 1=stimmt ziemlich; 2=stimmt sehr

Bei den befragten Psychologen zeigt sich wiederum ein gegenläufiger Trend. Ausschließlich bei 3 Items finden sich überhaupt zustimmende Bewertungen zur ärztlichen Psychotherapie, bei 2 davon sogar recht deutlich: „Anorexia nervosa mit vitaler Gefährdung“ und „psychopharmakologische Behandlung“ sehen 62 % (n=18) bzw. 64,3 % (n=18) am ehesten in Verbindung mit ärztlicher Psychotherapie, sie halten sie in diesen Fällen für „ziemlich gefragt“. Bei allen übrigen Items zeigen sich eher Tendenzen zur Verzichtbarkeit von ärztlicher Psychotherapie, bei den meisten zwar nur milde, aber recht deutlich befinden die Psychologen sie bei „Teilleistungsstörung“ (n=12; 41 %), „Eltern-Kind-Behandlung unter/über 5 Jahren“ (n=13; 45 % bzw. n=14; 48 %), „Anorexia ohne vitale Gefährdung“ (n=14; 48 %) und insbesondere bei „Traumatisierung ohne Körperverletzung“ (n=18; 62 %) für „nicht gefragt“.

Wenn auch die Einschätzungen der Mediziner und Psychologen z. T. deutlich auseinander gehen, findet sich bzgl. Anorexia nervosa mit vitaler Gefährdung und psychopharmakologischer Behandlung zumindest eine Übereinstimmung des Großteils der Befragten darin, dass ärztliche Psychotherapie hier mindestens als ziemlich, wenn nicht sogar als sehr wesentlich gilt.

Die Antworten aus Süddeutschland und dem Münsterland ähneln sich so weit, dass auf eine gesonderte Darstellung der einzelnen Daten hier verzichtet werden kann.

9 Mediziner kommentierten die Fragestellung, allerdings individuell, sodass hier nur beispielhaft einige Zitate aufgeführt werden: „Bei somatischer Komorbidität und bei Behandlung mit Psychopharmaka kann ein ärztlicher Psychotherapeut die Fragen des Patienten hinsichtlich der somatischen Erkrankungen bzw. Nebenwirkung des Medikaments in die Psychotherapie mit einbinden“; „Es ist alles eine Frage der Motivation des Patienten“; und „Der Fragebogen schließt psychologische Psychotherapeuten aus und ist damit tendenziös. Die Erfahrung des Psychotherapeuten liegt nicht an der Grundausbildung, sondern an individuellen Fort- und Weiterbildungen. Ich halte den ärztlichen Psychotherapeuten für Pat. für ebenso wichtig wie den psychologischen Psychotherapeuten oder den Psychosomatiker oder den Psychiater“.

Bei den ebenfalls 9 Psychologen-Kommentaren bezieht sich knapp die Hälfte allein auf den 2. Fragenteil mit der jeweiligen Bemerkung, hier sei eine Einschätzung nicht möglich, weil der entsprechende Therapeut nicht mit dieser Patientengruppe arbeite. Die restlichen 4 Psychologischen Psychotherapeuten äußern sich zur Zusammenarbeit zwischen Medizinern und psychologischen Psychotherapeuten bzw. deren Arbeitsweisen wie z. B.: „Ärztliche Kompetenz ist m. E. nicht IN, aber oft NEBEN der Psychoth. gefragt!“ oder „Psychotherapeutische Verfahren werden von ärztlichen oder psychologischen PT gleichermaßen angewandt. Doch in manchen Fällen ist medizinisches Wissen von Vorteil“.

Einschätzung der Zuständigkeit für Patienten mit speziellen Beschwerdebildern

Im **3. Fragenkomplex** galt es, anzugeben, ob die Befragten eher einen Arzt oder einen Psychologen als Behandler von Patienten mit speziellen Beschwerdebildern sehen; zunächst werden die 16 Items zur Erwachsenenbehandlung, dann die 6 Items, die sich speziell auf die Behandlung von Kindern beziehen, dargestellt.

Erwartungsgemäß sind die Ergebnisse der befragten ärztlichen und psychologischen Therapeuten komplementär. Insgesamt sprechen sich die meisten Beteiligten - aufgrund der weit größeren Anzahl teilnehmender Mediziner an der Befragung - eher für ärztliche psychotherapeutische Behandlung aus. Bei der Behandlung von Ängsten (n=83; 52 %), Zwängen (n=79; 50 %), depressiven Störungen (n=73; 45 %), belastenden Lebensereignissen (n=79; 50 %), Persönlichkeitsstörungen (n=92; 58 %) und beruflicher Überlastung (n=81; 52 %) bleibt das Ergebnis neutral, hier wird weder ärztliche noch psychologische Psychotherapie favorisiert. Insbesondere bei organisch bedingten psychischen und psychotischen (Schizophrenie, schizotype oder wahnhaft) Störungen tendieren die meisten Befragten eher oder ausschließlich zur Behandlung mit ärztlicher Psychotherapie (n=136; 85,6 % bzw. n=133; 83,6 %). Psychologische Psychotherapie kommt am ehesten bei belastenden Lebensereignissen in Frage, allerdings auch nur mit einer leichten Tendenz (n=65; 41,4 %). Eine Übersicht über das Ergebnis aller Psychotherapeuten ist in Tabelle 6.6 dargestellt.

Betrachtet man die Angaben der ärztlichen Teilnehmer genauer, finden sich ganz ähnliche Ergebnisse. Beteiligt haben sich an diesem Fragenkomplex 127 von 129 Medizinern (98 %). Hier liegen die Einschätzungen der Zuständigkeit eindeutig eher auf Seiten der ärztlichen Psychotherapie; allenfalls „neutral“ wird die ärztliche bzw. psychologische Behandlung beurteilt bei Persönlichkeitsstörungen (n=82; 65 %), beruflicher Überlastung (n=73; 58 %), Ängsten (n=78; 61 %), Zwängen (n=72; 57 %) und belastenden Lebensereignissen (n=75; 60 %). Eine über „neutral“ hinausgehende Tendenz zur psychologischen Psychotherapie findet sich hier nicht. Stattdessen werden eindeutig als Indikation für ärztliche Psychotherapie organisch bedingte psychische (n=101; 80 %), psychotische (n=98; 77 %) und manische/bipolare Störungen (n=84; 67 %) betrachtet. Dies sind von allen genannten Störungen gleichzeitig diejenigen, die am ehesten medikamentös zu behandeln sind.

3. Fragenkomplex: Bitte kreuzen Sie an, ob Sie Pat. mit folgenden Beschwerden eher in psychotherapeutischer Behandlung bei einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sehen.

	Angaben (N)		Mittelwert*	Modalwert*	Min.*	Max.*
	gültig	fehlend				
organisch bedingte psychische Störungen	159	5	1,53	1	1	5
Substanzmissbrauch/-abhängigkeit	159	5	2,21	3	1	5
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	159	5	1,59	1	1	5
manische/bipolare Störung im Intervall	157	7	1,81	1	1	5
Depressive Störungen	159	5	2,80	3	1	5
Ängste	159	5	3,33	3	1	5
Zwänge	158	6	3,35	3	1	5
Belastende Lebensereignisse	157	7	3,53	3	1	5
somatoforme Schmerzstörung	158	6	2,15	1	1	5
Essstörung	159	5	2,61	3	1	5
Schlafstörung	159	5	2,53	3	1	5
sexuelle Funktionsstörung	157	7	2,62	3	1	5
funktionelle/dissoziative Körpersymptome	156	8	2,51	3	1	5
Persönlichkeits-/Verhaltensstörungen	159	5	3,35	3	1	5
psychische Krise nach beruflicher Überlastung (Burn-out)	157	7	3,43	3	1	5
Bewältigung körperlicher Erkrankungen	158	6	2,03	1	1	5

Tab. 6.6: Gesamtergebnis (Psychotherapeuten aus Gesamtdeutschland) der Fragen 1-16 des 3. Fragenkomplexes

*Erläuterung der Zahlenwerte: 1=Arzt; 2=eher Arzt; 3=neutral; 4=eher PPth/KJPth; 5=PPth/KJPth

Von den teilnehmenden 33 Psychologen beantworteten 30 (91 %) den 3. Fragenkomplex. Wenig überraschend fallen hier die Einschätzungen eher zugunsten der psychologischen Behandler aus. Am auffälligsten ist dies bei Ängsten, depressiven Störungen, Zwängen, Persönlichkeitsstörungen und belastenden Lebensereignissen der Fall, die keiner der befragten Psychologen eher oder gar ausschließlich von ärztlichen Psychotherapeuten behandelt sehen möchte. Der Großteil sieht diese Patienten eher oder ausschließlich bei Psychologen in Behandlung (Ängste: n=26; 87 %; depressive St.: n=24; 80 %; Zwänge: n=24; 80 %; Persönlichkeitsstörungen: n=22; 73 %; belastende Lebensereignisse: n=27; 90 %), der Rest der Teilnehmer bleibt bei diesen Items „neutral“. Eine eindeutige Tendenz zu eher oder ausschließlich psychologischen Behandlern zeigt sich außerdem bei beruflicher Überlastung (n=22; 73 %), Essstörungen (n=20; 67 %), sexuellen Funktionsstörungen (n=21; 70 %), Schlafstörungen (n=22; 73 %) und funktionellen/dissoziativen Körpersymptomen (n=16; 53 %), allerdings gibt es dort zumindest vereinzelt (jeweils zwischen 1 und 4, also 3-13 %) Psychologen, die in diesen Fällen ärztliche Psychotherapie eher oder absolut bevorzugen würden. Am ehesten, wenn auch nur mit einer leichten Tendenz, käme ärztliche Psychotherapie laut der teilnehmenden Psychologen eher oder ausschließlich in Frage bei organisch bedingten psychischen (n=16; 53 %) und psychotischen Störungen (n=11; 37 %).

Passender Weise handelt es sich bei den Störungen, für die die Psychologen am ehesten oder ausschließlich ebenfalls Psychologen als zuständig ansehen, größtenteils (bis auf depressive Störungen und berufliche Überlastung) um genau diejenigen, für die die befragten Mediziner ärztliche Psychotherapeuten am wenigsten zuständig finden. Umgekehrt finden Psychologen ärztliche Psychotherapie am ehesten angebracht bei organisch bedingten psychischen und psychotischen Störungen, was auch der Einschätzung der Mediziner entspricht, allerdings bei ihnen in einem ausschließlicheren Ausmaß.

Die Antworten aus Süddeutschland und dem Münsterland ähneln sich auch bei diesem Fragenkomplex so weit, dass auf eine gesonderte Darstellung der einzelnen Daten verzichtet werden kann. Lediglich abweichend wurde im Münsterland der Punkt „belastende Lebensereignisse“ mehr einer psychologisch-psychotherapeutischen Behandlung zugeordnet, während er in Süddeutschland weder als ärztliche noch als psychologische Behandlungsindikation betrachtet wurde.

Bei den nachfolgenden 6 Items bzgl. der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern zeigt sich eine ähnlich gegensätzliche Verteilung bei Medizinern und Psychologen. Als Gesamtergebnis wird bei 5 der 6 genannten Störungen (Hyperkinetische St., St. des Sozialverhaltens, Emotionale St., Tic-St., Autismus-Spektrum-St.) weder ärztliche noch psychologische Psychotherapie bevorzugt. Lediglich in Bezug auf die Bewältigung körperlicher Erkrankungen neigen die Befragten deutlich zu ärztlicher Psychotherapie (n=114; 72 %). Die genauen Zahlen finden sich in nachfolgender Tabelle 6.7.

Bei den befragten Medizinern, hier antworteten 126 von 129 (98 %), findet sich wiederum bzgl. keiner Störung eine Bevorzugung psychologischer Psychotherapie. Im Gegenteil: lediglich bei Störungen des Sozialverhaltens und emotionalen Störungen gibt es hauptsächlich zumindest neutrale Stimmen (n=69; 55 % bzw. n=72; 57 %), bei allen anderen Störungen sind die meisten Mediziner von ärztlicher Psychotherapie eher oder vollständig überzeugt (hyperkinetische Störung: n=75; 60 %; Tic-Störung: n=71; 56 %; Autismus-Spektrum-Störung: n=73; 60 %), insbesondere bei der Psychotherapie zur Bewältigung körperlicher Erkrankungen: n=105; 83 %).

3. Fragenkomplex: Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

	Angaben (N)		Mittelwert*	Modalwert*	Min.*	Max.*
	gültig	fehlend				
hyperkinetische Störung	158	6	2,59	1	1	5
Störung des Sozialverhaltens	158	6	3,44	3	1	5
emotionale Störung	158	6	3,35	3	1	5
Tic-Störung	158	6	2,58	3	1	5
Autismus-Spektrum-Störung	158	6	2,57	3	1	5
Bewältigung körperlicher Erkrankungen	158	6	2,01	1	1	5

Tab. 6.7: Gesamtergebnis (Psychotherapeuten aus Gesamtdeutschland) der Fragen 17-22 des 3. Fragenkomplexes

*Erläuterung der Zahlenwerte: 1=Arzt; 2=eher Arzt; 3=neutral; 4=eher PPth/KJPth; 5=PPth/KJPth

Die Psychologen, auch hier 30 von 33 (91 %), befürworteten entgegengesetzt wiederum die psychologische Behandlung aller aufgeführten Störungen. Ein „neutrales“ Ergebnis findet sich lediglich bei der Bewältigung von körperlichen Erkrankungen, allerdings nur aufgrund einer weitgehend homogenen Verteilung der 30 Stimmen auf alle 5 Antwortmöglichkeiten. Insbesondere bei Störungen des Sozialverhaltens (n=24; 80 %) und emotionalen Störungen (n=25; 83 %) sind die meisten befragten Psychologen der Meinung, die Psychotherapie sollte psychologisch sein.

Bei den beiden letztgenannten Störungen, für die Psychologen sich am ehesten selbst zuständig sehen, handelt es sich um diejenigen Störungen, die auch die Mediziner ärztlicher Psychotherapie am wenigsten zuordnen würden.

Die Antworten aus Süddeutschland und dem Münsterland ähneln sich so weit, dass auf eine gesonderte Darstellung der einzelnen Daten hier verzichtet werden kann.

Kommentare gab es hier von 7 Medizинern, hauptsächlich bezogen auf Qualifikationen und Aufgabenverteilung unter Medizинern und Psychologen wie z. B.: „Die ursprüngliche Vorstellung Psychologe = VT, Arzt = Psychoanalyse ist m. E. seit Jahren überholt. Ich frage immer nach persönlichen Fähigkeiten und Weiterbildungen“ oder „Störungen sind abhängig von Qualifikation und Erfahrung auch von psychologischen Psychotherapeuten behandelbar bei konsequenter organmedizinischer Betreuung“.

7 Psychologische Psychotherapeuten gaben Kommentare in derselben Richtung ab, z. B.: „Psychotherapie ist hilfreich, wenn sie gut und wissenschaftlich fundiert geschieht, egal ob von Arzt oder Psychologen“; „Das ist immer abhängig von der psychotherapeutischen Kompetenz der Ärzte, die z. T. schlecht ist aus meiner Erfahrung“; „Bei organischen Störungen wäre ein ärztlicher Therapeut wünschenswert, aber bei guter Zusammenarbeit der psychologischen PT mit Arzt ist psychotherapeutische Behandlung gut machbar“.

Einflüsse auf die Zukunft der Ärztlichen Psychotherapie

Im **4. Fragenkomplex** ging es darum, 10 Voraussetzungen für die Zukunft der ärztlichen Psychotherapie zu beurteilen. Bis auf 1 Psychologin und 1 Mediziner beteiligten sich alle 164 Befragten (99 %) an diesem Komplex, lediglich einige Items wurden z. T. ausgelassen.

Als am bedeutsamsten treten hier „Bedarfsplanung für Ärzte und Psychotherapeuten“, „Strukturen der Gesundheitsversorgung“, „Aus- und Weiterbildungsbedingungen psychotherapeutisch tätiger Fachärzte“ sowie „Ärztemangel“ hervor. Als nicht vordergründig relevant, aber auch als nicht unbedeutend werden „Ausbildungsbedingungen der psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten“, „Wartezeiten bei Psychotherapeuten“, „Bevölkerungsprognosen“, „Juristische Strukturen“, „Morbidityspektrum der Patienten“ und „Voraussetzungen der Richtlinienpsychotherapie“ bewertet (Tabelle 6.8).

	gültige Stimmen	fehlende Stimmen	Mittelwert*	Modalwert*	Min.*	Max.*
Einfluss Ärztemangel	161	3	3,03	3	0	4
Einfluss Ausbildungsbedingungen Pth/KJPth	156	8	2,50	2	0	4
Einfluss Wartezeiten bei Psychotherapeuten	161	3	2,66	3	0	4
Einfluss Bevölkerungsprognosen	162	2	2,12	2	0	4
Einfluss juristischer Strukturen	161	3	2,19	2	0	4
Einfluss Morbidityspektrum	160	4	2,47	2	0	4
Einfluss RichtlinienPT/Antragsverfahren	160	4	2,73	3	0	4
Einfluss Bedarfsplanung	159	5	3,41	4	0	4
Einfluss Gesundheitsversorgungsstrukturen	160	4	3,16	3	0	4
Einfluss Ausbildungsbedingungen Fachärzte	161	3	3,16	4	0	4

Tab. 6.8: Ergebnistabelle zur Einschätzung der Einflüsse auf die Zukunft der Ärztl. Psychotherapie

*Bedeutung der Zahlenwerte:

0=unbedeutend; 1=eher unbedeutend; 2=neutral; 3=eher bedeutend; 4=entscheidend

Die durchschnittlichen Einschätzungen der Mediziner und Psychologen unterscheiden sich hier - mit 2 Ausnahmen - nur unwesentlich; es ergibt sich auf- oder abgerundet jeweils derselbe Mittelwert bzw. besteht nur eine geringe Differenz zwischen den Durchschnittswerten. Daher kann hier auf eine getrennte Betrachtung der Ergebnisse beider Berufsgruppen verzichtet werden. Die beiden Ausnahmen sind „Morbidityspektrum der Patienten“ und „Voraussetzungen der Richtlinienpsychotherapie“: die befragten Mediziner halten diese eher für bedeutend oder sogar entscheidend (n=74; 59 % bzw. n=80; 64 %), während dies nur 16 % (n=5) bzw. 47 % (n=15) der Psychologen tun.

Die Antworten aus Süddeutschland und dem Münsterland ähneln sich so weit, dass auf eine gesonderte Darstellung der einzelnen Daten hier verzichtet werden kann.

Zu diesem Fragenkomplex gab es 13 Kommentare von Medizinern, von denen 4 beinhalten, dass die Frage zu schwer verständlich gestellt waren bzw. z. T. nicht beantwortet werden konnten. Die restlichen 10 führten weitere Einflussfaktoren für die Zukunft der ärztlichen Psychotherapie auf:

„Es fehlt ein m. E. sehr wichtiger Aspekt, vielleicht der Wichtigste: die Öffentlichkeitsarbeit! Seit Jahren schreitet ein Prozess der immer einseitigeren Begriffsbesetzung voran, den ich „systematische Synonymisierung“ der Begriffe „Psychologie“ und „Psychotherapie“ nenne würde. Im Bewusstsein der Bevölkerung, aber auch vieler Arzthelferinnen und Kollegen scheinen beide Begriffe identisch, folglich erwarten die Leute zunehmend, dass Psychotherapie ausschließlich von Psychologen durchgeführt wird. (...)“

„Die gegenwärtige, verhängnisvolle Entwicklung des Gesundheitswesens zu einem profitorientierten Wirtschaftszweig seit ca. 2 Jahrzehnten ist den politischen Parteien anzulasten und wird noch gravierende, menschen- und heilungsfeindliche Folgen zeigen!“

„Mehr Selektivverträge usw., die die (auch einkommensmäßige) Situation unübersichtlicher machen, wirken eher abschreckend, gute Bezahlung innerhalb des KV-Systems fördernd. Der momentan angedachte AOK/BKK-Bosch-Vertrag in Baden-Württemberg mit extra Schulungen, extra Abrechnungssoftware und extra Abrechnungsstelle ist abschreckend.“

„Entscheidend ist auch das gesellschaftliche Bewusstsein darüber, dass „Psychotherapeuten“ auch Ärzte sind und nicht alleine Psychologen, die diesen Begriff offiziell führen.“

„Weiterhin entscheidend sind Kosten der Umlage und Organisation/Übernahme hausärztlicher Notdienste“

„Aufgrund abnehmender Neurologen/Psychiater werden fachärztliche Kollegen hier evtl. zunehmend neurolog./psychiatrische Aufgaben zugeschoben bekommen!“

„Finanzierung ärztl. psychiatrisch-psychotherapeutischer Gesprächsleistungen ist in einzelnen KV-Bezirken katastrophal“

„Zunehmender Mangel insbesondere an Fachärzten für Nervenheilkunde und Psychiatrie; unselbige Aufgaben des Nervenarztes mit Kombinationen von Neurologie und Psychiatrie. Bei zunehmenden Einblicken in das „Stoffwechselgeschehen“ psych. Erkrankungen (FMRT!) Grundlagenwissen notwendig“.

Von Psychologischen Psychotherapeuten gab es zu dieser Fragestellung nur 5 Kommentare, von denen 2 Kritik bzgl. der Fragestellung beinhalteten. Die restlichen 3 waren sehr individuell:

„Die Ausbildungsanforderungen für ärztliche Psychotherapie sollen dringend erleichtert werden“

„Wichtig ist die persönliche Eignung für Psychotherapie und die Qualität der Ausbildung“

„Da von Ärzten überwiegend besetzte Entscheidungsorgane bestimmenden Einfluss haben, werden die Ärzte dafür sorgen, dass ihrer Profession das Betätigungsfeld PT erhalten bleibt, wenngleich es von daher von ärztl. Kollegen ausbluten wird, weil Ärzte mit jedem anderen für sie möglichen Tätigkeitsbereich mehr verdienen können als mit PT“.

Arbeitsteilung zwischen Ärztlichen, Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

In diesem Punkt waren die Befragten aufgefordert, ihre Einstellung zur Denkbar- und Realisierbarkeit einer Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen Berufssparten anzugeben, möglichst im Zusammenhang mit weiteren Ausführungen im Freitext. Aus den Antworten auf die Frage: „Ist eine Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten denkbar und realisierbar?“ ließen sich Kategorien bilden, die einen guten Überblick über verschiedene Zustimmungs- bzw. Ablehnungsgründe ermöglichen. Einige Aussagen passen in mehrere Kategorien gleichzeitig, weshalb prozentuale Angaben in diesem Abschnitt aufsummiert nicht 100 % ergeben.

Mehr als doppelt so viele der insgesamt hier 150 antwortenden Therapeuten (n=107 zu n=43) sind einer Arbeitsteilung zugeneigt (Abb. 6.3).

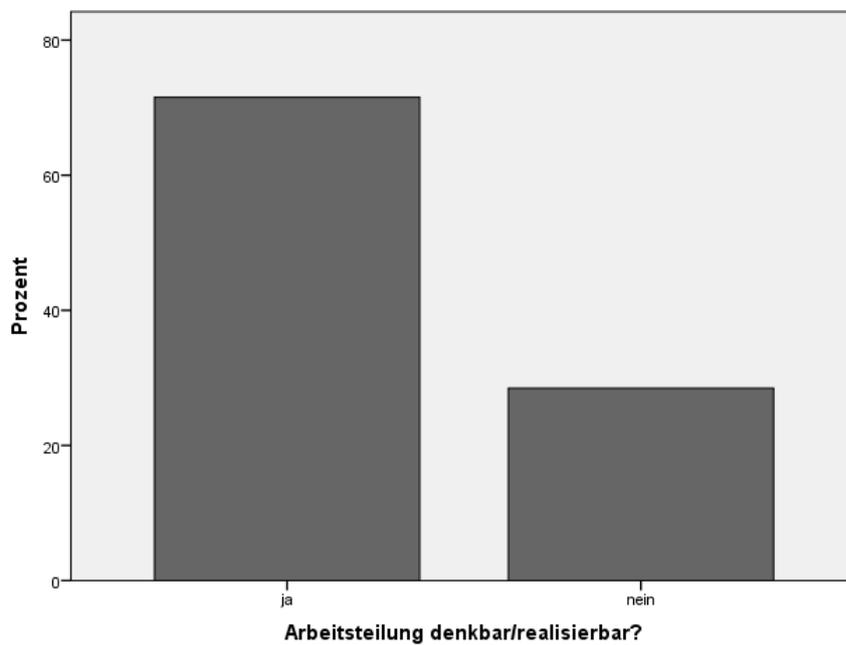


Abb. 6.3: Einstellung der Befragten zur Denkbarkeit und Realisierbarkeit von Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen

Interessanterweise unterscheiden sich die Aussagen der 119 Mediziner und der 31 Psychologen deutlich voneinander, wie die Abb. 6.4 und 6.5 zeigen.

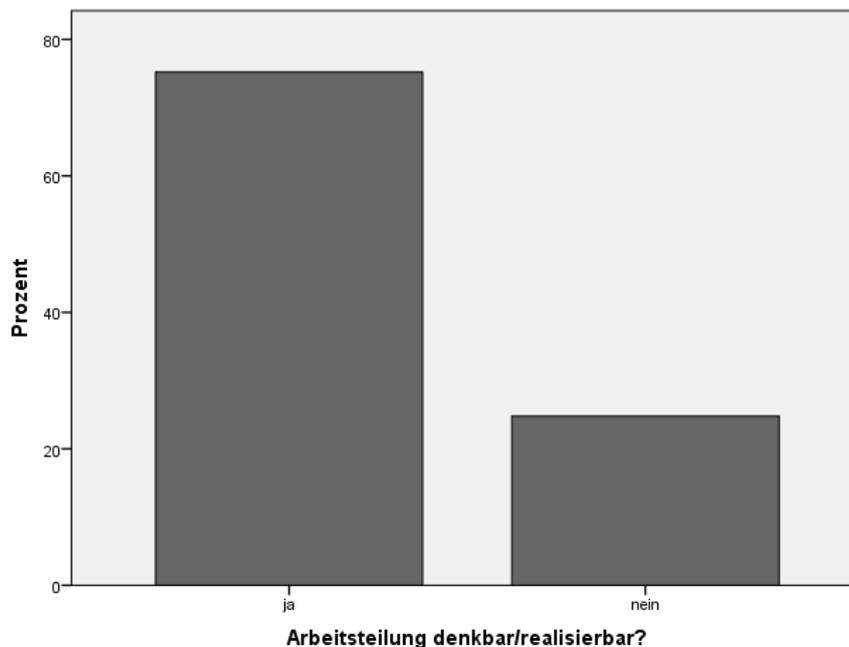


Abb. 6.4: Einstellung der befragten Mediziner (n=119) zur Denkbarkeit und Realisierbarkeit von Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen

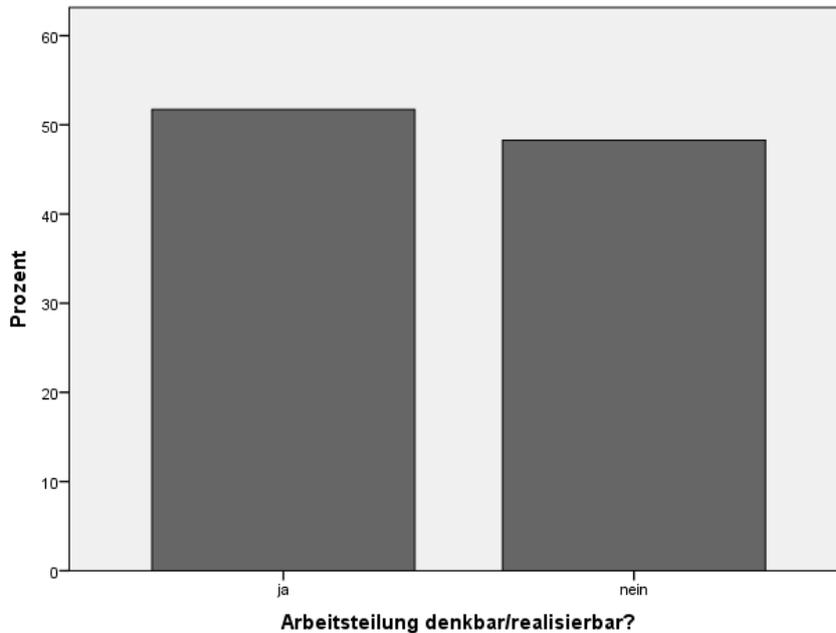


Abb. 6.5: Einstellung der befragten Psychologen (n=31) zur Denkbarkeit und Realisierbarkeit von Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen

a) Positive Einstellung zur Denkbarkeit und Realisierbarkeit einer Arbeitsteilung

Befürwortende Kommentaren zur Frage der Arbeitsteilung finden sich bei Mediziner*innen fast viermal häufiger als von Psychologen (n=69 zu n=16). Die Kommentare lassen sich in 5 verschiedene Kategorien einteilen, die im Folgenden kurz skizziert werden.

Es gibt - als **erste Kategorie** - 14 Therapeuten, die angegeben haben, eine Arbeitsteilung bereits zu praktizieren. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Mediziner*innen. Ihre Kommentare lauten beispielsweise:

„Arbeitsteilung funktioniert recht gut, wenn jeder seine Stärken und Grenzen kennt. Arbeitsteilung ist klinisch und ambulant erprobt. Im Qualitätszirkel sitzen z. B. ärztliche und psychologische Psychotherapeuten beieinander...“

„Letztendlich praktizieren wir dies schon. Ich delegiere viele Pat. an nichtärztliche PTH. Die individuelle Kompetenz ist dabei ausschlaggebend. Wenn Kooperation gelingt, ist dies zum Wohle des Patienten!“

„Ich wünsche mir eine Zusammenarbeit ohne unnötige Rivalität und habe entsprechende Erfahrungen.“

„Die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen klappt bei uns bereits hervorragend. Natürlich kann immer was verbessert werden.“

„In der Realität Gang und Gäbe - Diagnostik in Institutsambulanzen (=Ärzte), Weiterbehandlung PPT“

„Eigene positive Erfahrungen in der Zusammenarbeit während der Klinikzeit mit gegenseitiger Wertschätzung und Berücksichtigung spezieller Kompetenzen. Im ambulanten Alltag ebenfalls vor Ort gute Kooperation (Intervision, Qualitätszirkel, ...), Netzwerkarbeit.“

Bei der **zweiten und größten Kategorie** von Kommentaren bleibt unklar, ob die Therapeuten eine Arbeitsteilung bereits praktizieren oder nur befürworten würden. Diese Kommentare stammen von 8 Psychologen und 24 Medizinern. Einige Beispiele - zunächst von Psychologen - für diese Kategorie sind:

„gegenseitige Zuweisung von Patienten; Delegation einzelner Psychotherapieschritte, die der anderen Profession leichter fallen; inhaltlicher Austausch in gemeinsamen Qualitätszirkeln“

„Ärztliche Psychotherapeuten können Pat. mit im Vordergrund stehenden somatischen Erkrankungen (z. B. psychoonkologische Pat.) ggf. psychotherapeutisch glaubwürdiger behandeln, wohingegen Psychologische Psychotherapeuten aufgrund ihrer fundierten Psychotherapieausbildung Pat. psychotherapeutisch generell effektiver behandeln können“

„optimal als Behandlungsteam, mit Respekt und Nutzung der Hauptexpertise der jew. Berufsgruppe; Ergänzung (und Entlastung!) statt Konkurrenz => mehr Qualität (und Erfolg) statt quantitativ (ein bisschen von allem)“

„Arbeitet ein Arzt wie ein Psychologe, eben rein psychotherapeutisch à 50 Min. => kein Unterschied. Medikamente spielen da eine für mich nicht bekannte Rolle.“

Kommentare von Medizinern sind:

„Ich halte eine enge Zusammenarbeit für sinnvoll und absolut notwendig.“

„Viele psychische Krankheitsbilder können sowohl verhaltenstherapeutisch als auch tiefenpsychologisch angegangen werden.“

„Ich bin froh, wenn ich ein Netzwerk von Kollegen mit unterschiedlicher Kompetenz habe, z. B. Zuweisung zu VT von Angstpatienten.“

„Störungsbezogene psychotherapeutische Anbindung, aber keine Arbeitsteilung am selben Patienten (mit Ausnahme der Durchführung von diagnostischen Tests).“

„Nach gemeinsamer Ausbildung in einer Klinik muss nicht eine scharfe Trennung ärztlicher und psychologischer Psychotherapie getroffen werden, sondern enge Zusammenarbeit!“

Vereinzelt zeigt sich die Annahme, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie würde nur von Medizinern angeboten, während Psychologische Psychotherapie ausschließlich Verhaltenstherapie ist.

Eine **dritte Kategorie** stellen 6 Kommentare bzgl. einer offenen Haltung gegenüber einer Arbeitsteilung, die jedoch nicht praktiziert wird, dar. Diese stammen wiederum ausschließlich von Medizinern. Einige Beispiele:

„Nach eingehender Diagnostik spezifische Empfehlung für Therapeuten“sorte“ wäre initial sinnvoll, z. B. verbunden mit Konsiliarbericht, dadurch schnellere/spezifische Behandlung“

„Gegenseitiger Austausch hoch wünschenswert“

„Es gibt z. B. kaum gemischte Qualitätszirkel zwischen ärztlichen und psychologischen Therapeuten, es gibt z. B. keine Rücksprachen über Annahmemöglichkeiten von Patienten, die Therapie suchen. Wer hat freies Fenster? Die Interaktionen sind quasi gleich Null. Jeder therapiert für sich allein.“

Der letzte Kommentar spiegelt wider, dass die Erfahrung eines guten Austausches, der bereits in Qualitätszirkeln umgesetzt werde, nicht von allen geteilt wird.

Es folgen als **vierte Kategorie** die Kommentare, die eine Zustimmung zur Denkbar- und Realisierbarkeit einer Arbeitsteilung beinhalten, aber an bestimmte Bedingungen gebunden werden. Es handelt sich um Aussagen von 8 Psychologen und 22 Mediznern. Beispiele sind:

„Psychosomatische Beschwerden mit starker somatischer Beteiligung eher ärztliche PT. Ängste, Zwänge, Verhaltensstörungen, auch seelische Traumatisierungen überwiegend psychologische PT.“

(Mediziner)

„Psychische Erkrankungen, die auf eine organische Beeinträchtigung im weitesten Sinne, z. B. Sucht, ADHS etc. zurückzuführen sind oder bei der Entstehung mit beteiligt sind, sollten eine pt-ärztl. Behandlung bekommen, bei anderen ist es nicht erforderlich.“

(Mediziner)

„Modell einer berufsgruppenunspezifischen Kompetenzgraduierung. Ein erfahrener PPT kann einem ÄPT nach Abschluss der WB natürlich noch viel beibringen, während manche PPT in der mehr psychiatrisch organisierten stationären Behandlung oft nicht genug wissen und können, um sich wirksam einzubringen. Daher könnten die Erfahrungsgewinne sich bei den PT in Form von Bezeichnungen wie PTiA, Junior PT und Senior PT sowie Supervisions-/Lehr-PT abbilden, gleichermaßen für ÄPT und PPT. Die Arbeitsteilung findet dann nach Maßgabe der vorhandenen Ressourcen statt: wer es kann, macht es.“

(Mediziner)

„Fallsteuerung wäre erleichtert, wenn es Regularien geben würde, nach denen auch bei Richtlinien-Therapie nicht nur ein Therapeut tätig werden kann, sondern dem Therapieverlauf entsprechend auch ein Wechsel von z. B. einer intensiven Initialbehandlung bei einem ärztlichen Therapeuten ein Wechsel zu einem PPTTh erfolgen kann.“

(Mediziner)

„Ärztliche Aufgaben: medikamentöse und somatische Behandlung

Gemeinsame Planung: Diagnostik und Therapie

Psychologen: intensive psychologische Therapieeinheiten

Zusammenschau der Resultate beider Berufsgruppen.“

(Mediziner)

„Schwere psychoth.-psychiatr. Störungen mit Pth-Bedarf sowie somatopsychische und psychosom. Störungen eher Ärtzl-Pth; andere auch Versorgung durch Psych. Pth/KJPth.“

(Mediziner)

„Zuweisung der Pat. je nach Schwerpunkten; Ärztliche PT bei körperlich begründeten psychischen Störungen.“

(Mediziner)

„Bis jetzt nur da, wo medikamentöse Behandlung im Spiel ist; das kann aber auch durch zusätzlich behandelnden Arzt gelöst werden.“

(Psychologe)

„Ich fänd eine Arbeitsteilung sinnvoll bei Einstellung auf eine indizierte Medikation, die PP's nicht übernehmen dürfen/können.“

(Psychologe)

„Weil die Ärzte im somatischen Bereich viel mehr Wissen und Ausbildung haben und eine in dem Sinne gute Kooperation allen Beteiligten zugute kommt!“

(Psychologe)

„Im Rahmen der medikamentösen Mitbehandlung und der Motivation zur Psychotherapie.“

(Psychologe)

Offenbar sind sich viele Psychologen und Mediziner darin einig, dass ärztliche Psychotherapie hauptsächlich dann indiziert ist, wenn es um medikamentöse Behandlung oder eine der psychischen Problematik zugrunde liegende somatische Erkrankung geht. Dieses Ergebnis fand sich bereits im weiter oben beschriebenen Ergebnis des 2. Fragenkomplexes zur Ärztlichen Psychotherapie bei bestimmten Patientengruppen.

Als **fünfte Kategorie** gibt es 3 einer Arbeitsteilung zustimmende Kommentare von Mediziner, wobei die eigene Berufsgruppe als höher qualifiziert angesehen und eine Zuweisung zur anderen eher als Notlösung betrachtet wird. Beispiele hierfür sind:

„Insofern als dass noch sorgfältigere Mechanismen zur differentiellen Aufgabenverteilung gesucht werden könnten. Natürlich könnten psych. PT eine Vielzahl von Störungen ebenso gut behandeln. Oftmals ist durch eine enge Rücksprache ja auch eine qualitativ gute Behandlung zu gewährleisten.“

„Alle psychischen Diagnosen, die mit somatischen Erkrankungen zusammenhängen sowie psychosomatische Erkrankungen und Patienten, die einer Psychopharmakotherapie bedürfen, sollten immer unter ärztlicher Behandlung stehen. Persönlichkeitsstörungen sowie affektive Erkrankungen, die keiner Medikation bedürfen, können von psychologischen Psychotherapeuten, ggf. im Auftrag oder unter Einbeziehung eines ärztlichen Psychotherapeuten, behandelt werden.“

„Bei absehbarem Ärztemangel wird wahrscheinlich ein Teil der leichteren psychischen Störungen durch psychotherapeutisch ausgebildete Psychologen zu erfolgen haben, möglichst unter ärztlicher Leitung, um schwere und somatische Störungen nicht zu übersehen.“

Offenbar ist ein kleiner Teil der ärztlichen Psychotherapeuten davon überzeugt, dass Psychologen in ihrer alltäglichen Arbeit auf ärztliche Unterstützung angewiesen sind. In der Wortwahl zeichnen sich mögliche Kränkungen über hierarchische „Aufgabenzuweisungen“ ab.

b) Negative Einstellung zur Denkbarkeit und Realisierbarkeit einer Arbeitsteilung

Kommentare mit einer negativen Einstellung zur Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen gab es insgesamt seltener. 24 Mediziner und 10 Psychologen äußerten sich. Ihre Kommentare lassen sich in 4 Kategorien einteilen.

Die **erste Kategorie** bündelt Aussagen zu einer Ablehnung der Zuweisung durch die jeweils anderen Berufsgruppe. Es handelt sich nur um 8 Aussagen, davon 5 von Psychologen:

„Bei der Notwendigkeit einer somatischen Mitbehandlung kann ein PP/KJP ebenso einen Arzt einbeziehen. Ich sehe KEINEN Bereich, in dem ÄPs geeigneter wären.“

„Weil nach meiner selbst gemachten Erfahrung viele Ärzte oft meinen, uns vorschreiben/anordnen zu müssen, was und wie wir etwas tun sollen und sie uns im Feld PT nicht als gleichberechtigt bzw. überlegen akzeptieren (wollen).“

Mediziner äußerten sich z. B. so:

„Jetzige psychologische Psychotherapeuten-Funktionen in der KV sind zu stark an einer Ausdehnung ihres Kompetenzspektrums interessiert, weniger an einer Zusammenarbeit.“

Dieses Unbehagen spiegelt die Dynamik von Konkurrenz wider, die auch in den die gesamte Befragung ablehnenden Briefen und E-Mails zum Ausdruck kommt.

In der **zweiten Kategorie** geht es darum, dass eine Arbeitsteilung zwar vorstellbar wäre, aber nach Einschätzung der Therapeuten die Voraussetzungen dafür nicht gegeben sind. Entsprechende Aussagen stammen von 11 Mediziner:

„Es wäre ein hoher Aufwand an Kommunikation erforderlich, der - zumindest gegenwärtig - nicht abgerechnet werden kann, also „denkbar“ (und wünschenswert) ja, „realisierbar“ nein.“

„Arbeitsteilung erfordert Koordination und Geld sowie mangelndes Konkurrenzdenken; die sind eher nicht vorhanden.“

„Richtlinien - sehen keine Doppelbehandlungen vor!“

„Aktuell keine gegenseitigen Zuweisungen, da bei allen PT zu lange Wartezeiten.“

„Im ambulanten Bereich strukturell kaum realisierbar.“

Hier werden hauptsächlich die fehlende Entlohnung für erforderliches höheres zeitliches und organisatorisches Engagement sowie wiederum das Empfinden von Konkurrenz angesprochen, die derzeit von einer Arbeitsteilung abhalten.

Die **dritte** Kategorie bilden 11 Aussagen bzgl. einer großen Kongruenz der Arbeitsweise ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten, sodass eine Arbeitsteilung kaum einen Sinn hätte. Sie stammen von 7 Mediziner und 4 Psychologen mit weitgehender Übereinstimmung:

„Keine klare Grenze existent. Es gibt Überlappungsbereiche (z. B. Angststörung, Zwänge, Depression), aber auch Patienten mit gleicher Diagnose sind bezüglich der Notwendigkeit von Medikamentenverordnung oder bezüglich der Begleiterkrankungen so unterschiedlich, dass nie eine Erkrankung eindeutig einer der beiden Berufsgruppen zugeordnet werden könnte.“

(Mediziner)

„Jeder sollte das behandeln, was ihm persönlich und fachlich am meisten liegt, die Chemie muss stimmen zw. ÄPT/PPT und Pat./Klient.“

(Mediziner)

„Es gibt bei Weitem mehr Überschneidungen als Trennendes!“

(Mediziner)

In der **vierten Kategorie** sind 3 Aussagen von 2 Medizinerinnen und 1 Psychologin zusammengefasst, die gegen eine Arbeitsteilung sprechen, weil jeweils die eigene Berufsgruppe als besserer Behandler angesehen wird. Sie lauten:

„Ein Arzt wird die Situation des Patienten immer mit den Augen des Mediziners sehen und Medikation und Therapie aus einer Hand in seine Behandlung einbeziehen.“

(Mediziner)

„Ärzte haben einen anderen Blick auf die somatischen Ursachen und können somit die Zusammenhänge komplexer erfassen. Somit sind Psyche und Soma in einer Hand. Eine Trennung ist für Ärzte nicht attraktiv, da dann der psychotherapeutische Anteil, für den viel investiert wurde, entfällt.“

(Mediziner)

„Psychiater und Psychologische Psychotherapeuten decken das Spektrum ab.“

(Psychologin)

Insofern ähneln diese Aussagen denen, in denen es um Hierarchiebildungen und Konkurrenz geht, wobei die Wahrnehmungen nur von relativ wenigen der hier teilnehmenden AP oder PP geäußert werden.

Einstellung zur Überweisung und Empfehlung an ärztliche oder psychologische Kollegen

Aus den Antworten auf die Frage: „Welche Patienten(gruppen) überweisen oder empfehlen Sie ggf. bevorzugt an niedergelassene ärztliche und psychologische Kollegen? Warum?“, ließen sich verschiedene Kategorien bilden, die einen guten Überblick über verschiedene Zustimmungs- bzw. Ablehnungsgründe ermöglichen. Einige Aussagen passen in mehrere Kategorien gleichzeitig, weshalb prozentuale Angaben in diesem Abschnitt aufsummiert nicht zwangsläufig 100 % ergeben.

Der bei Weitem überwiegende Teil der befragten 164 Psychotherapeuten gab an, an ärztliche (n=96; 59 %; darunter 15 Psychologische/KJP) sowie an psychologische (n=98; 60 %; darunter 18 Psychologische/KJP) Kollegen zu überweisen bzw. sie Patienten zu empfehlen. In 81 Fällen (49 %) erfolgen Überweisungen/Empfehlungen sowohl an ärztliche als auch an psychologische Psychotherapeuten.

Gründe für Überweisungen/Empfehlungen an ärztliche Psychotherapeuten waren am häufigsten (> 80 %) Beschreibungen von Störungsbildern oder Patientengruppen, die von den Antwortenden weitervermittelt werden. Befragte Mediziner gaben an, bei *somatischem Hintergrund der Erkrankung* (organische Erkrankung, somatopsychische Störung, psychosomatische Störung, etc.) an ärztliche Psychotherapeuten zu überweisen. Bei den Psychologen/KJP war dies ebenfalls die meistgenannte Indikation für Ärztliche Psychotherapie. Darauf folgen bei beiden Berufsgruppen die *psychiatrischen Erkrankungen* und notwendige *medikamentöse Mitbehandlung*. *Essstörungen*, *affektive Störungen* (bipolare und sämtliche Arten von depressiven Störungen) und *Suchterkrankungen* sind ein ebenfalls oft genannter Anlass für eine Überweisung/Empfehlung. Nur vereinzelt genannt wurden z. B. PTBS, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen und „schwierige“ Patienten.

Fachliche Spezialisierungen - oder auch *Erfahrung* mit schweren Störungsgraden - des ärztlichen Psychotherapeuten oder auch eine vermutete *gute „Passung“* zwischen Therapeut und Patient wurde insgesamt von 9 Medizinern und 2 Psychologen als Begründung für Überweisungen/Empfehlungen genannt. 1 Mediziner gab an, an ärztliche Psychotherapeuten zu verweisen, wenn der Patient eine tiefenpsychologisch fundierte Behandlung brauche.

3 weitere Mediziner überweisen hauptsächlich aufgrund eigener zu langer Wartelisten bzw. *zeitlicher Verfügbarkeit* anderer Psychotherapeuten, um den Patienten möglichst zügig eine psychotherapeutische Behandlung zu ermöglichen.

Neben den zustimmenden gab es auch 13 ablehnende Aussagen zur Überweisung. 7 davon stammen von Medizinern, von denen 6 angaben, selber zu behandeln und deshalb nicht zu überweisen. Ein weiterer gab an, mangels freier Kapazitäten bei Kollegen nicht zu überweisen. Außer diesen Angaben von Medizinern gab es 6 ablehnende Psychologen/KJP, von denen 2 die Fragestellung offenbar missverstanden haben. Sie antworteten, nicht die Befugnis für Überweisungen zu haben; dabei haben sie anscheinend den zweiten Teil der Fragestellung übersehen, in dem nach der Möglichkeit einer Empfehlungen gefragt wird. 3 weitere Psychologen gaben als Begründung ihrer Ablehnung an, die Qualität der ärztlichen Psychotherapie als nicht ausreichend anzusehen bzw. aufgrund der Möglichkeit, Rezepte und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen, eine schädigende Auswirkung auf die therapeutische Beziehung zu befürchten. 1 Psychologe begründete seine Ablehnung nicht.

Es gab darüber hinaus insgesamt 55 fehlende Antworten (42 Ärzten, 13 Psychologen/KJP). 34 % (n=45) beantwortete weder die Frage zur ärztlichen noch zur psychologischen Psychotherapie. Es bleibt offen, ob auch sie nicht überweisen würden, lediglich nicht antworten wollten oder es sonstige Gründe für das Auslassen der Antwort gab.

Auch bei den 98 Angaben zu Überweisungen/Empfehlungen an Psychologische/KJP bestanden die Begründungen von 63 Ärzten und 11 Psychologen hauptsächlich in besonderen Diagnosen- oder Patientengruppen. Insbesondere handelt es sich bei Patientengruppen hier um Kinder und Jugendliche, die von 9 Therapeuten weitervermittelt werden. Als sowohl von Medizinern als auch von Psychologen meistgenannte Diagnose liegen die *Angststörungen* weit vorne mit mehr als 30 Nennungen (ca. 20 %). Von Psychologen gab es ansonsten nur vereinzelte weitere Angaben von Diagnosen, während Mediziner besonders häufig noch *Zwänge* (n=15), *Depressionen* (n=11), *Persönlichkeitsstörungen* (n=7) sowie *Traumata* (n=5) nannten. Auch wenn *keine Medikation erforderlich* ist oder die Erkrankung rein psychisch ist, also *ohne somatischen Hintergrund*, wird gerne an Psychologische Psychotherapeuten überwiesen.

Spezielle Fähigkeiten des Psychotherapeuten sind ein von 25 Medizinern und 3 Psychologen genannter Überweisungs-/Empfehlungsgrund. Fast alle Mediziner gaben hierzu an, Patienten zur *verhaltenstherapeutischen Behandlung* an Psychologen zu verweisen. Weitere Begründungen sind auch hier die vermutete gute *Passung* zwischen Patient und Therapeut sowie das *Geschlecht* des Therapeuten.

4 Psychologen gaben an, ausschließlich andere Psychologische Psychotherapeuten zu empfehlen, aufgrund einer dort vermuteten höher qualifizierten Ausbildung.

Ablehnende Aussagen zur Überweisung/Empfehlung gaben 5 Ärzten und 3 Psychologen, zumeist ohne Begründung. Insgesamt 58 Therapeuten (44 Ärzte und 14 Psychologen/KJP) beantworteten diese Frage nicht.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es relativ gute Übereinstimmungen gibt im Überweisungsverhalten der Mediziner und Psychologen/KJP. Ärztlichen Psychotherapeuten werden offenbar eher Patienten zugewiesen, deren Erkrankungen somatische Hintergründe haben oder eine medikamentöse Behandlung erforderlich ist. Überweisungsanlass sind vor allem auch psychiatrische Störungen i.e.S., Essstörungen sowie Suchterkrankungen. Psychologische Psychotherapeuten dagegen werden eher als Behandler von Ängsten, Traumata, Zwängen und Persönlichkeitsstörungen angesehen, insbesondere auch von Störungen ohne somatischen Hintergrund und ohne Erfordernis einer Medikation. Eine Überschneidung zeigt sich hinsichtlich der Behandlung von depressiven Störungen, für die beide Berufsgruppen häufig genannt wurden.

Darüber hinaus spielen für Überweisungen und Empfehlungen spezielle Fähigkeiten und Erfahrungen des jeweiligen Psychotherapeuten - gleichgültig ob psychologisch/KPJ oder ärztlich - eine große Rolle, außerdem die vermutete Passung (u. a. aufgrund des Geschlechtes) zwischen Therapeut und Patient. Sofern bekannt ist, dass ein Psychotherapeut freie Kapazitäten hat, werden ihm ebenfalls gerne Patienten zugewiesen.

Kommentare zur Untersuchung/zum Fragebogen

18 Mediziner und 8 Psychologische/KJP nutzten das Freitextfeld am Ende des Fragebogens, um ein Statement abzugeben.

Dabei gab es zum einen von 3 Personen Lob und Dank für die Untersuchung, z. B. „Ihre Umfrage finde ich sehr wichtig, dringend nötig, da die ärztliche PT zunehmend unter die Räder kommt. Herzlichen Dank dafür.“ oder „Super, dass diese Schnittstelle genauer untersucht wird!“ Zum anderen gab es auch fünfmal deutliche Kritik, z. B.: „Das ist ein völlig blödsinniger Fragebogen!“, „Der Fragebogen vertieft m. E. Gräben zwischen psycholog. + ärztl. Psychotherapeuten, ich finde ihn tendenziös. Ich weiß, dass schon andere Gegenstimmen zu dem Fragebogen laut wurden und bitte Sie, diesen nochmals zu überdenken/überarbeiten“ oder „Die hinter diesen Fragen stehende Vorstellung, man könne Psychotherapie und den „Rest“ psychiatrischen Handelns trennen und sozusagen „outsourcen“, halte ich für inhaltlich hoch problematisch und nebenbei für gefährlich für unsere Berufsgruppe. Das ist doch der Wunsch und die irriige Vorstellung der Psychologischen Psychotherapeuten, man könne den Menschen (und die nötige Therapie) beliebig aufspalten. Gerade in der Klinik ist das doch ganz unmöglich, vielleicht noch denkbar im Bereich der Regelpsychotherapie im ambulanten Setting“.

4 weitere Äußerungen bezogen sich auf Qualifikationen und Qualität der ärztlichen und psychologischen Behandlungen: „Für mich hängt die Güte eines Therapeuten nicht an seiner „Herkunft“, sondern seiner Persönlichkeit und seiner Fachlichkeit. Patienten brauchen oft aber sowohl den „medizinischen“ als auch den „therapeutischen“ Blick - Kooperation ist alles“; „Die Fragestellungen sind doch irritierend - ich halte es für selbstverständlich, dass ÄPs und PPs gleichermaßen für alle psychischen Störungen + deren Behandlung qualifiziert sein sollten“; „Mir wäre es wichtig, die ärztliche Psychotherapie zu stärken und auch Nachteile (z. B. durch Notdienst) auszugleichen, ohne die psychologischen Psychotherapeuten abzuwerten. Letztlich kommt es immer auf die Person und das Engagement des einzelnen Therapeuten an, egal ob Arzt oder Psychologe“.

6.2 Befragung Klinikärzte

6.2.1 Fragebogen für Klinikärzte/-ärztinnen

Ziel dieses Teil der Befragung war es, ein umfassendes Bild der Sichtweise von Klinik-ärztInnen zur spezifischen Rolle der ärztlichen Psychotherapie zu erhalten. Hierzu wurde den Ärztinnen und Ärzten verschiedener Kliniken eine modifizierte Version eines bereits bei einer Umfrage unter niedergelassenen Ärzten verwendeten Fragebogens vorgelegt, welcher insgesamt 70 Fragen, aufgeteilt auf 6 thematische Blöcke, umfasst (**Fragebogen im Anhang**). Nach vorheriger Terminabsprache wurden die zu befragenden Klinikärzte gebeten, jeweils im Rahmen von abteilungsinternen Fortbildungen oder Besprechungen den vierseitigen Fragebogen auszufüllen. Zur Erläuterung der Befragung war dem eigentlichen Fragebogen außerdem ein erklärendes Anschreiben mit der Bitte zur Teilnahme beigelegt. Auch diese Bögen waren von der Ethikkommission unbedenklich beurteilt worden.

Der erste Block („Fragen zur Ärztlichen Psychotherapie allgemein“) bezieht sich auf allgemeine Ansichten zu Stellenwert und Funktion ärztlicher Psychotherapie im gegenwärtigen Versorgungssystem. Hierzu wird im ersten Teil des Blocks abgefragt, in welchen Bereichen des medizinischen Systems die Zielperson ärztliche Psychotherapie zukünftig für verzichtbar hält. Dabei werden 9 solcher möglichen Felder genannt, bei denen der Grad der Zustimmung jeweils auf einer 5-stufigen Likert-Skala („Stimmt nicht“, „Stimmt wenig“, „Stimmt teils-teils“, „Stimmt ziemlich“ und „Stimmt sehr“) anzugeben ist. Zu beurteilen sind jeweils Bereiche, in denen ärztliche Psychotherapeuten derzeit häufig tätig sind (z. B. „im psychotherapeutischen/-somatischen Konsiliardienst.“, „in der Frühintervention nach Traumatisierung.“).

Der 2. Abschnitt des ersten Blocks zielt darauf ab, zu erfragen, wie viel eigene psychotherapeutisch-psychosoziale Kompetenz die Zielperson für jeden nicht primär psychotherapeutisch tätigen Kollegen für wünschenswert hält. Dabei werden 6 mögliche Kompetenzen als Antworten zur Verfügung gestellt, bei denen wieder jeweils auf einer Likert-Skala der Grad der Zustimmung angegeben werden soll. Die verschiedenen Möglichkeiten betreffen das Beherrschen von Interventionen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung, Bereitschaft zur eigenen Selbsterfahrung, die Bereitschaft, selbst supervidiert zu werden einerseits sowie Kompetenzen zur Anleitung und Supervision anderer, das Beherrschen von Konfliktmanagement-Techniken und Deeskalationsstrategien und zuletzt die Fähigkeit, die Indikation zur fachpsychotherapeutischen Mitbeurteilung stellen zu können.

Am Ende des **1. Fragenblocks** besteht die Möglichkeit, einen Freitext-Kommentar zu den darüberstehenden Fragen zu notieren.

Im **2. Fragenblock** („Fragen bezüglich der Ärztlichen Psychotherapie für bestimmte Patientengruppen) geht es um eine Differenzierung, bei welchen klinischen Problemstellungen bzw. Patientengruppen die Zielperson die Konsultation eines ärztlichen Psychotherapeuten bzw. Mitbehandlung durch diesen für sinnvoll hält. Dieser Fragenblock besteht aus zwei Teilen, von denen sich der erste auf erwachsene Patienten, der zweite Teil auf Kinder und Jugendliche bezieht. Im ersten Teil werden hierzu, eingeleitet durch: „Der ärztliche Psychotherapeut ist für Patienten...“, jeweils verschiedene Situationen genannt, bei denen auf einer dreistufigen Likert-Skala eingeschätzt werden soll, ob in dem jeweiligen

Fall ein ärztlicher Psychotherapeut für „verzichtbar“, „wünschenswert“ oder „erforderlich“ gehalten wird. Nach der Nennung 13 vorgegebener Items (z. B. „die ein organisches Störungskonzept haben“, „die unter einer organischen Erkrankung neben der psychischen/psychosomatischen Störung leiden“, „die unter psychischen Faktoren, die auf eine organisch definierte Erkrankung einwirken, leiden etc.), besteht für die Zielperson die Möglichkeit, der Liste unter „andere“ ein weiteres Item hinzuzufügen und hinsichtlich der Erforderlichkeit ärztlicher Psychotherapie zu bewerten.

Im zweiten Abschnitt, der sich wiederum mit der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen beschäftigt, werden ebenfalls einzelne mögliche Indikationen bzw. Behandlungssituationen (z. B. „Kleinkindbehandlung“, „Eltern-Kind-Behandlung unter 5 Jahren“, „Intelligenzminderung“, „Teilleistungsstörung“ etc.) genannt, bei denen ärztliche Psychotherapie von Bedeutung sein kann. Hier soll wieder jeweils auf einer 5-stufigen Likert-Skala („Stimmt nicht“, „Stimmt wenig“, „Stimmt teils-teils“, „Stimmt ziemlich“ und „Stimmt sehr“) eingeschätzt werden, inwieweit zutreffend ist, dass in dem jeweiligen Fall ärztliche Kompetenz gefordert ist.

Am Ende des zweiten Fragenblocks besteht erneut die Möglichkeit, in einem dafür vorgesehenen Feld einen Freitextkommentar zu hinterlassen.

Der **3. Block des Fragebogens** dient der Beantwortung der Frage, ob es Störungsbilder gibt, die der Meinung der befragten Klinikärzte zufolge spezifisch nur von ärztlichen oder nur von psychologischen Kollegen behandelt werden können oder sollten. Dazu wird die befragte Person gebeten, 11 verschiedenen Items (z. B. „organisch bedingte psychische Störungen“, „depressive Störungen“, „Ängste“ etc.) jeweils einer Berufsgruppe zuzuordnen. Dabei kann in 5 Stufen auf einer Ratings-Skala differenziert werden, ob ausschließlich ein ärztlicher oder ausschließlich ein psychologischer Behandler zuständig ist oder ob die Entscheidung neutral gegenüber den Berufsgruppen bzw. neutral mit Tendenz zu einer der beiden ausfällt.

Ein ähnliches Interesse verfolgen auch der **4. und 5. Fragenblock**, in dem die Ärzte aufgefordert sind, dieses Mal im Freitext, explizit jene Patientengruppen zu nennen, die sie jeweils an einen ärztlichen Kollegen des Klinikums, an einen psychologischen Kollegen des Klinikums, an einen niedergelassenen ärztlichen Kollegen bzw. einen niedergelassenen psychologischen Kollegen verweisen. Außerdem wird gebeten, für diese Differenzierung Gründe anzugeben.

Im **6. Fragenblock** schließlich werden demographische und personenbezogene Daten der befragten Klinikärzte erhoben. Neben Alter und Geschlecht sind hierbei auch die Dauer der bisherigen klinisch-ärztlichen Tätigkeit, der Ausbildungsstand und die Fachrichtung entscheidend, es ist außerdem anzugeben, ob der oder die Ausfüllende eine Leitungsfunktion in seiner oder ihrer Abteilung ausübt (Oberarzt, Chefarzt o. ä.). Ferner wird nach eventuellen Verfahrensschwerpunkten bei der ggf. geleisteten eigenen psychotherapeutischen Arbeit gefragt sowie um eine Einschätzung gebeten, wie viele Patienten bisher im Durchschnitt von dem jeweiligen Arzt selbst psychopharmakologisch (mit-)behandelt werden. Zudem soll angegeben werden, mit welchen Berufsgruppen der betreffende Arzt im Team zusammenarbeitet. Schließlich werden die befragten Klinikärzte gebeten, einzuschätzen, ob sie insgesamt „eher organmedizinisch“, „eher psychotherapeutisch“ oder „gleichermaßen“ tätig sind.

Zuletzt besteht die erneute Möglichkeit, einen Kommentar zur gesamten Untersuchung zu notieren.

6.2.2 Durchführung der Befragung bei Klinikärzt(inn)en

6.2.2.1 Münsterland

Da beabsichtigt war, einerseits verschiedene Fächer abzubilden, andererseits die Befragung in Krankenhäusern und Abteilungen verschiedener Größe durchzuführen, wurden die Chefärzte bzw. Sekretärinnen verschiedener Fachabteilungen in Münsteraner Krankenhäusern mit der Bitte angeschrieben, den Fragebogen bei einem Besuch in der jeweiligen Abteilung z. B. im Rahmen von Fortbildungen und Konferenzen vorzustellen und die ärztlichen Mitarbeiter um das Ausfüllen desselben bitten zu dürfen.

Von ca. 25 angeschriebenen Abteilungen konnte mit 9 Abteilungen ein Termin zur Durchführung der Befragung vereinbart werden, davon 2 in Fachabteilungen peripherer Krankenhäuser (St. Franziskus-Hospital und Herz-Jesu-Krankenhaus) und 7 in Fachabteilungen des Universitätsklinikums Münster.

Bei den jeweiligen Terminen wurde die Anzahl der anwesenden Mitarbeiter notiert und, wenn möglich, der Fragebogen direkt nach dem Ausfüllen eingesammelt. In 3 Abteilungen wurden die ausgefüllten Fragebögen auf Wunsch der zu befragenden Ärztinnen und Ärzte erst im Laufe des Tages im Sekretariat der jeweiligen Abteilung hinterlegt und am Folgetag dort abgeholt. Einzelne Fragebögen wurden nachträglich auf dem Postweg oder per Fax an die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des UKMs gesendet, deren Adresse im Anschreiben des Fragebogens erwähnt war.

Auf diesem Weg wurden insgesamt 150 Fragebögen ausgeteilt.

6.2.2.2 Ravensburg/Ulm

Zur Befragung der Klinikärzte wurde der entsprechende Fragebogen nach Absprache mit deren Geschäftsführer in den Klinikverteiler des Zentrums für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg und der Oberschwabenklinik aufgenommen, wobei es den Ärztinnen und Ärzten frei stand, per E-mail oder auf dem Postweg zu antworten.

Angeschrieben wurden so etwa 150 Ärztinnen und Ärzte.

6.2.2.3 Greifswald/Stralsund

Dieser Teil der Befragung muss leider aus den gleichen Gründen wie unter 6.1.2.3 entfallen.

6.2.3 Rücklauf der Fragebögen - Klinikärzte/-ärztinnen

6.2.3.1 Münsterland

Von den 150 an Klinikärzte ausgeteilten Fragebögen konnten insgesamt 105 direkt eingesammelt werden bzw. kamen wenige Tage später ausgefüllt zurück. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 70 %. Unter den Antwortenden waren hauptsächlich Ärzte in WB für Innere Medizin (n=18; 18 %), Fachärzte für Pädiatrie (n=14; 14 %) und FÄ für Chirurgie (n=12; 12 %), darüber hinaus Ärzte in WB für Chirurgie, Neurologie, Pädiatrie oder andere Fächer und FÄ für Innere Medizin, Neurologie oder andere Fächer.

Beinahe die Hälfte (n=45; 45 %) sind weiblich. 98 Klinikärzte machten Angaben zu ihrem Alter. Daraus ergab sich ein durchschnittliches Alter von 36 Jahren (SD=8 Jahre; range: 26-63 Jahre), was weit unter dem Durchschnittsalter der niedergelassenen Psychotherapeuten liegt. Die Berufserfahrung der Befragten ist relativ ausgewogen; die meisten (n=39; 38 %) haben mehr als 10 Jahre Erfahrung, 26 (25 %) 5-10 Jahre, 16 (16 %) zwischen 2 und 5 Jahren und der Rest (n=21; 21 %) hat weniger als 2 Jahre angegeben.

6.2.3.2 Ravensburg/Ulm

Auch bei den Klinikärzten wurden die Fragebögen nach Erhalt anonymisiert, sodass ein Rückschluss auf die Person des jeweiligen Befragten nicht mehr möglich war.

Bei insgesamt 9 Antworten ergibt sich eine sehr geringe Rücklaufquote von 6 %. 4 ausgefüllte Fragebögen kamen per Post und 5 per Mail zurück. Hierbei handelte es sich um 5 Pädiater (56 %), 1 Arzt für Neurologie und Psychiatrie (11 %), 1 Gynäkologen (11 %) und 2 Internisten (22 %).

6.2.4 Ergebnisse der Befragung - Klinikärzte/-ärztinnen

Da sich an der Befragung in Süddeutschland nur 9 Klinikärzte beteiligt haben, werden beide Datensätze aus Ulm und dem Münsterland zur Auswertung zusammengefügt. Die soziodemographischen Angaben ähneln daher für die Gesamtstichprobe sehr denen der Münsterland-Stichprobe: 48 weibliche Befragte (44 %), Durchschnittsalter 37 Jahre (SD=8 Jahre; range: 26-63 Jahre). Mehr als 10 Jahre Berufserfahrung gaben 45 Ärzte an (41 %), 5-10 Jahre 27 Ärzte (24 %), 17 (15 %) zwischen 2 und 5 Jahren und die restlichen 22 (20 %) weniger als 2 Jahre. Auch in der Gesamtstichprobe sind am häufigsten Ärzte in WB für Innere Medizin (n=18; 16 %) und Fachärzte für Pädiatrie (n=17; 15 %) beteiligt, 12 FÄ für Chirurgie (11 %) und 10 FÄ für Innere Medizin (9 %). Der Rest verteilt sich auf andere Disziplinen.

Einstellung zur Ärztlichen Psychotherapie allgemein

Bezüglich der 9 genannten Tätigkeitsfelder im **ersten Fragenkomplex**: „In einem gut strukturierten Versorgungssystem wird ärztliche Psychotherapie zunehmend verzichtbar...“ (in den verschiedenen, vorgegebenen Bereichen), zeigt sich die Tendenz, dass somatisch tätige Klinikärzte ärztliche Psychotherapie in allen genannten Bereichen für notwendig halten: bei allen zu beurteilenden möglichen Betätigungsfelder ärztlicher Psychotherapie waren über drei Viertel (zwischen 75 und 90 %) der befragten Klinikärzte der Meinung, es stimme wenig bis gar nicht, dass man in diesen Aufgabenbereichen auf ärztliche Psychotherapie verzichten könne.

So wurde die Antwort, es stimme ziemlich oder sehr, dass auf ärztliche Psychotherapie verzichtet werden kann, bei der Frage nach der Verzichtbarkeit ärztlicher Psychotherapie im Konsiliardienst sogar von keinem der 114 Antwortenden gewählt; 13 % gaben hier eine teilweise Zustimmung an, die restlichen Ärzte waren überzeugt von dem Bedarf. Für am wenigsten verzichtbar wurde ärztliche Psychotherapie bei der medikamentösen Behandlung psychischer Störungen gehalten. Dort entschieden sich 70 % der Ärzte für die Antwort „stimmt nicht“, weitere 20 % für „stimmt wenig“.

Des Weiteren als kaum oder gar nicht verzichtbar wurden ärztliche Psychotherapeuten bei der Behandlung von Psychosen (n=95; 86 %) sowie in der forensischen Psychotherapie (n=95; 87 %) genannt, womit zusammen mit der medikamentösen Behandlung drei klassische Aufgabenfelder der Psychiatrie genannt sind. Ähnlich hoch bewertet wurden zwei Items, die sich auf Kernkompetenzen der Psychosomatischen Medizin beziehen, nämlich „in der psychotherapeutischen Behandlung psychosomatischer Störungen“ (n=95; 85 %) und „im psychotherapeutischen/-somatischen Konsiliardienst“ (n=98; 88 %).

Die höchste Zustimmung zu der Aussage, auf ärztliche Psychotherapie könne verzichtet werden, fand sich bei dem Item „in der Frühintervention nach Traumatisierung“. Hier hielten 11 der befragten Klinikärzte (10 %) es für sehr oder ziemlich zutreffend, dass auf ärztliche Psychotherapie bei diesen Aufgaben verzichtet werden könne. 17 (16 %) gaben teilweise Zustimmung an.

Bei der Beantwortung des **zweiten Fragenkomplexes**, welche grundlegenden psychosomatisch-psychotherapeutischen Kompetenzen ein Arzt einer beliebigen Fachrichtung künftig beherrschen sollte, zeigt sich bei allen abgefragten Kompetenzen insgesamt eine deutliche Tendenz zur Mitte („stimmt teils-teils“).

Ausnahmen hiervon stellen die letzten beiden Items bzgl. der Techniken des Konfliktmanagements/Deeskalationsstrategien und Indikation zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Mitbeurteilung dar. Hier stimmt es für 79 (71 %) bzw. 82 (74 %) der befragten Klinikärzte „ziemlich“ oder „sehr“, dass ein Arzt die genannten Fähigkeiten beherrschen sollte.

Die größte Ablehnung gibt es bei den Items zur eigenen Supervision und Leitungskompetenzen. Hier stimmt es laut Ansicht der befragten Klinikärzte für 46 % (n=50) bzw. 53 % (n=58) „wenig“ oder gar „nicht“, dass jeder klinisch tätige Arzt über die genannten Kompetenzen verfügen sollte. Interessant ist allerdings, dass immerhin 30 % (n=34) der Ärztinnen und Ärzte einen Bedarf an ärztlicher Selbsterfahrung sehen, welche in dieser Form in den somatischen Disziplinen extrem selten angeboten wird.

Große Unterschiede zeigen sich zwischen den klinischen Disziplinen bei der Beurteilung des Beherrschens von Interventionen der psychosomatischen Grundversorgung und der Notwendigkeit eigener Selbsterfahrung. So stimmte es für ca. 60 % der Internisten „ziemlich“ oder „sehr“, dass Kenntnisse und Fähigkeiten bzgl. der psychosomatischen Grundversorgung für jeden klinisch tätigen Arzt notwendig seien, während dies nur nach Ansicht von weniger als 20 % der Chirurgen der Fall war. Der Aussage, ein Arzt solle zumindest über begrenzte Selbsterfahrung verfügen, stimmten ebenfalls über 65 % der Internisten „ziemlich“ oder „sehr“ zu, bei den Chirurgen waren es auch hier nur 20 %.

Ärztliche Psychotherapie für bestimmte Patientengruppen

Beim **dritten Fragekomplex**, danach, bei welchen der angegebenen 14 erwachsenen Patientengruppen Ärztliche Psychotherapie „erforderlich“, „wünschenswert“ oder „verzichtbar“ sei, zeigt sich ein ähnliches Bild wie beim ersten Fragenblock hinsichtlich der Verzichtbarkeit ärztlicher Psychotherapie. Besonders hohe Erforderlichkeit sahen 72 % (n=82) der befragten Klinikärzte in der Behandlung psychotischer und 62 % (n=70) in der Behandlung psychosomatischer Störungsbilder sowie 58 % (n=65) in jeder psychopharmakologischen Behandlung. Es überrascht weniger, dass bei Suizidgefährdung die höchste Erforderlichkeit ärztlicher Psychotherapie gesehen wird. Hier sind knapp über 75 % (n=86) der Ansicht, in diesem Kontext sei das Hinzuziehen eines ärztlichen Psychotherapeuten erforderlich.

Die genannten Bereiche werden bei der Einschätzung der Erforderlichkeit gefolgt von jenen, in denen sich ein psychisches Problem vor dem Hintergrund oder begleitend zu einer somatischen Gesundheitsproblematik zeigt. So sehen auch jeweils beinahe die Hälfte der befragten Klinikärzte eine Erforderlichkeit ärztlicher Psychotherapie in der Psychoonkologie (n=50; 45 %), bei psychischen Faktoren, die auf eine körperliche Erkrankung einwirken (n=48; 43 %) sowie bei Traumata mit Körperverletzung (n=49; 43 %). Beim Vorhandensein zusätzlicher organischer Erkrankungen, beim Vorliegen einer hirnorganischen Grunderkrankung und bei Belastungen mit medizinischem Kontext sind es noch jeweils mehr als 30 % der Klinikärzte.

Die geringste Anforderung besteht nach Meinung der befragten Ärzte bei jenen Problemen, welche einen weniger offensichtlichen Zusammenhang mit körperlicher Gesundheit bzw. Krankheit aufweisen. Nur knapp 18 % (n=21) halten ärztliche Kompetenz im Umgang mit schwierigem Interaktionsverhalten von Patienten für notwendig. Bei Belastungserfahrungen ohne medizinischen Kontext halten sogar nur etwas über 10 % (n=12) ärztliche Psychotherapie für ein Erfordernis, dagegen gaben 33 % (n=37) bei dieser Patientengruppe an, auf ärztliche Psychotherapie könne vollkommen verzichtet werden.

Bei der Beurteilung der Erforderlichkeit ärztlicher Kompetenz bei der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen sticht besonders die Anorexia nervosa mit vitaler Gefährdung hervor. 72 % (n=78) der klinisch tätigen Ärzte waren dieser Ansicht. Analog zu den erwachsenen Patientengruppen wurden auch im pädiatrischen Bereich als weitere Felder, in denen ärztliche Kompetenz nachgefragt ist, eine psychopharmakologische Behandlung (n=56; 52 %), Suchterkrankungen (n=54; 50 %) sowie Psychoonkologie (n=51; 47 %), somatoforme Störungen (n=49; 45 %) und Traumatisierungserfahrungen mit Körperverletzung (n=34; 31 %) häufig genannt. Bei angeborenen Auffälligkeiten wie Körperbehinderung, Intelligenzminderung und Teilleistungsstörung waren die Einschätzungen der Befragten sehr breit gestreut, sodass sich insgesamt eine Tendenz zur Mitte ergab, die ärztliche Psychotherapie in diesen Bereichen also „teils-teils“ als erforderlich angesehen wird.

Einschätzung der Zuständigkeit für Patienten mit speziellen Beschwerdebildern

Beim **vierten Fragenkomplex**, in dem es darum ging, welche Beschwerdebilder eher von ärztlichen und welche eher von psychologischen Psychotherapeuten behandelt werden sollten, gaben bei fast allen Items zwischen 31 % (n=35) und 47 % (n=53) der befragten Ärzte an, dass sie dieser Frage neutral gegenüber stünden bzw. beide Fachgruppen für ähnlich kompetent hielten.

Eine Ausnahme hiervon stellten organisch bedingte psychische Störungen dar, bei denen die Zuständigkeit eindeutig auf Seiten ärztlicher Psychotherapeuten angesiedelt wird: Hier gaben 81 % (n=90) der Befragten an, ein ärztlicher Psychotherapeut sei eher gefragt als ein psychologischer Psychotherapeut bzw. sogar ausschließlich. Weitere Beschwerden, bei denen den befragten Klinikärzten eher ärztliche Psychotherapie gefragt zu sein schien, waren Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit, Krankheitsverarbeitung und somatoforme Schmerzstörungen, also jenen Krankheitsbildern, die hinsichtlich der Symptomatik oder hinsichtlich der Bedingungen, unter denen sie auftreten, eine besondere Nähe zum Kontext somatischer Medizin haben.

Eine Präferenz für die Behandlung durch einen psychologischen Psychotherapeuten äußerten über die Hälfte der befragten Ärzte hingegen bezüglich der Behandlung von Ängsten (n=57; 50 %) und bei psychischen Krisen nach beruflicher Überlastung (n=58; 52 %). Hier wurde nur von wenigen Klinikärzten (n=15; 13 % und n=10; 9 %) eine Bevorzugung ärztlicher Psychotherapeuten geäußert.

Vermittlung von Patienten an ärztliche oder psychologische Kollegen des Klinikums

Die zur 4. Frage abgegebenen 74 Kommentare beinhalten in über 90 % der Fälle diagnostische Angaben bzgl. Patientengruppen, die an ärztliche Kollegen weitervermittelt werden. Am häufigsten genannt wurden dabei verschiedene somatoforme Störungen (n=19; 26 %), ebenfalls oft genannt wurden suizidale Patienten (n=13; 18 %), Patienten mit Psychosen oder sonstigen psychiatrischen Erkrankungen (n=13; 18 %), depressive Patienten (n=12; 16 %), onkologische Patienten (n=10; 14 %) und Patienten mit Essstörungen (n=8; 11 %).

6 Klinikärzte (8 %) gaben an, keine Patienten weiterzuvermitteln; entweder ohne Begründung oder weil sie sie selbst behandeln.

Was die psychologischen Kollegen, an die weitervermittelt wird, angeht, wurden 58 Kommentare abgegeben, ebenfalls hauptsächlich mit Angaben von spezifischen Diagnosen. Hier wurden am häufigsten Angststörungen genannt (n=12; 21 %), gefolgt von somatoformen Störungen (n=10; 17 %). Ebenfalls wiederholt genannt wurden Depressive Störungen (n=5; 9 %), psychische Erkrankungen ohne organische Ursache (n=5; 9 %) und Essstörungen (n=4; 7 %). Die restlichen Diagnosen, z. B. „sexuelle Funktionsstörungen“, „Interaktionsprobleme“ oder „Burn-out“ wurden nur vereinzelt genannt, oder es wurden spezifische Gegebenheiten beschrieben, wegen derer Patienten weitervermittelt werden, z. B. „kontinuierliche Betreuung bei Ressentiments gegen ärztliche Behandlung notwendig“, „Familientherapie/-mitbetreuung“ oder „weitere Betreuung der durch den Arzt gesehenen Patienten“. 11 Befragte (19 %) gaben an, (bisher) keine Patienten an psychologische Kollegen zu vermitteln. Gründe wurden hierzu nicht benannt.

Hier zeigt sich also in etwa dasselbe Bild wie in den vorangegangenen Fragenkomplexen: Ärztliche Kollegen werden meist hinzugezogen, wenn es um psychiatrische oder organische Erkrankungen im Zusammenhang mit psychischen Leiden geht. Psychologen werden eher als zuständig für rein psychische Störungen wie Ängste angesehen. Insgesamt werden aber von Klinikärzten offenbar nicht so häufig Patienten an psychologische Kollegen vermittelt, was u. U. auch schon daran liegen könnte, dass somatisch tätige Klinikärzte sich der Vermittlung in psychotherapeutischen Weiterbehandlungen kaum widmen (müssen). Dies wird i. d. R. bei entsprechender Indikation von den Psych-Konsiliardiensten erwartet.

Vermittlung von Patienten an niedergelassene ärztliche oder psychologische Kollegen

64 Klinikärzte gaben Kommentare ab zu Überweisungen/Empfehlungen von Patienten an niedergelassene ärztliche Kollegen, allerdings machte kaum ein Befragter Angaben zu der außerdem gestellten Frage nach dem „Warum“. Es gab eher vereinzelt Begründungen für ein „Warum nicht“, z. B. „kommt in meinem klinischen Alltag nicht vor“ oder für allgemeine Überweisungen an Niedergelassene z. B. „bei grundsätzlich nicht stationärer Behandlungserfordernis“.

Erwartungsgemäß wurden auch hier als Überweisungsindikation am häufigsten Störungen mit organischem Bezug oder organische Erkrankungen wie Krebs (n=10; 16 %) und somatoforme Störungen genannt. Depressionen sind 9 Mal angegeben (14 %). Alle weiteren Kommentare beinhalten einzelne Diagnosen oder Gegebenheiten wie z. B. „Krisensituationen bei Patienteneltern“, „Z. n. Trauma“ oder „bei grundsätzlich nicht stationärem Behandlungserfordernis“.

11 Ärzte (17 %) haben hier angegeben, (bisher) keine Patienten an niedergelassene ärztliche Psychotherapeuten zu überweisen zu haben.

Bezüglich Überweisungen/Empfehlungen an niedergelassene Psychologen machten 48 Klinikärzte Angaben, allerdings wiederum ohne Begründungen.. Am häufigsten wurden Angststörungen genannt (n=8; 17 %), gefolgt von Depressionen (n=6; 13 %) und psychische Störungen ohne organisches Korrelat (n=6; 13 %). Darüber hinaus gab es wenige Nennungen für Essstörungen (n=4; 8,3 %) und erforderliche Langzeitbetreuung bei onkologischen Erkrankungen (n=3; 6 %). Weitere Angaben wie z. B. „Borderline-Störung“, „Münchhausen-Syndrom“ oder „ADHS“ waren Einzelmeinungen.

9 Klinikärzte (19 %) gaben - ohne weitere Begründung - an, keine Patienten an niedergelassene Psychologen zu überweisen/empfehlen.

Diese eigenen Ergebnisse illustrieren frühere Ausführungen von Von Sydow (2007) zu den teilweise problematischen wechselseitigen Sichtweisen der Professionen im Psych-Versorgungsbereich.

6.3 Befragung somatischer Fachgesellschaften

Die Autoren der Expertise baten unter Bezugnahme auf den Hintergrund Ihrer Anfrage Medizinische Fachgesellschaften, die sich mit der Schnittmenge zwischen somatischen und psychischen Behandlungsansätzen befassen, um eine kurze Stellungnahme, ob sie aus Sicht Ihres Faches Besonderheiten Ärztlicher Psychotherapie erkennen könnten. Angeschieden wurden sowohl jeweils die Vorsitzenden als auch die jeweilige Geschäftsstelle gemäß dem aktuellen Internet-Auftritt. Durch das zweifache Anschreiben, auf das untereinander verwiesen wurde, sollte vermieden werden, dass durch unglückliche Umstände die angeschriebene Fachgesellschaft von der Anfrage keine Kenntnis erhalten würde.

Im Anschreiben wurde darüber hinaus die Möglichkeit angeboten, einige relevante Literaturstellen anzuhängen, die mit der Stellungnahme in die Expertise aufgenommen würden. Diese von der einreichenden Fachgesellschaft zu verantwortenden Literaturstellen werden im Folgenden bei den Stellungnahmen belassen und nicht in das allgemeine Literaturverzeichnis der Expertise übernommen. In [Klammer] wird der unterzeichnende Autor der Stellungnahme genannt.

Außer den Fachgesellschaften, die geantwortet haben (s. Kap. 6.3.1 - 6.3.4), waren noch die folgenden Fachgesellschaften zu einer Stellungnahme eingeladen worden:

- Deutsche Adipositasgesellschaft
- Deutsche Dermatologische Gesellschaft
- Deutsche Schmerzgesellschaft
- Deutsche Diabetes Gesellschaft.

6.3.1 Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) [A. Straube]

Die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) befasst sich seit Jahren mit interdisziplinären Fragestellungen im Kopfschmerzsbereich. Dabei haben sich insbesondere nicht-medikamentöse Verfahren zur Behandlung von Kopfschmerzerkrankungen als effektiv und sinnvoll erwiesen. Diese nicht-medikamentösen Verfahren entstammen

hauptsächlich der Verhaltenstherapie und werden sowohl von ärztlichen als auch von psychologischen Psychotherapeuten mit Erfolg angewendet. Aus zahlreichen Metaanalysen wissenschaftlicher Studien ergeben sich hocheffektive Behandlungsergebnisse, die Effektstärken liegen in dem Bereich der medikamentösen Prophylaxe der ersten Wahl. Darüber hinaus zeigen sowohl kontrollierte Studien als auch Ergebnisse aus den bestehenden Integrierten Versorgungsverträgen chronischer Kopfschmerz, dass die Kombination von medikamentösen Verfahren mit Verfahren der Psychotherapie (meist in Form von Verhaltenstherapie) eine höhere Wirksamkeit haben als die einzelne Therapien alleine. Die DMKG hält daher eine interdisziplinäre, multimodale Therapie, unter Einschluss von entsprechenden psychotherapeutischen Verfahren, bei chronischen Kopfschmerzerkrankungen mit hoher Symptombelastung für unabdingbar.

Die DMKG sieht sich im Schnittpunkt der ärztlichen Behandlungsformen und verschiedenen Ansätzen psychologischer Psychotherapie und erstellt Leitlinien sowohl zu Diagnostik als auch zu unterschiedlichen Behandlungsformen auf der Grundlage der interdisziplinären Vorgehensweise. Außerdem arbeitet die DMKG an der inhaltlichen Gestaltung von Ausbildungscurricula um Effektivität und Optimierung von Diagnosemöglichkeiten und Behandlungsansätzen zu optimieren.

Literatur:

Evers S, May A, Fritsche G, Kropp P, Lampl C, Limmroth V, Malzacher V, Sandor P, Straube A, Diener HC (2008) Akuttherapie und Prophylaxe der Migräne - Leitlinie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. *Nervenheilkunde* 27(10): 933-949

Evers S, Kropp P, Pothmann R, Heinen F, Ebinger F (2008) Therapie idiopathischer Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter. *Nervenheilkunde* 27: 1127-1137

Fritsche G, Frettlöh J, Hüppe M, Dlugaj M, Matatko N, Gaul C, Diener HC; Study Group (2010) Prevention of medication overuse in patients with migraine. *Pain* 151(2): 404-413
Gaul C, Brömstrup J, Fritsche G, Diener HC, Katsarava Z. (2011) Evaluating integrated headache care: a one-year follow-up observational study in patients treated at the Essen headache centre. *BMC Neurol.* 2011 Oct 10; 11:124

Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, Lipchik GL, Cordingley GE, Carlson BW. (2001) Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2001 May 2; 285(17): 2208-2215

Holroyd KA, Cottrell CK, O'Donnell FJ, Cordingley GE, Drew JB, Carlson BW, Himawan L. (2010) Effect of preventive (beta blocker) treatment, behavioural migraine management, or their combination on outcomes of optimised acute treatment in frequent migraine: randomised controlled trial. *BMJ.* 2010 Sep 29; 341:c4871

Straube A, May A, Kropp P, Katsarava Z, Haag G, Lampl C, Sándor PS, Diener HC, Evers S (2008) Therapy of primary chronic headache: chronic migraine, chronic tension type headache and other forms of chronic daily headache *Der Schmerz* 22(5): 531-543

6.3.2 Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) **[J. Schellong und I. Schäfer]**

Bei Patientinnen und Patienten mit Traumafolgestörungen kommt ärztlichen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen fachlich, aber auch in Bezug auf ihre Rolle innerhalb des Behandlungssystems eine entscheidende Bedeutung zu.

Diagnostik und Differentialdiagnostik

Bei 78-88 % der Patienten und Patientinnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) finden sich weitere psychiatrische Störungen wie affektive Störungen, Angststörungen, dissoziative Störungen und Suchterkrankungen (z. B. Kessler et al. 1995; Perkonig et al. 2000). Besonders bei schwer und komplex traumatisierten Patienten und Patientinnen können fließende Übergänge zu psychotischen Syndromen und anderen schweren psychischen Erkrankungen bestehen (Braakman et al. 2009). Einige Autoren gehen davon aus, dass bei etwa einem Drittel der an PTBS Erkrankten eine psychopathologische Prädisposition zur Entwicklung der PTBS durch eine bereits bestehende andere psychische Störung vorliegt (Perkonig et al. 2000). Weiter weisen Personen mit posttraumatischen Störungen in hohem Maße somatische Beschwerden auf. Dies betrifft somatoforme Symptome im Rahmen der psychischen Problematik, aber auch eine häufig vorhandene somatische Begleitsymptomatik (z. B. Sledjeski et al. 2008). Ärztliche Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen weisen eine spezifische fachliche Kompetenz im Rahmen der Differentialdiagnostik der oben beschriebenen, häufig komplexen Syndrome bei betroffenen Patientinnen und Patienten auf.

Behandlung

Auch die integrative Therapie Betroffener erfordert oft spezifische ärztliche Expertise. Dies betrifft zum einen die oft notwendige Pharmakotherapie. Ärztliche Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen können einerseits selbst eine rationale Pharmakotherapie mit Antidepressiva, Sedativa, Stimmungsstabilisatoren oder Antipsychotika im Rahmen der Psychotherapeutischen Behandlung sicherstellen. Andererseits können sie hausärztliche Kollegen in Bezug auf einen indikationsgerechten Einsatz dieser Medikamente beraten und einem undifferenzierten Einsatz z. B. von Benzodiazepinen und Schmerzmitteln entgegen wirken. Schließlich können bei Patienten und Patientinnen mit bereits vorhandenem Missbrauch von Medikamenten oder anderen Suchtmitteln die notwendigen suchtherapeutischen Maßnahmen zeitnah und zielgerichtet eingeleitet werden (z. B. Indikationsstellung und Überweisung zum Entzug). In jüngerer Zeit sind pharmakologische Ansätze zunehmend auch im Bereich der sog. „Medication-Enhanced Psychotherapy (MEP)“ bei Posttraumatischen Störungen von Bedeutung (Dunlop et al. 2012), wobei ärztliche Expertise bei dieser vielversprechenden Nutzung pharmakologischer Ansätze zur Intensivierung der Psychotherapie unabdingbar ist. Nicht zuletzt besitzen ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Hinblick auf die oft komplexen Störungsbilder in Bezug auf deren sozialmedizinische Einschätzung, aber auch die fachgerechte Ausstellung von AU-Bescheinigungen und die angemessene Verordnung komplexer Maßnahmen wie Physio- oder Ergotherapie spezielle Expertise.

Systemaspekte

Personen mit Traumafolgestörungen sind häufige Patientinnen und Patienten der Primärversorgung (Ellsberg 2008; Ivanova 2011). Hier können ärztliche Psychotherapeuten sicherstellen, dass ihre hausärztlichen Kollegen diese als solche erkennen und angemessen behandeln. Mit ihrer spezifischen Expertise sind ärztliche Psychotherapeuten/innen

ideales Bindeglied zwischen Primärversorgung, sozialtherapeutischer Versorgung und spezialisierter Psychotherapie in der Psychotraumatologie. Die ärztliche Ausbildung bietet eine gute Grundlage, zwischen verschiedenen Fachrichtungen zu vermitteln und so eine patientenzentrierte integrative Versorgung zu koordinieren und damit hohe Qualitätsstandards sicherzustellen. Dies erspart den Betroffenen vielfach das Gefühl missverstanden zu werden, erhöht die Sicherheit ärztlicher Kollegen und reduziert unnötige Untersuchungen und Behandlungen sowie die damit verbundenen Kosten. Gerade in der Behandlung komplex traumatisierter Patienten kann eine Kombination ärztlicher Psychotherapie mit weiterer multiprofessioneller Expertise, wie sie etwa in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gegeben ist, prädestiniert für eine niedrighschwellige Behandlung Betroffener sein. Ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten tragen auch hier aufgrund ihrer übergreifenden Expertise zu einer angemessenen Indikationsstellung und Priorisierung der unterschiedlichen Behandlungsziele im Rahmen eines rationalen Behandlungsplanes bei.

Gesundheitspolitik

Ärztliche Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen nehmen darüber hinaus Mittlerfunktion auf institutioneller Ebene ein. Angststörungen, zu denen die Posttraumatischen Belastungsstörungen gerechnet werden, zählen in der Gruppe der Erkrankungen des Gehirns zu den häufigsten und verursachen hohe Gesundheitskosten (Wittchen 2011). Ärztliche Expertise aus dem Bereich Traumafolgestörungen sollten daher in allen wichtigen Verbänden im Gesundheitswesen (Landesärztekammern, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung) genauso wie in gesundheits- und sozialpolitischen Gremien vertreten sein.

Literatur:

1. Braakman MH, Kortmann FAM, van den Brink W (2009) Validity of >post-traumatic stress disorder with secondary psychotic features<: A review of the evidence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119 (1): 15–24
2. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C *Lancet* (371) Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. 2008 Apr 5; 371(9619): 1165-1172
3. Dunlop BW, Mansson E, Gerardi M (2012) Pharmacological Innovations for Posttraumatic Stress Disorder and Medication-Enhanced Psychotherapy. *Curr Pharm Des*, May 24
4. Ivanova JI, Birnbaum HG, Chen L, Duhig AM, Dayoub EJ, Kantor ES, Schiller MB, Phillips GA (2011) Cost of post-traumatic stress disorder vs major depressive disorder among patients covered by medicaid or private insurance. *Am J Manag Care*. 2011 Aug 1;17(8): e314-23
5. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52: 1048–1060
6. Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU (2000) Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 101(1): 46–59

7. Sledjeski ME, Speisman B, LC Dierker (2008) Does number of lifetime traumas explain the relationship between PTSD and chronic medical conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R). *J Behav Med* 31: 341–349
8. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC (2010) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011 Sep; 21(9): 655-679

6.3.3 Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) [C. Albus]

Unmittelbar nach dem Herzinfarkt leiden ungefähr 30 % der Patienten an einer depressiven Symptomatik, weitere 20-40 % leiden unter ausgeprägten Ängsten. Vergleichbare Zahlen finden sich für Patienten mit Herzinsuffizienz oder schweren Herzrhythmusstörungen. Im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung findet sich bei Patienten mit Herzerkrankungen eine mindestens doppelt so hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen (Ladwig et al. 2008). Eine psychische Komorbidität verschlechtert die Lebensqualität und hat einen negativen Einfluss auf die Entwicklung und Prognose der Herzkrankheit (Ladwig et al. 2008). Entsprechend fordern zahlreiche internationale Leitlinien eine angemessene Berücksichtigung psychischer Komorbidität (z. B. Perk et al. 2012).

Die DGK hat vor diesem Hintergrund 2002 die Arbeitsgruppe „Psychosoziale Kardiologie“ (AG 30) gegründet. Zielsetzung der AG ist es, die Erkenntnisse über psychosoziale Aspekte in der Kardiologie zu vertreten und voranzubringen. Unter Versorgungsgesichtspunkten kommt dabei der ärztlichen Psychotherapie eine besondere Rolle zu. Angesichts der Häufigkeit und Komplexität der Anforderungen sind für eine angemessene und bedarfsgerechte Versorgung neben der Psychosomatischen Grundversorgung auch die fachbezogene Psychotherapie und der Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie erforderlich.

Um die Integration psychosozialer Aspekte in die Kardiologie konkret zu fördern, bietet die Fortbildungsakademie der DGK seit 2009 jährlich eine durch die AG durchgeführte, 80-stündige Fortbildung zum Thema „Psychokardiologische Grundversorgung“ an (<http://www.akademie.dgk.org>).

Literatur:

Ladwig KH, Lederbogen F, Völler H, Albus C, Herrmann-Lingen C, Jordan J, Köllner V, Jünger J, Lange H, Fritzsche K (2008) Positionspapier zur Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie. *Der Kardiologe* 4: 274-287

Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, Albus C, Benlian P, Boysen G, Cifkova R, Deaton C, Ebrahim S, Fisher M, Germano G, Hobbs R, Hoes A, Karadeniz S, Mezzani A, Prescott E, Ryden L, Scherer M, Syväne M, Scholte op Reimer WJM, Zamorano JL, Zannad F (2012) European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *Eur Heart J* 2012 [Epub ahead of print] PMID: 22555213

6.3.4 Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) - AG Psychoonkologie [Sprecherin PD Dr. Dipl.-Psych. S. Singer]

Die ärztliche Psychotherapie ist aus Sicht der Deutschen Krebsgesellschaft ein unverzichtbarer Bestandteil einer umfassenden und qualitätsgerechten Versorgung von Krebspatienten und ihren Angehörigen. Ein Drittel der Krebserkrankten leidet unter psychischen Belastungen von Krankheitswert, hinzu kommen weitere psychosoziale Notlagen, die mit psychotherapeutischen Hilfen gemildert werden können. Selbstverständlich ist die psychoonkologische Versorgung dieser Patienten eine multidisziplinäre Aufgabe. Psychotherapeuten mit medizinischer Grundausbildung können jedoch durch ihr spezifisches Wissen und Fähigkeiten Hilfen anbieten, die nicht immer durch andere Experten (Psychiater, Sozialarbeiter, psychologische Psychotherapeuten etc.) in gleicher Weise ohne Qualitätseinbußen erbracht werden können.

Ärztliche Psychotherapeuten haben durch die Kombination von medizinischer Grundausbildung und psychotherapeutischer Weiterbildung gerade im Bereich der Onkologie eine zentrale Funktion in der somato-psychischen Behandlung sowohl in der direkten Versorgungspraxis als auch bei der Kommunikation der verschiedenen beteiligten Fachgruppen untereinander. Für die Integration somatischer Inhalte in die Psychologie/Psychiatrie und umgekehrt von psychologischen, psychotherapeutischen, psychoonkologischen Inhalten in die somatischen Fächer spielen ärztliche Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychosomatische Medizin eine nicht zu unterschätzende Rolle.

7. Expertise zur Rolle der Ärztlichen Psychotherapie

7.1 Problemaufriss

In Ergänzung zur historischen Perspektive der drei Psych-Fachgebiete (Kap. 2) sei hier in Erinnerung gerufen, dass die Kompetenz, Menschen mit funktionellen, psychosomatischen und psychoneurotischen Störungen zu behandeln, auf das ärztliche Wirken im Altertum zurückgeht (Historische Funde in Pergamon zeugen von den Anfängen narrativer Psychotherapie und Entspannungsverfahren) und technisch vor rund 120 Jahren schwerpunktmäßig von Ärzten wie J. M. Charcot (1825-1893), S. Freud (1856-1939) und C. G. Jung (1875-1961) entwickelt wurde. Vor den Verheerungen durch die Nationalsozialistische Diktatur (1933-1945) konnte der deutschsprachige Raum als weltweit führend in seiner Kompetenz gelten, ambulante und stationäre Behandlungsansätze für psychische bzw. psychosomatische Störungen entwickelt zu haben. Die Wiederherstellung dieser Kompetenzen erforderte einen längeren Prozess in der Nachkriegszeit (s. ausführliche Analyse hierzu in Kap. 3).

Basierend auf der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer haben die Landesärztekammern Weiterbildungsordnungen für die drei Psych-Fachgebiete (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) sowie für die Bereichsbezeichnungen „Psychotherapie“ und „Psychoanalyse“ (ursprünglich: Zusatztitel) verabschiedet. Im Anhang findet sich beispielhaft eine Synopse (Tab. 4.4) der aktuellen Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe, die die Gewichtung der psychotherapeutischen Weiterbildungsinhalte in den drei Psych-Fachgebieten vergleichen lässt. Die Gegenüberstellung macht deutlich, dass psychotherapeutische Weiterbildungsinhalte in allen drei Psych-Fachgebieten (naturgemäß in den darauf ausgerichteten Bereichsbezeichnungen sowieso) eine wesentliche Rolle spielen, wobei das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie das Fachgebiet mit der breitesten psychotherapeutischen Weiterbildung in der Medizin ist.

Aktuell sind mindestens vier unterschiedliche Ursachen bzw. Dynamiken zu identifizieren, die die psychotherapeutische Kompetenz innerhalb der Medizin massiv in Frage stellen. Über diese Dynamiken sollte sich die Ärzteschaft hinsichtlich der mittel- und langfristigen Konsequenzen unbedingt bewusst sein. Diese vier Konfliktbereiche seien im Folgenden kurz skizziert.

7.1.1 Die Folgen der ökonomischen Überformung der Medizin für die Ärztliche Psychotherapie

In jüngster Zeit mehren sich die Analysen, dass die Ökonomie mit ihrer Bestrebung der Effizienzsteigerung zu einer systembedingten Beschleunigung aller Abläufe in den Kliniken bei gleichzeitigem Personalabbau führt (Kösters 2012). Damit werde am Ende wegrationalisiert, „worauf es bei der Behandlung von Menschen zentral ankommt - die Zeit für das Gespräch zwischendurch, für das Gespräch, das nicht sein muss, das aber doch zum Wesentlichen einer persönlichen Betreuung gehört“ (Maio 2012). An gleicher Stelle führt der Autor aus, dass aufgrund der organisatorischen Zerlegung aller Tätigkeiten eher Manager als Ärzte gefragt seien und somit das „Proprium“ des ärztlichen, „die ganzheitliche Sichtweise des Menschen, die ureigene ärztliche Qualifikation kaum noch richtig zur Geltung“ komme. Die Folge sei eine Entpersönlichung der Arzt-Patient-Beziehung, in deren Folge sich die Medizin im Kern aufgebe.

Aus Sicht der Ärztlichen Psychotherapie könnte man kurzfristig die Hoffnung schöpfen, man werde zum „Anbieter“ einer Qualität in der Medizin, die ansonsten verloren ginge. Allerdings muss man sehen, dass bspw. der Ausbau der psychoonkologischen Mitbehandlung von Tumorpatienten nicht primär auf der Initiative der somatisch tätigen onkologischen Ärzte erfolgt ist. Vielmehr waren es die Forderungen der Patienten-Vertreter und von Institutionen wie der Deutschen Krebsgesellschaft mit ihrer Fähigkeit zur öffentlichen Wirksamkeit, die im Rahmen von Zertifizierungsprozessen und in S3-Leitlinienprozessen die psychoonkologische Mitbehandlung von Tumor-Patienten festgeschrieben haben.

Wenn die Medizin insgesamt auf dem Weg ist, ihre Qualität als Beziehungsmedizin im Dienste ihrer Patienten aufzugeben, wird dies aufgrund der Marginalisierung und Geringschätzung rasch auch die Ärztliche Psychotherapie treffen. Damit ginge eine Kernkompetenz ärztlichen Handelns, die die von uns in einer repräsentativen Stichprobe befragten Patienten eindeutig herausgestellt haben (s. Kap. 5), verloren.

7.1.2 Die fehlende institutionelle Verankerung der Ärztlichen Psychotherapie

Im Rahmen der Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems wurde im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) eine Konsultationspflicht für die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) festgeschrieben, sofern psychotherapeutische Belange berührt seien. Obwohl von dem Psych-Entgeltsystem nur ärztlich geleitete Krankenhäuser bzw. Krankenhausabteilungen betroffen sind, fehlt eine entsprechende Konsultationspflicht der das Psych-Entgeltsystem verantwortenden Institutionen gegenüber der Bundesärztekammer (BÄK). In der Folge haben die drei ärztlichen Psych-Fachbereiche mit ihren Verbänden nahezu die gesamte Last der Entwicklungsarbeit sowohl in personeller als auch in finanzieller Hinsicht zu tragen gehabt. Zu jeder anstehenden Weiterentwicklung des Prozedurenkatalogs OPS durch das Deutsche Institut für Medizinische Informatik und Datenverarbeitung (DIMDI) als einem Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) äußerte sich die BPtK mit ausführlichen Stellungnahmen, Vorschlägen und Einwänden. Parallel zur Bundesärztekammer äußerte sie sich auch zu allen Schritten der Entwicklung des im Juni 2012 verabschiedeten PsychEntG.

So kritisierte die Bundesärztekammer am 15.03.2011 zurecht wiederholt, dass ihre fachliche Expertise „erst 2010 nach und nach beratend in die weitere Fachdiskussion zur Ausgestaltung eines neuen Psych-Entgeltsystems auf der Basis von tagesbezogenen Entgelten gemäß § 17d KHG einbezogen“ wurde. „Bisher ist keine dem G-DRG-System äquivalente Option zur Beteiligung der Bundesärztekammer gewährleistet.“

Im Gegensatz zur BPtK sind die Zuständigkeiten für die Entwicklungen im Psych-Bereich auf Seiten der Ärztekammer zersplittert: unterschiedliche Personen in unterschiedlichen Dezernaten betreuen die Bereiche stationäre Psychiatrie und Psychotherapie incl. Entgeltsystem, ambulante fachärztliche und hausärztliche Psychotherapie, Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, Aus- und Weiterbildung. Auf Seiten der psychiatrischen-psychotherapeutischen, kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachverbände bestehen ähnliche Probleme mit einer Zersplitterung in multiple Vertretungen für unterschiedliche Versorgungsbereiche, die sich in ihren politischen und strategischen Äußerungen teilweise widersprechen. Auch die als Struktur existierende „Ständige Konferenz der ärztlich-psychotherapeutischen Verbände“ (STÄKO) hat keine direkte strukturelle Anbindung an die Bundesärztekammer. Politische Stellungnahmen der Bundesärztekammer müssen daher notwendigerweise in einem zeit- und aufwändigen komplexen Abstimmungsprozess erfolgen.

7.1.3 Die Infragestellung der ärztlich-psychotherapeutischen Kompetenz von außen

Wie im Methodenteil zu der von der Autorengruppe durchgeführten Umfrage bei niedergelassenen Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten dargestellt (Kap. 6.2.), rührt es insbesondere aus Sicht der Psychologischen Psychotherapeuten/KJP beinahe an ein „Tabu“ zu fragen, ob es Unterschiede aus Sicht der beiden Psychotherapie durchführenden Berufsgruppen oder aus Sicht der von ihnen behandelten Patienten geben könnte.

Einige Antwortende nahmen die dafür vorgesehenen sog. Freitextfelder zum kritischen Diskutieren wahr. Eine Ablehnung der Untersuchung wurde, sofern den die Umfrage Durchführenden Argumente mitgeteilt wurden, mit den vielfältigsten „projektiven Befürchtungen“ entsprechend der derzeit im gesundheitspolitischen Raum stehenden Frage der Weiterentwicklung des ambulanten fachärztlich/spezialärztlich konfigurierten Versorgungs- und Vergütungssystems verbunden.

Die Bundespsychotherapeutenkammer forderte in ihrer schriftlichen Stellungnahme anlässlich der parlamentarischen Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages zum Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG) am 23.04.2012 (Stellungnahme der BPtK vom 2.4.2012), dass Psych-Krankenhäuser eine nicht mehr ärztliche, sondern „fachkundige“ Leitung und damit eine „ärztliche oder psychotherapeutische sowie pflegerische Leitung“ haben müssten (Änderungsantrag zu § 107 SGB V, S.17). Damit eine Gleichstellung auf allen Ebenen intendiert, was spezifische, zusätzliche ärztliche Kompetenzen negiert.

7.1.4 Die drohende Ausgliederung des Psychischen durch die Medizin selber

Als Verantwortlicher für das Weiterbildungscurriculum Psychosomatische Grundversorgung der Ärztekammer Westfalen-Lippe hat der Erstautor diese Expertise (G. Heuft) bisher ca. 300 Ärzte in Kleingruppen zu jeweils 20 KollegInnen in dem kompletten 50-Stunden-Curriculum persönlich unterrichtet. Die Kursteilnehmer sind Ärzte in Weiterbildung aus allen Gebieten mit Schwerpunkten in der Weiterbildung zum Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin sowie Gynäkologie und Geburtshilfe (diese beiden Fachgebiete haben die Psychosomatische Grundversorgung verpflichtend in ihre Curricula aufgenommen). Eine erhebliche Nachfrage nach diesen Kursen kommt jedoch auch von langjährig niedergelassenen Ärzten aller Fachdisziplinen. Nahezu durchgängig ist zu Beginn dieser Kurse von den ÄrztInnen zu hören, dass man lernen wolle, wie man Patienten mit psychischen bzw. psychosomatischen Störungen möglichst schnell überzeugen könne, „zum Psychologen zu gehen“. Obwohl diese Ärzte im Studium Leistungsnachweise in zumindest zwei Psych-Fachgebieten (da Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht zu den Pflichtfächern gehört) erworben haben müssen, haben sie kaum (noch) eine Wahrnehmung ihrer eigenen psychotherapeutischen Kompetenzen. Es fehlt ihnen oft auch eine Wahrnehmung für die psychotherapeutischen Kompetenzen der in der MWBO definierten Fachkompetenzen ihrer entsprechend psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatisch weitergebildeten KollegInnen. Allenfalls im Bezug auf psychische Erregungszustände und suizidale Krisen wird spontan an die Kooperation mit Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie-/psychotherapie (bzw. mit den entsprechenden Krankenhausabteilungen) gedacht (vgl. diverse Freitextbeiträge im Kap. 6 zur Begrifflichkeit des „Psychologen“).

Auf der gleichen Ebene liegt die semantische „Unsauberkeit“, dass in wissenschaftlichen Publikationen oder auch in der ärztlichen Alltagssprache bei Erkrankungen wie depressiven Störungen oder einer Anorexia nervosa von „psychologischen Erkrankungen“, anstatt korrekt von „psychischen Erkrankungen“, die evtl. mit psychologischen, psychopharmakologischen psychosomatischen und psychotherapeutischen etc. Behandlungstechniken behandelt werden, gesprochen wird. Das „Deutsche Ärzteblatt“ arbeitet hier redaktionell wiederum sehr korrekt, so dass sich diese Wortwahl nur in Anführungsstrichen in Publikationen findet (z. B. Krämer 2012).

Hinzu kommt, dass in den somatischen Bereichen, die chronisch Langzeiterkrankte behandeln (z. B. Dialyse, Diabetes, Neurologie, Onkologie....) seitens der Krankenhausträger regelhaft Diplompsychologen neben Sozialarbeitern als „psychosozialer Dienst“ eingestellt werden, mit der Aufgabe, die Krankheitsbewältigung zu fördern und Angehörigenarbeit zu leisten. Deren Leistungen sind in den DRG-Komplex-OPS des DIMDI abgebildet (OPS-Ziff. 1-900.0 und 1-900.1; für Kinder und Jugendliche: 9-403) und damit abrechenbar. Damit besteht die Gefahr, die ursprünglich ärztliche Kompetenz der psychischen Mitbehandlung solcher somatischer Erkrankungen aus dem Tätigkeitsfeld der Ärzte auszugliedern.

Im Kontrast dazu sind die Bedürfnislagen von besonderen Zielgruppen geeignet, die Medizin zu ihren somato-psycho-somatischen Wurzeln zurückzuführen. Hierzu gehören neben den oben erwähnten somatisch Erkrankten und den dazu sehr aussagefähigen Stellungnahmen der Fachgesellschaften (siehe Kap. 6.3.). Migranten, die einen anderen Umgang mit der Leib-Seele-Dichotomie haben und psychische Störungen in Form multipler Organmetaphern äußern, was zu Fehlbehandlungen und Fehldiagnosen führen kann (Gün 2007; Erim 2009). Kinder äußern Befindlichkeitsstörungen und psychische Störungen sehr oft in Form von funktionellen Beschwerden, Ess- oder Fütterstörungen. Dieser Sachverhalt ließ eine enge Zusammenarbeit der Fachdisziplinen für Kinder bis hin zu interdisziplinären Psychosomatikstationen entstehen, die eine Aufsplitterung der Fachgebiete in „Körpermedizin“ und „Seelenmedizin“ wieder relativiert (Thoms und Schepker 2009).

7.1.5 Ärztliche Psychotherapie ist im Kern „Personalisierte Medizin“

Auf der Jahrestagung des Deutschen Ethikrates im Mai 2012 wurde sich ein völlig unangemessener Gebrauch des Begriffs „Personalisierte Medizin“ offensichtlich. So vertrat J. Wolf vom Universitätsklinikum Köln ein strikt biologisches Verständnis des Begriffs Personalisierte Medizin (Richter-Kuhlmann 2012).

Bei der Charakterisierung von Biomarkern zum Zwecke einer stratifizierten Medizin geht es neben Gruppen-bezogenen Aussagen (z. B. über Risiken von Merkmalsträgern) darum, für das jeweilige Individuum eine möglichst passgenaue Therapieoption anbieten zu können [vgl. das Forschungsprojekt Approach to Individualized Medicine GANI_MED am Universitätsklinikum Greifswald]. Individualisierte Medizin wird erst dann zu einer Personalisierten Medizin, wenn auch persönliche Erfahrungs- und Beziehungshorizonte, psychische und soziale Faktoren des Patienten i.e.S. nicht nur beachtet, sondern in einer soweit als möglich gleichberechtigten Arzt-Patient-Beziehung auch Bestandteil Ärztlichen (Nicht-)Tuns ist. Nur so erhält der Patient eine Chance zur echten Partizipation. - Insofern kann nur die Ärztliche Psychotherapie in Verbindung mit den somatischen Diagnose- und Behandlungsverfahren das Attribut für sich in Anspruch nehmen, wirklich die gesamte Person im Blick zu haben.

7.2 Ebenenmodell ärztlich-psychotherapeutischer Kompetenzen

Das im Folgenden vorgestellte Ebenenmodell ärztlich-psychotherapeutischer Qualifikationen folgt einer Logik der Bedeutung für eine umfassende psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung. Diese hat ihre Basis in der Vermittlung psychotherapeutisch-psychosomatisch-psychiatrischer Kenntnisse und Fertigkeiten in der Gesprächsführung im **Medizinstudium**. Da der größte Teil der psychischen Störungen primär oder dauerhaft im Bereich der hausärztlich-allgemeinärztlich-internistischen Praxen behandelt werden, hat die **Psychosomatische Grundversorgung** als nächste „Stufe“ der Qualifikation eine noch weithin unterschätzte Bedeutung. KollegInnen mit der **Bereichsbezeichnung Psychotherapie (fachgebundene Psychotherapie)** übernehmen auf der dritten Stufe einen erheblichen Anteil des psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs unterhalb der Schwelle der fachärztlichen Psychotherapie durch **Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie** (entsprechend ihrer Praxisstruktur in unterschiedlichem Ausmaß) und der **Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**. Darüber hinaus findet sich ein differenziertes stationäres Angebot psychotherapeutisch-psychosomatisch-psychiatrischer **Krankenhäuser und Abteilungen**. Im Gegensatz zum Stufenmodell von Helmchen und Linden (2000) berücksichtigt es nicht die Selbsthilfe und nimmt die ärztliche psychotherapeutische Kompetenz differenzierter in den Blick.

7.2.1 Der Erwerb psychotherapeutischer Kompetenzen während des Medizinstudiums (1. Ebene)

Da die Basis jeder ärztlichen Tätigkeit einschließlich der professionellen Rolle und des professionellen Selbstbildes im Medizinstudium vermittelt wird, liegt eine große Verantwortung für die Ausbildung der gesamten ärztlich-psychotherapeutischen Kompetenzen bereits bei den medizinischen Fakultäten. Würde man die Verantwortung alleine den Fachvertretern der drei Psych-Fächer zuordnen, wäre dies eine Engführung der Gesamtverantwortung. Selbstverständlich liegt die Aufgabe zuallererst bei den Fachvertretern der Psych-Fächer, einen engagierten, didaktisch exzellenten und inhaltlich sachgerechten Unterricht, wie er im Folgenden noch zu skizzieren sein wird, zu konzipieren und durchzuführen. Die Gesamtverantwortung der medizinischen Fakultäten beginnt jedoch bereits bei der Verankerung der Psych-Fachgebiete in der Approbationsordnung im Pflichtcurriculum (diese fehlt z. B. für das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie). Darüber hinaus tragen die Fakultäten die Verantwortung sowohl für die adäquate Besetzung der Lehrstühle und deren Ausstattung mit (Personal-)Ressourcen, um neben der kognitiven Wissensvermittlung in Hauptvorlesungen die Kurse mit dem unabdingbaren Kleingruppenunterricht auf angemessenem Niveau durchführen zu können.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass im vorklinischen Studium die Fächer Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie neben weiteren zum Teil ortsspezifischen Instituten wie etwa „Didaktik der Medizin“ (Universitätsmedizin Hamburg) oder „Community Medicine“ (Universitätsmedizin Greifswald) Inhalte vermitteln, die einen breiten Überschneidungsbereich zu den Psych-Fächern aufweisen, ohne dass hier regelhaft aufeinander aufbauende Curricula bestehen.

Grundsätzlich ist zu fordern, dass den Studierenden vermittelt wird: Sie erhalten hier an der Fakultät eine umfassende Ausbildung, die sowohl die somatischen (biologischen) als auch somato-psychischen, psychosomatischen sowie psychischen und psychiatrischen Krankheitsbilder bzw. Komorbiditäten und Wechselwirkungen gleichermaßen in dem

Blick nehmen. Genauso, wie ein Psych-Fachvertreter in seiner Vorlesung mit Anerkennung auf die Leistungen der herzchirurgischen Kollegen der Fakultät bei der Besprechung des postoperativen Durchgangssyndroms bei älteren Patienten hinweist (vs. sich z. B. abfällig darüber äußern würde, dass aktuell 80 % der Bypass-Patienten hochaltrig sind), ist von den primär somatisch tätigen Kollegen zu erwarten, dass sie in ihren Vorlesungen und in ihrem Unterricht am Krankenbett mit Hochachtung auch die Leistungen der Psychotherapie querverweisend ansprechen. Auf diese Weisen lernen die Studierenden, das sog. „Überstiegsproblem“ in der Arzt-Patient-Beziehung zu vermeiden. Dieses Überstiegsproblem entsteht durch eine zunächst ausschließliche Fixierung auf mögliche somatische Behandlungsansätze. Bei entsprechenden „Störungen“ in der Arzt-Patient-Beziehung (durch Übertragungs- Gegenübertragungsprobleme) oder bei Symptomen, die an eine psychische Komorbidität denken lassen, erfolgen dann nicht selten „abrupte“ Beziehungsänderungen, die dem Patienten vermitteln, er leide unter etwas, für das der jetzt behandelnde Arzt nicht mehr „zuständig“ sei, dass er „weggeschickt“ und „in eine andere Schublade gesteckt“ werde.

Der immer noch bestehenden Tendenz zur Diskriminierung psychischer Störungen und Komorbiditäten ist somit zugunsten einer personalen, beziehungsorientierten Medizin entgegenzuwirken. Dies würde vermutlich auch die Selbstwahrnehmung der Studierenden fördern können und adäquate Bewältigungsstrategien für eigene Probleme wie verringertes subjektives Wohlbefinden (Kurth et al. 2007) bei erhöhter Prävalenz psychischer Störungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Bailer et al. 2008) mit depressiven Symptomen (Jurkat et al. 2011; Schaefer et al. 2007) unterstützen. Dem gegenüber setzen Studierende aktuell häufiger dysfunktionale Copingstrategien wie Alkoholkonsum (Seliger u. Brähler 2007; Jähne et al. 2009; Newbury-Birch et al. 2000) ein und begeben sich weniger in indizierte ärztliche Behandlung (Tjia et al. 2005).

Ein großer Teil der Medizinstudierenden beginnt mit einer eher idealistischen Grundeinstellung das Studium (Sönnichsen et al. 2005), ist jedoch bei den ersten Praxiskontakten oft rasch desillusioniert (Jurkat et al. 2000) bis hin zum Studienabbruch (Schrauth et al. 2009). Interessanter Weise zeigen Studierende in einem Reformstudiengang eine geringere Prävalenz psychischer Erkrankungen im Vergleich zu einem klassischen Curriculum - möglicherweise Ausdruck der aktiveren persönlichen Mitgestaltungsmöglichkeiten (Kuhnigk u. Schauenburg 1999). Dass gerade in den Beruf eingetretene Ärzte eine deutliche Einbuße des gesundheitlichen Wohlbefindens erleben (Buddeberg-Fischer et al. 2005; Voltmer et al. 2007) und im Nachhinein die Vermittlung psychosozialer Kompetenzen während ihres Medizinstudiums als mangelhaft beurteilen (Jungbauer et al. 2003), hat bisher noch zu keiner wesentlichen Kursänderung Anlass gegeben.

Unterrichtsmodelle, die eine interpersonale Haltung der Studierenden fördern, integrieren in die kognitive Wissensvermittlung über die spezifischen Störungsbilder Gesprächstrainings mit Patienten oder Schauspielerpatienten sowie E-Learning-Programme. Gesprächstrainings mit Schauspielerpatienten, die mit Hilfe aufgezeichneter originaler Patienteninterviews so lange geschult werden, bis sie die gesamte Psychodynamik und Lerngeschichte soweit internalisiert haben, dass sie in 30- bis 40-minütigen Untersuchungssituationen in der krankheitsspezifischen Dynamik adäquat bleiben können unabhängig davon, welche Fragen der interviewende Studierende jeweils stellt, ermöglichen in ethisch vertretbarer Weise nach Anleitung entsprechende Beziehungserfahrungen zu sammeln. Denn es ist z. B. traumatisierten oder affektiv schwer beeinträchtigten Patienten nicht zuzumuten, im Kleingruppenunterricht zu Trainingszwecken wiederholt eine biographische Anamnese etc. „ertragen“ zu müssen.

Ein solches Lehrprogramm wurde beispielsweise an der Universität Witten-Herdecke incl. Videofeedback schon 2000-2004 erfolgreich durchgeführt (R. Schepker). Es wurde vor vier Jahren im Studienhospital des Universitätsklinikums Münster weiterentwickelt und 2009 mit dem Lehrpreis der Universität (G. Heuft) aufgrund der exzellenten Evaluation durch die Studierenden ausgezeichnet. In diesen Interviews mit z. T. schwer biographisch belasteten „Patienten“, die in einer sehr authentischen Atmosphäre ablaufen, hat der Studierende die Möglichkeit, sich hinsichtlich seiner konkordanten und komplementären Gegenübertragungswahrnehmung realistisch affektiv zu erfahren, um daraus zu lernen, welche enorme Bedeutung die intrapsychische Seite für viele Patienten (sei es in der Krankheitsverarbeitung [z. B. Psychoonkologie], sei es bezüglich der Compliance, sei es bei der Entwicklung psychischer Störungen) hat. Der Lerneffekt besteht nicht nur in einem „darüber reden“, sondern in einem konkreten Erfahren der ärztlichen Gesprächssituation. Der Lerneffekt entspricht z. B. einem Sonographiekurs, bei dem das Reden über die notwendigen Fertigkeiten nicht ersetzt, selber den Schallkopf in die Hand zu nehmen und zu versuchen, die erzeugten Bilder zu interpretieren.

Während des Interviews durch den Studierenden, das gleichzeitig auf Video aufgezeichnet wird, beobachtet seine Klinikgruppe (5 weitere Studierende) das Gespräch nach strukturierter Anleitung hinter der Einwegscheibe. Die anschließende ebenfalls videographierte Rückmeldung erfolgt in vier Schritten: (1.) Wie hat sich der Interviewer selber gefühlt; (2.) Wie hat sich der aus der Rolle herausgetretene „Patient“ in der Rolle als „Patient“ erlebt; (3.) Welche Beobachtungen hat die Klinikgruppe zur Symptomatik, Lebensgeschichte, zu den Beziehungsepisoden zur Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik sowie zu den Stärken des Untersuchers gemacht; (4.) Wie können alle die erhobenen „Daten“ in ein Gesamtverständnis des Patienten auf der Basis der Arzt-Patient-Beziehung zusammengeführt werden? Damit erhält der Studierende eine umfassende Anleitung für seine persönliche Weiterentwicklung.

Diese Erfahrungen werden am Ende des klinischen Semesters, in dem die drei Psych-Fächer gelehrt werden, durch 14-tägige Blockpraktika, die in den klinischen Alltag integriert sind, ergänzt. Diese können durch supervidierte „Betreuungspatienten“, supervidierte klinische Interviews, Teilnahme an Therapiegruppen etc. ergänzt werden.

So erhält jeder Studierende die Möglichkeit, seine empathischen Fertigkeiten (vgl. z. B. Bolognini 2011), die er für alle zukünftigen Situationen in der Krankenversorgung benötigt, wahrzunehmen, Wert zu schätzen und weiter zu entwickeln. Damit könnte eine Umsteuerung gegenüber des immer häufiger geäußerten Vorwurfs: „Die angehenden Ärzte erfahren heute zu wenig von der grundsätzlichen Kunst des Umgangs mit Patienten“ (Koch 2012) erreicht werden, da sich die zukünftigen Ärzte wieder bewusster werden, dass ihre Beziehungsaufnahme zu dem Patienten (die nicht unbedingt wesentlich mehr Zeit in Anspruch nehmen würde) das Verhalten der Patienten, ihre Therapietreue (Compliance und Adherence), ggf. ihre Symptomentwicklung und die Zufriedenheit mit der Behandlung positiv beeinflussen können.

7.2.2 Die Bedeutung der Psychosomatischen Grundversorgung (2. Ebene)

Wie in Kapitel 2 zusammenfassend dargestellt, ist ein deutlicher Anstieg psychischer und psychosomatischer Störungen mit einer Zunahme der Arbeitsunfähigkeitszeiten zu verzeichnen. Ein Drittel der Frühberentungen erfolgt wegen psychischer Störungen. Die von der Autorengruppe durchgeführte Bevölkerungsbasierte Umfrage (Kapitel 5) weist gleichzeitig darauf hin, dass unabhängig von den erfragten psychischen oder psychosomatischen Symptomen der Hausarzt als erster Ansprechpartner nach wie vor den höchsten Stellen-

wert hat. Insofern kommt den Ärzten mit Qualifikation in Psychosomatischer Grundversorgung eine enorme Bedeutung zu, da sie zeitnah und effektiv intervenieren können (Fritzsche u. Wirsching 2012). Zusammen mit den Ärzten mit der Zusatzweiterbildung Psychotherapie - fachgebunden erbringen sie einen hohen Anteil an psychotherapeutischen Leistungen, die durch die Richtlinien-Psychotherapie nicht erfasst werden. Dabei zeigen jüngste Untersuchungen in 13 Hausarztpraxen, dass die Häufigkeit der Praxiskon-takte und der Arbeitsunfähigkeitstage stärker mit psychischen als mit somatischen Dauerdiagnosen assoziiert sind und somit die psychosomatische Komorbidität einen intensive-ren Einfluss auf die Utilisierung der hausärztlichen Ressourcen zu haben scheint als die somatische Krankheitslast (Schneider et al. 2012). Dabei könnte es zu einem Circulus vitiosus von „Zeitknappheit“ in Praxen mit nachfolgender erhöhter Kontaktzahl kommen, wenn zu wenig Zeit und Aufmerksamkeit bleibt, um psychosomatische und somatopsychi-sche Zusammenhänge zu erkennen und mit den Patienten zu bearbeiten.

Ein grundlegendes Problem auf dieser Stufe ärztlich-psychotherapeutischer Versorgung besteht in dem Fehlen eines zur Psychosomatischen Grundversorgung analogen Moduls zur psychiatrischen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung, in dem es nicht nur um die psychotherapeutische Basisbehandlung u. a. organischer psychischer Stö-rungen, schizophrener und bipolarer Störungen sowie schwerer affektiver Störungen geht, sondern auch um die adaptive Kombinationsbehandlung mit psychopharmakologischen Substanzen (Freyberger u. Grabe 2008) sowie die langfristige ärztliche Mitbehandlung chronisch psychisch Erkrankter. - Die positiven Möglichkeiten gerade von Hausärzten zur Ressourcenaktivierung und Langzeitbetreuung lassen sich gut ablesen an der erfolgreichen Tätigkeit der „Bündnisse gegen Depression“, die explizit auch Selbsthilfegruppen einbe-zieht. Die Abtrennung der curricular zu erwerbenden Zusatzqualifikation in der „suchtme-dizinischen Grundversorgung“, die im Wesentlichen zur Sicherstellung der Verfügbarkeit und Qualität der Substitutionsbehandlung begründet wurde, könnte in ein solches Curricu-lum zur „psychiatrischen Grundversorgung“ integriert werden. Die Ärztekammer Nord-rhein hat z. B. neben den Kursen zur „Psychosomatischen Grundversorgung“ bereits einen Kurs „Psychiatrie für den Hausarzt“ angeboten - Initiativen in diese Richtung sollten aus-gebaut werden (siehe [www. aekno.de](http://www.aekno.de)).

Nach Linden (2006) verbleiben rund 90 % aller depressiven Patienten in der Behandlung des Hausarztes, was die Prognose der Depression nicht notwendigerweise verschlechterte. Linden verweist in einer Literaturübersicht darauf, dass eine Überweisung zum Facharzt eine sorgfältige Patientenselektion und Indikation voraussetzt, um nicht lediglich höhere Kosten zu generieren. Depressive Patienten in der Allgemeinarztpraxis erfuhren überwie-gend Kurzinterventionen von durchschnittlich 20 Minuten.

7.2.2.1 Verankerung der curricularen Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung

Der Erstautor (G. Heuft) dieser Expertise ist zusammen mit Frau Dr. med. I. Veit, nieder-gelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin - Psychotherapie im Zuständigkeitsbereich der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) verantwortlich für die curriculare Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung. Diese beiden haben eine bundesweite Bestands-aufnahme über die Gestaltung der verschiedenen Curricula zur Psychosomatischen Grund-versorgung in den verschiedenen Kammerbezirken über die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie initiiert und alle Dozentengrup-pen, die sich um eine tiefer gehende Evaluation und Forschung in diesem Bereich bemü-hen, zum Austausch eingeladen.

Im Ergebnis zeigt sich eine enorme Variabilität innerhalb des Curriculums in allen denkbaren Dimensionen: Größe der Gruppen während des Theorieteils; Anzahl der eingesetzten Dozenten je Curriculum; eingesetzte Unterrichtsmethoden; Zusammensetzung der Teilnehmer [homogene, fachspezifische Gruppen vs. Interdisziplinarität sowie divergierende Definitionen der Lernziele]. Z. B. reicht die Varianz im Hinblick auf die Dozentenkonstanz von dem einen Extrem eines Dozentenwechsels alle zwei Unterrichtsstunden einerseits bis hin zu einer Dozentenkonstanz über die gesamten 50 Stunden des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung (20 Stunden Theorie und 30 Stunden verbale Intervention). Komplettiert wird das Curriculum in jedem Fall durch den Besuch von 30 Stunden fortlaufender Balint-Gruppe, die i. d. R. kontinuierlich über mindestens ein halbes Jahr besucht werden soll, um Effekte von erarbeiteten Interventionen und die eigene Entwicklung der „Arztpersönlichkeit“ im Behandlungsverlauf studieren zu können.

Erwartet wird als Kompetenz dieser ersten Stufe, dass innerhalb des eigenen Fachgebietes eine belastbare Arzt-Patienten-Beziehung hergestellt werden kann und dass eine positive, akzeptierende Praxisatmosphäre im Team aufrechterhalten werden kann. Es wird erwartet, dass allfällige Lebenskrisen bei Patienten in der Primärarztpraxis begleitet und idealiter gelöst werden können, ohne dass weitere psychotherapeutische Hilfe benötigt wird. Es wird erwartet, dass ein weitergehender psychotherapeutischer Bedarf erkannt und zu entsprechenden Schritten motiviert und weiterverwiesen werden kann.

Angesichts der aus Sicht der Autoren dieser Expertise beschriebenen unbefriedigenden „Vielfalt“ der Curricula wird in den nachfolgenden beiden Kapiteln 7.2.2.2 und 7.2.2.3 beispielhaft das Weiterbildungscurriculum in Psychosomatischer Grundversorgung der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) und der inhaltliche Aufbau dieses Curriculums dargestellt.

7.2.2.2 Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung am Beispiel des Curriculums der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL)

Die 10 KollegInnen umfassende Dozentengruppe des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung der ÄKWL setzt sich „zu gleichen Teilen“ aus somatisch tätigen, zusätzlich psychotherapeutisch weitergebildeten „Somatikern“ (Allgemeinmedizin; Gynäkologie; Pädiatrie) sowie Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zusammen. Jeder Dozent ist während des Kurses für seine maximal 20 TeilnehmerInnen über die gesamten 50 Stunden zuständig. Der interdisziplinär zusammengesetzten Dozentengruppe, die ihr Fachwissen gemeinsam in die Erarbeitung der zu vermittelnden Inhalte investiert hat, entspricht programmatisch die interdisziplinäre Zusammensetzung der KursteilnehmerInnen. Diese interdisziplinäre Gruppenarbeit erfolgt unter drei Gesichtspunkten:

- (1.) Die „schwierigen“, bzw. somatisierenden Patienten suchen oft Ärzte verschiedenster Fachdisziplinen nacheinander oder parallel auf. Daher bedarf es schon primär der interdisziplinären Perspektive im kollegialen Netzwerk.
- (2.) Die Evidenz dieser Erfahrung regt bereits in der Gruppenarbeit zur Wertschätzung interdisziplinärer Zusammenarbeit an.
- (3.) Gleichzeitig wird allzu rasches „Fachsimpeln“ oder fachliches Rivalisieren in einer homogenen Fachgruppe zugunsten einer größeren kollegialen Solidarität verhindert. Neue Aspekte, die durch eingefahrenes fachspezifisches Vorgehen bisher nicht erkennbar waren, können durch Gruppenbeiträge schneller integriert werden als durch Dozentenimpulse.

Da das Curriculum extrem gut beleumundet und evaluiert ist (Veit et al. 2008), sind oft 30 bis 50 % der Kursteilnehmer aus einer eigenen Weiterbildungsmotivation aktiv dabei. Sie vermitteln auch den noch in fachärztlicher Weiterbildung befindlichen KollegInnen, wie wichtig für die alltägliche Arbeit das Erwerben von Beziehungskompetenzen sowohl im Hinblick auf die Arzt-Patient-Beziehung als auch im Praxisteam ist. Manche der seit Jahren Niedergelassenen bringen auch einen regelrechten Leidensdruck im Hinblick auf spezielle Patientengruppen oder einzelne Patienten, mit denen ihnen der Umgang schwer falle, zum Ausdruck.

Die Kurse werden entweder aufgeteilt auf zwei Wochenenden organisiert (jeweils freitags und samstags ganztägig sowie sonntags halbtägig; insgesamt 25 Unterrichtsstunden je Wochenende) oder als Blockveranstaltung über eine ganze Woche (z. B. innerhalb der Weiterbildungswoche der ÄKWL auf Borkum). Durchschnittlich wurden in den letzten Jahren rund 260 Kursteilnehmer/Jahr alleine im Bereich der ÄKWL auf diese Weise weitergebildet.

Seit einem Jahr läuft zusätzlich der bisher sehr erfolgreiche Versuch, dass einer der Dozenten zusammen mit einer entsprechend geschulten Medizinischen Fachangestellten (MFA) modifizierte Kurse in Psychosomatischer Grundversorgung für Assistenzpersonal in Praxen anbietet, nachdem dies von der Gruppe der MFA´s und auch Praxisinhabern angeregt worden war. Hier wie auch in den Kursen für Ärzte haben sich alle Dozenten auf ein einheitliches Set von Themen für den 20-stündigen Theorieteil sowie auf ein ebenfalls einheitliches Set von Methoden für das Training der verbalen Intervention verständigt.

Alle Dozenten treffen sich zweimal jährlich zu einem mehrstündigen intensiven Austausch, in dem neben aktuellen Fragen auch jeweils ein spezieller Theorieteil erneut gemeinsam durchgesprochen und überarbeitet wird. Da stets mindestens drei Kurse à 20 Teilnehmer parallel durchgeführt werden, besteht auch während der Pausen für die Dozenten die permanente Möglichkeit, sowohl fachliche als auch gruppensdynamische Fragen und Probleme unmittelbar im Rahmen einer kollegialen Intervention zu besprechen. Auf diese Weise ist es bisher stets gelungen, auch schwierige gruppensdynamische Prozesse der über 50 Stunden „geschlossen“ laufenden Kursgruppen zu meistern.

7.2.2.3 Der inhaltliche Aufbau des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung

Jeder Kursteilnehmer erhält einen kompletten Ausdruck aller Folien des Kurses, um vom Mitschreiben entlastet zuhören zu können und sich zu den vom Dozenten parallel zum theoretischen Material spontan eingebrachten „Kurzbeispielen“ Notizen machen zu können. Im vorderen Teil dieses Skriptes findet sich der Gesamtaufbau des Curriculums (Veit 2010; s. auch den Aufbau des Curriculums im Anhang zu dieser Expertise, Abb. 7.1).

Im Zentrum des Kurses steht die Vermittlung von Theorien und das Training in der Handhabung von Dynamiken in der Arzt-Patient-Beziehung unter Wahrnehmung von Übertragung und Gegenübertragung.

Beispiel: „Während ich mit einem Patienten im Untersuchungsraum im Gespräch bin, höre ich plötzlich einen lautereren Wortwechsel draußen im Bereich des Praxisempfangs. Kurz darauf schlägt eine Tür ins Schloss. Nachdem der aktuell von mir behandelte Patient das Zimmer verlassen hat, kommt eine meiner Arzthelferinnen fast weinend ins Un-

tersuchungszimmer und berichtet, der Unternehmer X habe verlangt, mich sofort zu sprechen. Als die Arzthelferin ihm bedeutet habe, er müsse sich einige Zeit gedulden, sei er wutentbrannt gegangen, indem er die Türe hinter sich zugeschlagen habe.“ - Obwohl der Arzt den Patienten noch gar nicht gesehen hat, kann er aus der gesamten durch Wahrnehmung seiner Gegenübertragung die Hypothese ableiten, dass es sich bei dem Affekt von Herrn X um Kränkungswut (narzisstischer Modus in aktiver Ausprägung) handeln könnte. Daraus erarbeitet die Kursgruppe die Gefahr, dass die nun im Raum stehende Kränkungsdynamik Gefahr läuft, zwischen dem Arzt und seiner Helferin weiter zu wirken, etwa dadurch, dass der Arzt jetzt der Helferin Vorwürfe macht, sie sei wohl nicht in der Lage, adäquat mit solchen Patienten umzugehen. Darin liegt wohl der Grund für die Anspannung der Arzthelferin bei ihrem Bericht. Im Weiteren lernt der Arzt und die Kursgruppe, die patienten-zentrierten affektiven Mitteilungen der MitarbeiterInnen in einer Arztpraxis als wertvolle Informationen über den Patienten zu schätzen, da der Patient u. U. gegenüber dem Arzt eine andere Ausprägung des Modus zeigt als bei dem „nachgeordneten Personal“.

Dieses Beispiel macht deutlich, dass es nicht primär darum geht, im Schnellverfahren „kleine Psych-Fachärzte“ zu generieren, die in der Lage wären, richtige ICD-10 Diagnosen zu stellen oder einen kompletten psychopathologischen Befund etc. zu erheben. Vielmehr soll der in Psychosomatischer Grundversorgung weitergebildete Arzt in der Lage sein, über die Wahrnehmung des jeweiligen, die Arzt-Patient-Beziehung bestimmenden Modus etwaige Beziehungsschwierigkeiten und bis dahin unverstandene Bedürfnisse des Patienten für sich aufklären zu können, um jenseits des primär vorliegenden (somatischen) Krankheitsbildes daraus weiterführende Interventionen zu erarbeiten und so sich und den Patienten frustrierende Wiederholungen und Eskalationen zu ersparen.

Neben dem im Beispiel angesprochenen narzisstischen Modus wird der ängstliche, der depressive, der zwanghafte und der histrionische Modus jeweils in einer aktiven und in einer passiven Ausprägung erarbeitet (vgl. Definition der repetitiv-dysfunktionalen Konflikte - Achse III der Operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik OPD-2, 2006) und parallel in der verbalen Intervention aus der Haltung der Selbstbeobachtung heraus ein entsprechendes professionelles Verhalten trainiert. Darüber hinaus werden die Besonderheiten der (Posttraumatischen) Belastungsstörungen, der somatoformen Störung, der Essstörungen sowie der Umgang mit chronischer Krankheit, Schmerz und Tod vermittelt und in Rollenspielen eingeübt. Eine Unterrichtseinheit bezieht sich auch auf Grundwissen zu den unterschiedlichen Psychotherapieverfahren und Methoden, um die Kompetenzen eines vernetzten Arbeitens zu stärken.

7.2.3 Die fachgebundene Psychotherapie (3. Ebene)

Die „fachgebundene Psychotherapie“ wurde in der Musterweiterbildungsordnung für Ärzte (BÄK 2007) als neue Form der Psychotherapie-Qualifikation eingeführt. Im Gegensatz zur „alten“ Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“, die zu einer Niederlassung auch als ausschließlich psychotherapeutisch tätigem Arzt berechtigte, erlaubt die neue Bereichsbezeichnung „fachgebundene Psychotherapie“ (3. Ebene ärztlich-psychotherapeutischer Kompetenz) die Durchführung kürzerer psychotherapeutischer Behandlungen bei entsprechender Indikationsstellung vom Patienten des eigenen (somatischen) Fachgebietes.

Die Inhalte der Weiterbildung sind bei den meisten Landesärztekammern mittlerweile auch in Logbüchern nachzuweisen, die geforderte Qualifikation der Weiterbildungsbefugten schwankt jedoch regional stark, curriculare Weiterbildungsinhalte existieren für diese Zielgruppe bisher kaum, zumal ein erheblicher Teil der Weiterbildung in fachgebundener Psychotherapie auch durch ein Jahr in einem fachlich benachbarten Psych-Gebiet nachgewiesen werden kann (so z. B. in Kinder- und Jugendpsychiatrie für Kinderärzte).

An Kompetenzen wird erwartet, dass das ärztliche Gespräch mit den Patienten bezogen auf psychosomatische oder andere fachgebietsbezogene Manifestationen souverän geführt werden kann, dass psychisch bedingte Komplikationen im Behandlungsverlauf (z. B. eine beginnende Suchtstörung) angesprochen und im einfacheren Fall behoben werden können, dass psychotherapeutische Kurzinterventionen im Sinne von Notfall- und Krisenmanagement selbstständig durchgeführt werden können, und dass kürzere und fokale psychotherapeutische Behandlungen bei Patienten indiziert, beantragt und selbstständig durchgeführt werden können. Auch wird erwartet, dass die Führung eines fachspezifischen Teams unter psychohygienischen Gesichtspunkten wahrgenommen werden kann und dass eine Vernetzung mit weitergehenden ambulanten und stationären psychotherapeutischen Angeboten aktiv ausgefüllt werden kann.

Die fachbezogene Psychotherapie ergänzt die Psychosomatische Grundversorgung, um vor allem in der Allgemeinmedizin, aber auch in anderen Fachdisziplinen der Primärversorgung die Verbindung zwischen „somatischer“ und „psychischer Versorgung“ zu verbessern. Es wäre parallel mit einer deutlichen Förderung dieser 3. Ebene zu zeigen, dass sich die Krankheitslast bzgl. leichter psychischer, psychosomatischer und somatopsychischer Störungen deutlich verringern ließe und damit die 4. Ebene der Versorgung, die Richtlinienpsychotherapie entlastet werden könnte.

Wie in dieser Expertise empirisch belegt (Kap. 5), ist der Hausarzt bzw. der hausärztlich tätige Kinderarzt für die meisten Patienten der erste Ansprechpartner bei psychischen Störungen. Von diesen bleiben 66 % ausschließlich in hausärztlicher Betreuung (Harfst u. Marstedt 2009). Nach einer bundesweiten Studie erfahren ca. die Hälfte aller Patienten mit Schmerzen, mit Organkrankheiten, psychischen Problemen und psychosomatischen Organstörungen ohne psychotherapeutische Behandlung, selbst wenn sie sich bei einem Psychotherapeuten vorgestellt haben (Zepf et al. 2003). Hausärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie erbringen oft spezielle Behandlungsleistungen bei diesen Patientengruppen, rechnen sie jedoch nicht ab, weil die Ziffern der Richtlinienpsychotherapie dafür keinen Raum lassen. Dies wurde an einer Studie an Ärzten mit Zusatzqualifikation in Südbaden bestätigt (Fritzsche et al. 2010): die psychotherapeutische Expertise nutzt den Patienten, der zeitliche Umfang des ärztlich-psychotherapeutischen Engagements bleibt aber dem Idealismus anheimgestellt. Diese Zahlen belegen die Notwendigkeit eines Zwischengliedes (3. Ebene) zwischen der Psychosomatischen Grundversorgung (2. Ebene) und der fachärztlichen Psychotherapie (4. Ebene) bzw. der Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Engagierte Allgemeinärzte klagen darüber, wie sie mit ihrem schmalen Zeitbudget ihre manchmal verzweifelten Patienten durch den Mangel hindurch begleiten sollen. Nicht nur, dass sie im knappen Zeitmanagement Versorgungsaufgaben übernehmen müssen, die primär Aufgabe anderer fachärztlicher Gebiete sind. Sie sind auch mit der Psychosomatischen Grundversorgung belastet, weil ihnen die konsiliarische Unterstützung bei der Diagnostik und Behandlungsplanung ihrer Patienten durch die Psych-Fachgebiete

fehlt. Durch ein niederschwelligeres Angebot seitens einer fachbezogenen Psychotherapie können diejenigen Therapeuten, die Richtlinienpsychotherapie erbringen, entlastet werden und es können zusätzliche konsiliarische Beratungskompetenzen bereitstellen, die derzeit von Ärzten in der Primärversorgung so sehr vermisst werden (Einig und Veit 2004).

Die fachbezogene Psychotherapie ist auch im Hinblick auf die immer stärker in den Blick kommenden neuen Aufgaben in Netzwerken für die Versorgung chronisch Kranker zu fördern, wie sie sich in den Leitlinien zur Versorgung chronisch Kranker widerspiegeln. Dieser Aspekt unterstreicht die Notwendigkeit eines abgestuften Versorgungskonzepts psychosomatischer Grundversorgung, fachbezogener Psychotherapie und Richtlinienpsychotherapie.

Bisherige Konzepte der (alten) Zusatzweiterbildung Psychotherapie orientierten sich inhaltlich und formal stark an den Ausbildungsinhalten und -strukturen für das Spezialgebiet der Psychotherapie und Psychosomatik. Durch die Restrukturierung als „Psychotherapie - fachbezogen“ besteht nunmehr die Möglichkeit und auch Notwendigkeit einer Neukonzeption unter dem Aspekt der Versorgungsanforderungen, dem besonderen Setting der hausärztlichen Versorgung und dem Wunsch der Hausärzte und Kinderärzte nach einer passgenauen Weiterbildung.

Vor der Einführung des Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, und der zeitgleichen Integration psychotherapeutischer Weiterbildung in die psychiatrischen Facharztqualifikationen (als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie) war die berufsbegleitende Weiterbildung der einzige Zugang zur ärztlichen Psychotherapie. Die Richtlinien der Bundesärztekammer für die jetzt etablierte berufsbegleitende fachbezogene Psychotherapie tragen der heutigen Wirklichkeit Rechnung: sie sehen im Vergleich zur früheren Weiterbildung die Hälfte der Theoriestunden vor (120 Theoriestunden; davon sind 30 dem jeweiligen Fachgebiet zuzuordnen - statt vormals 240 Theoriestunden) und ließen die einjährige Psychiatrie-Zeit entfallen. Stattdessen werden auf den jeweiligen Fachkontext konzipierte Fallseminare (15 Doppelstunden) Erstinterviewpraxis (10 Dokumentationen) verlangt. Hinzu kommen Balintgruppen-Erfahrung im Umfang von 60 Std., Einzel- oder Gruppen-Selbsterfahrung im Umfang von 120 Std. und 3 Behandlungen unter Supervision.

Allerdings fehlen bislang für die fachbezogene Psychotherapie in der Allgemeinmedizin und in den anderen Gebieten allgemein verbindliche, evaluierte Konzepte, wie diese Weiterbildung inhaltlich und didaktisch aussehen sollte. Es erscheint nicht ausreichend, nur die Stundenzahl der bisherigen berufsbegleitenden Weiterbildung um die Hälfte der Theoriestunden zu kürzen ohne Berücksichtigung des besonderen Kontexts hausärztlicher und fachärztlicher, insbesondere gynäkologischer und kinderärztlicher Psychotherapie.

Im Unterschied zu den oft engen Rahmenbedingungen einer Fachpsychotherapie, vor allem in den klassischen psychodynamischen oder verhaltenstherapeutischen Settings bestimmen den hausärztlichen Kontext Verwicklungen und Einlassungen die Beziehungsgestaltung, bedingt durch Verordnungen, körperliche Untersuchungen, Hausbesuche, Mitbehandlung von Angehörigen, Attestierungen mit der Gewährung von Vergünstigungen, aber auch private Kontakte durch das Lebensumfeld und persönliche Mitteilungen Dritter. Im kinderärztlichen Kontext kommen Kenntnisse der Familie und der Geschwister, Psychodynamik in der Beziehung zu den Eltern und weiteren Pflegepersonen, Kenntnisse aus dem Kindergarten-, Jugendhilfe- und Schulumfeld hinzu. Im Unterschied zu Konsultationen der Fachpsychotherapeuten spielt aufgrund dieser ständigen Verwicklungsmöglichkeiten das intersubjektive (Beziehungs-)Geschehen eine herausragende Rolle.

Daher wäre zu prüfen, ob das Verständnis der Übertragungs- und Gegenübertragungs-Dynamik zu ergänzen wäre durch Konzepte, die auf das intersubjektive Geschehen und die Erlebnisaktivierung in der Beziehung von Therapeut/Hausarzt/Kinderarzt und Patient fokussieren. Die Intersubjektivitätsdebatte macht in der Parallele des „Mutter-Kind-Systems“ und des „Therapeut-Patient-Systems“ darauf aufmerksam, dass zwischen Patient und Therapeut Wahrnehmungen ausgetauscht werden, ohne dass diese bewusst wahrgenommen werden oder gar ein sprachlich formuliertes Bewusstsein davon entsteht. Dieses „implizite Beziehungswissen“ zu explorieren, zielt darauf, jene Interventionen zu betonen, die veranschaulichen, was im Leben des Patienten und vor allem im Rahmen der Interaktion zwischen Patient und Therapeut wirklich passiert. Der Therapeut „fungiert als Container, der die nichtverbale und nichtwahrgenommene Kommunikation des Patienten aufnimmt und einer Transformation unterzieht“ (DeMasi 2003, S. 1) in gemeinsamen sogenannten „Enactments“ oder „now moments“ (Stern et al. 2002) und nicht nur durch symbolvermittelnde Interventionen. Durch Interpretation wird dieses implizite Beziehungswissen bewusst wahrnehmbar. Der (hausärztliche) Therapeut bleibt kein unabhängiger Beobachter. Er arbeitet in einem bipersonalen Feld, in dem das Geschehen und die Narration zwischen Therapeut und Patient in den Fokus geraten (Ferro 2003). So können Enactments aus „erlebter Anamnese“ und „erlebter subjektiver Co-Übertragung“ erkannt und in der Arzt-Patient-Beziehung therapeutisch genutzt werden.

Weil das Verstehen von Beziehung elementar ist, müssen für die fachgebundene Psychotherapie psychodynamische Kenntnisse vermittelt werden, aber auch Kenntnisse, die ein Symptom im Kontext des aktuellen Beziehungsgefüges verstehen lassen mit Konzepten der systemischen Therapie. Darüber hinaus müssen Kenntnisse zur Veränderung von Verhalten und körperbezogene Methoden erworben werden. Die Inhalte sollten i. S. einer durchgängigen Bildungsordnung auf denen der Psychosomatischen Grundversorgung modular aufbauen.

Notwendige Inhalte einer fachbezogenen Psychotherapie unter dem Gesichtspunkt der Versorgung in der Allgemeinmedizin/Kinderarztpraxis sind:

- Betreuung von Patienten mit mäßig schweren, nicht spezifischen, funktionellen und somatoformen Störungen, zeitlich begrenzten Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern
- akute Kriseninterventionen bei Patienten in Lebenskrisen und Vorbereitung auf Eingriffe, Schmerzverarbeitung und Begleitung bei Sterbenden
- chronisch somatisch, psychosomatisch und psychiatrisch Erkrankte mit damit verbundenen Anpassungsstörungen sowie Suchtproblematiken
- schwere Wechselwirkungen zwischen chronischer Krankheit und psychischer Komorbidität auch in differentialdiagnostischer Hinsicht
- Indikationsstellung im psychosozialen Versorgungssystem
- Aktivierung von Selbstwirksamkeits- und Selbsthilfepotenzialen, einschließlich Kontakt zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen.

Hier sei auch auf die tabellarische Aufgabenbeschreibung bei Linden et al. (2008) verwiesen, die darüber hinaus betonen, dass ein fachgebundener Psychotherapeut nur mit einem reduzierten Spektrum an Störungen vertraut sein müsse.

Methodisch arbeitet der Hausarzt, Kinder- und Facharzt auch als fachgebundener Psychotherapeut immer mit dem Team seiner Praxis, behandelt gleichzeitig den Körper und organisiert die soziale Versorgung - oft nicht nur des einzelnen Patienten, sondern auch der Familie oder des Paares. Er bedarf daher der Kenntnisse der Paar- und Familientherapie sowie der Gruppendynamik.

Die **Struktur der Versorgung** wird sich anders als in der bisherigen Richtlinienpsychotherapie darstellen. Die einzelnen Gespräche werden

- kürzer sein als 50 Minuten, z. B. 25 Minuten
- ihre Häufigkeit mit Ausnahme der Kriseninterventionen wird eher niedriger - z. B. zwei- bis vierwöchentlich - sein, z. B. bei unspezifischen Körperbeschwerden und chronischen somatischen bzw. psychischen Krankheiten
- der Gesamtumfang der benötigten Zeitstunden wird 25 Stunden nicht überschreiten, sondern überwiegend darunterliegen
- symptom- bzw. krankheitsbezogene Gruppentherapien können sinnvoll sein.

Die Weiterbildung müsste die knappen zeitlichen Ressourcen berücksichtigen, besonders angesichts der Tatsache, dass die jüngeren Hausärzte in ihrer Mehrzahl weiblich sind und dem persönlichen, speziell familiären Kontext ihres Lebens mehr Bedeutung beimessen. Hausärzte müssen ihre Zeit gut investieren, daher müssen die Weiterbildungsangebote passgenau auf das Erleben in den Praxen zugeschnitten und im Alltag hilfreich sein. Grundsätzlich sollten die Elemente der fachbezogenen Psychotherapie **modular** erworben werden können. Die Weiterbildung sollte aufbauen auf der psychosomatischen Grundversorgung. Die schon erworbenen Theoriebausteine und die Balintgruppen müssen anerkannt werden für die fachbezogene Psychotherapie.

- In der Weiterbildung müssen in jedem Fall Kenntnisse der psychodynamischen Verfahren vermittelt werden, um gut mit der Arzt-Patient-Beziehung arbeiten zu können und die therapeutischen Mittel der Klärung und des Durcharbeitens einsetzen zu können. Es müssen auch kognitive Strategien und Kenntnisse aus der systemischen Therapie und Arbeit mit Gruppen vermittelt werden.
- Die bisher geforderten 30 von 120 Theoriestunden für die fachbezogene Psychotherapie sollen von Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Kooperation mit den primär somatischen Fachärzten angeboten werden oder von primär somatischen Fachärzten mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, für Kinderärzte auch von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Dasselbe sollte für den mehr praktischen Teil gelten, der das Modul Fallseminare im Umfang von 15 Stunden und die Erstinterviews umfasst.
- Supervision und Selbsterfahrung sollte wie bisher in einem der beiden Verfahren absolviert werden - besonders unter Berücksichtigung der Reflexion der möglichen hausärztlichen Enactments und Verstrickungen.
- In die Verbundweiterbildungsstätten müssen niedergelassene Allgemeinmediziner mit Zusatzbezeichnung und nach Möglichkeit auch andere Fachärzte mit Zusatzbezeichnung mit einbezogen werden; eine Verbundweiterbildungsstätte, die das nicht vorweisen kann, kann fachbezogene Psychotherapie nicht umfassend vermitteln.
- Praxen von Allgemeinmedizinern mit Zusatzbezeichnung oder zweiter Psych-Gebietsanerkennung können eine eigenständige Weiterbildungsberechtigung für bestimmte Module wie Fallseminare, Erstanamnesen und Supervision erhalten, so dass die Zusatzqualifikation während der Facharztweiterbildung zum Allgemeinmediziner gefördert wird.

Das hier geschilderte Potenzial hängt ganz wesentlich an der Frage einer adäquaten **Honorierung von Gesprächsleistungen** für fachgebundene Psychotherapie. Sie ist derzeit schlecht - bedingt durch die Budgetierung der nicht-genehmigungspflichtigen Psychotherapie-Leistungen für Hausärzte (in Westfalen-Lippe: Fallpauschale 3,50 Euro). Dieser Hinweis einer schlechten Honorierung unter begrenzten Budget-Bedingungen gilt auch für die Psychosomatische Grundversorgung. Der Ausweg des gestützten Punktwertes in der ganz überwiegend (90 %-Regelung) Richtlinien-Psychotherapie anbietenden Praxis ist aus den o. g. Gründen für die fachgebundene Psychotherapie keine Option. Die Honorierung sollte sich an der Zeit orientieren und vergleichbar der Richtlinien-Psychotherapie außerhalb der Versorgungsbudgets über eine Pauschalierung honoriert werden, zumal die Praxen höhere Vorhaltekosten haben. Allgemeinmediziner mit der Zusatzbezeichnung sollten bis zu 25 Stunden abrechnen können, ohne dass sie ein Gutachten für den jeweiligen Patienten erstellen müssten.

7.2.4 Die fachärztliche Psychotherapie (4. Ebene)

Es ginge an der Zielsetzung der Expertise vorbei, würde an dieser Stelle der Versuch unternommen, einzelne psychotherapeutische Verfahren, Methoden und Techniken (zur Nomenklatur vgl. das Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie - Version 2.8; Stand vom 20.09.2010) miteinander vergleichend zur beurteilen. Der WBP ist paritätisch seitens der BÄK durch fachärztliche Psychotherapeuten aller drei Psych-Fachgebiete und seitens der BPtK durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besetzt. Neben den 12 stimmberechtigten Mitgliedern sind ihre persönlichen Vertreter zu jeder Sitzung mit eingeladen und nehmen gleichberechtigt am wissenschaftlichen Austausch und Diskussionsprozess teil. Obwohl der WBP ursprünglich aus der Notwendigkeit heraus entstanden ist zu definieren, welche Psychotherapieverfahren in Deutschland zur vertieften Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als wissenschaftlich anerkannt und damit für eine mit der Approbation abschließende Ausbildung als empfohlen gelten können, haben die Beschlüsse des WBP ebenso auch Bedeutung für die Diskussion der Weiterbildungsinhalte Ärztlicher Psychotherapeuten. Dabei gehen natürlich die für die Weiterbildung in Ärztlicher Psychotherapie zu regelnden Inhalten weit über die spezifischen Kompetenzen des WBP hinaus.

Bedeutsam wird zukünftig sicher eine Debatte darum sein, ob weiterhin **ein** festzulegendes Verfahren in der Ärztlichen Weiterbildung (das bezieht sich nach Auffassung einiger Landesärztekammern auch auf die Weiterbildungsstätten, nicht nur den Weiterbildungsbefugten) dominieren muss, d. h. die Ärzte in Weiterbildung durch die Wahl der Weiterbildungsstätte auf ein (erstes) Verfahren inkl. Ausrichtung der Selbsterfahrung festgelegt werden. Die Praxis ebenfalls weiterbildungsbefugter Niedergelassener (insbesondere in der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie) sieht bereits wesentlich heterogener aus.

Die Option, in **zwei** psychotherapeutischen Verfahren abschließend weitergebildet zu sein, sollte grundsätzlich für alle Psych-Fachgebiete offen stehen, ggf. mit unterschiedlichen Verlängerungen der Grundweiterbildungszeit im jeweiligen Fachgebiet von fünf Jahren. Damit geht die Expertise grundsätzlich davon aus, dass Psych-Fachärzte nach entsprechender Weiterbildung in der Lage sind, zwei Psychotherapieverfahren gleichzeitig zu beherrschen und je nach Indikationsstellung jeweils verfahrens-, ggf. störungs- und manual-spezifisch zu behandeln.

Dadurch, dass als „psychotherapeutisch tätig“ nur Ärzte, die Richtlinienpsychotherapie ausüben, in der KBV-Statistik gezählt werden, entsteht nach Meinung der Autoren eine Verzerrung des Bildes, nach dem die Ärztliche Psychotherapie in den somatischen Facharztpraxen unterschätzt wird (s. Kap. 4). Es entgeht dem innerärztlichen (Selbst-)Bewusstsein und auch der öffentlichen Wahrnehmung, wie viele somatische Interventionen mit der Psychotherapie verschränkt geleistet werden. Insbesondere auch im Bereich chronischer psychischer Erkrankungen werden oft über Jahre bis Jahrzehnte laufende psychotherapeutische Prozesse etwas geringschätzig als „case management“ betrachtet.

Linden und Westram (2008) haben in einer Studie in psychiatrischen Facharztpraxen eine Fülle von störungsspezifischen Kurzinterventionen außerhalb der Richtlinientherapie beschrieben, die in abnehmender Häufigkeit beispielsweise Aktivitätsaufbau, Reassurance und Unterstützung, Besprechung von Lebensproblemen, Problemlösefähigkeiten, Feedback über positive Entwicklung und Förderung von Zielorientierung umfassten. Sie monieren zu Recht, dass Forschungen zu den methodischen Varianten und zur Qualitätssicherung rar sind. Sie verweisen darauf dass verbale Interventionen zu geringeren Abbruchraten bei der Pharmakotherapie Depressiver führen und zu geringeren Rehospitalisierungsraten kürzerer Dauer bei schizophrenen Patienten.

In den KBV-Statistiken unterscheiden sich die psychotherapeutischen Leistungen der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie kaum von denen der Psychologischen Psychotherapeuten oder der „überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte“ anderer Provenienz, während die anderen Facharztgruppen demgegenüber im Durchschnitt der gezählten Psychotherapie-Anteile stark abfallen.

Erwartet wird entsprechend der jeweiligen Facharztbezeichnung von der 4. Ebene ärztlich-psychotherapeutischer Kompetenz

- eine selbstständige Fähigkeit, eigenständig auch in komplexen und herausfordernden Fällen Psychotherapie durchführen zu können, ggfs. in Kombination mit fachspezifischer Medikation und indizierten nichtärztlichen Interventionen.
- Weiterhin wird erwartet, mit neuen theoretischen Entwicklungen auch in den originär gelernten eigenen Verfahren umzugehen und diese in die eigene Praxis zu integrieren sowie sich entsprechend psychotherapeutisch weiterzubilden.
- Es wird die Fähigkeit erwartet, Teams und nichtärztliche Berufsgruppen im Umgang mit komplex gestörten Patienten anleiten zu können.
- Es wird erwartet, die somatischen und psychischen Ursachen von Störungen innerhalb des Fachgebietes zu erkennen, diagnostisch abzuklären und (mit-) behandeln zu können, einen ärztlichen Gesamtbehandlungsplan aufstellen und evaluieren zu können.
- Ferner wird eine umfassende Fähigkeit erwartet, eine gemeinsame Fallsicht in Kooperation mit anderen beteiligten Berufsgruppen zu entwickeln (ambulante und stationäre Pflege, Ergotherapie, Arbeitstherapie, Rehabilitation, Schule usw.).
- Ein Facharzt muss gutachterliche Stellungnahmen bis hin zu Interventionen auf juristischer Ebene verantworten können (freiheitsentziehende Maßnahmen; Betreuung; familienrechtliche Entscheidungshilfen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie).
- Nicht zuletzt wird eine umfassende Fähigkeit erwartet, psychotherapeutisch in Krisensituationen Akutversorgung zu leisten (z. B. bei Trauma; Suizidalität; Suchtrückfall u. a.m.).

7.2.4.1 Die ambulante fachärztliche Psychotherapie

Die Autoren der Expertise sehen keinen grundsätzlichen Unterschied darin, welcher Psych-Facharzt psychotherapeutisch tätig wird - mit der Ausnahme, dass Kinder von „Kinder-Experten“ behandelt werden sollten und dass Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in aller Regel keine Zulassung für die Behandlung von Erwachsenen jenseits des 21. Lebensjahres erhalten. Die entscheidende Frage ist somit, welcher der drei Psych-Fachärzte schwerpunktmäßig über welche Expertise für welche Patientengruppen verfügt.

Da grundsätzlich alle psychischen Störungen, die das Kapitel F der ICD-10 (Dilling et al. 2011) aufführt, einen je spezifischen psychotherapeutischen Zugang auf der Basis der vom WBP definierten psychotherapeutischen Verfahren und Methoden benötigen, ist zugleich evident, dass in einer fünfjährigen ärztlichen Weiterbildung in einem der drei Psych-Fachgebiete nicht „alle“ psychotherapeutischen Kompetenzen im gleichen Umfang für alle Störungsbilder erworben werden können.

Es muss jedoch von einem Psych-Facharzt erwartet werden, dass er eine komplette, von ihm zu verantwortende Differentialdiagnostik und Behandlungsempfehlung unter Nutzung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse und aktuellen Leitlinien, soweit verfügbar treffen, (in einem Arztbrief) fixieren und verantworten kann - oder seine eigenen Grenzen gegenüber dem Patienten offen legt und die Expertise des benachbarten Psych-Faches oder weiterer Fächer einzuholen empfiehlt. Darüber hinaus sollte es selbstverständlich sein, dass bei einer komplexen Komorbidität Vertreter der drei Psych-Fachgebiete über die gesamte Behandlung hinweg zur Kooperation i. S. des Patienten ebenso in der Lage sind wie zur Kooperation mit Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen etc.

Ein eklatantes Beispiel für eine anhaltende Unterversorgung fachärztlicher Psychotherapie (und vermutlich auch auf den Ebenen 2 und 3 der ärztlichen Psychotherapie) sind die mit dem zunehmenden Alter stark abfallenden Indikationen für ambulante und stationäre psychotherapeutische Behandlungen Älterer (>60 Jahre) (Imai et al. 2008) bei oft sehr guter Prognose, wenn die Symptomatik erst relativ neu im Alter aufgetreten ist. Nicht das Alter des Patienten ist für die Prognose entscheidend, sondern das Alter der Störung (Heuft et al. 2006).

Das Desiderat einer rasch verfügbaren kompetenten Differentialdiagnostik und differentiellen Therapieempfehlung sei am folgenden Beispiel verdeutlicht:

Beispiel: Ein 58-jähriger Beamter hatte ein Jahr vor dem Erstgespräch einen Mediainfarkt rechts in Folge von spontan auftretenden Vorhofflimmern erlitten - nach einem sehr guten Ergebnis seiner neurologischen Rehabilitation bestand zum aktuellen Zeitpunkt noch eine diskrete Spastik im Bereich des linken Beines, eine herabgesetzte Oberflächensensibilität in der gesamten linken Körperhälfte sowie ein Schwindel beim Gehen („Gangunsicherheit“). Die berufliche Eingliederung war zum Zeitpunkt der Erstvorstellung bei einer arbeitstäglichen halbschichtigen Arbeitsfähigkeit angelangt, wobei der Patient über eine stärkere Ermüdbarkeit nach dem halben Arbeitstag klagte, als er es vor dem Ereignis nach einem ganzen Arbeitstag gewohnt gewesen sei.

Vordergründig litt der Patient unter Ängsten vor einem Rezidiv sowohl des Vorhofflimmerns als auch eines erneuten Infarktereignisses. Drei Monate nach dem Ereignis hatte er zunächst acht Stunden einer Behandlung mit Hypnose wahrgenommen mit dem Ziel, diese

Rezidivängste zu reduzieren. Die Hypnosebehandlung habe keinerlei positiven Effekt erbracht. Daher sei er zu einem zweiten Therapeuten (Berufsgruppe und eingesetztes Behandlungsverfahren sind ihm nicht bekannt; einen Bericht gibt es nicht) gewechselt, dort habe er insgesamt 15 Behandlungsstunden wahrgenommen. Der Therapeut habe schon ziemlich zu Beginn zu ihm gesagt: „Was für einen Gang haben Sie denn - Sie gehen ja wie ein Bauer?!“ Der Behandler habe ihm mitgeteilt, dass er selber auch Vorhofflimmern habe und er habe wohl unter ähnlichen Ängsten gelitten. Da er in der Behandlung nicht weitergekommen sei, sei er schließlich nicht mehr hingegangen.

Aktuell sei er seit drei Monaten einmal/Woche bei einer Psychotherapeutin (Berufsgruppe unbekannt; ein schriftlicher Bericht ist nicht greifbar), die vermute, er sei durch das Infarktereignis traumatisiert. Sie plane mit ihm eine EMDR-Behandlung. Er komme jetzt in die Hochschulambulanz, um sich eine zweite Meinung einzuholen, ob diese Behandlungsstrategie für ihn geeignet sei?

Im Rahmen einer umfassenden Anamnese lässt sich mit dem offenen, kooperationsbereiten Patienten bereits innerhalb des Erstgespräches eindeutig herausarbeiten, dass er schon seit Erreichen des Erwachsenenalters unter einer Ängstlichkeit gelitten habe, die sich gelegentlich bis zur hypochondrischen Ängsten gesteigert habe. Außerdem habe er eine ausgeprägte Tendenz, die Dinge unter Kontrolle halten zu müssen. Da sich dieses Macht- und Kontrollmotiv über mehrere Lebensbereiche hin (auch in seiner Partnerschaft; am Arbeitsplatz und gegenüber seinem Körper) erkennen ließ, waren die Kriterien für einen sehr bedeutsamen Unterwerfungs- versus Kontrollkonflikt im überwiegend aktiven Modus gemäß Achse III der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik OPD-2 (2006) bei einem gleichzeitig gut bis mäßig integrierten Strukturniveau (Achse IV der OPD) erfüllt. Diese genannten Faktoren hätten in den bisherigen ambulanten Behandlungsversuchen keinerlei Rolle gespielt. Der Patient wurde umfassend über seine psychische bzw. somato-psychische Störung aufgeklärt, Anhaltspunkte für eine Traumatisierung ließen sich nicht erkennen

Dieses nach unserer Erfahrung eher „alltägliche“ Beispiel zeigt einige wesentliche Problembereiche auf, die durch die Weiterentwicklung des Spezifischen in der Ärztlichen Psychotherapie zumindest abgemildert werden könnten:

(1.) Es mangelt vor einer Indikationsstellung oft an jeder suffizienten Differentialdiagnostik, die ja keinen Selbstzweck hat, sondern dem Ziel dient, eine differentielle Therapieindikation zu fundieren. Bei diesem vorgestellten Patienten wurde eine vorbestehende diskrete hypochondrische Störung und ein manifester neurotischer Konflikt, für den das aktuelle somatische Krankheitsgeschehen eine „Auslösesituation“ im Hinblick auf die verstärkten Ängste darstellte („Es gerät mir etwas außer Kontrolle!“) übersehen.

(2.) Den Patienten wird nach Abschluss der Diagnostik viel zu häufig ein Brief mit den differentialdiagnostischen Überlegungen und den Therapieempfehlungen vorenthalten. Für jeden Ärztlichen Psychotherapeuten sollte es selbstverständlich sein, den Patienten nicht nur umfassend über das Vorliegen seiner Störung (und ggf. auch der Komorbiditäten) zu unterrichten, sondern sich auch schriftlich festzulegen, um darüber sowohl den Patienten zu informieren als auch ggf. das Arbeitsbündnis im Hinblick auf spezifische Therapieziele mit dem Patienten zu stärken. Vorgehensweisen, die im Sinne eines „informed consent“ bei einer psychopharmakologischen Behandlung mittlerweile selbstverständlich sind, sollten bei den psychotherapeutischen Behandlungen für alle Facharztgruppen selbstverständlich sein. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie richten sich die Berichte - selbstverständlich unter Wahrung des Vertrauensschutzes gegenüber

dem einzelnen Kind oder Jugendlichen im Detail - in der Regel an die sorgeberechtigten Eltern.

(3.) Der Patient erhält bisher kaum je einen Abschlussbericht aus der Behandlung, aus dem zumindest das eingesetzte Behandlungsverfahren, ggf. die Behandlungsmethoden, die Behandlungsfrequenz und die Gesamtbehandlungsdauer (Dosis) sowie das Behandlungsergebnis im Hinblick auf die ursprüngliche Zielsetzung hervorgeht. So haben nach einer eigenen Erhebung bei jährlich 1.500 Neuuntersuchungen in der Institutsambulanz der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster rund 50 % aller Patienten zum Zeitpunkt der Erstvorstellung mindestens eine bis mehrere ambulante oder/und stationäre Vorbehandlungen bzw. entsprechende Versuche in der Anamnese. Sie sind zumeist unverschuldet außer Stande, Auskünfte über das eingesetzte Therapieverfahren, die Diagnose, unter der sie behandelt worden sind, oder die Gesamttherapiedosis anzugeben. Bitten darum, diese Vorbefunde anfordern zu dürfen, laufen regelmäßig bei den Vorbehandlern ins Leere. Damit lassen sich weder die Effekte von Vorbehandlungen noch die weitere Behandlungsplanung im Hinblick auf die Aussichten, die evtl. ein Verfahrens- oder Methodenwechsel mit sich bringen könnte, fundiert beantworten.

In den letzten Jahren sind zunehmende Bemühungen vor allem durch in der Psychiatrie tätige Psychotherapieforscher erkennbar, störungsspezifische Therapiemanuale zu entwickeln (vgl. Herpertz et al. 2012). Solche störungsspezifischen Therapieansätze sind zweifellos hilfreich:

- (1.) in der Lehre, Anleitung und Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses,
- (2.) bei Patienten ohne relevante Komorbiditäten (sonst: Welches Manual ist das Richtige?) und
- (3.) zur selbstkritischen Unterstützung bei der Stringenz der eingesetzten Methoden und Techniken, bezogen auf das vorher sorgfältig diagnostizierte Störungsbild.

Störungsspezifische Therapieansätze dürfen jedoch nicht dazu führen, die Weiterbildung in mindestens einem der beiden Grundverfahren als nachrangig zu erachten. Andernfalls droht durch eine rein „Methoden- oder Techniken-bezogene Psychotherapie-Weiterbildung entlang einzelner Manuale, sodass der Weiterbildungsteilnehmer z. B. „10 verschiedene, ggf. störungsspezifische Methoden“ erlernt haben müsste. Er ist damit aber noch nicht in der Lage, Patienten mit einer oft komplexen psychischen Komorbidität auf dem Hintergrund eines Psychotherapieverfahrens umfassend diagnostizieren und behandeln zu können.

In jüngster Zeit wird immer wieder auf eine Fehlallokation finanzieller Ressourcen in der Richtlinienpsychotherapie hingewiesen, die im Vergleich zur analogen „nervenärztlichen“ psychotherapeutischen Behandlung ein deutlich geringeres Fallvolumen erfasst (Herpertz u. Roth-Sackenheim 2012). Aus unserer Sicht stellt die Richtlinienpsychotherapie einen elementaren und unverzichtbaren Bestandteil unseres psychotherapeutischen Versorgungssystems dar, das allerdings in seiner derzeitigen Konstruktion auch einige Schwächen aufweist (Freyberger 2006). Patienten mit schizophrenen, bipolaren und anderen chronischen psychischen Störungen sind als Patienten in den Praxen unterrepräsentiert und die begrenzten Stundenkontingente reichen für die oft notwendige Langzeitbehandlung dieser Gruppen nicht aus. Die Kombinationsmöglichkeiten zwischen einzel- und gruppenpsychotherapeutischen Verfahren sind sehr begrenzt und berücksichtigen zudem keine Intervallbehandlungsansätze, die sich in der Therapie chronischer psychischer Störungen durchaus bewährt haben. Schließlich sind im Bereich der chronischen psychisch

Störungen die Übergänge zwischen dem kinder- und jugendpsychiatrischen Zuständigkeitsbereich und dem Bereich der Behandlung Erwachsener unzureichend (Fegert et al. 2009).

Diese Expertise vertritt auf diesem Hintergrund und angesichts der eingangs dieses Kapitels skizzierten Dilemmata den Standpunkt, dass jeder fachärztliche Psychotherapeut innerhalb mindestens eines psychotherapeutischen Verfahrens (vgl. WBP) an möglichst vielen Störungsbildern durch supervidierte Behandlungen weitergebildet sein sollte. Erst eine solche Weiterbildung versetzt den Facharzt in die Lage, in einem evaluierten Set von störungsspezifischen Interventionen die am ehesten Geeigneten auszuwählen und einzusetzen. Ein Weiterbildungsteilnehmer, der umschrieben beispielsweise störungsspezifische Behandlungsmethoden der Depression (Welcher der depressiven Störungen?) erlernt, ohne gleichzeitig die gesamte Arzt-Patient-Beziehung, etwaige Komorbiditäten etc. mitreflektieren zu können, gleicht einem Chirurgen, der bei jeder Form von Abdominalbeschwerden auf jeden Fall eine Appendektomie exakt durchführen kann.

Für die zukünftige Diskussion der Weiterbildungsinhalte wird empfohlen zu prüfen, ob das Psych-Fachgebiet mit der umfassendsten psychotherapeutischen Weiterbildungszeit (Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) neben der Weiterbildung auf der Grundlage eines Psychotherapieverfahrens parallel zumindest die Weiterbildung in einem zweiten Grundverfahren beginnen könnte, um diese Weiterbildung in dem zweiten Psychotherapieverfahren nach einem zusätzlichen, sechsten Weiterbildungsjahr ebenfalls (auch im sozialrechtlichen Sinne) abschließen zu können. Diese Option sollte bei vergleichbaren Inhalten durch eine eventuell längere Weiterbildungsdauer auch dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie offen stehen.

Insbesondere Ärztliche Psychotherapeuten sollten sich darüber im Klaren sein, dass sie in dem Fall, in dem sie Psychotherapieverfahren oder Methoden einsetzen, die sie unter sozialrechtlichen Gesichtspunkten bei der Antragstellung zur Psychotherapie nicht genehmigt bekämen oder/und die vom WBP bisher aufgrund mangelnder Studienlage nicht als wissenschaftlich anerkannt beschrieben wurden, letztlich einen „individuellen Heilversuch“ am Patienten durchführen. Ein solcher Heilversuch bedarf der vorherigen Aufklärung des Patienten und seiner expliziten Zustimmung. Idealerweise werden solche Heilversuche am ehesten im Zusammenhang von Studien nach Zustimmung durch die jeweils zuständige Ethikkommission erprobt.

Vor diesem Hintergrund muss die „Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz“ außerordentlich kritisch gesehen werden, da die angesprochen Qualitätskriterien in keiner Weise garantiert sind.

7.2.4.2 Die stationäre fachärztliche Psychotherapie

Die stationäre fachärztliche Psychotherapie ist hinsichtlich ihrer Wirksamkeit mit z. T. sehr hohen Effektstärken breit evaluiert. Sie weist gegenüber der ambulanten Psychotherapie einige Besonderheiten auf.

So arbeitet sie prinzipiell interdisziplinär mit anderen Professionen (Spezialtherapeuten) und Pflegeberufen zusammen (vgl. Kap. 4.9). Hierzu gehört ganz wesentlich auch die therapeutische Fallführung, die Koordination der Tätigkeit der anderen Berufsgruppen und Orientierung auf eine gemeinsame Fallsicht und die Behandlungsziele. Die ursprünglich

an psychotherapeutischen Leistungen vorgesehenen Gesprächseinheiten sind für die Psychiatrie und Psychotherapie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in den ärztlichen Tätigkeitsmerkmalen der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) festgelegt (Kunze et al. 2010). Für die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wurde sie außerhalb der PsychPV bspw. für die Psychosomatisch-Psychotherapeutische Komplexbehandlung im Prozedurenkatalog OPS (Ziffer 9-63) operationalisiert.

Zukünftige Entwicklungen werden den Charakter stationärer fachärztlicher Psychotherapie möglicherweise durchgreifend verändern. Mit der Formulierung des § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) 2007 wurde die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen endgültig auf den Weg gebracht. Die Psych-Fachgesellschaften benötigen bei der weiteren Einführung des Psych-Entgeltsystems eine umfassende Unterstützung seitens der BÄK (siehe 7.1.2.). Dies wird erforderlich sein sowohl in der fortgesetzten politischen Diskussion z. B. im Hinblick auf die im Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG) vorgesehenen Modellprojekte, die Weiterentwicklung bzw. Neuformulierung der Rahmenvereinbarungen von psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen im Verbund mit der fachärztlichen Versorgung, die Entwicklung von Qualitätsindikatoren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sowie im Hinblick auf die jährlich zu leistenden Weiterentwicklung des Prozedurenkatalogs (Psy-)OPS, um sicherzustellen, dass die Belange Ärztlicher Psychotherapie sowohl bei den (zunehmend privatisierten) Krankenhausträgern, als auch bei den Spitzenverbänden der Selbstverwaltung (Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen und private Krankenversicherungen) berücksichtigt werden. Insbesondere die neu zu lösenden Fragen sektorenübergreifender Versorgung, therapeutischer Kontinuität u. a. m. sind für die Zukunft der ärztlichen Psychotherapie hoch bedeutsam.

Der Outcome fachärztlich geleiteter stationärer psychotherapeutischer Krankenhausbehandlungen hängt neben einer ausreichenden Behandlungszeit entscheidend auch von der direkt beim Patienten ankommenden Psychotherapiebehandlungsdosis - neben der fachärztlich geleiteten Milieugestaltung und der Leistung und gemeinsamen Fallsicht des Gesamtbehandlungsteams - ab. Es besteht zumindest die Gefahr, dass mit der Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems die adäquate Vergütung einer stationären Hochdosis-Psychotherapie zugunsten eines Gewinn-maximierenden Qualitätsdumpings in Frage stehen könnte, sofern die Personalausstattung nicht kontrolliert und finanziert wird. So berichteten Linden et al. (2007), dass nur 37 % der im Rahmen einer Psychopharmakastudie untersuchten depressiven Patienten im stationären Rahmen eine Form verbaler Therapie erhielten, verglichen mit 19 % in der ambulanten Facharztpraxis, und nur 2,3 % eine spezifische Psychotherapie.

Für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen scheinen diejenigen zahlenmäßig wenigen Krankenhäuser und Abteilungen, die sich vorrangig der Psychotherapie verschrieben haben, im Rahmen des neuen Entgeltsystems besonders gefährdet, da sie nur wenige Merkmale aufweisen können, die diese Besonderheit adäquat abbilden. Ein „Abdriften“ der Versorgung komplex gestörter Patienten in die Rehabilitation sollte jedoch unbedingt verhindert werden.

Dass Psychotherapie (inkl. Familientherapie) in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die zentrale Behandlungsmodalität darstellt, wurde unter den Bedingungen der Psychiatrie-Personalverordnung durch Remschmidt und Mattejat (2003) dargelegt und bereits dargestellt (siehe Kap. 3.2).

Es müsste weiterhin das fortgesetzte Interesse der Ärzteschaft sein, die Ärztliche Psychotherapie im stationären Sektor zu erhalten und weiterzuentwickeln. Eine Analyse Ärztlicher Tätigkeiten im Realraum stationärer Psychiatrie im Vergleich mit den Minutenwerten der Psych-PV ergab bereits eine desillusionierende Wegbewegung von Gesprächen hin zur Psychopharmakotherapie durch die hohen Fallzahlen und gestiegene administrative Tätigkeiten (Hoffmann u. Rieger 2010). Eine Möglichkeit könnte der von der DGPM vertretende Ansatz sein, im Prozedurenkatalog OPS ärztlich-psychotherapeutische Leistungen gesondert zu erfassen (wie z. B. bei der Komplexziffer 9-63).

7.2.4.3 Die konsiliar-fachärztliche Psychotherapie im DRG-System

Je mehr die Hochleistungsmedizin kann, umso eher hängt der Behandlungserfolg am „Faktor Mensch“, der auf vielfältige Weise z. T. extrem in seinen Kompetenzen der Krankheitsverarbeitung gefordert ist. Wie die von uns durchgeführte Umfrage unter Klinikärzten zeigt (Kap. 6.2), wissen die Klinikärzten somatischer Fachabteilungen und oft auch den Verwaltungen der Krankenhäuser zumindest nicht aktiv, dass die Kosten für fachärztliche Psych-Konsiliarleistungen im DRG-System „eingepreist“ sind. Dies gilt insbesondere für somatische Prozeduren, in denen die „psychosoziale Evaluation oder Mitbehandlung“ per Gesetz oder aufgrund von Verordnungen und Leitlinien (etwa auch durch die Berufsgenossenschaften) zwingend vorgegeben wird. Zu denken ist z. B. an das Transplantationsgesetz (TPG) bzgl. der Evaluation von Lebend-Nierenspendern, Compliance-Fragen bei Lebertransplantat-Empfängern (z. B. mit Suchtanamnese), schwer Unfallverletzten (Psychotraumatologie) oder Tumorpatienten (Psychoonkologie).

Empfohlen wird aus Sicht der Expertise, auf der Ebene des jeweiligen Krankenhauses ein transparentes Vergütungssystem zu etablieren, dass die Psych-Konsiliarleistungen etwa nach einem ein- bis vielfachen eines 10 Min.-Taktes zzgl. Wege- und Dokumentationsaufwand kostendeckend kalkuliert.

Dankenswerter Weise haben Institutionen wie die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) und vergleichbare Gruppierungen in den letzten Jahren durch beharrlich vorgetragene Forderungen viel für die psychosoziale Mitbehandlung von „Krebspatienten“ und ihren Angehörigen erreicht. So ist es zu begrüßen, dass die Zertifizierung von Tumor-Organzentren zwingend die regelmäßig erreichbare und aktiv angebotene psychoonkologische Mitbehandlung der Betroffenen vorschreibt. Nicht hinnehmbar ist aus Sicht der Ärztliche Psychotherapie jedoch, dass dieses Institutionen sich nach wie vor schwer tun, die besondere Qualifikation der Psych-Fachärzte zu erkennen. So hat der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Kenntnisse und Fertigkeiten in der Psychoonkologie als festem Bestandteil der Weiterbildung zu erwerben. Darüber hinaus stellt nur die psych-fachärztlich geleitete Psychoonkologische Versorgung sicher, dass die in einem hohen Prozentsatz nachweisbaren psychischen Komorbiditäten auch wirklich erkannt und adäquat (ggf. auch mit indizierten Psychopharmaka) mitbehandelt werden können. Für solchermaßen weitergebildete Fachärzte ist es regelmäßig eine fachliche Zumutung, zusätzlich umfangreiche psychoonkologische Curricula besuchen zu müssen. Deren Qualität steht hier nicht in Frage und sie sind für Psychologische Psychotherapeuten zweifellos unverzichtbar.

7.2.4.4 Ärztliche Psychotherapie in der Rehabilitation

Neben der psychosomatischen Krankenhausbehandlung hat sich das Konzept der psychosomatischen Rehabilitation ebenfalls weiterentwickelt und bewährt (vgl. Schmitt-Ott et 2008; Paar 2009). Lamprecht (2008) ist sogar der Auffassung, dass „die stationäre psychosomatische Behandlung, zumindest was die Breitenwirkung angeht, überwiegend in diesen Rehabilitationskliniken stattfindet.“ (S. 1). Medizinische Rehabilitation setzt nach § 2 SGB IX, voraus, dass „die seelische Gesundheit für länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht“, und muss im Vorhinein beantragt und bewilligt werden. Für Depressionen trifft dies nach Linden (2006) auf 30-50 % der betroffenen Patienten zu.

In der psychosomatischen Rehabilitation unterscheiden sich Diagnostik wie auch Rehabilitationsbehandlung zwar hinsichtlich der Ziele und oft hinsichtlich der Behandlungsdosis, 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, ggf. 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 bzw. Ersatz für gestörte Fähigkeiten und eine Krankheitsverarbeitung (vgl. Paar 2009; Linden 2009). Linden (2009) weist zusätzlich auf die prophylaktische Funktion der Rehabilitation hin, wobei durch psychotherapeutische Maßnahmen das Eintreten einer Teilhabestörung abzuwenden ist. Wie die Krankenhausbehandlung so zeigt auch die psychosomatische Rehabilitation für ihre Zielsetzungen positive Behandlungsergebnisse (z. B. Petermann und Koch 2009; Lange und Petermann 2010). Palliative Aspekte z. B. der Schmerzverarbeitung können hinzutreten (Linden 2009). Die psychosomatische/psychotherapeutische Rehabilitation ist also eine wesentliche Ergänzung zur Option einer Krankenhausbehandlung und kein Ersatz. Beide können ineinandergreifen, ob sie nun ambulant, teilstationär oder stationär durchgeführt werden (Senf 2007).

Bezogen auf die ambulante Rehabilitation weist Linden (2008; 2009) darauf hin, dass Medizinische Rehabilitation eine Richtlinienpsychotherapie seit 2007 nicht mehr umfasst, wenngleich Richtlinienpsychotherapie alle Therapieansatzpunkte und -formen der Rehabilitationsbehandlung umfasse und in ihrem Wesen und inhaltlich mehrheitlich als solche einzuschätzen sei.

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist zu erwähnen, dass jährlich nach den Statistiken nur der DRV-Bund (mit allerdings abnehmender Tendenz) etwa halb so viele Kinder und Jugendliche mit F-Diagnosen in stationärer Rehabilitation behandelt werden wie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. (z. B. 2006: 36.443 Kinderheilbehandlungen durch die DRV Bund, davon >50 % mit F-Diagnosen, gegenüber 39.093 Fälle in KJPP-Abteilungen laut Stat. Bundesamt).

Kinder müssen für rehabilitative psychotherapeutische Behandlungen gewisse Voraussetzungen, z. B. hinsichtlich eines nur mäßigen Störungsschweregrades und Beeinträchti-

gungsgrades nach ICF und der Gruppenfähigkeit im Sinne einer „Rehabilitationsfähigkeit“ erfüllen.

In dem Rahmenkonzept der Bundearbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR 2008) wurde das Facharztprimat (bei F-Diagnosen als Erstdiagnose bei Kindern und Jugendlichen sollte ein Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut die Chefarztfunktion innehaben) etabliert. Fachärzte in den Einrichtungen erfüllen derzeit eher diagnostische und supervisorische Funktionen denn eigenständig psychotherapeutische. Für Nachhaltigkeit und ortsnahe psychotherapeutische Weiterbehandlung sollte seitens der Reha-Klinik und ihrer Ärztlichen Leitungen Sorge getragen werden.

8. To Do - Empfehlungen für die Bundesärztekammer

Die nachfolgenden Schlussfolgerungen und Handlungsoptionen bündeln die aus den vorausgehenden Kapiteln abgeleiteten Empfehlungen für die Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung der spezifischen Rolle Ärztlicher Psychotherapie, die kurz-, mittel- und langfristig von besonderer Bedeutung sind. - Sie sind im Kern kompatibel mit der Entschließung des 115. Deutschen Ärztetages zur „Förderung der Ärztlichen Psychotherapie auf Landesebene“, gehen naturgemäß jedoch über eine solche Entschließung mit weitergehen bzw. spezifischeren Vorschlägen hinaus.

Diese Empfehlungen gliedern sich entsprechend dem Aufbau der Expertise entlang des 4-Ebenen-Modells ärztlich-psychotherapeutischer Kompetenzen (vgl. Kap. 7). Auf die empirischen bzw. inhaltlichen Belege in den Kapiteln 2-7 wird jeweils nachfolgend verwiesen, ohne dass sie wiederholt werden.

8.1 Empfehlungen für die ärztliche Ausbildung (1. Ebene der ärztlich-psychotherapeutischen Kompetenzen)

Die Expertise legt Befunde vor (Kap. 7.2.1), nach denen die Kompetenz im Umgang mit psychosozialen Behandlungsaufträgen seitens der Patienten bei den zukünftigen Ärzten im Medizinstudium grundgelegt wird. Es ist für die eigene Motivation und psychische Gesundheit der zukünftigen Ärztegeneration von zentraler Bedeutung, bereits während des Medizinstudiums psychosoziale Beziehungs- und Gesprächskompetenzen erwerben zu können. Andernfalls droht eine zunehmende Unsicherheit der nachfolgenden Ärztegeneration in der Gestaltung der Arzt- Patient-Beziehung und damit eine Entfremdung von spezifisch Ärztlichem. Dies hätte wiederum schwerwiegende Konsequenzen insbesondere für die hausärztlich-allgemeinmedizinische und kinderärztliche Versorgung der Bevölkerung, deren Effektivität durch eine positive Arzt-Patienten-Beziehung wesentlich gesteigert wird (z. B. hinsichtlich der Compliance für medizinische Maßnahmen und Medikation, verbesserte Lebensführung und frühes Aufsuchen von Beratung und medizinischer Hilfe).

*Empfohlen wird, dass die Ärzteschaft zusammen mit den Mediz. Fakultäten ihre Anstrengungen kurzfristig verstärkt, **durch hochwertige Lehrangebote der drei Psych-Fächer die Medizinstudierenden darin zu unterstützen, ihre Fähigkeit zur Selbstreflexion und Reflexion der Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung weiter zu entwickeln** und mit den Lehrinhalten der somatischen Fächer zu verknüpfen (1. Ebene der psychotherapeutischen Kompetenzen in der Medizin). Dazu gehört auch, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Approbationsordnung zum Pflicht- und Prüfungsfach wird. Wie in Europäischen Nachbarländern könnte z. B. für alle Studierenden der Medizin ein 3-monatiges Pflichtpraktikum in einem der drei Psych-Fächer eingeführt werden. Darüber hinaus sollten übergreifende Curricula mit den „Nachbarfächern“ Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie u. a. relevanten Fächern entwickelt werden. Nur eine solche Akzentsetzung in der Ausbildung legt den Grundstein für ein breites Interesse der heranwachsenden Ärztegeneration für eine Weiterqualifikation in der 2.-4. Ebene ärztlich-psychotherapeutischer Kompetenzen und für eine Sicherheit im Weiterverweisen an diese Ebenen im Sinne der hausärztlichen „Lotsenfunktion“. Dieser Kompetenzerwerb trägt versorgungspolitisch letztendlich dazu bei, die Ressourcen in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung sachgerecht allozieren zu können. Dieser Kompetenzerwerb dient nicht zuletzt auch dazu, die Forderungen des 115. Deutschen Ärztetages umzusetzen: die Grundlage einer suffizienten Gesundheitsvorsorge hinsichtlich der psychischen Belastungen der (zukünftigen) Ärzte zu schaffen.*

8.2 Empfehlungen für die Psychosomatische Grundversorgung in allen ärztlichen Fachgebieten mit Krankenversorgung (2. Ebene der ärztlich-psychotherapeutischen Kompetenzen) und deren Erweiterung

Die Expertise weist empirisch nach (Kap. 5), dass ein repräsentativer Bevölkerungs-Querschnitt der Ärzteschaft insgesamt eine sehr hohe Kompetenz für die Diagnostik und Therapie psychischer und psychosomatischer Krisen und Störungen zumisst.

Zugleich scheint es jedoch aus der innerärztlichen Perspektive „unsicher“ zu sein (Untersuchungsergebnisse in Kap. 6), welchen Stellenwert die Ärzte selber der Ärztlichen Psychotherapie zumessen.

Empfohlen wird in Übereinstimmung mit den Entschlüssen des Deutschen Ärztetages 2012 zur Ärztlichen Psychotherapie, dass die Ärzteschaft über alle Fachdisziplinen hinweg zur Selbstdefinition „einer modernen Medizin“ (zurück-)findet, die zu dem Patienten in seiner untrennbaren leibseelischen (somato-psycho-somatischen) Einheit in eine Behandlungsbeziehung tritt.

Die Expertise legt Befunde vor (Kap. 6; 7.1), nach denen die Ärzte im Gegensatz zu der Wertschätzung, der ihr seitens der Bevölkerung auch hinsichtlich ihrer psychotherapeutischen Kompetenzen entgegengebracht wird, zu einem Selbstbild tendiert, einen somatischen Reparaturbetrieb unter rein ökonomischen Gesichtspunkten und Zwängen zu führen.

*Empfohlen wird, dass sich alle Ärzte der somatischen, psychischen und sozialen Dimension ihrer Patienten bewusst bleiben und sich das aus dieser therapeutischen Grundhaltung resultierende Menschenbild - auch im Hinblick auf ihre eigene Arbeitsmotivation und berufliche Erfahrung - nicht vollständig „abkaufen“ zu lassen. **Mit einer fortschreitenden „Ausgliederung des Psychischen aus der Medizin“ verliert die Arzt-Patient-Beziehung eines ihrer beiden Standbeine.** In der Folge steigen die medizinischen Gesamtkosten durch fehlallozierte somatische Behandlungen, oder es suchen die Patienten diese vermisse Beziehungsqualität auf anderen Feldern.*

Die Expertise weist empirisch nach (Kap. 5), dass der Hausarzt (bzw. für Kinder und Jugendliche der Kinderarzt) aus Sicht eines repräsentativen Querschnitts der Bevölkerung mit weitem Vorsprung als der erste bzw. zentrale Ansprechpartner für psychische und psychosomatische Störungen gesehen wird.

*Empfohlen wird daher, dass **das Curriculum Psychosomatische Grundversorgung** i. S. einer zweiten Ebene der Psychotherapiekompetenzen in der Medizin zukünftig ein zentrales Fort- bzw. Weiterbildungsanliegen der BÄK und aller Länderärztekammern auf der Basis eines gemeinsam konsentierten Curriculums wird, das dem praktischen Training psychosozialer Kompetenzen neben der Wissensvermittlung einen sehr hohen Stellenwert einräumt.*

Für die curriculare Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung, die in die Musterweiterbildungsordnung der BÄK integriert werden sollte, macht die Expertise insbesondere in Kap. 7.2.2ff sowie im Anhang konkrete Vorschläge, die eine Expertenkommission im Auftrag der Bundesärztekammer mit einheitliche Qualitätskriterien möglichst zeitnah umsetzen sollte.

Ein grundlegendes Problem auf dieser Stufe ärztlich-psychotherapeutischer Versorgung besteht in dem Fehlen eines zur Psychosomatischen Grundversorgung analogen Moduls zur psychiatrischen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung, in dem es nicht nur um die psychotherapeutische Basisbehandlung u. a. organischer psychischer Störungen, schizophrener und bipolarer Störungen sowie schwerer affektiver Störungen und von Suchtstörungen geht, sondern auch um die adaptive Kombinationsbehandlung mit psychopharmakologischen Substanzen (Freyberger u. Grabe 2008) sowie die langfristige ärztliche Mitbehandlung chronisch psychisch Erkrankter. Alternativen wie ein paralleles Curriculum „Psychiatrie für den Hausarzt“ oder „Psychiatrische Grundversorgung“ wie bereits in Nordrhein sind zu empfehlen.

8.3 Empfehlungen für die fachgebundene Psychotherapie in allen ärztlichen Fachgebieten mit Krankenversorgung (3. Ebene der ärztlich-psychotherapeutischen Kompetenzen)

Die Expertise arbeitet die Bedeutung der (neuen!) fachgebundenen Psychotherapie als 3. Ebene der Ärztlichen Psychotherapie heraus (Kap. 7.2.3) und macht zugleich Vorschläge, wie diese Ebene seitens der Ärzteschaft möglichst kurzfristig inhaltlich und strukturell weiterzuentwickeln ist, um so eine Basis für entsprechende Entgeltregelungen zu bieten.

*Empfohlen wird, die Inhalte einer **fachgebundene Psychotherapie** auszurichten an:*

- *Betreuung von Patienten mit mäßig schweren nicht spezifischen, funktionellen und somatoformen Störungen*
- *Akute Kriseninterventionen bei Patienten in Lebenskrisen und Vorbereitung auf Eingriffe, Schmerzverarbeitung und Begleitung bei Sterbenden .*
- *chronisch Kranke mit Anpassungsstörungen i.S. der Krankheitsverarbeitung*
- *schwere Wechselwirkungen zwischen chronischer Krankheit und psychischer Komorbidität auch in differentialdiagnostischer Hinsicht, z. B. Suchtproblematiken*
- *Indikationsstellung im psychosozialen Versorgungssystem*
- *Gestaltung von Prozessen in den somatischen Arbeitsfeldern unter Beziehungsaspekten*
- *Aktivierung von Selbstwirksamkeits- und Selbsthilfepotenzialen, einschließlich Kontakt.*

***Methodisch** arbeitet der Haus- oder Facharzt auch als fachgebundener Psychotherapeut immer mit dem Team seiner Praxis, behandelt gleichzeitig den Körper und organisiert die soziale Versorgung - oft nicht nur des einzelnen Patienten, sondern auch der Familie oder des Paares. Er bedarf daher der Kenntnisse der Paar- und Familientherapie sowie der Gruppendynamik.*

*Die **Struktur der Versorgung** wird sich von der Richtlinienpsychotherapie unterscheiden müssen. Die einzelnen Gespräche werden oft kürzer sein als 50 Minuten (z. B. 25 Minuten). Die Häufigkeit mit Ausnahme der Kriseninterventionen wird eher niederfrequenter sein (z. B. zwei- bis vierwöchentlich bei unspezifischen Körperbeschwerden und chronischen Krankheiten sowie Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern). Der Gesamtumfang der benötigten Zeitstunden wird i. d. R. 25 Stunden nicht überschreiten - tendenziell eher kürzer sein. Die (Weiter-)Entwicklung und der Einsatz symptom- bzw. krankheitsbezogener Gruppentherapien sind sinnvoll. Hierzu zählen auch Konzepte zur fachlichen Anleitung von Selbsthilfegruppen.*

*Die Weiterbildung müsste die knappen zeitlichen Ressourcen besonders der jüngeren Haus-, Kinder- und Fachärzte, die in ihrer Mehrzahl weiblich sind und dem persönlichen, speziell familiären Kontext ihres Lebens mehr Bedeutung beimessen, berücksichtigen. Daher müssen die Weiterbildungsangebote passgenau auf das Erleben in den Praxen zugeschnitten und im Alltag hilfreich sein. Grundsätzlich sollten die Elemente der fachgebundenen Psychotherapie **modular** erworben werden können. Die Weiterbildung sollte **aufbauen auf der Psychosomatischen Grundversorgung bzw. deren Weiterentwicklung** (s. o.), d. h. die schon erworbenen Theoriebausteine und die Balintgruppen müssen für die fachgebundene Psychotherapie anerkannt werden. Im Kap. 7.2.3 werden detaillierte Vorschläge zur Ausgestaltung des Curriculums vorgestellt.*

*Das hier geschilderte Potenzial hängt ganz wesentlich an der Frage einer **adäquaten Honorierung von Gesprächsleistungen für fachgebundene Psychotherapie**. Sie ist derzeit schlecht - bedingt durch die Budgetierung der nicht-genehmigungspflichtigen Psychotherapie-Leistungen für Hausärzte (z. B. in Westfalen-Lippe: Fallpauschale 3,50 Euro) sowie die schlechte Honorierung der psychosomatischen Grundversorgung unter begrenzten Budget-Bedingungen. Der Ausweg des gestützten Punktwertes in der ganz überwiegend (90 %-Regelung) Richtlinien-Psychotherapie anbietenden Praxis ist derzeit aus den o. g. Gründen für die fachgebundene Psychotherapie keine Option. Die Honorierung sollte sich an der Zeit orientieren. Allgemeinmediziner mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie sollten nach erbrachter Erfahrung bis zu 25 Stunden abrechnen können, ohne dass sie ein Gutachten für den jeweiligen Patienten erstellen müssen. Damit wären Grundlagen dafür geschaffen, dass diese ärztliche Tätigkeit nach der Zeit außerhalb der budgetierten Versorgung bezahlt werden kann.*

8.4 Empfehlungen für die fachärztliche Psychotherapie (4. Ebene der ärztlich-psychotherapeutischen Kompetenzen)

Die Expertise weist darauf hin, dass in Ergänzung zur fachgebundenen Psychotherapie (3. Ebene der Psychotherapie-Kompetenzen in der Medizin) und in Ergänzung zur Richtlinien-Psychotherapie auf der Basis der vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anerkannten Psychotherapie-Verfahren und Methoden (4. Ebene der Psychotherapie-Kompetenz in der Medizin) fachärztliche Sprechstunden insbesondere zu einer umfassenden Differentialdiagnostik und ggf. auch adaptiven Kurzpsychotherapie kurzfristig erreichbar sein müssen. Ansonsten wird Chronifizierungsprozessen psychischer und psychosomatischer Störungen Vorschub geleistet und werden Ressourcen in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung krass fehlalloziert.

Die Empfehlungen in Kap. 8.2 (Psychosomatische Grundversorgung) und 8.3 (fachgebundene Psychotherapie) haben vor allem auch das Ziel, die fachärztliche Psychotherapie zu ergänzen und damit zu entlasten.

*Empfohlen wird, dass die **ambulanten fachärztlich erbrachten diagnostischen Leistungen und Kurzpsychotherapien** z. B. in Sprechstunden oder Notfallbehandlungen/Kriseninterventionen finanziell adäquat vergütet werden - etwa vergleichbar der Vergütung der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie. Sonst besteht die Gefahr eines Fehlanreizes, sofort eine Richtlinien-Psychotherapie anstreben zu „müssen“, um eine akzeptable Vergütung zeitgebundener Leistungen zu erzielen. Auf diese Weise könnten hausärztliche, kinder- und fachärztliche Netzwerke zwischen ärztlichen Spezialisten für Psychotherapie und dem Hausarzt sowie den weiteren Fachärzten rasch gestärkt werden.*

Ein solcher **diagnostisch-therapeutischer Prozess** hat die folgenden 4 Charakteristika aufzuweisen:

- Er muss in jedem Falle mit einem aussagekräftigen Arztbrief abgeschlossen werden, von dem - wo immer vertretbar - auch die Patienten bzw. deren Sorgeberechtigten eine Kopie erhalten sollten, damit diese als Experte in eigener Sache über die psychische bzw. psychosomatische Störung voll aufgeklärt werden (äquivalent in den anderen ärztlichen Fachgebieten) und ihnen im Spiegel der bisher erfolgten differentiellen Therapeutenanstrengungen ein fundierter psychiatrischer, psychotherapeutischer und ggf. auch medikamentöser Behandlungsvorschlag nachvollziehbar vorliegt.
- Dieser Arztbrief soll ggf. ebenbürtig dokumentieren, dass das Vorliegen einer psychischen bzw. psychosomatischen Störung begründet ausgeschlossen werden konnte und daher eher eine weitere somatische Differentialdiagnostik empfohlen wird.
- Ein solcher diagnostisch-therapeutischer Prozess kann den Charakter probatorischer Sitzungen haben und in ein Antragsverfahren für eine Richtlinien-Psychotherapie einmünden.
- Alternativ kann der diagnostisch-therapeutische Prozess gerade bei neu auftretenden Symptomen und kurzfristiger Erreichbarkeit auch schon innerhalb von 5 Stunden mit einem ausreichenden therapeutischen Potenzial beendet werden, wie in der Trauma-Literatur nachgewiesen, sodass längerfristige ambulante psychotherapeutische Behandlungen eingespart werden können.

Die vom **Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP)** entwickelten Kategorien von **psychotherapeutischen „Verfahren“**, **„Methoden“** und **„Techniken“** sind zur **inhaltlichen, wissenschaftlichen und rechtlichen Absicherung der Richtlinien-Psychotherapie uneingeschränkt zu begrüßen**. Jenseits der unverzichtbaren Richtlinien-Psychotherapie fehlen jedoch **Praxismodelle**, in denen unter fachärztlicher Leitung **multimodale Therapiekonzepte** eingesetzt werden, wie sie bisher nur voll- oder teilstationär erreichbar sind. Solche Konzepte sind für die ambulante fachärztliche Versorgung bereits in der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung für Kinder und Jugendliche etabliert.

Empfohlen wird, dass die BÄK die Arbeit des WBP auch weiter personell und inhaltlich als eine Aufgabe des Vorstandes begleitet (vgl. Kap. 7.1.1 sowie 7.1.2 zur drohenden Ausgliederung des Psychischen aus der Medizin). Neben der unverzichtbaren Richtlinien-Psychotherapie sollte die Entwicklung ergänzender ärztlich-psychotherapeutischer Konzepte intensiv unterstützt werden. Mit diesen Konzepten sollten Patientengruppen (wie z. B. im Bereich von Somatisierungsstörungen, mit psychoonkologischen oder psychokardiologischen Behandlungsaufträgen) erreicht werden, die nur schwer einen unmittelbaren verbalen Zugang finden (vgl. die Daten zur psychischen Komorbidität in Kap. 2). Im Sinne eines „stepped care“-Ansatzes könnten so auch mit niederschwelligen Angeboten (z. B. Entspannungsverfahren; minimale Interventionen) größere Patientengruppen Hand in Hand mit der Somatik adäquat behandelt werden (Kap. 7.2.4).

8.5 Empfehlungen für ein vernetztes Arbeiten von Ärzten über alle Ebenen ärztlicher Psychotherapie

Die Expertise bekräftigt in ihrem 4-Ebenenmodell die Bedeutung gestufter ärztlich-psychotherapeutischer Kompetenzen, um sowohl eine niederschwellig erreichbare, als auch eine Ressourcen-schonende Versorgung sicherzustellen. Dabei macht die Expertise ausdrückliche Vorschläge, wie die traditionell als problematisch erlebten Schnittstellen zwischen den einzelnen Versorgungssektoren durchlässiger zu machen.

In Übereinstimmung mit der EntschlieÙung des 115. Deutschen Ärztetages wird empfohlen (Kap. 7), kooperative Versorgungsstrukturen innerhalb der beschriebenen vier Ebenen Ärztlicher Psychotherapie und mit den anderen psychotherapeutisch tätigen Professionen durch geeignete Kommunikations- und Praxisstrukturen zu fördern.

Empfohlen wird in Ergänzung und nicht in Konkurrenz zur fachärztlichen Psychotherapie mit einer entsprechenden Erreichbarkeit durch ausgewiesene Spezialsprechstunden in den existierenden oder im Psych-Entgeltgesetz (2012) vorgesehenen Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) und Psychosomatischen Institutsambulanzen (PSIAs) flächendeckend spezialisierte Angebote für schwer psychisch bzw. psychosomatisch Erkrankte weiterzuentwickeln, die durch eine Methodenkombination (Psychotherapie - Spezialtherapie - Pflege) speziell indizierte Behandlungskompetenzen anbieten können: z. B. für Menschen mit einer schizophrenen Psychose, für demenziell Erkrankte, für Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung, einer schweren psychogenen Essstörung oder einer somatoformen Schmerzstörung. Allen diesen beispielhaft genannten Patientengruppen ist entweder eine hohe (ggf. auch vital bedrohende) Krankheitsschwere mit Chronifizierungsgefahr oder/und die Eigenschaft der angestregten bzw. fehlenden sog. „Wartezimmer-Fähigkeit“ eigen. Bei Somatisierungsstörungen beruht diese primäre „Unmotiviertheit“ auf der störungsspezifischen subjektiven (organischen) Krankheitstheorie, die die Patienten hindert, von vorne herein eine ambulante psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung nutzen zu können. PIAs und PSIAs müssen sich insbesondere den Patienten zuwenden, die aufgrund einer (noch) reduzierten Krankheitseinsicht oder/und abgesenkten Compliance die ambulante (Richtlinien-)Psychotherapie nicht ausreichend nutzen können. Konzepte einer vernetzten Arbeit von PIAs und zukünftigen PSIAs sowie teilweise am Krankenhaus tätigen Vertragsärzten, wie sie ebenfalls im Psych-EntgGesetz vorgesehen sind, sind weiterzuentwickeln.

Ergebnisse sektorübergreifender Versorgungsformen wie der regionalen Versorgung im Rahmen der im PsychEntgG vorgesehenen Modellvorhaben bleiben hinsichtlich der Vernetzung aller Arztgruppen und der Einbeziehung des Bereiches der Vertragsärzte und -psychotherapeuten abzuwarten.

8.6 Empfehlungen hinsichtlich besonderer Patientengruppen

Die Expertise hat empirisch aufgezeigt, dass sowohl aus Sicht der Bevölkerung (Kap. 5) als auch aus Sicht der niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten (Kap. 6.1) und der Klinikärzte (Kap. 6.2) ein Schwerpunkt der Ärztlichen Psychotherapie in der Behandlung von Patienten mit somatischen Symptomen (psychogene Essstörungen; somatoformen (Schmerz-)Störungen; dissoziativen Störungen etc.), bei Älteren (Kap. 7.2.4.1) und bei psychischen Erkrankungen mit einer zusätzlichen medikamentösen Behandlungsoption liegt. Darüber hinaus wird eine besondere ärztlich-psychotherapeutische Expertise hinsichtlich der psychischen Verarbeitung

herausfordernder primär somatischen Störungen (somato-psychosomatische Problemlagen) gesehen. Darauf weisen auch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften hin, die sich auf unsere Umfrage zur Frage einer spezifischen Rolle der Ärztlichen Psychotherapie geäußert haben (Kap. 6.3).

Empfohlen wird daher, dass die Ärzteschaft unbedingt die psychische sowie psychosomatische, ggfs. interdisziplinäre, Behandlung von Patienten mit somatischen Symptomen und Behandlungsprinzipien (z. B. medikamentöse Behandlungen) als eine ihrer Domänen begreift. Dies gilt gleichermaßen für die Patienten, an deren Coping- und Compliance-Strategien in der Hochleistungsmedizin (z. B. nach Leber- oder Nierentransplantation) bzw. bei Karzinomkrankungen und nach schwersten Unfällen enorme Anforderungen gestellt werden. Diese Haltung schließt selbstverständlich eine Kooperation mit Psychologischen und/oder Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten nicht aus. Entscheidend ist aus Sicht der Expertise, dass diese Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung und damit der Behandlung von den Ärzten nicht „wegdelegiert“ i. S. von „abgespalten“ werden, sondern dass die mittlerweile selbstverständliche Interdisziplinarität bei diversen Störungskomplexen auch auf den Einschluss psychotherapeutischer Kompetenz ausgedehnt wird.

Die Expertise weist auf die Kompetenz Ärztlicher Psychotherapie in der Mitbehandlung von Tumor-Patienten hin.

Empfohlen wird, dass die BÄK Institutionen, die für die Zertifizierung von Organ-Tumorzentren zuständig sind und die sich nach wie vor schwer tun, die besondere Qualifikation der Psych-Fachärzte zu erkennen (der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie hat z. B. Kenntnisse und Fertigkeiten in der Psychoonkologie als festem Bestandteil der Weiterbildung zu erwerben), mit Nachdruck auf diese Qualifikation hinweist. Darüber hinaus stellt nur die psych-fachärztlich geleitete Psychoonkologische Versorgung sicher, dass die in einem hohen Prozentsatz nachweisbaren psychischen Komorbiditäten auch wirklich erkannt und adäquat (ggf. auch mit indizierten Psychopharmaka) mitbehandelt werden können. Für solchermaßen weitergebildete Fachärzte ist es regelmäßig eine fachliche Zumutung, zusätzlich umfangreiche psychoonkologische Curricula besuchen zu müssen. Deren Qualität steht hier nicht in Frage und sie sind für Psychologische Psychotherapeuten zweifellos unverzichtbar.

8.7 Empfehlung für eine sorgfältige Verwendung des Begriffs „Personalisierte Medizin“

Die Expertise hat in Kap. 7.1.5 dargelegt, dass jüngst auf der Jahrestagung des Deutschen Ethikrates im Mai 2012 ein völlig unangemessener Gebrauch des Begriffs „Personalisierte Medizin“ offensichtlich wurde. So wurde ein strikt biologisches Verständnis des Begriffs Personalisierte Medizin propagiert.

Empfohlen wird, dass die Charakterisierung von Biomarkern zum Zwecke einer stratifizierten Medizin mit daraus abgeleiteten Gruppen- oder Individuen-bezogenen Aussagen unter der Vorstellung einer möglichst passgenauen Therapieoption als Ansatz einer „Individualisierte Medizin“ bezeichnet werden. Medizin wird erst dann zu einer „Personalisierten Medizin“, wenn auch persönliche Erfahrungs- und Beziehungshorizonte sowie psychische u. soziale Faktoren des Patienten nicht nur beachtet, sondern in einer soweit als möglich gleichberechtigten Arzt-Patient-Beziehung auch Bestandteil ärztlichen Handelns sind. Nur so erhält der Patient eine echte Chance zur Partizipation. Insofern kann nur die Ärztliche Psychotherapie auf all ihren o. g. Ebenen in Verbindung mit den somati-

schen Diagnose- und Behandlungsverfahren das Attribut für sich in Anspruch nehmen, wirklich die gesamte Person im Blick zu haben.

8.8 Empfehlungen angesichts der Diskussion bzgl. der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten

Die bisherige Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - aufbauend auf einem wissenschaftlichen Studium mit dem Diplom- oder Masterabschluss - steht derzeit in der politischen Diskussion.

*In Übereinstimmung mit der EntschlieÙung des 115. Deutschen Ärztetages wird empfohlen, dass sich die Ärzteschaft weiterhin **kompromisslos gegen eine sog. Direktausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten** i. S. eines „Psychotherapiestudiums“ o. ä. ausspricht. Eine solche Direktausbildung würde*

- (1.) die wesentlich aufwändigere ärztlich-psychotherapeutische Weiterbildung völlig entwerten,*
- (2.) nach dem G8-Abitur durchschnittlich 23-jährige „Schmalspur-Psychotherapeuten“ ohne ein grundständiges wissenschaftliches Studium zur selbstverantwortlichen Heilbehandlung am Patienten als befähigt ansehen und*
- (3.) die Gefährdung eines ganzheitlich-ärztlichen und psychodynamischen Verständnisses von Psychotherapie, sofern sich die medizinischen Fakultäten nicht massiv an Direktstudiengängen beteiligen, da die Lehrstühle für Klinische Psychologie in Deutschland ganz überwiegend verhaltenstherapeutisch ausgerichtet sind (vgl. die Übersicht zu den unterschiedlichen Verfahrensschwerpunkten ÄP und PP in Kap. 4.10) - daraus würde aber mittelfristig indirekt ein Infragestellen der ärztlich-psychotherapeutischen Ausbildungen auf jeder Ebene resultieren.*

*Auf dem Hintergrund des Qualifikationserhaltes sollte sich die Ärzteschaft die Haltung der Bundesarbeitsgemeinschaft Ltd. Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychosomatik zu eigen machen, **die praktische Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Krankenhäusern, Arztpraxen und ärztlich geleiteten Einrichtungen auf der Basis eines Bachelor-Abschlusses grundsätzlich abzulehnen.***

8.9 Hinweise auf die Erfordernis einer aktiven Vertretung der Ärztlichen Psychotherapie durch die BÄK

Der BÄK wird empfohlen, auf der Ebene der verfassten Institutionen in allen Fragen, die die Ärztliche Psychotherapie betreffen, auf eine „Parität“ mit der Bundespsychotherapeutenkammer zu drängen. Die im Psychotherapeutengesetz in der Zusammensetzung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie festgelegte Parität findet keine strukturelle Abbildung in den ärztlichen Gremien, so dass durch die entstandene Zersplitterung möglicherweise eine zu geringe Durchsetzungskraft in der politischen Präsenz nach außen und in der Thematisierung nach innen besteht.

Zusammenfassend sollte sich die Ärzteschaft in Übereinstimmung mit den Entschlüssen des 115. Deutschen Ärztetages 2012 ihrer Kompetenzen in Bezug auf die Ärztliche Psychotherapie, die sich historisch gesehen aus ihrer eigenen Profession heraus entwickelt hat, wieder neu vergewissern. Sie sollte sich bewusst halten, dass die Ärztliche Psychotherapie in einem gestuften Versorgungsansatz das „zweite Standbein“ ärztlichen Handelns bleiben muss. Diese Kompetenz, eine wirklich „Personalisierten Medizin“ zu leben, entspricht den Erwartungen der Patienten an eine gelungene Arzt-Patient-Beziehung, hilft zu lindern und zu heilen, Chronifizierungen psychischer und psychosomatischer Störungen zu verhindern, die Ressourcen in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung sinnvoll zu nutzen und dient nicht zuletzt auch der psychischen Gesundheit und Arbeitszufriedenheit in der eigenen Profession.

9. Literatur

Adler HR, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiak W (Hrsg.) (2011) Uexküll Psychosomatische Medizin. Elsevier/Urban u. Fischer, München

Arbeitskreis Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (1996) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik - OPD-1. Grundlagen und Manual. Hans Huber, Bern

Arbeitskreis Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (2006) Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2). Huber, Bern

Backenstrass M, Mundt C (2008) Affektive Störungen. In: Herpertz SC, Caspar F, Mundt Ch (Hrsg) Störungsorientierte Psychotherapie. Urban & Fischer, München, Jena, S. 371-411

Bailer J, Schwarz D, Witthöft M, Stübinger C, Rist F (2008) Prävalenz psychischer Syndrome bei Studierenden einer deutschen Universität. Psychother Psychosom med Psychol 58: 423-429

Barkmann C, Schulte-Markwort M (2004) Prävalenz von emotionalen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - eine systematische Literaturübersicht. Psychiatr Prax. 31: 278-287

Berger M (2004) Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Faches „Psychiatrie und Psychotherapie“. Nervenarzt 75: 195-204

Berger M (2005) Bettenführende Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin und ihre Auswirkungen auf die stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. In: Berger M, Fritze J, Roth-Sackenheim C, Vorderholzer U (Hrsg.) Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003-2004. Springer, Berlin, New York, 45-56

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung (1975).

Bertelsmann-Stiftung (2011) Psychische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. www.faktencheck-gesundheit.de (zuletzt besucht 31.12.2011)

Best D (2010a) Zahlen und Fakten zu Psychotherapie. Erkenntnisse aus dem Bericht des Bewertungsausschusses zur „Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung“. Psychotherapie aktuell 3: 2-8

Best D (2010b) Kaum Zunahme von Gruppentherapien. Psychotherapie aktuell 3:10-12

Beutel M, Schulz H (2011) Epidemiologie psychisch komorbider Störungen bei chronisch körperlichen Erkrankungen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsförderung - Gesundheitsschutz 54: 15-21

Bilz L (2008) Schule und psychische Gesundheit: Risikobedingungen für emotionale Auffälligkeiten von Schülerinnen und Schülern. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Bleker J, Schmiedebach HP (Hrsg., 1987) Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985. Fischer, Frankfurt am Main

Bolognini S (2011) Verborgene Wege. Die Beziehung zwischen Analytiker und Patient. Psychosozial-Verlag, Gießen

Boszormenyi-Nagy I, Spark G (1982) Unsichtbare Bindungen. Klett-Cotta, Stuttgart (dt. Erstausgabe 1973)

Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Buddeberg C (2005) Arbeitsstress und gesundheitliches Wohlbefinden junger Ärztinnen und Ärzte. Z Psychosom Med Psychother 51:163-178

Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern) (2010) (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 25.06.2010. Berlin

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Gemeinsames Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. Eigendruck, Frankfurt 2008

Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG KJPP) und BundesArbeitsGemeinschaft leitender Mitarbeiter/innen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen (2009) Zielsetzungs- und Orientierungsdaten kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland. Eigendruck

Bundestag Drucksache 7/4200 u. 7/4201 = Psychiatrie Enquete.

Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK), Gesundheitsreport 2011, http://www.bkk.de/fileadmin/user_upload/PDF/Arbeitgeber/gesundheitsreport/Gesundheitsreport_2011.pdf

Cámara RJA, 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 (1996) (Hrsg) Handbuch der Familiendiagnostik. Springer, Heidelberg

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

Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Gesundheitsreport 2011, http://www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2011.pdf

Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. (Hrsg.) (2007) Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarb. Aufl.

de Zwaan M (2010) Bing eating disorder and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 25, Supp 1, 51-55

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.) (2011) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern (8. Aufl.)

Döpfner M, Lehmkuhl G (2002) Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychol Rundschau* 53:184-193

Dührssen A (1954) Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Eine Einführung in die allgemeine und spezielle Neurosenlehre. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Egede L, Nietert PJ, Zheng D (2005) Depression and All-Cause and Coronary Heart Disease Mortality among Adult With and Without Diabetes. *Diabetes Care* 28(6): 1339-1345

Egede L, Ellis C (2010) Diabetes and Depression: Global perspectives. *Diabetes research and clinical practice* 87: 302-312

Einig EM, Veit I (2004) Kooperative Psychotherapie. Das Herner Modell. *Psychotherapie im Dialog* 4: 403-407

Erim Y (Hrsg) (2009) Klinische interkulturelle Psychotherapie. Kohlhammer, Stuttgart

Erim Y, Beckmann M, Gerlach G, Kümmel S, Oberhoff C, Senf W, Kimmig R (2009) Screening von psychischen Belastungen bei ersterkrankten Brustkrebspatientinnen. Einsatz von HADS-D und PO-Bado. *Z Psychosom Med Psychother* 55: 248-262

Ernst J, Punker M, Schwarz R, Fischbeck S, Beutel ME (2009) Langzeitüberleben von Erwachsenen nach Krebs aus psychosomatischer Sicht. *Z Psychosom Med Psychother* 55: 365-381

Fegert JM, Spröber N, König L, Rassenhofer M, Bergmann C (2011) Der Hausarzt ist oft der erste Ansprechpartner - Was Missbrauchsoffer erwarten. *MMW Fortschritte der Medizin* 153: 30-32

Fegert J, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ (2009) Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Schattauer-Verlag, Stuttgart, New York

Ferro A (2003) Das bipersonale Feld. Psychosozial-Verlag, Gießen

Finzen A (1981) Die neue Einfachheit oder die Entprofessionalisierung der Psychiatrie. *Sozialpsychiatrische Informationen* 11: 5-20

Fleischhaker C, Sixt B, Schulz E (2011) DBT-A: Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche: Ein Therapiemanual mit Arbeitsbuch auf CD. Springer, Berlin New York

Flintrop J (2009) Wenn der Nachwuchs fremdgeht. Dtsch Arztebl 36: 1434-1435

Franz M, Dahlbender RW, Gündel H, Hake K, Klauer T, Kessler-Scheeler S, Siol T, Schneider W (2000) Ergebnisse der Multizenterstudie zur OPD-Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) im Konsiliardienst. In: Schneider W, Freyberger H (Hrsg.): Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern: S. 162-178

Friedrich H, Hartmann M, Bergmann G, Herzog W (2002) Psychische Komobidität bei internistischen Krankenhauspatienten. Prävalenz und Einfluss auf die Liegedauer. Psychother Psych Med 52: 323-328

Freyberger HJ (2006) Psychotherapeutische Versorgung. Die Psychiatrie 3: 145-149

Freyberger HJ, Grabe HJ (2008) Die Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie am Beispiel der depressiven Störungen. Die Psychiatrie 5: 261-265.

Freyberger HJ, Schneider W (2012) Neue psychotherapeutische Ansätze. In: Freyberger HJ, Schneider W, Stieglitz RD (Hrsg.) Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin. Hans Huber, Bern: S. 555-564

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

Fritzsche K, Schmidt M, Nübling M, Wirsching M (2010) Ärztliche Psychotherapie in der Haus- und Facharztpraxis: Eine empirische Untersuchung in Südbaden. Z Psychosom Med Psychother 56: 348-357

Fritzsche K, Wirsching M (2012) Hausärztliche Psychotherapie als eigenständiges Versorgungsgebiet. Ärztl. Psychotherapie 7: 95-98

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

Grobe TG, Dorning H, Schwartz FW, ISEG-Institut Hannover (2012) Barmer-GEK-Arztreport 2012, Schwerpunkt Kindergesundheit, Asgard-Verlag, St. Augustin

Gün AK (2007) Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie. Gegenseitiges Verstehen zwischen einheimischen Therapeuten und türkeistämmigen Klienten. Lambertus, Freiburg

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

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

Haffner J, Roos J, Stehen R, Parzer P, Klett M, Resch F (2006) Lebenssituation und Verhalten von Jugendlichen. Ergebnisse einer Befragung 14-16-jähriger Jugendlicher und deren Eltern im Jahr 2005. Gesundheitsbericht Rhein-Neckar-Kreis/Heidelberg. Band 3. Eigendruck, Heidelberg

Harfst T, Marstedt G (2009) Psychische Gesundheit in Deutschland: Erkrankungen bleiben oft unentdeckt. *Gesundheitsmonitor* 1: 1-7

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

Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F (1994) Beck Depressions-Inventar (BDI), Testhandbuch. Hans Huber, Bern

HBSC (2011). Faktenblatt zur Studie Health Behaviour in School-Aged Children 2009/10: Schulische Belastung von Kindern und Jugendlichen. <http://hb-sc-germany.de/downloads/>

Helmchen H, Linden M (2000) Subthreshold disorders in psychiatry: Clinical reality, methodological artifact, and the double-threshold problem. *Compr Psychiatry* 41: 1-7

Helmchen H, Linden M, Rüger U (Hrsg.) (1982) Psychotherapie in der Psychiatrie. Springer, Berlin, New York

Henningsen P, Zipfel S, Herzog W (2007) Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 369: 346-955

Herpertz S, Petrak F, Albus C, Hirsch A, Kruse J, Kulzer B (2003) Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinie DDG. Psychosoziales und Diabetes mellitus. Hrsg. Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG) und Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM). *Diabetes Stoffwechsel*, 12: 35-58

Herpertz S (2008) Adipositas ist mehr als seine Essstörung - die multidimensionale Betrachtung einer Pandemie. *Z Psychosom Med Psychother* 54: 4-31

Herpertz SC, Caspar F, Mundt Ch (Hrsg.) (2008) Störungsorientierte Psychotherapie. Urban & Fischer, München, Jena

Herpertz SC, Mundt Ch (2008) Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. In: Herpertz SC, Caspar F, Mundt Ch (Hrsg.) Störungsorientierte Psychotherapie. Urban & Fischer, München, Jena, S.117-130

- Herpertz SC, Roth-Sackenheim C (2012) Psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. *Die Psychiatrie* 9: 77-87
- Herpertz SC, Schnell K, Falkai P (Hrsg.) (2012) *Psychotherapie in der Psychiatrie: Störungsspezifisches Basiswissen für die Praxis*. Kohlhammer, Stuttgart
- Herzka HS (1984) *Das Kind von der Geburt bis zur Schule. Bilderatlas und Texte zur Entwicklung des Kindes* (6. Auflage). Schwabe, Basel
- 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 (Hrsg.) (2004) *Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte*. 2. Auflage, Schattauer, Stuttgart
- Heuft G, Eich W, Henningsen P, Janssen PL, 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, Kruse A, Radebold H (2006) *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. UTB-Lehrbuch. E. Reinhardt, München (2. Aufl.)
- 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 PL (2005) Aktuelle Probleme der Krankenhausplanung in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. *Psychotherapeut* 50: 229-235
- Hochlehnert A, Niehoff D, Herzog W, Löwe B (2007) Höhere Kosten bei internistischen Krankenhauspatienten mit psychischer Komorbidität: Fehlende Abb. im DRG-System. *Psychother Psychosom Med Psychol* 57: 70-75
- Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Schlack R (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt* 50(5/6): 784-794
- Hoffmann SO, Liedtke R, Schneider W, Senf W (1999) *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Denkschrift zur Lage des Faches an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland*. Schattauer, Stuttgart
- Hoffmann M, Rieger W (2010) Vorgaben und Realität der PsychPV. Ergebnisse einer Multimomentstudie auf einer allgemeinpsychiatrischen Aufnahmestation. *Nervenarzt* 81: 1354-1362
- Hoffmann-Richter U (1994) Die Psychiatrie psychotherapeutisch durchdringen. *Psychiatrie und Psychotherapie. Eine Übersicht. Die Psychotherapeutin* 1: 9-36

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

Ihle W, Esser G (2002) Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychol Rundsch* 53: 159-169

Imai T, Telger K, Wolter D, Heuft G (2008) Versorgungssituation älterer Menschen hinsichtlich ambulanter Richtlinien-Psychotherapie. *Z Gerontol Geriat* 41: 486-496

Innerhofer P, Warnke A (1978) Eltern als Co-Therapeuten. Springer, Berlin-Heidelberg-New York

Jacobi F, Wittchen HU (2001) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland - Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitsveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt* 44: 993-1000

Jähne A, Kriston L, Bentele M, Berner MM (2009) Alkoholgebrauch und Konsumpermission bei Medizinstudenten. *Psychother Psych Med* 59: 14-20

Janssen PL (1984) Zur Einführung der Gebietsbezeichnung „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ aus der Sicht der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. *Spektrum* 14: 62-70

Janssen PL (1985) Auf dem Wege zu einer integrativen analytisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung. *Forum Psychoanal* 1: 293-307

Janssen PL (1987) Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Klett-Cotta, Stuttgart

Janssen PL (1993) Von der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ zur Gebietsbezeichnung „Psychotherapeutische Medizin“. *Z Psychosom Med Psychother* 39: 95-117

Janssen PL (1994) Psychosomatische Grundversorgung in Deutschland: Zur Geschichte in den westlichen Ländern. In: Geyer, M. Hirsch, R. (Hrsg.). *Psychotherapie in der Psychosomatischen Grund-Versorgung*. Jena: Barth, S.126-133

Janssen PL (2009) Geschichte der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in Deutschland. In: Janssen PL, Joraschky P, Tress W (Hrsg.): *Leitfaden Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie*. Deutscher Ärzteverlag, Köln, 2. Auflage, S. 2-12

Janssen PL, Retzlaff J, Kirchner R (1992) Konzeptionsbegründung der Vorsitzenden des PPP-Ausschusses zur Gebietsbezeichnung Psychotherapeutische Medizin. *Deutsches Ärzteblatt* 89: 1737-1738

Janssen PL, Hoffmann SO (1994) Das Profil des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin. *Psychotherapeut* 39: 195-201

Janssen PL, Kächele H, Rüger U, Schneider W (1997) Nach-Denken tut Not, Gendarstellung zum Positionspapier der DGPPN. *Psychotherapeut* 42: 244-255

Janssen PL, Martin K, Tress W, Zaudig M (1998) Struktur und Methodik der stationären Psychotherapie aus psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Sicht. Psychotherapeut 43: 265-276

Janssen PL, Franz M, Herzog Th, Heuft G, Paar G, Schneider W (1999) Psychotherapeutische Medizin - Standortbestimmung zur Differenzierung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker. Schattauer, Stuttgart:

Janssen PL, Menzel (2012) 20 Jahre Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychother***

Janssen P, Franz M, Herzog Th, Heuft G, Paar G, Schneider W (1998) Wissenschaftliches Gutachten zur Krankenhausplanung für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg. Gesundheitspolitik 43, Stuttgart.

Jünger J, Schellberg D, Müller-Tasch T, Raupp G, 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 7: 261-267

Jungbauer J, Alfermann D, Kamenik C, Braehler E (2003) Vermittlung psychosozialer Kompetenzen mangelhaft. Ergebnisse einer Befragung ehemaliger Medizinstudierender an sieben deutschen Universitäten. Psychother Psychosom med Psychol 53: 319

Jurkat HB, Reimer C, Schröder K (2000) Erwartungen und Einstellungen von Medizinstudentinnen und -studenten zu den Belastungen und Folgen ihrer späteren ärztlichen Tätigkeit. Psychother Psychosom med Psychol 50: 215-221

Jurkat HB, Reineck E, Silkens A, Vetter A (2012) Erste Evaluation zur Wirksamkeit eines Pilotprojekts Stressbewältigung im Medizinstudium. Psychologische Medizin Abstractband: 152

Jurkat HB, Richter L, Cramer M, Vetter A, Bedau S, Leweke F, Milch W (2011) Depressivität und Stressbewältigung bei Medizinstudierenden. Nervenarzt 82: 646-652

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009) Struktur der Ärztestatistik, Stand 31.12.2008. KBV, Köln

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010) Struktur der Ärztestatistik, Stand 31.12.2009. KBV, Köln

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011) Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister:

<http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=e9d0a87fd694015a5ecfba4831ada202&DocId=003763614&Page=1>, Stand 31.12.2010. KBV, Köln

Klingberg S, Roesch-Ely D, Buchkremer G, Mundt Ch (2008) Psychotherapie der Schizophrenie. In: Herpertz SC, Caspar F, Mundt Ch (Hrsg.) Störungsorientierte Psychotherapie. Urban & Fischer, München, Jena, S. 413-444

Koch M (2012) In falsches Fahrwasser geraten „Keine Zeit“ ist das Schlimmste, was der Beziehung zwischen Arzt und Patient passieren kann. Dtsch Arztebl 109 (1-2): C 16-18

Koch U, Potreck-Rose F (1994) Stationäre psychosomatische Rehabilitation - ein Versorgungskonzept in der Diskussion. In: Strauß B, Meyer AE (Hrsg.) Psychoanalytische Psychosomatik. Schattauer, Stuttgart, New York

Köhle K, Janssen PL (2011) Die ärztliche Fort- und Weiterbildung in Deutschland. In: Adler et al.: Uexküll Psychosomatische Medizin. Elsevier/Urban u. Fischer, München, S. 1236-1242

Kösters R (2012) Krankenhäuser: Die Politik befeuert die Flucht in die Menge. Dtsch Arztebl 109(12): A-579

Krämer S (2012) Arthur Schnitzler (1862–1931): „Es war eine Rieseneiselei von mir, Mediziner zu werden“. Dtsch Arztebl 109(20): A-1024 / B-881 / C-873

Kruse J, Grinschgl A, Wöller W, Söllner W, Keller M (2003) Psychosoziale Interventionen bei Patientinnen mit Brustkrebs. Psychotherapeut 48: 93-99

Kruse J, Herzog W (2012) Zur ambulanten psychosomatischen-psychotherapeutischen Versorgung in der Kassenärztlichen Versorgung in Deutschland - Formen der Versorgung ihrer Effizienz. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Gießen 10.01.2012

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

Kuhnigk O, Schauenburg H (1999) Psychische Befindlichkeit, Kontrollüberzeugungen und Persönlichkeit von Medizinstudierenden eines traditionellen und eines Reform-Studienganges. Psychother Psychosom Med Psychol 49: 29-36

Kunze H, Kaltenbach L, Kupfer K (Hrsg.) (2010) Psychiatrie-Personalverordnung – Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis (6. aktualisierte Auflage), Kohlhammer, Stuttgart

Kursbuch der Bundesärztekammer (2001) Psychosomatische Grundversorgung

Kurth RA, Klier S, Pokorny D, Jurkat HB, Reimer C (2007) Studienbezogene Belastungen, Lebensqualität und Beziehungserleben bei Medizinstudenten. Psychotherapeut 52: 355-361

Lampert T, Hagen C, Heizmann B, Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2010) Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Eigendruck, Berlin

Lamprecht F (2008) Einleitung. In: Schmitt-Ott et al. (Hrsg.) Rehabilitation in der Psychosomatik. Schattauer, Stuttgart, 1-3

Lange M, Petermann F (2010) Psychosomatische Rehabilitation. Z Klin Psychol Psychiatr Psychother 58: 207-217

- Linden M (2006) Behandlungspotenziale in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg.) Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Springer, Heidelberg Berlin, S. 423-245
- Linden M, Dierkes W, Munz T (2007) Non-pharmacological treatment of psychiatrists in addition to the prescribing of an antidepressant drug. *Eur Psychiatry* 22: 419-426
- Linden M (2008) Was ist Psychotherapie gemäß SGB IX. Editorial. *Verhaltenstherapie* 18: 144-145
- Linden M, Westram A (2008) Psychiatrisch-fachärztliche Psychotherapie. Zwischen psychiatrischer Richtlinienpsychotherapie und Patientenführung. *Die Psychiatrie* 4: 282-288
- Linden M, Bühren A, Kentenich H, Loew TH, Springer R, Schwantes U (2008) Fachgebundene Psychotherapie: Mehr Möglichkeiten. *Dtsch Ärztebl PP* 7: 354 (August)
- Linden M (2009) Rehabilitationspsychotherapie. Definition, Aufgaben und Organisationsformen nach ICF und SGB IX. *Praxis Klin Verhaltensmed und Rehabilitation* 84: 137-142
- 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, Willand L, Eich W, Zipfel S, Ho AD, Herzog W, Fiehn C (2004) Psychiatric comorbidity in patients with inflammatory rheumatic diseases. *Psychosom Med* 66: 395-402
- Löwe B, Gräfe K, Ufer C, Kroenke K, Grunig E, Herzog W, Borst MM (2004) Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension. *Psychom Med* 66: 831-836
- Maio G (2012) Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell? Eine Kritik der ökonomischen Überformung der Medizin. *Dtsch Ärztebl* 109 (16): A 804-807
- 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
- Mitscherlich A, Mielke F (1978) *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses.* Fischer, Frankfurt (17. Aufl.)
- Mundt C, Linden M, Barnett W (Hrsg.) (1997) *Psychotherapie in der Psychiatrie.* Springer, Berlin, New York
- Newbury-Birch D, White M, Kamali F (2000) Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst medical students. *Drug Alcohol Depend* 59: 125-130

- Nickel R, Hardt J, Kappis et al. (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
- Nübling R, Reisch M, Raymann T (2006) Zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg. *Psychotherapeutenjournal* 5: 247-257
- Paar G (2009) Psychosomatisch/psychische Rehabilitation. In: Leitfaden der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Janssen PL, Joraschky P, Tress W (Hrsg.) Deutscher Ärzteverlag Köln, 2. Auflage, 613-624
- 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
- Pörksen N (Hrsg.) (1980) Therapie. Hilfe - Ersatz - Macht. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie. Band 30. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Priebe S, Nowak M, Schmiedebach HP (2002) Trauma und Psyche in der Deutschen Psychiatrie seit 1889. *Psychiatrische Praxis* 29: 3-9
- Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M (2006) Modul Psychische Gesundheit (BELLA-Studie). Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. http://www.rki.de/cln_048/nn_197060/DE/Content/GBE/Erhebungen/Gesundheitsurveys/Kiggs/KiGGS__Abstracts,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/KiGGS_Abstracts.pdf.
- Remschmidt H, Mattejat F (2006) (Hrsg.) Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Band 4 im 5-bändigen Lehrbuch der Psychotherapie. Hiller W, Leibing E, Leichsenring F, Sulz KD (Hrsg.). CIP-Medien, München
- Remschmidt H, Schmidt MH (1988) Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis in 3 Bänden. Bd. 1: Grundprobleme, Pathogenese, Diagnostik und Therapie. Thieme, Stuttgart-New York
- Richter-Kuhlmann E (2012) Personalisierte Medizin: Erst am Anfang des Weges. *Dt Arztebl* 109 (25): A-1305
- Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab TG, Kubzansky L (2005) The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. *J Amer Coll Cardiol* 45: 637-651
- Rudolf G (2006) Strukturbezogene Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart, 2. Auflage

- Rüger U (2002) Tiefenpsychologische Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 48: 117-138
- Rüger U (2005) Historische und konzeptionelle Anmerkungen zur Psychotherapie in der Psychiatrie. *Psychotherapie im Dialog* 6: 239-245
- Rüger U, Bell K (2004) Historische Entwicklung und aktueller Stand der Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland. *Z Psychosom Med Psychother* 50: 127-152
- Schaefer A, Mattheß H, Pfitzer G, Köhle K (2007) Seelische Gesundheit und Studienerfolg von Studierenden der Medizin mit hoher und niedriger Prüfungsängstlichkeit. *Psychother Psychosom med Psychol* 57: 289-297
- 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
- Schepker R, Fegert JM (2012) Kinder sind anders und haben altersentsprechende, spezifische Versorgungsbedürfnisse! Plädoyer für eine eigenständige Betrachtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Rahmen der Entgeltentwicklung für so genannte psychiatrische Einrichtungen. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* 22 (1): 65-87
- Schmitt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (2008) (Hrsg.) *Rehabilitation in der Psychosomatik*. Schattauer, Stuttgart
- Schneider A, Hörlein E, Wartner E (2012) Bedeutung der psychischen Komorbidität für die Utilisierung in deutschen Hausarztpraxen. *Ärztl. Psychotherapie* 7:99-105
- Schneider A, Szecsenyi J, (2011) Psychosomatische Medizin in der Allgemeinarztpraxis- Ein Überblick. In: Adler HR, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langwitz W, Söllner W, Wesiak W. (2011) (Hrsg.) *Uexküll Psychosomatische Medizin*. Elsevier/Urban u. Fischer, München, 523-530
- 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
- Schrauth M, Kowalski A, Weyrich P, Begenau J, Werner A, Zipfel S, Nikendel C (2009) Selbstbild, Arztbild und Arztideal: Ein Vergleich Medizinstudierender 1981 und 2006. *Psychother Psychosom med Psychol* 59: 446-453
- Schubert C, Schüßler G (2009) Psychoneuroimmunologie: ein Update. *Z Psychosom Med Psychother* 55: 3-21

- 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
- Schulz H, Barghaan D, Timo Harfst T, Koch U (2008) Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 41. Robert-Koch Institut, Berlin
- Seliger K, Brähler E (2007) Psychische Gesundheit von Studierenden der Medizin. *Psychotherapeut* 52: 280-286
- Senf W (2007) Krankenhausbehandlung und/oder Rehabilitation - eine Kontroverse. *PfD* 8: 13-22
- Senf W, Streeck U (2005) Psychotherapie in der Psychiatrie. *Psychotherapie im Dialog* 6: 237
- Sönnichsen A, Donner-Banzhoff N, Baum E (2005) Motive, Berufsziele und Hoffnungen von Studienanfängern im Fach Medizin. *Z Allg Med* 8: 222-225
- Stern DN, Sander LW, Nahum JP, Harrison AM, Lyons-Ruth K, Morgan AC, Brusche-Stern N, Tronick EZ (2002) Nicht-deutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. Das „Etwas-Mehr“ als Deutung. *Psyche - Z Psychoanal* 56: 974-1006
- Stierlin H, Rücker-Embsen I, Wtzel N, Wirsching M (1977) Das erste Familiengespräch. Klett-Cotta, Stuttgart
- Strauß B et al (2009) Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen, Berlin
- Target M, Fonagy P (2005) The Psychological Treatment of Child and Adolescent Psychiatric Disorders. In: Roth, A, Fonagy P (eds) What works for whom? A critical review of psychotherapy research. 2nd ed, Guilford press, New York London
- Techniker Krankenkasse (TK), Gesundheitsreport 2011, <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/281898/Datei/61603/Gesundheitsreport-2011.pdf>
- Thoms E, Schepker R (2009) Arbeitspapier des Vorstands der BAG zur Stationären Psychosomatik für Kinder und Jugendliche. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* 1: 88-97
- Tjia J, Givens JL, Shea JA (2005) Factors associated with undertreatment of medical student depression. *J of ACH* 53: 219-224
- Veit I (2010) Praxis der Psychosomatischen Grundversorgung. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Kohlhammer, Stuttgart
- Veit I, Heuft G, Borg E (2008) Psychosomatische Grundversorgung in Westfalen. Ein Erfolgsprojekt mit Zukunft - Ergebnisse der Evaluation. *Westfälisches Ärzteblatt* 11 (2008): 26-28

Voltmer E, Kieschke U, Spahn C (2007) Arbeitsbezogenes Verhalten und Erleben bei Ärzten im dritten bis achten Berufsjahr. *Z Psychosom Med Psychother* 53: 244-257

von Gontard A, Lehmkuhl G (2002) Enuresis. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Bd 4. Hogrefe, Göttingen

von Sydow K (2007) Das Image von Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiatern in der Öffentlichkeit: Ein systematischer Forschungsüberblick. *Psychotherapeut* 52: 322-333

Walendzik A, Rabe-Menssen C, Lux G, Wasem J, Jahn R (2011) Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010. Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung, Berlin

Weisz JR, Weiss B, Alicke MD, Klotz ML (1987) Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A metaanalysis for clinicals. *J Consult Clin Psychol* 55: 542-549

Weisz JR, Jensen-Doss A, Hawley CM (2006) Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care - a meta.-analysis of direct comparisons. *American Psychologist* 61: 671-689

Windaus E (2005) Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht. *Prax Kinderpsychol. Kinderpsychiat* 54: 530-558

Winnicott DW (2006, 11.Aufl) Vom Spiel zur Kreativität. Klett-Cotta, Stuttgart

Wirsching M, Stierlin H (1982) Krankheit und Familie. Konzepte-Forschungsergebnisse-Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart

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

Zastrow A, Kaiser S, Stippich Ch, Walther S, Herzog W, Tchanturia K, Belger A, Weisbrod M, Treasure J, Friederich HC (2009) Neural Correlates of Impaired Cognitive-Behavioral Flexibility in Anorexia Nervosa. *Am J Psychiatry* 16: 08-616

Zaudig M (2004) Fünfzig Jahre psychosomatische Krankenhausbehandlung. *Z Psychosom Med Psychother* 50: 355-375

Zepf S, Mengele U, Hartmann S (2003) Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychother Psych Med* 53: 154-162

Zepf S, Mengele U, Hartmann S (2003). Ambulante Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut* 48: 23-30

Zipfel S, Löwe B, Reas DL, Deter HC, 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 FU, Bergmann G, Herzog W (2002) Effect of depressive symptoms on survival after heart transplantation. *Psychosomatic medicine* 64: 740-747

10. Anhang

10.1 Tabellen und Abbildungen zu den Kapiteln

10.1.1 Ergänzungen zu Kapitel 5

Abb. 5.1: Fragebogen aus USUMA-Bevölkerungsbefragung

I 1	Haben Sie sich wegen psychischer oder psychosomatischer Beschwerden schon einmal an einen Arzt gewandt?	▪ ja.....	<input type="checkbox"/> 1	
		▪ nein.....	<input type="checkbox"/> 2	
		▪ weiß nicht.....	<input type="checkbox"/> 3	
I 2	Haben Sie sich wegen psychischer oder psychosomatischer Beschwerden schon einmal an einen Psychologen gewandt?	▪ ja.....	<input type="checkbox"/> 1	
		▪ nein.....	<input type="checkbox"/> 2	
		▪ weiß nicht.....	<input type="checkbox"/> 3	
I 3	Sind oder waren Sie schon einmal in einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung?	▪ ja.....	<input type="checkbox"/> 1	
		▪ nein.....	<input type="checkbox"/> 2	
		▪ weiß nicht.....	<input type="checkbox"/> 3	
I 4	Sind oder waren Sie schon einmal in stationärer psychotherapeutischer Behandlung?	ja	<input type="checkbox"/> 1	weiter mit Frage I 5
		nein	<input type="checkbox"/> 2	
		weiß nicht	<input type="checkbox"/> 3	weiter mit Frage I 6

I 5 Falls ja, bitte kreuzen Sie in **jeder** Zeile an, was für Sie zutrifft.

	ja	nein
01 in einer psychosomatischen Klinik?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
02 in einer psychiatrischen Klinik?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
03 in einer psychosomatischen Kur- bzw. Rehabilitationsklinik?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
04 war das in den letzten 6 Jahren?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

I 6	Sowohl Ärzte als auch Psychologen bieten eine psychotherapeutische Behandlung an. Wenn Sie psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen würden, hätten Sie Präferenzen (eine Bevorzugung) hinsichtlich des Grundberufs Ihres Psychotherapeuten?	▪ Ärztlicher Psychotherapeut.....	<input type="checkbox"/> 1
		▪ Psychologischer Psychotherapeut....	<input type="checkbox"/> 2
		▪ keine Präferenz (Bevorzugung).....	<input type="checkbox"/> 3
		▪ weiß nicht.....	<input type="checkbox"/> 4

17	<p>Wenn Sie unter Depressionen leiden würden, an wen würden Sie sich wenden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausarzt <input type="checkbox"/> 1 ▪ Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <input type="checkbox"/> 2 ▪ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie <input type="checkbox"/> 3 ▪ Psychologischer Psychotherapeut <input type="checkbox"/> 4 ▪ Sozialarbeiter/Beratungsstelle <input type="checkbox"/> 5 ▪ Pfarrer <input type="checkbox"/> 6 ▪ Heilpraktiker <input type="checkbox"/> 7 ▪ Niemanden/ keinen der Aufgeführten <input type="checkbox"/> 8 ▪ weiß nicht <input type="checkbox"/> 9
	<p>(Mehrfachnennungen möglich)</p>	
18	<p>Wenn Sie unter starken Ängsten leiden würden, an wen würden Sie sich wenden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausarzt <input type="checkbox"/> 1 ▪ Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <input type="checkbox"/> 2 ▪ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie <input type="checkbox"/> 3 ▪ Psychologischer Psychotherapeut <input type="checkbox"/> 4 ▪ Sozialarbeiter/Beratungsstelle <input type="checkbox"/> 5 ▪ Pfarrer <input type="checkbox"/> 6 ▪ Heilpraktiker <input type="checkbox"/> 7 ▪ Niemanden/ keinen der Aufgeführten <input type="checkbox"/> 8 ▪ weiß nicht <input type="checkbox"/> 9
	<p>(Mehrfachnennungen möglich)</p>	
19	<p>Wenn Sie unter Essstörungen leiden würden, an wen würden Sie sich wenden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausarzt <input type="checkbox"/> 1 ▪ Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <input type="checkbox"/> 2 ▪ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie <input type="checkbox"/> 3 ▪ Psychologischer Psychotherapeut <input type="checkbox"/> 4 ▪ Sozialarbeiter/Beratungsstelle <input type="checkbox"/> 5 ▪ Pfarrer <input type="checkbox"/> 6 ▪ Heilpraktiker <input type="checkbox"/> 7 ▪ Niemanden/ keinen der Aufgeführten <input type="checkbox"/> 8 ▪ weiß nicht <input type="checkbox"/> 9
	<p>(Mehrfachnennungen möglich)</p>	

I 10	<p>Wenn Sie unter Schmerzen, die nicht durch eine körperliche Erkrankung zu erklären sind, leiden würden, an wen würden Sie sich wenden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausarzt <input type="checkbox"/> 1 ▪ Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <input type="checkbox"/> 2 ▪ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie <input type="checkbox"/> 3 ▪ Psychologischer Psychotherapeut <input type="checkbox"/> 4 ▪ Sozialarbeiter/Beratungsstelle <input type="checkbox"/> 5 ▪ Pfarrer <input type="checkbox"/> 6 ▪ Heilpraktiker <input type="checkbox"/> 7 ▪ Niemanden/ keinen der Aufgeführten <input type="checkbox"/> 8 ▪ weiß nicht <input type="checkbox"/> 9
	(Mehrfachnennungen möglich)	
I 11	<p>Wenn Sie unter einer psychischen Krise nach beruflicher Überlastung (Burn-out) leiden würden, an wen würden Sie sich wenden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausarzt <input type="checkbox"/> 1 ▪ Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <input type="checkbox"/> 2 ▪ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie <input type="checkbox"/> 3 ▪ Psychologischer Psychotherapeut <input type="checkbox"/> 4 ▪ Sozialarbeiter/Beratungsstelle <input type="checkbox"/> 5 ▪ Pfarrer <input type="checkbox"/> 6 ▪ Heilpraktiker <input type="checkbox"/> 7 ▪ Niemanden/ keinen der Aufgeführten <input type="checkbox"/> 8 ▪ weiß nicht <input type="checkbox"/> 9
	(Mehrfachnennungen möglich)	
I 12	<p>Wenn eine körperliche Erkrankung wie z.B. Krebs eine seelische Krise bei Ihnen auslösen würde, an wen würden Sie sich wenden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausarzt <input type="checkbox"/> 1 ▪ Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <input type="checkbox"/> 2 ▪ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie <input type="checkbox"/> 3 ▪ Psychologischer Psychotherapeut <input type="checkbox"/> 4 ▪ Sozialarbeiter/Beratungsstelle <input type="checkbox"/> 5 ▪ Pfarrer <input type="checkbox"/> 6 ▪ Heilpraktiker <input type="checkbox"/> 7 ▪ Niemanden/ keinen der Aufgeführten <input type="checkbox"/> 8 ▪ weiß nicht <input type="checkbox"/> 9
	(Mehrfachnennungen möglich)	

I 13	<p>Wenn Sie unter psycho-somatischen Beschwerden wie z.B. chronischen Bauchschmerzen leiden würden, an wen würden Sie sich wenden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausarzt..... <input type="checkbox"/> 1 ▪ Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie..... <input type="checkbox"/> 2 ▪ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie..... <input type="checkbox"/> 3 ▪ Psychologischer Psychotherapeut.... <input type="checkbox"/> 4 ▪ Sozialarbeiter/Beratungsstelle <input type="checkbox"/> 5 ▪ Pfarrer <input type="checkbox"/> 6 ▪ Heilpraktiker..... <input type="checkbox"/> 7 ▪ Niemanden/ keinen der Aufgeführten <input type="checkbox"/> 8 ▪ weiß nicht <input type="checkbox"/> 9
	(Mehrfachnennungen möglich)	
J 1	<p>Wenn Sie an einer psychischen Erkrankung leiden, wen würden Sie außerhalb Ihrer Familie und Ihres Freundeskreises am ehesten um Rat fragen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausarzt..... <input type="checkbox"/> 1 ▪ Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie..... <input type="checkbox"/> 2 ▪ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie..... <input type="checkbox"/> 3 ▪ Psychologischer Psychotherapeut.... <input type="checkbox"/> 4 ▪ Sozialarbeiter/Beratungsstelle <input type="checkbox"/> 5 ▪ Pfarrer <input type="checkbox"/> 6 ▪ Heilpraktiker..... <input type="checkbox"/> 7 ▪ Niemanden/ keinen der Aufgeführten <input type="checkbox"/> 8 ▪ weiß nicht <input type="checkbox"/> 9
	(Mehrfachnennungen möglich)	
J 2	<p>Ist Psychotherapie eine wirksame Behandlungsmethode in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ja..... <input type="checkbox"/> 1 ▪ nein <input type="checkbox"/> 2 ▪ weiß nicht <input type="checkbox"/> 3
J 3	<p>Wissen Sie, ob eine psychotherapeutische Behandlung von Ihrer Krankenversicherung bezahlt wird?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ja..... <input type="checkbox"/> 1 ▪ nein <input type="checkbox"/> 2 ▪ weiß nicht <input type="checkbox"/> 3
J 4	<p>Gibt es Altersgrenze ab denen oder bis zu denen Psychotherapie von der Krankenversicherung nicht mehr bezahlt wird?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ja, die Krankenversicherung bezahlt erst ab dem ___ Lebensjahr eine Psychotherapie..... <input type="checkbox"/> 1 ▪ ja, die Krankenversicherung bezahlt bis max. zu dem ___ Lebensjahr eine Psychotherapie <input type="checkbox"/> 2 ▪ nein, es gibt keine Altergrenzen..... <input type="checkbox"/> 3 ▪ weiß nicht <input type="checkbox"/> 4

J 5	<p>Ist Ihnen bekannt, wen Sie aufsuchen können, um eine ambulante Psychotherapie zu erhalten?</p> <p>(Mehrfachnennungen möglich)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausarzt..... <input type="checkbox"/> 1 ▪ Jeder Arzt mit der Zusatzbezeichnung - Psychotherapie - <input type="checkbox"/> 2 ▪ Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <input type="checkbox"/> 3 ▪ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie..... <input type="checkbox"/> 4 ▪ Psychologischer Psychotherapeut <input type="checkbox"/> 5 ▪ Niemanden/ keinen der Aufgeführten..... <input type="checkbox"/> 6 ▪ weiß nicht <input type="checkbox"/> 7
J 6	<p>Wenn Sie die Wahl haben: Wem trauen Sie die höhere psychotherapeutische Kompetenz zu?</p> <p>(Nur eine Nennung möglich)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychotherapeut mit dem Grundberuf Arzt (Facharzt mit Psychotherapie-Qualifikation) <input type="checkbox"/> 1 ▪ Psychotherapeuten mit dem Grundberuf Psychologe (Psychologischer Psychotherapeut).. <input type="checkbox"/> 2 ▪ weiß nicht/unbekannt <input type="checkbox"/> 3
J 7	<p>Wenn Ihr eigenes Kind oder das von Freunden psychische Probleme hätte, an wen würden Sie sich außer an Familienmitglieder und Freunde wenden?</p> <p>(Mehrfachnennungen möglich)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausarzt..... <input type="checkbox"/> 1 ▪ Kinderarzt..... <input type="checkbox"/> 2 ▪ Kinder- und Jugendpsychiater <input type="checkbox"/> 3 ▪ Erziehungsberatungsstelle..... <input type="checkbox"/> 4 ▪ Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut <input type="checkbox"/> 5 ▪ Heilpraktiker <input type="checkbox"/> 6 ▪ andere (z. B. Schulpsychologen)..... <input type="checkbox"/> 7 ▪ an niemanden/ keinen der Aufgeführten..... <input type="checkbox"/> 8 ▪ weiß nicht <input type="checkbox"/> 9

Tab. 5.1: Ungewichtete soziodemographische Daten aller Befragten, Geschlechter-Vergleich

REP 19 - alle (ungewichtet)	Männlich (N=1214)		Weiblich (N=1341)		Gesamtwert (N=2555)	
ALTER						
MW	49,29		49,89		49,61	
Std	18,27		18,05		18,15	
Spanne	14-97		14-90		14-97	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
b. 24 Jahre	133	10,96%	138	10,29%	271	10,61%
25-34 Jahre	168	13,84%	172	12,83%	340	13,31%
35-44 Jahre	186	15,32%	213	15,88%	399	15,62%
45-54 Jahre	237	19,52%	261	19,46%	498	19,49%
55-64 Jahre	201	16,56%	228	17,00%	429	16,79%
65-74 Jahre	190	15,65%	201	14,99%	391	15,30%
ab 75 Jahre	99	8,15%	128	9,55%	227	8,88%
deutsch	1150	94,73%	1299	96,87%	2449	95,85%
nicht deutsch	64	5,27%	42	3,13%	106	4,15%
West	962	79,24%	1093	81,51%	2055	80,43%
Ost	252	20,76%	248	18,49%	500	19,57%
S5 Welchen Familienstand haben Sie?						
verheiratet zusammen lebend	620	51,07%	621	46,31%	1241	48,57%
verheiratet getrennt lebend	12	,99%	29	2,16%	41	1,60%
ledig	370	30,48%	287	21,40%	657	25,71%
geschieden	127	10,46%	181	13,50%	308	12,05%
verwitwet	85	7,00%	223	16,63%	308	12,05%
Partnerschaft						
leben mit Partner zusammen	723	59,90%	719	54,06%	1442	56,84%
leben nicht mit Partner zusammen	484	40,10%	611	45,94%	1095	43,16%
S8 Welchen Schulabschluss haben Sie?						
ohne Haupt-/Volksschulabschluss	25	2,07%	37	2,77%	62	2,44%
Haupt-/Volksschulabschluss	460	38,14%	533	39,96%	993	39,09%
Mittlere Reife/ Realschulabschluss	327	27,11%	416	31,18%	743	29,25%
Abschluss der POS (10. Klasse)	70	5,80%	91	6,82%	161	6,34%
FS-Abschluss (ohne Anerkennung)	52	4,31%	46	3,45%	98	3,86%
Abitur ohne abgeschl.Studium	117	9,70%	96	7,20%	213	8,39%
abgeschl.Uni-/ Hoch- bzw. FHS-studium	119	9,87%	84	6,30%	203	7,99%
Schüler(in) einer allg. Schule	34	2,82%	31	2,32%	65	2,56%
Förderschule	2	,17%			2	,08%
Beruf						
noch nie berufstätig	3	,28%	38	3,10%	41	1,78%
Arbeiter	84	7,78%	49	3,99%	133	5,77%
Facharbeiter	1	,09%	1	,08%	2	,09%
freie Berufe	58	5,38%	28	2,28%	86	3,73%
Selbständige	359	33,27%	849	69,19%	1208	52,39%
Angestellte	509	47,17%	236	19,23%	745	32,31%
Beamte	65	6,02%	26	2,12%	91	3,95%
Erwerbstätigkeit						
vollzeit-erwerb. ab 35 h	606	49,92%	387	28,92%	993	38,91%
teilzeit-erwerb. 15 bis 34 h	21	1,73%	174	13,00%	195	7,64%
stundenweise erwerbstätig	7	,58%	67	5,01%	74	2,90%
Wehr-/Zivildienst./Mutterschafts-/ Erziehungsurlaub			10	,75%	10	,39%
z.Z. arbeitslos/in O-Kurzarbeit	96	7,91%	83	6,20%	179	7,01%
Rentner/Pensionär/im Vorruhestand	363	29,90%	421	31,46%	784	30,72%
nicht berufstätig: z.B. Hausfrau/-mann	4	,33%	106	7,92%	110	4,31%
in Berufsausb. (auch FS f.gew.Berufe)	34	2,80%	28	2,09%	62	2,43%
in Schulausbildung (auch Uni,HS)	83	6,84%	62	4,63%	145	5,68%
HAUSEINK						
weniger als 750 Euro/Monat	79	6,68%	56	4,32%	135	5,45%
750 bis < 1250 Euro/Monat	151	12,77%	306	23,59%	457	18,43%
1250 bis < 2000 Euro/Monat	367	31,05%	366	28,22%	733	29,57%
ab 2000 Euro/Monat	585	49,49%	569	43,87%	1154	46,55%
Kirchenzugehörigkeit						
nein	317	26,59%	255	19,51%	572	22,89%
ja	875	73,41%	1052	80,49%	1927	77,11%

Tab. 5.2: Ungewichtete soziodemographische Daten aller Befragten, West-Ost-Vergleich

REP 19 - alle (ungewichtet)	West (N=2055)		Ost (N=500)		Gesamtwert (N=2555)	
ALTER						
MW	48,64		53,56		49,61	
Std	18,09		17,87		18,15	
Spanne	14-97		14-91		14-97	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
b. 24 Jahre	235	11,44%	36	7,20%	271	10,61%
25-34 Jahre	283	13,77%	57	11,40%	340	13,31%
35-44 Jahre	329	16,01%	70	14,00%	399	15,62%
45-54 Jahre	420	20,44%	78	15,60%	498	19,49%
55-64 Jahre	341	16,59%	88	17,60%	429	16,79%
65-74 Jahre	276	13,43%	115	23,00%	391	15,30%
ab 75 Jahre	171	8,32%	56	11,20%	227	8,88%
Männlich	962	46,81%	252	50,40%	1214	47,51%
Weiblich	1093	53,19%	248	49,60%	1341	52,49%
deutsch	1951	94,94%	498	99,60%	2449	95,85%
nicht deutsch	104	5,06%	2	,40%	106	4,15%
S5 Welchen Familienstand haben Sie?						
verheiratet zusammen lebend	971	47,25%	270	54,00%	1241	48,57%
verheiratet getrennt lebend	35	1,70%	6	1,20%	41	1,60%
ledig	556	27,06%	101	20,20%	657	25,71%
geschieden	255	12,41%	53	10,60%	308	12,05%
verwitwet	238	11,58%	70	14,00%	308	12,05%
Partnerschaft						
leben mit Partner zusammen	1137	55,71%	305	61,49%	1442	56,84%
leben nicht mit Partner zusammen	904	44,29%	191	38,51%	1095	43,16%
S8 Welchen Schulabschluss haben Sie?						
ohne Haupt-/Volksschulabschluss	54	2,64%	8	1,61%	62	2,44%
Haupt-/Volksschulabschluss	848	41,51%	145	29,18%	993	39,09%
Mittlere Reife/ Realschulabschluss	674	32,99%	69	13,88%	743	29,25%
Abschluss der POS (10. Klasse)	16	,78%	145	29,18%	161	6,34%
FS-Abschluss (ohne Anerkennung)	66	3,23%	32	6,44%	98	3,86%
Abitur ohne abgeschl. Studium	178	8,71%	35	7,04%	213	8,39%
abgeschl. Uni-/ Hoch- bzw. FHS-studium	145	7,10%	58	11,67%	203	7,99%
Schüler(in) einer allg. Schule	60	2,94%	5	1,01%	65	2,56%
Förderschule	2	,10%			2	,08%
Beruf						
noch nie berufstätig	39	2,10%	2	,44%	41	1,78%
Arbeiter	105	5,67%	28	6,18%	133	5,77%
Facharbeiter	2	,11%			2	,09%
freie Berufe	70	3,78%	16	3,53%	86	3,73%
Selbständige	992	53,53%	216	47,68%	1208	52,39%
Angestellte	560	30,22%	185	40,84%	745	32,31%
Beamte	85	4,59%	6	1,32%	91	3,95%
Erwerbstätigkeit						
vollzeit-erwerbst. ab 35 h	848	41,31%	145	29,06%	993	38,91%
teilzeit-erwerbst. 15 bis 34 h	163	7,94%	32	6,41%	195	7,64%
stundenweise erwerbstätig	62	3,02%	12	2,40%	74	2,90%
Wehr-/Zivildienst./Mutterschafts-/ Erziehungsurlaub	10	,49%			10	,39%
z.Z. arbeitslos/in 0-Kurzarbeit	119	5,80%	60	12,02%	179	7,01%
Rentner/Pensionär/im Vorruhestand	574	27,96%	210	42,08%	784	30,72%
nicht berufstätig: z.B. Hausfrau/-mann	103	5,02%	7	1,40%	110	4,31%
in Berufsausb. (auch FS f.gew.Berufe)	55	2,68%	7	1,40%	62	2,43%
in Schulausbildung (auch Uni,HS)	119	5,80%	26	5,21%	145	5,68%
HAUSEINK						
weniger als 750 Euro/Monat	86	4,31%	49	10,10%	135	5,45%
750 bis < 1250 Euro/Monat	341	17,10%	116	23,92%	457	18,43%
1250 bis < 2000 Euro/Monat	552	27,68%	181	37,32%	733	29,57%
ab 2000 Euro/Monat	1015	50,90%	139	28,66%	1154	46,55%
Kirchenzugehörigkeit						
nein	287	14,17%	285	60,25%	572	22,89%
ja	1739	85,83%	188	39,75%	1927	77,11%

Tab. 5.3: Ungewichtete soziodemographische Daten aller deutschen Befragten, Geschlechter-Vergleich

REP 19 - alle Deutschen (ungewichtet)	Männlich (N=1150)		Weiblich (N=1299)		Gesamtwert (N=2449)	
ALTER						
MW	49,74		50,21		49,99	
Std	18,43		18,01		18,21	
Spanne	14-97		14-90		14-97	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
b. 24 Jahre	126	10,96%	132	10,16%	258	10,53%
25-34 Jahre	157	13,65%	158	12,16%	315	12,86%
35-44 Jahre	164	14,26%	204	15,70%	368	15,03%
45-54 Jahre	225	19,57%	255	19,63%	480	19,60%
55-64 Jahre	191	16,61%	226	17,40%	417	17,03%
65-74 Jahre	188	16,35%	198	15,24%	386	15,76%
ab 75 Jahre	99	8,61%	126	9,70%	225	9,19%
West	900	78,26%	1051	80,91%	1951	79,67%
Ost	250	21,74%	248	19,09%	498	20,33%
S5 Welchen Familienstand haben Sie?						
verheiratet zusammen lebend	584	50,78%	598	46,04%	1182	48,26%
verheiratet getrennt lebend	9	,78%	29	2,23%	38	1,55%
ledig	352	30,61%	277	21,32%	629	25,68%
geschieden	122	10,61%	175	13,47%	297	12,13%
verwitwet	83	7,22%	220	16,94%	303	12,37%
Partnerschaft						
leben mit Partner zusammen	685	59,93%	694	53,88%	1379	56,73%
leben nicht mit Partner zusammen	458	40,07%	594	46,12%	1052	43,27%
S8 Welchen Schulabschluss haben Sie?						
ohne Haupt-/Volksschulabschluss	16	1,40%	25	1,93%	41	1,68%
Haupt-/Volksschulabschluss	424	37,10%	518	40,09%	942	38,69%
Mittlere Reife/ Realschulabschluss	319	27,91%	409	31,66%	728	29,90%
Abschluss der POS (10. Klasse)	70	6,12%	91	7,04%	161	6,61%
FS-Abschluss (ohne Anerkennung)	50	4,37%	45	3,48%	95	3,90%
Abitur ohne abgeschl.Studium	112	9,80%	93	7,20%	205	8,42%
abgeschl.Uni-/ Hoch- bzw. FHS-studium	118	10,32%	81	6,27%	199	8,17%
Schüler(in) einer allg. Schule	33	2,89%	30	2,32%	63	2,59%
Förderschule	1	,09%			1	,04%
Beruf						
noch nie berufstätig	3	,29%	31	2,61%	34	1,54%
Arbeiter	75	7,35%	47	3,95%	122	5,52%
Facharbeiter	1	,10%	1	,08%	2	,09%
freie Berufe	57	5,59%	27	2,27%	84	3,80%
Selbständige	351	34,41%	833	70,06%	1184	53,60%
Angestellte	469	45,98%	224	18,84%	693	31,37%
Beamte	64	6,27%	26	2,19%	90	4,07%
Erwerbstätigkeit						
vollzeit-erwerbst. ab 35 h	563	48,96%	380	29,30%	943	38,54%
teilzeit-erwerbst. 15 bis 34 h	21	1,83%	166	12,80%	187	7,64%
stundenweise erwerbstätig	5	,43%	65	5,01%	70	2,86%
Wehr-/Zivildienst./Mutterschafts-/ Erziehungsurlaub						
			8	,62%	8	,33%
z.Z. arbeitslos/in 0-Kurzarbeit	89	7,74%	77	5,94%	166	6,78%
Rentner/Pensionär/im Vorruhestand	357	31,04%	415	32,00%	772	31,55%
nicht berufstätig: z.B. Hausfrau/-mann	3	,26%	99	7,63%	102	4,17%
in Berufsausb. (auch FS f.gew.Berufe)	34	2,96%	27	2,08%	61	2,49%
in Schulausbildung (auch Uni,HS)	78	6,78%	60	4,63%	138	5,64%
HAUSEINK						
weniger als 750 Euro/Monat	75	6,71%	53	4,22%	128	5,39%
750 bis < 1250 Euro/Monat	142	12,70%	295	23,51%	437	18,42%
1250 bis < 2000 Euro/Monat	347	31,04%	350	27,89%	697	29,37%
ab 2000 Euro/Monat	554	49,55%	557	44,38%	1111	46,82%
Kirchenzugehörigkeit						
nein	309	27,39%	249	19,68%	558	23,32%
ja	819	72,61%	1016	80,32%	1835	76,68%

Tab. 5.4: Ungewichtete soziodemographische Daten aller deutschen Befragten, West-Ost-Vergleich

REP 19 - alle Deutschen (ungewichtet)	West (N=1951)		Ost (N=498)		Gesamtwert (N=2449)	
ALTER						
MW	49,07		53,62		49,99	
Std	18,18		17,88		18,21	
Spanne	14-97		14-91		14-97	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
b. 24 Jahre	222	11,38%	36	7,23%	258	10,53%
25-34 Jahre	258	13,22%	57	11,45%	315	12,86%
35-44 Jahre	300	15,38%	68	13,65%	368	15,03%
45-54 Jahre	402	20,60%	78	15,66%	480	19,60%
55-64 Jahre	329	16,86%	88	17,67%	417	17,03%
65-74 Jahre	271	13,89%	115	23,09%	386	15,76%
ab 75 Jahre	169	8,66%	56	11,24%	225	9,19%
Männlich	900	46,13%	250	50,20%	1150	46,96%
Weiblich	1051	53,87%	248	49,80%	1299	53,04%
S5 Welchen Familienstand haben Sie?						
verheiratet zusammen lebend	913	46,80%	269	54,02%	1182	48,26%
verheiratet getrennt lebend	33	1,69%	5	1,00%	38	1,55%
ledig	528	27,06%	101	20,28%	629	25,68%
geschieden	244	12,51%	53	10,64%	297	12,13%
verwitwet	233	11,94%	70	14,06%	303	12,37%
Partnerschaft						
leben mit Partner zusammen	1076	55,55%	303	61,34%	1379	56,73%
leben nicht mit Partner zusammen	861	44,45%	191	38,66%	1052	43,27%
S8 Welchen Schulabschluss haben Sie?						
ohne Haupt-/Volksschulabschluss	33	1,70%	8	1,62%	41	1,68%
Haupt-/Volksschulabschluss	798	41,13%	144	29,09%	942	38,69%
Mittlere Reife/ Realschulabschluss	659	33,97%	69	13,94%	728	29,90%
Abschluss der POS (10. Klasse)	16	,82%	145	29,29%	161	6,61%
FS-Abschluss (ohne Anerkennung)	64	3,30%	31	6,26%	95	3,90%
Abitur ohne abgeschl.Studium	170	8,76%	35	7,07%	205	8,42%
abgeschl.Uni-/ Hoch- bzw. FHS-studium	141	7,27%	58	11,72%	199	8,17%
Schüler(in) einer allg. Schule	58	2,99%	5	1,01%	63	2,59%
Förderschule	1	,05%			1	,04%
Beruf						
noch nie berufstätig	32	1,82%	2	,44%	34	1,54%
Arbeiter	94	5,35%	28	6,21%	122	5,52%
Facharbeiter	2	,11%			2	,09%
freie Berufe	68	3,87%	16	3,55%	84	3,80%
Selbständige	969	55,12%	215	47,67%	1184	53,60%
Angestellte	509	28,95%	184	40,80%	693	31,37%
Beamte	84	4,78%	6	1,33%	90	4,07%
Erwerbstätigkeit						
vollzeit-erwerbst. ab 35 h	799	40,97%	144	28,97%	943	38,54%
teilzeit-erwerbst. 15 bis 34 h	155	7,95%	32	6,44%	187	7,64%
stundenweise erwerbstätig	59	3,03%	11	2,21%	70	2,86%
Wehr-/Zivildienst./Mutterschafts-/ Erziehungsurlaub	8	,41%			8	,33%
z.Z. arbeitslos/in 0-Kurzarbeit	106	5,44%	60	12,07%	166	6,78%
Rentner/Pensionär/im Vorruhestand	562	28,82%	210	42,25%	772	31,55%
nicht berufstätig: z.B. Hausfrau/-mann	95	4,87%	7	1,41%	102	4,17%
in Berufsausb. (auch FS f.gew.Berufe)	54	2,77%	7	1,41%	61	2,49%
in Schulausbildung (auch Uni,HS)	112	5,74%	26	5,23%	138	5,64%
HAUSEINK						
weniger als 750 Euro/Monat	79	4,18%	49	10,14%	128	5,39%
750 bis < 1250 Euro/Monat	321	16,98%	116	24,02%	437	18,42%
1250 bis < 2000 Euro/Monat	517	27,35%	180	37,27%	697	29,37%
ab 2000 Euro/Monat	973	51,48%	138	28,57%	1111	46,82%
Kirchenzugehörigkeit						
nein	274	14,26%	284	60,30%	558	23,32%
ja	1648	85,74%	187	39,70%	1835	76,68%

10.1.2 Ergänzungen zu Kapitel 6

Abb. 6.1: Fragebogen Niedergelassene Psychotherapeuten

Sehr geehrte Damen und Herren ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen,

Anfang 2011 hat die Bundesärztekammer (BÄK) die Expertise „Spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie“ ausgeschrieben.

Ein Konsortium von KollegInnen in Ostdeutschland (Prof. Dr. med. Harald Freyberger, Stralsund), Süddeutschland (Prof. Dr. med. Renate Schepker, Ravensburg) und dem Münsterland (Prof. Dr. med. Gereon Heuft, Münster) erhielt für den Ansatz, zu dieser Frage eine regional flächendeckende Vollerhebung bei niedergelassenen PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen durchzuführen, den Zuschlag.

Als regionales Studienzentrum bitten wir Sie herzlich, sich einige Minuten Zeit zu nehmen für den beigefügten Fragebogen. Möglicherweise erhalten Sie relativ zeitgleich denselben Fragebogen per E-mail über den Verteiler des Psychotherapeutennetzwerkes; in dem Fall haben Sie die Wahl, online oder auf Papier zu antworten. Bitte füllen Sie aber nur einen einzigen Fragebogen aus und senden ihn uns an die am Ende des Bogens genannte Adresse zurück.

Die Fragen werden so gestellt, dass keine „vorab-Tendenz“ nahe gelegt wird - es geht um eine tatsächliche Bestandsaufnahme, wo die etwaigen Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei der Ausübung der Profession Psychotherapie durch die angesprochenen Berufsgruppen aus Ihrer Sicht liegen.

Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme freiwillig. Die Bögen werden, auf welchem Wege auch immer sie uns erreichen, sofort anonymisiert. Alle Datenschutzbestimmungen werden eingehalten. Ein positives Votum der Ethik-Kommission Westfalen-Lippe liegt vor.

Auf Wunsch stehe ich als regional Verantwortlicher gerne für Rückfragen zur Verfügung.

In der Hoffnung, dass Sie den Bogen möglichst umgehend zurücksenden können (bitte spätestens innerhalb von 4 Wochen), grüße ich freundlich.

Prof. Dr. Gereon Heuft

[adaptiert an die Standorte:]

Projektverantwortlicher:

Univ.-Prof. Dr. G. Heuft
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Münster
Domagkstr. 22
48149 Münster
Tel.: 0251-83 52 901
Fax: 0251-83 52 903
Email: heuftge@ukmuenster.de

Fragebogen zur Erfassung möglicher Spezifika Ärztlicher Psychotherapie aus der Perspektive von ÄrztInnen und PsychologInnen

Sehr geehrte TeilnehmerInnen,
im Folgenden finden Sie Fragen zu unterschiedlichen Thematiken der Ärztlichen Psychotherapie. Diese sollen durch einfache Markierung mit einem Kreuz pro Frage/Aussage beantwortet werden. Zudem haben Sie die Möglichkeit, in Kommentar-Feldern zusätzliche, in den jeweiligen Fragen nicht berücksichtigte Aspekte aufzuführen.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. Fragen zur Ärztlichen Psychotherapie allgemein					
<i>In einem gut strukturierten Versorgungssystem kann auf Ärztliche Psychotherapie zunehmend verzichtet werden...</i>	Stimmt nicht	Stimmt wenig	Stimmt teils-teils	Stimmt ziemlich	Stimmt sehr
in der Differenzialdiagnostik und Stellung der differenziellen Therapieindikation.	<input type="checkbox"/>				
im psychotherapeutischen/-somatischen Konsiliardienst in Kliniken, Altersheimen, Jugendhilfe etc.	<input type="checkbox"/>				
in der Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie.	<input type="checkbox"/>				
in der psychotherapeutischen Behandlung psychosomatischer Störungen (z. B. somatoformer Schmerzstörungen).	<input type="checkbox"/>				
in der psychotherapeutischen Behandlung psychiatrischer Störungen (z. B. schizophrener Störungen).	<input type="checkbox"/>				
in der medikamentösen Behandlung psychischer Störungen.	<input type="checkbox"/>				
in der Frühintervention nach Traumatisierung.	<input type="checkbox"/>				
bei etablierten Behandlungspfaden.	<input type="checkbox"/>				
<i>Künftig sollte jeder Arzt, unabhängig von der Fachrichtung,</i>					
Intervention im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung beherrschen.	<input type="checkbox"/>				
auf zumindest begrenzte Selbsterfahrung zurückgreifen können.	<input type="checkbox"/>				
sich kontinuierlich supervidieren lassen.	<input type="checkbox"/>				
Kommentar:					

2. Fragen bezüglich der Ärztlichen Psychotherapie für bestimmte Patientengruppen					
<i>Der Ärztliche Psychotherapeut ist für Patienten...</i>	verzichtbar		wünschens- wert	erforderlich	
die ein organisches Störungskonzept haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
die unter einer organischen Erkrankung neben der psychischen/ psychosomatischen Störung leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
die unter psychischen Faktoren, die auf eine organisch definierte Erkrankung einwirken, leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
die in der Interaktion „schwierig“/„schwer zu führen“ sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
mit psychoonkologischen Fragestellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bei schizophrenen/anderen psychotischen Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bei psychosomatischen Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bei gleichzeitiger psychopharmakologischer Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bei hirnorganischen Störungen (z. B. demenzielle Prozesse; nach Eingriffen/Schädigungen am Gehirn etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bei (rezidivierender) Suizidgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bei akut Traumatisierten mit Körperverletzungen (z. B. nach Überfall; Unfall; Verbrennung; Suizid etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bei akut Traumatisierten ohne Körperverletzung (z. B. nach Überfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nach Belastungserfahrungen mit medizinischem Kontext (z. B. nach plötzlichem Kindstod, Verlust eines Angehörigen durch Krebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nach Belastungserfahrungen ohne medizinischen Kontext (z. B. nach Scheidung; Arbeitsplatzverlust etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Ärztliche Kompetenz in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen ist besonders gefragt bei</u>	Stimmt nicht	Stimmt wenig	Stimmt teils-teils	Stimmt ziemlich	Stimmt sehr
Kleinkindbehandlung	<input type="checkbox"/>				
Eltern-Kind-Behandlung unter 5 Jahren	<input type="checkbox"/>				
Eltern-Kind-Behandlung über 5 Jahren	<input type="checkbox"/>				
Körperbehinderung	<input type="checkbox"/>				
Intelligenzminderung	<input type="checkbox"/>				
Teilleistungsstörung	<input type="checkbox"/>				
Anorexia nervosa mit vitaler Gefährdung	<input type="checkbox"/>				
Anorexia nervosa ohne vitale Gefährdung	<input type="checkbox"/>				
Suchterkrankungen	<input type="checkbox"/>				
psychopharmakologischer Behandlung	<input type="checkbox"/>				
psychischen Problemen von chronisch körperlich Erkrankten (z. B. Diabetiker; Dialysepflichtige; Herzranke)	<input type="checkbox"/>				
akuten Traumatisierungen mit Körperverletzung (z. B. nach Unfall; Verbrennung etc.)	<input type="checkbox"/>				
akuten Traumatisierungen ohne Körperverletzung (z. B. nach Verlust einer Bezugsperson etc.)	<input type="checkbox"/>				
somatoforme Störung des Kindes- und Jugendalters	<input type="checkbox"/>				
psychoonkologische Fragestellungen in der Kinderonkologie	<input type="checkbox"/>				
Kommentar:					

3. Fragen zu Patientengruppen mit speziellen Beschwerdebildern					
<i>Bitte kreuzen Sie an, ob Sie Patienten mit folgenden Beschwerden eher in psychotherapeutischer Behandlung bei einem Ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten sehen.</i>					
	Arzt		neutral		Pth/KJPth
organisch bedingte psychische Störungen	<input type="checkbox"/>				
Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit	<input type="checkbox"/>				
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	<input type="checkbox"/>				
manische Störung / bipolare Störung im Intervall	<input type="checkbox"/>				
depressive Störungen	<input type="checkbox"/>				
Ängste	<input type="checkbox"/>				
Zwänge	<input type="checkbox"/>				
belastende Lebensereignisse	<input type="checkbox"/>				
somatoforme Schmerzstörung	<input type="checkbox"/>				
Essstörung	<input type="checkbox"/>				
Schlafstörung	<input type="checkbox"/>				
sexuelle Funktionsstörung	<input type="checkbox"/>				
funktionelle bzw. dissoziative Körpersymptome	<input type="checkbox"/>				
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	<input type="checkbox"/>				
psychische Krise nach beruflicher Überlastung (Burn-out)	<input type="checkbox"/>				
Bewältigung körperlicher Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus etc.)	<input type="checkbox"/>				
Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend:					
Hyperkinetische Störung	<input type="checkbox"/>				
Störung des Sozialverhaltens	<input type="checkbox"/>				
emotionale Störung	<input type="checkbox"/>				
Ticstörung	<input type="checkbox"/>				
Autismus-Spektrum-Störungen	<input type="checkbox"/>				
Bewältigung körperlicher Krankheiten (z. B. onkologische Erkrankungen etc.)	<input type="checkbox"/>				
Kommentar:					

4. Berufspolitische Fragen

Bitte kreuzen Sie an, welche Bedeutung Ihrer Meinung nach die folgenden Voraussetzungen für die Zukunft der Ärztlichen Psychotherapie haben.

	unbedeutend		neutral	entscheidend	
Ärztemangel	<input type="checkbox"/>				
Ausbildungsbedingungen der Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/>				
Aus- bzw. Weiterbildungsbedingungen psychotherapeutisch tätiger Fachärzte	<input type="checkbox"/>				
Wartezeiten bei psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen als Anhaltspunkt für relativen Psychotherapeutenmangel	<input type="checkbox"/>				
Bevölkerungsprognosen	<input type="checkbox"/>				
Juristische Strukturen (z. B. Haftungsrecht im Krankenhaus)	<input type="checkbox"/>				
Morbiditätsspektrum der Patienten	<input type="checkbox"/>				
Voraussetzungen der Richtlinienpsychotherapie/ Antragsverfahren	<input type="checkbox"/>				
Bedarfsplanung für Ärzte und Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/>				
Strukturen der Gesundheitsversorgung (z. B. IV-Verträge, Selektivverträge, Behandlungspfade, sektorübergreifende Versorgungsmodelle)	<input type="checkbox"/>				
Kommentar:					

5. Ist eine Arbeitsteilung zwischen Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten denkbar und realisierbar?

<input type="checkbox"/> Ja	Inwiefern?
<input type="checkbox"/> Nein	Wieso nicht?

6. Welche Patienten/Patientengruppe überweisen oder empfehlen Sie ggf. bevorzugt an niedergelassene Ärztliche bzw. Psychologische Kollegen? Warum?

An ärztliche Psychotherapeuten:

An psychologische Psychotherapeuten /KJPth:

7. Fragen zu Ihrer persönlichen und fachlichen Situation

Alter	<input type="text"/> Jahre
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Jahre der klinischen Berufserfahrung	<input type="checkbox"/> < 2 Jahre <input type="checkbox"/> 2-5 Jahre <input type="checkbox"/> 5-10 Jahre <input type="checkbox"/> > 10 Jahre
Beruf (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Arzt mit Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ <input type="checkbox"/> Facharzt für Psychiatrie/Nervenheilkunde <input type="checkbox"/> Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie / Facharzt für psychotherapeutische Medizin <input type="checkbox"/> Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut <input type="checkbox"/> keine von den Kammern anerkannte psychotherapeutische Aus- oder Weiterbildung
Ihr Behandlungsangebot liegt in einer	<input type="checkbox"/> kleinen Ortschaft (bis 5.000 EW) <input type="checkbox"/> Kleinstadt (5.001 – 20.000 EW) <input type="checkbox"/> Mittelstadt (20.001 – 100.000 EW) <input type="checkbox"/> Großstadt (> 100.000 EW)
Ort der Berufsausübung:	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> anderer Kontext (z. B. Beratungsstelle etc.)
Wie viele Patienten haben Sie im letzten Jahr mit mindestens 1 Gespräch (Mindestdauer 20 Min.) behandelt?	N = <input type="text"/>

Welche Dauer haben Ihre Therapien (RL-Therapien und ggf. andere Interventionen) gewöhnlich? Bitte schätzen Sie den prozentualen Anteil ein (bezogen auf das letzte Kalenderjahr):	<input type="checkbox"/> < 15 Stunden <input type="checkbox"/> 15 – 25 Stunden <input type="checkbox"/> 26 – 50 Stunden <input type="checkbox"/> 51 – 80 Stunden <input type="checkbox"/> 81 – 160 Stunden <input type="checkbox"/> > 160 Stunden
Verfahrensschwerpunkt Ihrer psychotherapeutischen Arbeit:	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie <input type="checkbox"/> systemische Psychotherapie <input type="checkbox"/> Kombination mehrerer Psychotherapie-Verfahren <input type="checkbox"/> anderes Psychotherapie-Verfahren
Wie viele Patienten wurden psychopharmakologisch (mit-)behandelt?	<input type="text"/> %
Wie viele Patienten bedurften parallel einer zusätzlichen somatischen Behandlung (wg. Diabetes mellitus, Bluthochdruck etc.)?	<input type="text"/> %
Bitte schätzen Sie (oder vergleichen ggf. in Ihrer Warteliste) für das Quartal IV-2011: Wie viele Wochen warteten Patienten auf den Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung (RL-Verfahren oder andere psychotherapeutische Interventionen)?	<input type="text"/> Wochen
Bieten Sie neben den geplanten psychotherapeutischen Gesprächsterminen eine Notfallsprechstunde/„ohne Termin-Sprechstunde“ an?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bitten Ihre Psychotherapiepatienten Sie um ärztliche Ratschläge zu Diagnostik und Therapie somatischer Beschwerden?	trifft zu trifft eher zu teils teils trifft eher nicht zu trifft nicht zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Selbstdefinition (nur von Ärzten zu beantworten)	<input type="checkbox"/> eher organmedizinisch tätig <input type="checkbox"/> eher psychotherapeutisch tätig <input type="checkbox"/> gleichermaßen tätig (z. B. psychosomatisch)

Vielen Dank für Ihre Mühen!

Rücksendung an: Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Frau Dipl.-Psych. S. Engbrink
48129 Münster

alternativ an: BAEK-Projekt@uk-muenster.de

Möglichkeit zu einem Kommentar zur Untersuchung:

Sehr geehrte Ärztinnen und Ärzte,

Anfang 2011 hat die Bundesärztekammer (BÄK) eine Expertise zur „Spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie“ ausgeschrieben. Um zusätzlich ein möglichst umfassendes Bild der Sichtweise von Klinik-ÄrztInnen zu erhalten, sollen auch Sie zu Ihrer Einschätzung zur o. g. Thematik befragt werden.

Ein Konsortium von KollegInnen in Ostdeutschland (Prof. Dr. med. Harald Freyberger, Stralsund), Süddeutschland (Prof. Dr. med. Renate Schepker, Ravensburg) und dem Münsterland (Prof. Dr. med. Gereon Heuft, Münster) erhielt für den Ansatz, zu dieser Frage eine regional flächendeckende Vollerhebung bei niedergelassenen PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen durchzuführen, den Zuschlag.

Als regionales Studienzentrum bitten wir Sie herzlich, sich einige Minuten Zeit zu nehmen für den Bogen, den Sie bitte unmittelbar wieder zurückgeben können.

Die Fragen werden so gestellt, dass keine „vorab-Tendenz“ nahe gelegt wird - es geht um eine tatsächliche Bestandsaufnahme, wo die etwaigen Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei der Ausübung der Profession Psychotherapie durch die angesprochenen Berufsgruppen aus Ihrer Sicht liegen.

Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme freiwillig. Die Bögen sind anonymisiert. Alle Datenschutzbestimmungen werden eingehalten.

Auf Wunsch stehe ich als regional Verantwortlicher gerne für Rückfragen zur Verfügung.

In der Hoffnung auf Ihre Kooperationsbereitschaft grüße ich freundlich.

Prof. Dr. Gereon Heuft

[adaptiert an die Standorte:]

Anschrift:

Univ.-Prof. Dr. G. Heuft
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Münster
Domagkstr. 22
48149 Münster
Tel.: 0251-83 52 901
Fax: 0251-83 52 903
Email: heuftge@ukmuenster.de

Fragebogen zur Erfassung möglicher Spezifika Ärztlicher Psychotherapie aus der Perspektive von KrankenhausärztInnen

Sehr geehrte TeilnehmerInnen,

im Folgenden finden Sie Fragen zu unterschiedlichen Thematiken der Ärztlichen Psychotherapie. Diese sollen durch einfache Markierung mit einem Kreuz pro Frage/Aussage beantwortet werden. Zudem haben Sie die Möglichkeit, in den jeweiligen Fragen nicht berücksichtigte Aspekte als Freitextkommentare aufzuführen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. Fragen zur Ärztlichen Psychotherapie allgemein					
<i>In einem gut strukturierten Versorgungssystem kann auf Ärztliche Psychotherapie zunehmend verzichtet werden...</i>	Stimmt nicht	Stimmt wenig	Stimmt teils-teils	Stimmt ziemlich	Stimmt sehr
in der Differenzialdiagnostik und Stellung der differenziellen Therapieindikation.	<input type="checkbox"/>				
im psychotherapeutischen/-somatischen Konsiliardienst.	<input type="checkbox"/>				
in der Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie.	<input type="checkbox"/>				
in der psychotherapeutischen Behandlung psychosomatischer Störungen (z. B. somatoformer Schmerzstörungen).	<input type="checkbox"/>				
in der psychotherapeutischen Behandlung psychiatrischer Störungen (z. B. schizophrener Störungen).	<input type="checkbox"/>				
in der medikamentösen Behandlung psychischer Störungen.	<input type="checkbox"/>				
in der Frühintervention nach Traumatisierung.	<input type="checkbox"/>				
im Liaisondienst / im Rahmen integrierter Mitbehandlung.	<input type="checkbox"/>				
bei der Beratung im Kontext besonderer medizinischer Konfliktbereiche (assistierte Reproduktion und PID/PND; Transplantationsmedizin; Sterbebegleitung etc.).	<input type="checkbox"/>				
<i>Künftig sollte jeder Arzt, unabhängig von der Fachrichtung,</i>					
Intervention im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung beherrschen.	<input type="checkbox"/>				
auf zumindest begrenzte Selbsterfahrung zurückgreifen können.	<input type="checkbox"/>				
sich kontinuierlich supervidieren lassen.	<input type="checkbox"/>				
selbst grundlegende Kompetenzen zur Leitung und Supervision multiprofessioneller Stationsteam besitzen.	<input type="checkbox"/>				
Techniken des Konfliktmanagements und Deeskalationsstrategien in Problemfällen beherrschen.	<input type="checkbox"/>				
die Indikation zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Mitbeurteilung sicher stellen können.	<input type="checkbox"/>				
Kommentar:					

2. Fragen bezüglich der Ärztlichen Psychotherapie für bestimmte Patientengruppen					
Der ärztliche Psychotherapeut ist für Patienten...	verzichtbar	wünschens- wert	erforderlich		
die ein organisches Störungskonzept haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
die unter einer organischen Erkrankung neben der psychischen/psychosomatischen Störung leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
die unter psychischen Faktoren, die auf eine organisch definierte Erkrankung einwirken, leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
die in der Interaktion „schwierig“/„schwer zu führen“ sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
mit psychoonkologischen Fragestellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
bei schizophrenen/anderen psychotischen Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
bei psychosomatischen Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
bei gleichzeitiger psychopharmakologischer Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
bei hirnorganischen Störungen (z. B. demenzielle Prozesse; nach Eingriffen/Schädigungen am Gehirn etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
bei (rezidivierender) Suizidgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
bei akut Traumatisierten mit Körperverletzungen (z. B. nach Überfall; Unfall; Verbrennung; Suizid etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
bei akut Traumatisierten ohne Körperverletzung (z. B. nach Überfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
nach Belastungserfahrungen mit med. Kontext (z. B. nach plötzlichem Kindstod, Verlust eines Angehörigen durch Krebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
nach Belastungserfahrungen ohne medizinischen Kontext (z. B. Scheidung; Arbeitsplatzverlust, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ärztliche Kompetenz in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen ist besonders gefragt bei					
	Stimmt nicht	Stimmt wenig	Stimmt teils-teils	Stimmt ziemlich	Stimmt sehr
Kleinkindbehandlung	<input type="checkbox"/>				
Eltern-Kind-Behandlung unter 5 Jahren	<input type="checkbox"/>				
Eltern-Kind-Behandlung über 5 Jahren	<input type="checkbox"/>				
Körperbehinderung	<input type="checkbox"/>				
Intelligenzminderung	<input type="checkbox"/>				
Teilleistungsstörung	<input type="checkbox"/>				
Anorexia nervosa mit vitaler Gefährdung	<input type="checkbox"/>				
Anorexia nervosa ohne vitale Gefährdung	<input type="checkbox"/>				
Suchterkrankungen	<input type="checkbox"/>				
psychopharmakologischer Behandlung	<input type="checkbox"/>				
psychischen Problemen von chronisch körperlich Erkrankten (z. B. Diabetiker; Dialysepflichtige; Herzranke)	<input type="checkbox"/>				
akuten Traumatisierungen mit Körperverletzung (z. B. nach Unfall; Verbrennung etc.)	<input type="checkbox"/>				
akuten Traumatisierungen ohne Körperverletzung (z. B. nach Überfall)	<input type="checkbox"/>				
somatoforme Störung des Kindes- und Jugendalters	<input type="checkbox"/>				
psychoonkologische Fragestellungen in der Kinderonkologie	<input type="checkbox"/>				
Kommentar:					

3. Fragen zu Patientengruppen mit speziellen Beschwerdebildern

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie Patienten mit folgenden Beschwerden eher in psychotherapeutischer Behandlung bei einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sehen.

	Arzt		neutral		PPth/KJPth
organisch bedingte psychische Störungen	<input type="checkbox"/>				
Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit	<input type="checkbox"/>				
depressive Störungen	<input type="checkbox"/>				
Ängste	<input type="checkbox"/>				
somatoforme Schmerzstörung	<input type="checkbox"/>				
Essstörung	<input type="checkbox"/>				
Schlafstörung	<input type="checkbox"/>				
sexuelle Funktionsstörung	<input type="checkbox"/>				
funktionelle bzw. dissoziative Körpersymptome	<input type="checkbox"/>				
Psychische Krise nach beruflicher Überlastung (Burn-out)	<input type="checkbox"/>				
Bewältigung körperlicher Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus etc.)	<input type="checkbox"/>				

Kommentar:

4. Welche Patienten/Patientengruppe stellen Sie bevorzugt einem ärztlichen bzw. psychologischen Kollegen des Klinikums vor?

Einem ärztlichen Kollegen:

Einem psychologischen Kollegen:

5. Welche Patienten/Patientengruppe überweisen oder empfehlen Sie ggf. bevorzugt an niedergelassene ärztliche bzw. psychologische Kollegen? Warum?

An Ärztliche Psychotherapeuten?

An Psychologische Psychotherapeuten/KJP?

6. Fragen zu den persönlichen Voraussetzungen	
Alter	<input type="text"/> Jahre
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Jahre der klinischen Tätigkeit	<input type="checkbox"/> <2 Jahre <input type="checkbox"/> 2-5 Jahre <input type="checkbox"/> 5-10 Jahre <input type="checkbox"/> >10 Jahre
Beruf	<input type="checkbox"/> Arzt in Weiterbildung zum Facharzt für <input type="checkbox"/> Facharzt für <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Innere Medizin <input type="checkbox"/> Gynäkologie und Geburtshilfe <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Pädiatrie <input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <input type="checkbox"/> Psychiatrie/Nervenheilkunde <input type="checkbox"/> anderes Fach
Üben Sie eine leitende Funktion (OA; Ltd. Arzt) aus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ggf. Verfahrensschwerpunkt Ihrer psychotherapeutischen Arbeit	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie <input type="checkbox"/> Systemische Psychotherapie <input type="checkbox"/> Kombination mehrerer Psychotherapie-Verfahren <input type="checkbox"/> anderes Psychotherapie-Verfahren
Wie viele Ihrer Patienten wurden psychopharmakologisch (mit-)behandelt? (ca. Prozentangabe)	<input type="text"/> %
Welche Berufsgruppen arbeiten mit Ihnen zusammen im Team?	<input type="checkbox"/> Pflegepersonal <input type="checkbox"/> ärztliches Personal <input type="checkbox"/> psychologische Psychotherapeuten <input type="checkbox"/> ärztliche Psychotherapeuten <input type="checkbox"/> Seelsorger <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter <input type="checkbox"/> Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten etc. <input type="checkbox"/> weitere
Selbstdefinition	<input type="checkbox"/> eher organmedizinisch tätig <input type="checkbox"/> eher psychotherapeutisch tätig <input type="checkbox"/> gleichermaßen tätig (z. B. psychosomatisch)

Vielen Dank für Ihre Mühen!

Möglichkeit zu einem Kommentar zur Untersuchung:

10.2 Synopse der Weiterbildungscurricula der Psych-Fächer und der fachgebundenen Psychotherapie am Beispiel der Ärztekammer Westfalen-Lippe

10.2.1 Ergänzungen zu Kapitel 4 (Tab. 4.4)

- s. nächste Seite -

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Weiterbildungsinhalte:

Strukturierte Weiterbildung im allgemeinen Psychiatrie-Teil
(Die strukturierten Weiterbildungsinhalte werden kontinuierlich an einer anerkannten Weiterbildungseinrichtung oder im Weiterbildungsverbund erworben.)

- Behandlung psychischer Krankheiten und Störungen mit der Definition von Behandlungszielen, der Indikationsstellung für verschiedene Behandlungsverfahren einschließlich Anwendungstechnik und Erfolgskontrolle sowie der Festlegung eines Behandlungsplanes, dabei sind insbesondere somato-, sozio- und psychotherapeutische Verfahren unter Einbeziehung der Bezugspersonen zu berücksichtigen

- sozialpsychiatrische Behandlung und Rehabilitation unter Berücksichtigung extramuraler, komplexer Versorgungsstrukturen, der Kooperation mit Jugendhilfe, Sozialhilfe und Schule

Psychiatrie und Psychotherapie

Weiterbildungsinhalte:

Strukturierte Weiterbildung im allgemeinen Psychiatrie-Teil
(Die strukturierten Weiterbildungsinhalte werden kontinuierlich an einer anerkannten Weiterbildungseinrichtung oder im Weiterbildungsverbund erworben.)

- 60 supervidierte und dokumentierte Erstuntersuchungen

- 60 Std. Fallseminar in allg. und spez. Psychopathologie mit Vorstellung von 10 Patienten

- 10 Std. Seminar über standardisierte Befunderhebung unter Anwendung von Fremd- und Selbstbeurteilungsskalen und Teilnahme an einem Fremdrater-Seminar

- Durchführung, Befundung und Dokumentation von 40 abgeschlossenen Therapien unter kontinuierlicher Supervision einschließlich des störungsspezifischen psychotherapeutischen Anteils der Behandlung

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Weiterbildungsinhalte:

- 16 Doppelstunden autogenes Training oder progressive Muskelentspannung oder Hypnose

- 10 Fälle Durchführung supportiver und psychoedukativer Therapien bei somatisch Kranken

- Grundlagen in der Verhaltenstherapie und psychodynamisch/tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

- 10 Kriseninterventionen unter Supervision

- 35 Doppelstunden Balintgruppenarbeit bzw. interaktionsbezogene Fallarbeit

- 20 Fälle psychosomatisch-psychotherapeutische Konsiliar- und Liaisonarbeit

- Theorievermittlung: 240 Stunden in psychodynamischer Theorie: Konflikttheorie, Ich-Psychologie, Objektbeziehungstheorie, Selbstpsychologie

Psychotherapie - fachgebunden -

Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung fachgebundene Psychotherapie sind integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Weiterbildungsinhalte:

Die Weiterbildung erfolgt entweder in der Grundorientierung psychodynamisch/tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder in Verhaltenstherapie.

Grundorientierung psychodynamischer/tiefenpsychologischer Psychotherapie:

Theoretische Weiterbildung

- 120 Stunden in Entwicklungspsychologie und Persönlichkeitslehre, Psychopharmakologie, allgemeine und spezielle Neurosenlehre, Tiefenpsychologie, Lernpsychologie, Psychodynamik der Familie und Gruppe, Psychopathologie, Grundlagen der psychiatrischen und psychosomatischen Krankheitsbilder, Einführung in die Technik der Erstuntersuchung, psychodiagnostische Testverfahren

<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostik und Therapie bei geistiger Behinderung - 60 supervidierte und dokumentierte Erstuntersuchungen unter Berücksichtigung biologisch-somatischer, psychologischer, psychodynamischer und sozialpsychiatrischer Gesichtspunkte und unter Beachtung einer diagnostischen Klassifikation und der Einbeziehung symptomatischer Erscheinungsformen sowie familiärer, epidemiologischer, schichtenspezifischer und transkultureller Gesichtspunkte - 10 Std. Seminar zur standardisierten Diagnostik - Methodik der psychologischen Testverfahren und der Beurteilung psychologischer und psychopathologischer Befunderhebung in der Entwicklungs-, Leistungs- und Persönlichkeitsdiagnostik (Durchführung von je 10 Testen) - Methodik neuropsychologischer Verfahren einschließlich Fremd- und Selbstbeurteilungsskalen - 40 Std. Fallseminar über Kontraindikation und Indikation medikamentöser Behandlungen und anderer somatischer Therapieverfahren in Wechselwirkung mit der Psycho- und Soziotherapie einschließlich praktischer Anwendungen - Gutachten zu Fragestellungen aus den Bereichen der Straf-, Zivil-, So- 	<ul style="list-style-type: none"> aus den Bereichen primär psychischer Erkrankungen, organisch bedingter psychischer Störungen und Suchterkrankungen - 40 Std. Fallseminar über die pharmakologischen und anderen somatischen Therapieverfahren einschließlich praktischer Anwendungen - 2-monatige Teilnahme an einer Angehörigengruppe unter Supervision - 40 Std. praxisorientiertes Seminar über Sozialpsychiatrie einschließlich somatischer, pharmakologischer und psychotherapeutischer Verfahren - Gutachten aus den Bereichen Sozial-, Zivil- und Strafrecht - 100 Std. Seminare, Kurse, Praktika und Fallseminare über theoretische Grundlagen der Psychotherapie insbesondere allgemeine und spezielle Neurosenlehre, Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologie, Lernpsychologie und Tiefenpsychologie, Dynamik der Gruppe und Familie, Gesprächspsychotherapie, Psychosomatik, entwicklungsgeschichtliche, lerngeschichtliche und psychodynamische Aspekte von Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, Süchten und Alterserkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklungspsychologie, Psychotraumatologie, Bindungstheorie allgemeiner und spezieller Psychopathologie, psychiatrischer Nosologie allgemeiner und spezieller Neurosen-, Persönlichkeitslehre und Psychosomatik den theoretischen Grundlagen in der Sozial-, Lernpsychologie sowie allgemeiner und spezieller Verhaltenslehre zur Pathogenese und Verlauf psychodiagnostischen Testverfahren und der Verhaltensdiagnostik Dynamik der Paarbeziehungen, der Familie und der Gruppe einschließlich systemischer Theorien den theoretischen Grundlagen der psycho-analytisch begründeten und verhaltens-therapeutischen Psychotherapiemethoden Konzepten der Bewältigung von somatischen Erkrankungen sowie Technik der psychoedukativen Verfahren Prävention, Rehabilitation, Krisenintervention, Suizid- und Suchtprophylaxe, Organisationspsychologie und Familienberatung Diagnostik (Die Weiterbildungsinhalte werden kontinuierlich an einer anerkannten Weiterbildungseinrichtung oder im Weiterbildungsverband erworben.) 100 dokumentierte und supervidierte Untersuchungen (psychosomatische 	<ul style="list-style-type: none"> - Indikation und Methodik der psychotherapeutischen Verfahren - 16 Doppelstunden autogenes Training oder progressive Muskelentspannung oder Hypnose - 15 Doppel-Stunden Balintgruppenarbeit Diagnostik - 10 dokumentierte und supervidierte Erstuntersuchungen Behandlung - 15 Doppelstunden Fallseminar - 120 Stunden psychodynamische/ tiefenpsychologische supervidierte Psychotherapie, davon 3 abgeschlossene Fälle Selbsterfahrung - 100 Stunden Einzelselbsterfahrung oder 50 Doppelstunden Gruppenselbsterfahrung Die Weiterbildung erfolgt entweder in der Grundorientierung psychodynamisch/tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder in Verhaltenstherapie. Grundorientierung Verhaltenstherapie: Theoretische Weiterbildung 120 Stunden in psychologischen Grundla-
---	--	--	---

zial- und freiwilligen Gerichtsbarkeit, insbesondere nach dem Jugendhilferecht, Sozialhilferecht, Familienrecht und Strafrecht

- Durchführung der Befundung und Dokumentation von 20 abgeschlossenen Therapien unter kontinuierlicher Supervision einschließlich des störungsspezifischen psychotherapeutischen Anteils der Behandlung und sozialpsychiatrischer Behandlungsformen bei komplexen psychischen Störungsbildern

- Durchführung von Befundung und Dokumentation von 20 abgeschlossenen Therapien in der Gruppe unter kontinuierlicher Supervision und unter Berücksichtigung störungsspezifischer Anteile bei komplexen psychischen Störungsbildern

Strukturierte Weiterbildung im speziellen Psychotherapie-Teil (Die Psychotherapie-Weiterbildungsinhalte werden kontinuierlich an einer anerkannten Weiterbildungseinrichtung oder im Weiterbildungsverband erworben.)

- 100 Std. Seminarweiterbildung, Kurse, Praktika und Fallseminare über theoretische Grundlagen der Psychotherapie, insbesondere allgemeine spezielle Neurosenlehre, Entwicklungspsychologie und Ent- wicklungspsychopathologie sowie der Theorie und Methodik der Verhaltenstherapie, Theorie und Theorie in der Psychosomatik

- 16 Doppelstunden autogenes Training oder progressive Muskelentspannung oder Hypnose

- 10 Std. Seminar und 6 Behandlungen unter Supervision in Kriseninterventionen, supportiven Verfahren und Beratung

- 10 Std. Seminar in psychiatrisch- psychotherapeutischer Konsil- und Liaisonarbeit unter Supervision

- 240 Therapie-Std. mit Supervision nach jeder vierten Stunde **entweder in Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bzw. in einem wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren** im gesamten Bereich psychischer Erkrankungen einschließlich Suchterkrankungen, bei denen die Psychotherapie im Vordergrund des Behandlungsspektrums steht, z. B. Patient mit Schizophrenie, affektiven Erkrankungen, Angst- und Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen

- 150 Std. Einzel- oder Gruppen- selbsterfahrung **entweder in Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bzw. in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren. Die Selbsterfahrung muss im gleichen Verfahren erfolgen, in welchem auch die 240 Stunden**

Anamnese einschließlich standardisierter Erfassung von Befunden, analytisches Erstinterview, tiefenpsychologisch-biographische Anamnese, Verhaltensanalyse, strukturierte Interviews und Testdiagnostik

Behandlung (Die Weiterbildungsinhalte werden kontinuierlich an einer anerkannten Weiterbildungseinrichtung oder im Weiterbildungsverband erworben.)

1500 Stunden Behandlungen und Supervision nach jeder vierten Stunde (Einzel- und Gruppentherapie einschließlich traumaorientierter Psychotherapie, Paartherapie einschließlich Sexualtherapie sowie Familientherapie) bei mindestens 40 Patienten aus dem gesamten Krankheitsspektrum des Gebietes mit besonderer Gewichtung der psychosomatischen Symptomatik unter Einschluss der Anleitung zur Bewältigung somatischer und psychosomatischer Erkrankungen und Techniken der Psycho- edukation

Von den 1500 Behandlungsstunden sind **wahlweise in einer der beiden Grundorientierungen abzuleisten:**

Tiefenpsychologisch fundiert:

- 6 Einzeltherapien über 50 bis 120 Stunden pro Behandlungsfall
- 6 Einzeltherapien über 25 bis 50 Stunden pro Behandlungsfall

gen des Verhaltens und des abweichenden Verhaltens, allgemeine und spezielle Neurosenlehre, Lern- und sozialpsychologische Entwicklungsmodelle, tiefenpsychologische Entwicklungs- und Persönlichkeitsmodelle, systemische Familien- und Gruppenkonzepte, allgemeine und spezielle Psychopathologie und Grundlagen der psychiatrischen Krankheitsbilder, Motivations-, Verhaltens-, Funktions- und Bedingungsanalysen als Grundlagen für Erstinterview, Therapieplanung und -durchführung, Verhaltensdiagnostik einschließlich psychodiagnostischer Testverfahren

- Indikation und Methodik der psychotherapeutischen Verfahren

- 16 Doppelstunden autogenes Training oder progressive Muskelrelaxation oder Hypnose

- 15 Doppelstunden Balintgruppenarbeit oder patientenbezogene Selbsterfahrung

Diagnostik

- 15 Doppelstunden Fallseminar

- 120 Stunden supervidierte Verhaltenstherapie, davon 3 abgeschlossene Fälle

Selbsterfahrung

- 100 Stunden Einzel- bzw. Gruppenselbsterfahrungen. Die Selbsterfahrung muss im gleichen Verfahren erfolgen, in welchem die Grundorientierung stattfindet.

<ul style="list-style-type: none"> - Kenntnisse in Therapien unter Einschluss der Bezugspersonen, davon 5 Doppelstunden Familien-therapie, 10 Behandlungsstunden Krisenintervention unter Supervision und 8 Behandlungsstunden supportive Psychotherapie unter Supervision - 16 Doppelstd. autogenes Training oder progressive Muskelentspannung oder Hypnose - 10 Std. Seminar und 6 Behandlungen unter Supervision in Kriseninterventionen, supportiven Verfahren und Beratung - 10 Std. Seminar in psychiatrisch-psychotherapeutischer Konsil- und Liaisonarbeit unter Supervision 	<p>Psychotherapiestunden geleistet werden</p> <ul style="list-style-type: none"> - 35 Doppelstunden Balintgruppenarbeit oder interaktionsbezogene Fallarbeit
<ul style="list-style-type: none"> - 240 Therapiestd. mit Supervision nach jeder 4. Stunde in einem wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren im gesamten Bereich psychischer Erkrankungen, einschließlich Suchterkrankungen, bei denen die Psychotherapie im Vordergrund des Behandlungsspektrums steht - 35 Doppel-Std. Balintgruppenarbeit - 150 Std. Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 Kurzzeittherapien über 5 bis 25 Stunden pro Behandlungsfall • 2 Paartherapien über mindestens 10 Stunden • 2 Familientherapien über 5 bis 25 Stunden • 100 Sitzungen Gruppenpsychotherapien mit 6 bis 9 Patienten - 150 Stunden psychodynamische/tiefenpsychologische oder psychoanalytische Einzelselbsterfahrung und 70 Doppelstunden Gruppenselbsterfahrung <p>Verhaltenstherapeutisch fundiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 Langzeitverhaltenstherapien mit 50 Stunden • 10 Kurzzeitverhaltenstherapien mit insgesamt 200 Stunden • 4 Paar- oder Familientherapien • 6 Gruppentherapien (differente Gruppen wie indikative Gruppe oder Problemlösungsgruppe), davon ein Drittel auch als Co-Therapie - 70 Doppelstunden verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung einzeln oder in der Gruppe

10.2.2 Ergänzungen zu Kapitel 7 (Abb. 7.1)

Curriculum der Psychosomatischen Grundversorgung

Entwickelt bisher von Dr. med. Iris Veit (Herne); Univ.-Prof. Dr. med. Paul L. Janssen (Dortmund/Bochum); Univ.-Prof. Dr. med. Gereon Heuft (Münster)
Zusammen mit der Ärztekammer Westfalen Lippe

Inhaltsverzeichnis
1. Kursdurchführung
1.1 Struktur und zeitlicher Rahmen
1.2 Modularer Aufbau
1.3 Didaktische Mittel und Gruppengröße
1.4 Anforderungen an die Teilnehmer
1.5 Anforderungen an Kursleiter und Dozenten
2.Module
3.Lernziele

1.1 Struktur und zeitlicher Rahmen

Das Curriculum vermittelt entsprechend den Richtlinien der Bundesärztekammer 20 Stunden Theorie und 30 Stunden verbale Interventionstechniken.

Theorie und verbale Interventionstechniken können in einem durchgehenden Kurs oder in einzelnen Blöcken durchgeführt werden

An Balintgruppen muss kontinuierlich über mindestens ein halbes Jahr teilgenommen werden. Sie können integriert in den Kurs oder unabhängig davon angeboten werden.

1.2 Modularer Aufbau

Das Curriculum setzt sich aus Modulen zusammen. Leitfaden des Aufbaus sind die **Verarbeitungsmodi** der Patienten wie ängstlicher, depressiver, narzisstischer, zwanghafter und histrionischer Modus. Diese Beziehungsmuster sollen erkannt werden, um sich darauf einzustellen und in positiver Weise zu beeinflussen. Jedes einzelne Modul setzt sich aus einem theoretischen Teil und der Vermittlung verbaler Interventionstechniken zusammen.

1.3 Didaktische Mittel und Gruppengröße

Wissen wird vermittelt durch Vortrag, Patienten- bzw. Video-Demonstrationen und Skript.

Die Vermittlung verbaler Interventionstechniken gründet sich auf die Fallvorstellungen der Teilnehmer aus ihrem Arbeitsfeld, Muster-Rollenspielen und Übungen .

Anhand der Fallvorstellungen werden Interventionstechniken analysiert, Alternativen entwickelt und in Rollenspielen erprobt.

Empfohlen wird modellhaftes Lernen anhand von Patientenvideos, die der exemplarischen Darstellung von Beziehungs- und Konfliktmustern in der Arzt-Patient-Beziehung dienen.

Empfohlen wird, das Rollenspiel mit Kamera aufzunehmen und gemeinsam zu analysieren

Großgruppen und Frontalvorlesungen sind nicht möglich. Als Obergrenze sind 20 Teilnehmer pro Gruppe anzusehen.

1.4 Teilnehmervoraussetzungen

Das Curriculum kann fachübergreifend und sektorübergreifend angeboten werden. Voraussetzung ist die Approbation.

1.5 Kursleiter und Dozenten

Die Kursleiter müssen Fachärzte sein und in ihrem Fach mindestens 5 Jahre ärztlich tätig gewesen sein. Die primär somatischen Fachärzte bedürfen einer weiteren Facharztqualifikation zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder der Bereichsbezeichnung Psychotherapie. Die Dozentenkollegien, die ausschließlich aus ärztlichen Psychotherapeuten bestehen, bedürfen der Kooperation mit einem primär somatischen Facharzt.

2. Module

Block A Modul 1-6

Block B Modul 7-13

<p>Block A 1.Modul Einführung in das psychosomatische Krankheitsverständnis Theoriemodelle - Das bio-psycho-soziale Modell Neurobiologische Aspekte</p>	<p>2 UE 1x 45 Min. Theorie 2x 45 Min. verbale Intervention</p>
<p>2.Modul Ärztliche Gesprächsführung Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung Der Patient als Teil eines Beziehungssystems Grundsätze verbaler und nonverbaler Kommunikation Verbale Interventionstechniken - zur Schaffung einer empathischen Arzt-Patient-Beziehung - Klärung der Beziehungssituation und Beziehungserfahrung - zur Schaffung von Motivation u. Klärung von Behandlungszielen Das anamnestische Erstgespräch Rahmenbedingungen in der psychosomatischen Grundversorgung: Bedeutung von Zeitgrenzen - Bedeutung des Teams - Auswirkungen auf die Psychohygiene des Arztes</p>	<p>6UE 1 x 1,5 Std. Theorie 2 x 1,5 Std. verbale Intervention</p>

<p>3. Modul Der ängstliche Modus Grundsätze der Angstverarbeitung Einteilung der Angststörungen Symptomatik von Angststörungen Psychodynamik der Angstneurose und Bedeutung für Krankheitsverarbeitung und Beziehungsgestaltung Umgang mit Angststörungen in der primärärztlichen Grundversorgung Grundzüge der medikamentösen Therapie</p>	<p>6UE 1x 1,5 Std. Theorie 2x 1,5 Std. verbale Intervention</p>
<p>4. Modul Der depressive Modus Symptomatik der Depression und Epidemiologie Einteilungen der Depression nach ICD-10 und Differentialdiagnose Psychodynamik der Depression als Selbstwertregulationstörung Psychodynamik der suizidalen Handlung Umgang mit depressiven Patienten in der primärärztlichen Grundversorgung Grundzüge der medikamentösen Therapie</p>	<p>5UE 1x 1,5 Std. Theorie 3x 45 Min. verbale Intervention</p>
<p>5. Modul Der narzisstische Modus Phänomene des narzisstischen Modus-Leitaffekt der Scham Narzisstischer Modus als Selbstwertregulationstörung Umgang mit narzisstisch strukturierten Patienten</p>	<p>3UE 1x 45 Min. Theorie 2x 45 Min. verbale Intervention</p>
<p>6. Modul Der zwanghafte Modus Phänomene des zwanghaften Modus Psychodynamik des Zwangs und Bedeutung für Krankheitsverarbeitung und Beziehungsgestaltung Umgang mit zwanghaft strukturierten Patienten in der primärärztlichen Grundversorgung Grundsätzliches zur Aggressionsverarbeitung</p>	<p>3UE 1x 45 Min. Theorie 2x 45 Min. verbale Intervention</p>
<p>7. Modul Der histrionische Modus Phänomene des histrionischen Modus Einteilung dissoziativer Störungen nach ICD-10 Psychodynamik des histrionischen Modus und Bedeutung für Krankheitsverarbeitung und Beziehungsgestaltung Somatoforme Störungen im histrionischen Modus Umgang in der primärärztlichen Versorgung</p>	<p>3UE 1x 45 Min. Theorie 2x 45 Min. verbale Intervention</p>
<p>8. Modul Posttraumatische Belastungsstörungen Definition und Symptomatik der PTSD Verläufe der PTSD Umgang mit traumatisierten Patienten in der Akutsituation Umgang mit Patienten mit komplexer PTSD in der primärärztlichen Versorgung</p>	<p>4UE 1x 1,5 Std. Theorie 1x 1,5 Std. verbale Intervention</p>

Block B	
9. Modul Somatoforme Funktionsstörungen Einteilung der Somatisierungsstörungen nach ICD-10 Entstehungsmodelle der autonomen, somatoformen Funktionsstörungen; Dissoziative Störungen; Umgang mit somatoformen Störungen unkompliziert und kompliziert in der primärärztlichen Versorgung	4UE 1x 1,5 Std. Theorie 1x 1,5 Std. verbale Intervention
10. Modul Persönlichkeitsstörungen Diagnostische Kriterien und Einteilung der Persönlichkeitsstörungen Grundsätzliches zum Umgang mit „schwierigen“ Patienten in der primärärztlichen Versorgung	2UE 1x 45 Min. Theorie 1x 45 Min. verbale Intervention
11. Modul Umgang mit chronischen Krankheiten und Krankheitsverarbeitung Verarbeitungsmodi in ihren Auswirkungen auf den Umgang mit chronischen Krankheiten Umgang mit akutem und chronischem Schmerz Bewältigungsstrategien und Krankheitsverlauf Motivierende Gesprächsführung Besonderheiten der Situation der Diagnosemitteilung Umgang mit Trauernden und Tod	4UE 1x 45 Min. Theorie 3x 45 Min. verbale Intervention
12. Modul Essstörungen Diagnostische Kriterien der verschiedenen psychogenen Essstörungen Psychodynamische Modelle der Entstehung von Essstörungen Umgang mit Essstörungen in der primärärztlichen Versorgung	2UE 1x 45 Min. Theorie 1x 45 Min. verbale Intervention
13. Modul Spezifische Besonderheiten des jeweiligen Fachgebietes wie Sexualstörungen und Schwangerschaft oder Besonderheiten des Kinder- und Jugendalters oder Umgang mit dem System Familie	4UE 1x 45 Min. Theorie 3 x 45 Min. verbale Intervention
14. Modul Psychotherapieverfahren und Kooperation im psychosozialen Versorgungssystem	1UE 1x 45 Min. Theorie
15. Modul Folgerungen für die Praxisorganisation	1UE 1x 45 Min. Theorie

Kommunikation in der Arztpraxis

Grundwissen

- Bedeutung der Empathie in der Arzt-Patient-Beziehung bewerten
- grundsätzliche Kommunikationstechniken wie
 - aktives Zuhören
 - Verbalisieren von Emotionen
 - Sum ups
 - zirkuläre Fragestellungen
 - Ressourcen orientierte Interventionen benennen
- den Einfluss nonverbaler Kommunikation und einer bildreichen, einfachen Sprache benennen
- Bedeutung von Struktur und zeitlichen Rahmen des Gesprächs für die Bearbeitung der Konflikte des Patienten benennen
- Bedeutung des Teams in der Behandlung von Patienten beschreiben
- Bedeutung von Zielvereinbarungen und Klärung des Behandlungsauftrags benennen

Anwendungsbezogen

- Anamnese erheben können, die der Lebensgeschichte (insbesondere den Verlusten und Anpassungsleistungen) und dem aktuellen Beziehungsgefüge Bedeutung beizumessen für Symptomentstehung und Krankheitsverlauf
- Den Patienten als Teil eines Beziehungssystems wahrnehmen
- Subjektive Krankheitstheorien und die den Patienten bewegenden Motive und Ziele erfragen können
- Gefühle des Patienten wahrnehmen und ansprechen können und auf die eigenen Gefühle dabei achten
- Kontroll-, Überforderungs- und Beschämungsmechanismen vermeiden lernen
- Ressourcenorientierte Gesprächsführung anwenden können.

Professionelles Verhalten

- Eine Haltung der **Selbstbeobachtung** einnehmen können
- Haltung, die **Wirklichkeit des Patienten** und seiner Beweggründe **verstehen** zu wollen -seiner „Geschichte“ Wert beimessen
- eine, seinen **Selbstwert fördernde Haltung** einnehmen können.

3. Lernziele Psychosomatische Grundversorgung

Ängstlicher Modus
Grundwissen
<ul style="list-style-type: none">• Neurobiologische Grundlagen der Angst benennen• Erläutern, welche körperlichen Symptome mit Angst einhergehen• Symptome der Panikattacke benennen können und der Entwicklung der Angst vor der Angst• Einteilungen der Angststörungen nach ICD 10 wissen• Psychodynamische und verhaltenstherapeutische Modelle der Angst erläutern können• Formen der ängstliche Krankheitsverarbeitung benennen: Katastrophisieren, Fixierung am Symptom, Interpretation der körperlichen Symptome der Angst als verständliche Folge der körperlichen Erkrankung Vermeidungsverhalten und Schonverhalten und anklammerndes Verhalten gegenüber dem Arzt und dem medizinischen System• Grundzüge medikamentöser Angstbehandlung kennen
Anwendungsbezogen
<ul style="list-style-type: none">• Ängstliches Verhalten und Angst wahrnehmen und ansprechen• die körperlichen Symptome der Angst erläutern• Beruhigen und stabilisieren können, ohne Angst auszureden• Grenzen setzen können gegenüber Vermeidungs- und Schonverhalten und nicht gerechtfertigten Forderungen nach einem allseits verfügbarem Arzt• Vermeiden unnötiger Untersuchungen• Fördern aller Maßnahmen, die die Selbstständigkeit des Patienten und nicht seine Abhängigkeit- auch vom medizinischen System- unterstützen
Professionelles Verhalten
<ul style="list-style-type: none">• Angstassoziiertes Denken und Verhalten beim Arzt wahrnehmen und ängstliche Interaktionen vermeiden, die iatrogene Krankheitsprozesse in Gang setzen können• Grenzen setzen können• Verinnerlichen einer Haltung, die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit des Patienten zu fördern

Depressiver Modus	Narzisstischer Modus
<p>Grundwissen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Symptome der Depression und Abgrenzung zur Trauerreaktion und hirnorganisch bedingten Depressionen benennen • epidemiologische Bedeutung auch als Komorbidität bei chronischen Krankheiten erläutern können • Einteilungen der Depression nach ICD-10 wissen • den depressiven Modus als Selbstwertregulationsstörung erläutern • Formen der Krankheitsverarbeitung im depressiven Modus und Beziehungsgestaltung benennen können Verminderte Selbstkompetenz Schuldzuweisungen an sich selber Hohe Versorgungsansprüche Ambivalentes Beziehungsverhalten und aggressives Verhalten gegenüber anderen und sich selbst • Grundzüge medikamentöser und nicht-medikamentöser Behandlung kennen 	<p>Grundwissen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Phänomene des narzisstischen Modus beschreiben • Formen der Krankheitsverarbeitung im narzisstischen Modus und Beziehungsgestaltung benennen können Schnelles Kränkungserleben und Beschämtsein Verleugnendes Krankheitsverhalten und Dissimulieren Erwarten oft Wiedergutmachung vom medizinischen System in Form von Renten usw.
<p>Anwendungsbezogen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trauer, Kränkungserlebnisse und Gefühle des Verlusts beim Patienten wahrnehmen und ansprechen • Selbstwertfördernde und Ressourcen orientierte Gesprächsführung anwenden können • Kontroll-, Überforderungs- und Beschämungsmechanismen vermeiden lernen • Erläutern können, dass non-compliantes Verhalten Ausdruck von bisher nicht wahrgenommener Wut und Enttäuschungen in der Arzt-Patient-Beziehung sein kann • Interventionen bei Suizidgefahr und Interventionen zur Förderung der Compliance bei medikamentöser, antidepressiver Therapie anwenden 	<ul style="list-style-type: none"> • Schamgefühle des Patienten wahrnehmen und ansprechen • Sich nicht verleiten lassen, notwendige, medizinische Massnahmen zu unterlassen oder Therapien zu forcieren, die nicht mehr indiziert sind • Schamgefühle verbal vorwegnehmen • Sich nicht verleiten lassen, nicht indizierte Wiedergutmachungsansprüche zu verstärken
<p>Professionelles Verhalten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärgerassoziiertes Denken und Verhalten beim Arzt wahrnehmen und aggressive Interaktionen vermeiden. • Regressive Verstrickungen in der Arzt-Patient-Beziehung vermeiden • Selbstwert und Selbstkompetenz des Patienten fördernde Haltung einnehmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorsichtig werden, wenn Patient Arzt idealisiert und ihm schmeichelt • Auf leichte Kränkbarkeit und möglichen Beziehungsabbruch einstellen

Zwanghafter Modus	Histrionischer Modus
Grundwissen	Grundwissen
<ul style="list-style-type: none"> • Phänomene des zwanghaften Modus beschreiben • Psychodynamik des Zwangs kennen • Formen der Krankheitsverarbeitung und Beziehungsgestaltung benennen: <ul style="list-style-type: none"> • Rationalisierung • rituelles Handeln • rigide Haltung 	<ul style="list-style-type: none"> • Phänomene des histrionischen Modus beschreiben • Einteilung dissoziativer Störungen nach ICD-10 benennen können • Psychodynamik beschreiben Sich selbst anders erleben und von anderen erlebt werden Aufrechterhaltung einer Illusion über sich selber • Formen der Krankheitsverarbeitung und Beziehungsgestaltung benennen Theatralisches Auftreten Hyperemotionalität Egozentrik Leichte Beeinflussbarkeit
Anwendungsbezogen	Anwendungsbezogen
<ul style="list-style-type: none"> • Vermeiden, mit dem Patienten in einen Machtkampf einzutreten, wer der bessere Experte ist • Vermeiden, durch die Art der ärztlichen Therapie die rigiden, kontrollierenden Charakterzüge oder zu große Anpasstheit noch zu unterstützen • Ansprechen von Gefühlen 	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht überagieren und mitagieren • Grenzen setzen- auch Zeitgrenzen setzen • Nicht übersehen körperlicher Erkrankungen
Professionelles Verhalten	Professionelles Verhalten
<ul style="list-style-type: none"> • Ärgerassoziiertes Denken und Verhalten beim Arzt wahrnehmen und aggressive Verstrickungen vermeiden. • Hellhörig werden bei zu großer Anpasstheit und Gefügigkeit des Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> • Respekt und Aufmerksamkeit bewahren • Haltung der Neutralität, um nicht zwischen grenzlosem Mitleid und entnervter Hilflosigkeit zu schwanken

Posttraumatische Belastungsstörungen	Somatoforme Störungen
Grundwissen	Grundwissen
<ul style="list-style-type: none"> • Definition der Traumabegriffs wissen • Basissymptome der PTSD benennen können • Verlaufsformen der PTSD beschreiben können, insbesondere Verbindung zu komplizierten, somatoformen Störungen, Sucht, Essstörungen, chronischer Angst 	<ul style="list-style-type: none"> • Einteilungen der somatoformen Störungen nach ICD-10 • Entstehungsmodelle somatoformer Störung, insbesondere Verbindung zur PTSD und Komorbidität mit der Depression beschreiben können • Komplizierte und nicht-komplizierte Verläufe beschreiben können • Medikamentöse Behandlung skizzieren können
Anwendungsbezogen	Anwendungsbezogen
<ul style="list-style-type: none"> • Trauma ansprechen können, ohne zu beschämen • Maßnahmen zum Schutz vor Traumaeinwirkung einleiten können • Stabilisieren können durch erklären • Mit komplexer, posttraumatischer Belastungsstörung umgehen können: Nicht übersehen somatischer Symptome Keine gesprächsintensive Beziehung in Bezug auf das Trauma herstellen Struktureller Rahmen mit klaren Grenzen schaffen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vor der Ausschlussdiagnostik psychosoziale Belastungen in der Anamnese ansprechen können, um Enttäuschung zu vermeiden • Dem Patienten ein Erklärungsmodell geben können • Selbstwirksamkeitsüberzeugungen stärken und den Patienten zu eigenen Aktivitäten motivieren können • Kontinuierliche, unabhängig von der Symptomatik Betreuungsangebote entwickeln können • Grenzen auch Zeitgrenzen setzen können • Motivation zu multimodaler fachpsychotherapeutischer Behandlung bei komplizierten somatoformen Störungen
Professionelles Verhalten	Professionelles Verhalten
<ul style="list-style-type: none"> • Überagieren vermeiden und eine den Patienten nicht überfordernde Haltung einnehmen • Eigenen Gefühlen der Überforderung Beachtung schenken 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeiden iatrogenen Verschlechterung

Umgang mit chronischen Krankheiten, Schmerz und Tod

Grundwissen

- Die Bedeutung der **Arzt-Patient-Beziehung und der Emotionen** für Krankheitsverarbeitung und Verlauf skizzieren
- **Verarbeitungsmodi** in Ihren Auswirkungen auf den Umgang mit **chronischen Krankheiten** benennen
- Benennen, dass **Bewältigungsstrategien** und damit Krankheitsverlauf abhängig sind von einer Vielzahl sich gegenseitig beeinflussender somatischer und psycho-sozialer Faktoren im aktuellen und vergangenen Erleben
- **Aufrechterhaltende Bedingungen für Chronifizierung** benennen können, auch die des medizinischen Systems (insb. Angst-Vermeidungsverhalten)
- Bedeutung der **Komorbidität** psychischer Erkrankungen benennen
- Grundzüge der Sterbebegleitung benennen

Anwendungsbezogen

- **Wissen vermitteln** können (im Sinne von share decision making)
Wissensvermittlung abhängig ist von Affekten und Grundstimmungen und der Empathie in der Arzt-Patient-Beziehung
- **Ein motivierendes Gespräch** zu veränderndem Verhalten führen
Sich auf das konzentrieren, was man fördern will
- **Selbstwirksamkeitsüberzeugungen entwickeln und stabilisieren**
Symptomerhaltende, ärztliche Interventionen wie Katastrophisieren, Beschämen und Drohen vermeiden
- Ein Aufklärungsgespräch führen

Professionelles Verhalten

- Sich selbst als Lösungserfinder zurücknehmende Haltung,
- der „Geschichte“ des Patienten, seiner Sinnsuche und seinen Lösungen Wert beimessende und eine Selbstwert fördernde Haltung einnehmen
- Haltung von Neugier und Respekt

Umgang mit Essstörungen Umgang mit Persönlichkeitsstörungen	Psychotherapieformen Kooperation im psychosozialen Versorgungssystem
Grundwissen	Grundwissen
<ul style="list-style-type: none"> • Symptomatik von Anorexia nervosa, Bulimie und Binge-Eating benennen sowie ihre Differentialdiagnose • Einteilung der Persönlichkeitsstörungen kennen 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedliche Methoden der Psychotherapie beschreiben können • Aufbau der psychosozialen Versorgung skizzieren
Anwendungsbezogen	Anwendungsbezogen
<ul style="list-style-type: none"> • Essstörung erkennen und ihr Vorliegen ansprechen • In Kooperation betreuen • Grenzen setzen können gegenüber den „schwierigen Patienten“ und mit der Wirklichkeit konfrontieren 	
Professionelles Verhalten	Professionelles Verhalten
<ul style="list-style-type: none"> • Vermeiden, bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen körperliche Krankheiten zu übersehen • Vermeiden, zwischen grenzlosem Mitleid und hilfloser Wut zu schwanken • Eigene Überforderung erkennen, auch die des Teams 	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperatives Verhalten und vernetztes Arbeiten anstreben