

# Fachgebundene Psychotherapie in der Allgemeinmedizin

Hintergründe, Besonderheiten, Konzeption und Weiterbildung

## *Specialty-Related Psychotherapy in Primary Care*

*Background, Specific Issues, Concepts and Professional Development*

Markus Herrmann<sup>1</sup>, Iris Veit<sup>2</sup>

**Zusammenfassung:** „Fachgebundene Psychotherapie“ wurde 2007 in der Muster-Weiterbildungsordnung für Ärzte als neue Form der Psychotherapie-Qualifikation eingeführt und zwischen psychosomatischer Grundversorgung und Fachpsychotherapie angesiedelt. Die fachgebundene Psychotherapie eröffnet neben der psychosomatischen Grundversorgung einen Weg, auch in den Versorgungsstrukturen eine Trennung zwischen Soma und Psyche aufzuheben und einer umfassenden Versorgung (als die sich die Allgemeinmedizin schon immer verstanden hat) mehr Raum als bisher zu geben. Bislang fehlen Konzepte, wie eine solche fachgebundene Psychotherapie in die hausärztliche Versorgung eingebunden werden kann. In diesem Beitrag werden die Kontexte in der Allgemeinmedizin als Grundlage einer beziehungsorientierten Psychotherapie formuliert. Durch die Weiterentwicklung in der psychodynamischen Theoriebildung bekommt das integrierte hausärztliche Handeln in seiner Orientierung auf die Arzt-Patient-Beziehung und in seinem spezifischen methodischen Vorgehen im Sinne eines „hermeneutischen Fallverständnisses“ eine Neuaufwertung. Der Text formuliert notwendige Inhalte und mögliche Strukturen einer fachgebundenen Psychotherapie unter dem Gesichtspunkt der hausärztlichen Versorgung und diskutiert Konsequenzen für die Weiterbildung. Die Neu-Konzeptionalisierung der Weiterbildung in fachgebundener Psychotherapie für Hausärzte sollte Anlass für die Umsetzung sein.

**Schlüsselwörter:** Curriculum; Weiterbildung; Primärversorgung; Psychosomatische Medizin; Psychotherapie; Spezialisierung; hermeneutisches Fallverständnis

**Summary:** The so-called “specialty-related psychotherapy” was introduced in 2007 by the German Medical Council as a new form of qualification in psychotherapy. It was located between basic somatic care and specialist psychotherapy. Along with psychosomatic basic care, “specialty-related psychotherapy” opens the possibility to abolish the separation between somatic and psychological care. It provides space for a more integrated and comprehensive care, which has always been the goal of family medicine. So far, no concepts exist how to integrate “specialty-related psychotherapy” into primary care. In this paper, the context of family medicine is formulated as the basis of a relationship-oriented psychotherapy. Through further development of psychodynamic theory, the integrated activity of family doctors, with its orientation towards a doctor-patient relationship and the specific methodological approach will be positively reevaluated as an “enactment” in the sense of a hermeneutic understanding of cases. The required contents and a possible structure of a “specialty-related psychotherapy” in primary care will be presented. The consequences for a structured vocational training are discussed. The Medical Council’s reconceptualization of professional development in this field can serve as a milestone for the implementation of these ideas and forms of practice.

**Keywords:** Curriculum; Education; Professional Development; Graduate; Germany; Humans; Primary Health Care; Psychosomatic Medicine; Psychotherapy; Hermeneutical Approach

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Magdeburg

<sup>2</sup> Niedergelassene Ärztin für Allgemeinmedizin in Herne

Peer reviewed article eingereicht: 11.06.2012, akzeptiert: 18.09.2012

DOI 10.3238/zfa.2013.0033-0038

<b>1920er Jahre</b>	Erste Überlegungen über ein med. Fachgebiet „Ärztliche Psychotherapie“ in Deutschland; Zwei Versorgungsstränge psychiatrisch und psychosomatisch zeichnen sich ab.
<b>1950er Jahre</b>	Einführung der ärztl. Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“
<b>1967</b>	Nachweis großer Fallzahlen, dass analytische Psychotherapie kausal wirksam; Einführung der Psychotherapie als Pflichtleistung der GKV verbunden mit Qualitätssicherungsverfahren (Richtlinienverfahren)
<b>Anfang der 1970er Jahre</b>	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Pflichtfach in der Ärztlichen Approbationsordnung
<b>1980er Jahre</b>	Einführung des Zusatztitels „Psychoanalyse“ in der Musterweiterbildungsordnung
<b>1984</b>	Einführung der Psychosomatischen Grundversorgung
<b>1992</b>	Einführung des Gebietes „Psychotherapeutische Medizin“ durch den Dt. Ärztetag in die MWBO (In der DDR Facharzt für Psychotherapie) Dreistufiges Versorgungskonzept (PSGV; Pt-Zusatz; Facharzt)
<b>1999</b>	Psychotherapeutengesetz für Psychologische Psychotherapeuten
<b>2003</b>	Umbenennung des Fachgebietes „Psychotherapeutische Medizin“ in „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“; Erweiterung des Fachgebietes der Psychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie um Psychotherapie
<b>2007</b>	Einführung der „fachgebundenen Psychotherapie“ als neue Form der Psychotherapie-Qualifikation in die Musterweiterbildungsordnung

**Tabelle 1** Übersicht Entwicklung von Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland

## Einleitung und Hintergrund

„Fachgebundene Psychotherapie“ wurde in der (Muster-)Weiterbildungsordnung für Ärzte als neue Form der Psychotherapie-Qualifikation 2007 eingeführt [1]. Die Etablierung dieser zwischen psychosomatischer Grundversorgung und Fachpsychotherapie angesiedelten Form der Psychotherapie steht am Ende eines 80-jährigen Etablierungsprozesses ärztlicher Psychotherapie in Deutschland (vgl. Tabelle 1).

Durch das Psychotherapeutengesetz, das die Ausübung der Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten regelt, die Einführung des Fachgebietes der Psychotherapeutischen Medizin und die Erweiterung des Fachgebietes der Psychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie um Psychotherapie wurde Psychotherapie in die Hände von spezialärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten gelegt. Trotz

Einführung der psychosomatischen Grundversorgung verstärkte diese Entwicklung eine Aufspaltung der Versorgung in eine somatische und eine psychosoziale. Der größte Teil der psychotherapeutischen Versorgung wird zunehmend durch Psychologen wahrgenommen, da ein Großteil der für ärztliche Psychotherapeuten bereitgestellten Praxissitze aufgrund von Nachwuchsmangel nicht besetzt werden konnte. Damit wurde ein Professionalisierungsschub psychosozialer Medizin vor allem in der sekundären und tertiären Versorgung eingeleitet.

Der Hausarzt ist für die meisten Patienten der erste Ansprechpartner bei psychischen Störungen. Von diesen bleiben 66 % ausschließlich in hausärztlicher Betreuung [2]. Weniger als 1 % aller Versicherten nehmen eine antragspflichtige Psychotherapie in Anspruch. Demgegenüber stehen 6–11 % der Bevölkerung mit behandlungsbedürftiger

Depression [3]. 70 % aller Befragten aus der Bevölkerung würden sich bei Schmerzen ohne körperlichen Befund zuerst an ihren Hausarzt wenden [4]. Nach einer bundesweiten Studie bleiben ca. die Hälfte aller Patienten mit Schmerzen, mit Organkrankheiten und psychischen oder psychosomatischen Problemen ohne psychotherapeutische Betreuung, selbst wenn sie sich bei einem Psychotherapeuten vorgestellt haben [5]. Hausärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie erbringen oft diese Betreuungsleistungen, rechnen sie jedoch nicht ab, weil die Ziffern der Antrags- und Richtlinienpsychotherapie dafür keinen Raum lassen [6].

Selbst für Patienten, die sich für eine ambulante Psychotherapie entscheiden, bestehen derzeit erhebliche Wartezeiten von durchschnittlich knapp 80 Tagen, in Kleinstädten sogar 104 Tagen [7]. Da Fachärzte für Psychosomatik und psychologische Psychotherapeuten ihre Ressourcen vor allem im Rahmen der Antrags- und Richtlinienpsychotherapie nutzen, fehlt es an notwendiger Fachexpertise für konsiliarische Unterstützung und Liaisondienste für die Primärversorgung. Hausärzte erleben sich in ihrer psychosomatischen Grundversorgung bei der Diagnostik und Behandlungsplanung ihrer Patienten alleine gelassen, obwohl sie einen großen Teil der niederschwellig psychotherapeutischen Arbeit zu leisten haben. Des Weiteren kann fachgebundene Psychotherapie in der Allgemeinmedizin dazu beitragen, andere Ärzte in der Primärversorgung konsiliarisch zu beraten [8]. Die Notwendigkeit der Förderung psychosozialer Kompetenzen in der Primärversorgung wird in neuen interdisziplinären psychosomatischen Leitlinien zum Ausdruck gebracht [9]. Der Bedarf eines abgestuften Versorgungskonzepts mit psychosomatischer Grundversorgung, fachgebundener Psychotherapie und Richtlinienpsychotherapie wird betont.

Berufspolitisch bedeutsam ist die Stärkung ärztlicher Psychotherapie durch die fachgebundene Psychotherapie gegenüber der sich stark ausdifferenzierenden psychologischen Psychotherapie, die in immer weitere Subspezialisierung drängt (wie z.B. Psychoonkologie, -kardiologie, -traumatologie).

Die bisherige Konzeption der Zusatzweiterbildung Psychotherapie orientiert sich inhaltlich und formal an

den Ausbildungsinhalten und -strukturen der Antrags- und Richtlinienpsychotherapie und den spezifischen Therapieschulen, ohne die Besonderheiten hausärztlicher Medizin adäquat zu berücksichtigen.

### **Besonderheiten hausärztlicher Medizin aus psychodynamischer Sicht**

Nach der Definition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) sind Hausärzte für die Langzeitversorgung gesunder und kranker Menschen zuständig. Diese umfasst präventive, kurative und rehabilitative Versorgung und hat ein spezifisches methodisches Vorgehen, das „hermeneutische Fallverständnis“, zur Voraussetzung. Unter Berücksichtigung somatischer, psychosozialer, soziokultureller und ökologischer Aspekte ist bei der Interpretation von Symptomen und Befunden von besonderer Bedeutung, den Patienten, sein Krankheitskonzept, sein Umfeld und seine Geschichte zu würdigen. Diese Interpretationsleistung wird als spezifische professionelle Handhabung verstanden, die patientenzentriert, kontextbezogen („psychosozial“, „soziokulturell“), biografisch („seine Geschichte“) und in einer Interpretationsgemeinschaft von Arzt und Patient erfolgt, sodass ein fallspezifisches individuelles Ergebnis daraus hervorgeht. Als ein komplexes Geschehen stellt es hohe Anforderungen an alle Beteiligte. Hausarzt-Medizin muss daher als eine Kette interpretativer, hermeneutischer Handlungen und somit als ein gemeinsames Verständnis zwischen Arzt und Patient begriffen werden [10, 11]. So kann es in der hausärztlichen Behandlung wie an einem Fallbericht ausführlich dargelegt [12] zur Wiederholung in der Kindheit erlebter Traumata und Entbehrungen kommen. Im Unterschied zu den oft engen Rahmenbedingungen einer Fachpsychotherapie, vor allem im klassisch analytischen Setting mit Anspruch von Abstinenz und Neutralität, bestimmen den hausärztlichen Kontext Verwicklungen und Einlassungen die Beziehungsgestaltung. Sie sind bedingt durch Verordnungen, körperliche Untersuchungen, Hausbesuche, Mitbehandlung von Angehörigen, Attestierungen mit der Gewährung von Sozialleistungen

gen, aber auch durch private Kontakte und persönliche Mitteilungen. Im Unterschied zur Fachpsychotherapie spielt aufgrund der ständigen Verwicklungsmöglichkeiten das intersubjektive, hermeneutische Geschehen eine herausragende Rolle.

Neuere Entwicklungen in den psychodynamischen Theorien unterstützen diese Auffassung und betonen das intersubjektive Geschehen zwischen Arzt und Patient. So hat die Säuglingsforschung Belege geliefert, dass sich Körper und Geist von Anfang an im kommunikativen Austausch mit den Eltern entwickeln [13]. Die Bindungsforschung zeigt, dass sich bereits bis zum Ende des ersten Lebensjahres ein Bindungsmuster entwickelt, das im weiteren Leben konstant bleibt und als Muster die Beziehungsgestaltung zu anderen Menschen bestimmt [14]. Auch zwischen Arzt und Patient wird dieses Muster wahrnehmbar. Es werden Wahrnehmungen ausgetauscht, ohne dass ein Gewähr werden oder gar ein sprachlich formuliertes Bewusstsein davon entstehen muss. Der Therapeut „fungiert als Container, der die nichtverbale und nichtwahrgenommene Kommunikation des Patienten aufnimmt und einer Transformation unterzieht“ [15]. Damit wird neben Deutung und Beziehung zunehmend das Prinzip des Handlungsdialogs (*Enactment*) als eine Abfolge wechselseitigen Handelns und Behandelns zwischen Therapeut und Patient bedeutsam [16]. Die Intersubjektivitätsdebatte knüpft so an frühere Ansätze einer „Zwei-Personen-Psychologie“ im Sinne Balints an.

Der Therapeut ist nicht mehr länger unabhängiger Beobachter, der die Bedeutung des seelischen Materials dekodiert und wie ein Schiedsrichter zu entscheiden hat, was im Verhalten des Patienten verzerrende Übertragung und was der Realität angemessen ist. Der italienische Psychoanalytiker Ferro spricht vom bipersonalen Feld, in dem Therapeut und Patient ein unentwirrbar verbundenes Paar bilden, das nur gemeinsam verstanden werden kann [17]. Anstelle des Fokus auf bewusste und unbewusste Auswirkungen von Biografie und äußeren Beziehungen rücken für Ferro das Geschehen und die Narration zwischen Therapeut und Patient in den Vordergrund. In der Allgemeinmedizin würden wir dies als hermeneutisches

Fallverständnis auffassen, was wir allerdings bislang wenig konzeptionalisiert oder gar empirisch erforscht haben. Schon Balint betont die besondere psychische Atmosphäre der Allgemeinpraxis, ihre Niederschwelligkeit und das multiple Rollenangebot: „Wenn die psychotherapeutische Beziehung abbricht, verwandelt er sich wieder in den Praktiker; später wird er wieder Psychotherapeut, noch einmal Doktor, dann sogar Geburtshelfer – der als solcher intime Kontakte mit seiner Patientin hat, die einem Psychiater unmöglich wären – und schließlich verwandelt er sich in den *Freund der Familie*“ [18].

Diese intersubjektive Perspektive innerhalb der psychodynamischen Theorie eröffnet die Möglichkeit, das interaktionelle Feld der hausärztlichen „Begegnung“ konzeptionell in den Fokus zu nehmen. Dem Patienten unbewusst bleibende Beziehungsmuster können seitens des Arztes in vielfältigen Szenen wahrgenommen und als solche verstanden werden.

Was ist das Besondere des hausärztlichen Settings? Es ist

- die Niederschwelligkeit des Zugangs,
- der Einbezug des Körpers,
- die Mitbehandlung des Umfeldes, in dem der Patient lebt,
- das multiple hausärztliche Rollenangebot (Berater, Begleiter, Untersucher, Tröster, Steuerer, Behandler, Motivator und Moderator)
- und das Vorhandensein eines Behandler-Teams.

Diese Besonderheiten machen eine Vielzahl von Verwicklungen zwischen Arzt und Patient möglich. Sie können z.B. als Handlungsdialog reflektiert werden. Erlebte Anamnese und Gegenübertragung – besser sollte von „erlebter subjektiver Co-Übertragung“ gesprochen werden – können für die Reflexion und Analyse im Sinne eines hermeneutischen Fallverständnisses fruchtbar sein. Mittels vorsichtiger Konfrontation kann eine Verantwortungsübernahme ermöglicht und heilsame Erfahrung in der Arzt-Patienten-Beziehung gemacht werden. Auf der Versorgungsebene dient der Reflexionsprozess dazu, negative Auswirkungen dysfunktionaler Beziehungsmuster in Diagnostik und Therapie zu vermeiden und eine teilnehmende, sorgende Beziehung aufrechtzuerhalten, die allein schon hilfreich sein kann.

	Zusatzweiterbildung Psychotherapie (alt)	Fachgebundene Psychotherapie (neu)
Theorie	140 Theoriestunden	120 Theoriestunden, davon 30 dem jeweiligen Fachgebiet zugeordnet (Anrechnung von 20 Stunden Theorie der Psychosomatischen Grundversorgung möglich)
Praxis	einjährige Psychiatrie-Zeit oder Psychiatriekurs	10 dokumentierte und supervidierte Erstuntersuchungen 15 Doppelstunden Fallseminar
Balintgruppen	30 Doppelstunden	15 Doppelstunden
Autogenes Training	16 Doppelstunden autogenes Training oder progressive Muskelentspannung oder Hypnose	16 Doppelstunden autogenes Training oder progressive Muskelentspannung oder Hypnose
Supervision	3 Fälle à 50 Stunden unter Supervisor nach jeder 4. Sitzung	120 Stunden psychodynamische/tiefenpsychologische, supervidierte Psychotherapie, davon 3 abgeschlossene Fälle
Selbsterfahrung	150 Einzelselbsterfahrung oder 70 Doppelstunden Gruppenselbsterfahrung	100 Stunden Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung

**Tabelle 2** Übersicht Musterweiterbildung Zusatzweiterbildung Psychotherapie (alt) und Fachgebundene Psychotherapie (neu)

### Konzeption einer fachgebundenen Psychotherapie in der Allgemeinmedizin

Aufgrund der bisherigen Darlegungen stellen sich folgende konzeptionelle Forderungen an eine fachgebundene Psychotherapie in der Allgemeinmedizin:

- Die Konzeption kann sich nicht auf eine Kürzung bisheriger Inhalte psychotherapeutischer Weiterbildung für die Antrags- und Richtlinienpsychotherapie beschränken (vgl. Tabelle 2).
- Aufgrund der Vielzahl von Belegen für unterschiedliche Psychotherapieverfahren und der Erfahrungen, dass sehr wohl unterschiedliche Therapiekonzepte und Methoden zusammengebracht werden können, muss die in der Fachpsychotherapie übliche Fokussierung auf ein Verfahren aufgebrochen werden.
- Um die intersubjektiven Übertragungsprozesse in der Arzt-Patient-Beziehung besser reflektieren und bearbeiten zu können und die therapeutischen Mittel der Klärung und des Durcharbeitens nutzen zu können, sollten psychodynamische Kenntnisse und Fertigkeiten als Grundlage vermittelt werden.

- Um Symptome im Kontext des aktuellen Beziehungsgefüges besser verstehen zu können, haben sich Ansätze der systemischen Therapien bewährt, passend zu einer allgemein- und familienärztlichen Medizin und bereits in einem Curriculum in Südbaden integriert [19].
- Die Vermittlung kognitiver und edukativer Strategien ist ebenfalls für das hausärztliche Arbeiten angebracht. So haben sich Konzepte bewährt, die die Selbstwirksamkeit und das eigenverantwortliche Verhalten von Patienten stärken können z.B. *Motivational Interviewing*<sup>1</sup>, das bei Patienten mit Lebensstil bedingten Beschwerden (Alkohol, Ernährung, Rauchen) eine signifikante Reduktion gesundheitlich riskanter Verhaltensweisen zeigt [20].
- Für Gruppenschulungen bei der Bewältigung chronischer Erkrankungen

<sup>1</sup> Motivational Interviewing (MI) ist ein klientenzentrierter, aber direkter Beratungsansatz mit dem Ziel, intrinsische Motivation zur Verhaltensänderung durch Explorieren und Auflösen von Ambivalenz aufzubauen. Ursprünglich 1991 von William Miller und Stephen Rollnick zur Beratung für Menschen mit Suchtproblemen entwickelt, wird im Gegensatz zu vielen anderen Verfahren explizit auf ein konfrontatives Vorgehen verzichtet. Interventionen auf MI-Basis fokussieren meistens auf Vor- und Nachteile des Konsums, kurz- und langfristige Konsequenzen, Risikosituationen und Alternativen.

und die Reflexion mitunter verschiedene Perspektiven auf Patienten und ihre Erkrankung im Praxisteam ist die Vermittlung von Kenntnissen gruppendynamischer Prozesse wichtig.

Für folgende Beratungsanlässe sollten psychotherapeutische Kompetenzen vermittelt werden:

- Betreuung von Patienten mit unspezifischen, funktionellen und somatoformen Störungen;
- Akute Kriseninterventionen bei Patienten in Lebenskrisen und mit akuter Traumatisierung;
- Behandlung von Anpassungsstörungen im Zuge der Diagnosestellung einer chronischen Erkrankung oder auch bei Wechselwirkungen zwischen chronischer Krankheit und psychischer Komorbidität;
- Therapie leichter und mittelgradiger psychischer Störungen (Ängste, Depressionen, Zwänge);
- Indikationsstellung im psychosozialen Versorgungssystem.

Die psychotherapeutische Intervention wird sich anders als in der bisherigen Richtlinienpsychotherapie darstellen. Die einzelnen Gespräche werden

- bedarfsorientierter und kurzfristiger erfolgen,
- kürzer sein als 50 Minuten, z.B. 25 Minuten,
- ihre Häufigkeit mit Ausnahme der Kriseninterventionen wird tendenziell niedriger sein (zwei- bis vierwöchentliche Termine),
- der Gesamtumfang der benötigten Zeitstunden wird in der Regel 25 Stunden nicht überschreiten,
- neben Einzelgesprächen können auch psychotherapeutische Paar- und Familiengespräche sowie symptom- bzw. krankheitsbezogene Gruppentherapien erfolgen.

### Konsequenzen für die Strukturierung der Weiterbildung

Allgemeinmedizin als das generalistische Fachgebiet der Primärversorgung in seinen verschiedenen Funktionen der Steuer- und Filterfunktion, der haus- und familienärztlichen Betreuung, der Langzeitbehandlung und der Gesundheitsbildungsfunktion bedarf einer da-

**Prof. Dr. med. Markus Herrmann, MPH, M.A. ...**



... Allgemeinarzt mit Zusatzweiterbildung in Psychotherapie, Psychoanalyse, Homöopathie, Suchtmedizin; Geschäftsführender Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg; in eigener kassenärztlicher Praxis niedergelassen in Berlin-Wilmersdorf. Psychotherapeutische Weiterbildung in tiefenpsychologischer Psychotherapie, Psychoanalyse (DPG), Psychodrama und systemischer Familien- und Paartherapie sowie in Motivational Interviewing. Forschung zu allgemeinmedizinischer Professionsentwicklung und Versorgungsforschung.

rauf zugeschnittenen, psychosozialen und psychotherapeutischen Weiterqualifikation.

Um das Potenzial der Hausärzte für die psychotherapeutische Tätigkeit zu nutzen, muss die Struktur der Weiterbildung effizient auf die Erfordernisse und zeitlichen Ressourcen der (angehenden) Allgemeinärzte ausgerichtet sein.

- Grundsätzlich sollten die Elemente der fachgebundenen Psychotherapie modular erworben werden können, aufbauend auf die psychosomatische Grundversorgung.
- Die bisher geforderten 30 von 120 Theoriestunden für die fachgebundene Psychotherapie sollen nur von Fachärzten für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin in Kooperation mit somatischen Fachärzten mit Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ angeboten werden können. Dasselbe sollte für den praktischen Teil gelten, der das Modul Fallseminare im Umfang von 15 Stunden und die Erstinterviews umfasst.
- Supervision und Selbsterfahrung sollte als Grundlage psychodynamisch orientiert sein, gerade unter Berücksichtigung der Reflexion möglicher hausärztlicher Handlungsdialoge und Verstrickungen. Wünschenswert wären bei Supervision die Einbeziehung und Integration weiterer psychotherapeutischer Methoden und Therapiekonzepte.
- In die Verbundweiterbildungsstätten müssen niedergelassenen Allgemein-

mediziner oder andere Fachärzte mit Zusatzbezeichnung einbezogen werden; eine Verbundweiterbildungsstätte, die das nicht vorweisen kann, kann fachgebundene Psychotherapie nicht umfassend vermitteln.

- Praxen von Allgemeinmedizinern mit Zusatzbezeichnung oder zweitem Facharzt können eine eigenständige Weiterbildungsberechtigung für bestimmte Module wie Fallseminare, Erstanamnesen und Supervision erhalten, sodass die Zusatzqualifikation während der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin gefördert wird.

Anleihen aus verschiedenen Therapiekonzepten zu nehmen und zu integrieren, ist sehr wohl möglich und wird von tiefenpsychologischen Schulen bereits länger praktiziert. Ebenfalls erfolgt dies auch in der psychosomatischen Grundversorgung. Für den Erwerb der dargestellten Kompetenzen ist die Integration in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung wichtig für die Identitätsbildung im Fach. Durch die Verankerung der verschiedenen Therapieschulen in der Sekundär- und Tertiärversorgung ist dies durch etablierte Psychotherapieausbildungsinstitute nicht zu erwarten.

### Ausblick

Die Ausdifferenzierung und Spezialisierung der psychosozialen Medizin während der letzten beiden Dekaden hat da-

zu geführt, dass für eine Reihe von Störungsbildern spezielle Versorgungsangebote geschaffen wurden. Versorgungsaufgaben, die ehemals durch Hausärzte alleine wahrgenommen wurden, sollen mehr und mehr in interdisziplinären und multimodalen Settings realisiert werden, obgleich dazu flächendeckend die Spezialangebote fehlen. Eine Reihe von Hausärzten, die sich durch eine Zusatzweiterbildung nach altem Weiterbildungsmuster weiterqualifiziert haben, hat sich entschieden, ausschließlich fachpsychotherapeutisch zu arbeiten. Eine gesprächs- und zeitintensive patientenorientierte Arbeit in klassischen Hausarztpraxen wurde unattraktiver. Die zunehmende Aufteilung von Zuständigkeit und Verantwortlichkeit hat ihren Preis: mehr Behandlungs-koordination und -absprache zwischen den Behandlern sowie der mögliche Verlust originär hausärztlicher Leistung des hermeneutischen Fallverstehens. Die Neu-Konzeptionalisierung der Weiterbildung in fachgebundener Psychotherapie für Hausärzte könnte ein wichtiger Meilenstein der Gegensteuerung sein. Um das Potenzial der Hausärzte zu fördern, bedarf es eines inhaltlich passgenauen, integrierten Weiterbildungskonzepts für die fachbezogene Psychotherapie als Bestandteil eines dreistufigen Versorgungskonzepts. Die DEGAM ist gefordert, als wissenschaftliche Fachgesellschaft daran mitzuarbeiten.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Markus Herrmann  
Geschäftsführender Direktor des Instituts  
für Allgemeinmedizin  
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg  
Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg  
Tel.: 0391 6721009  
Markus.Herrmann@med.ovgu.de

## Literatur

- Linden M, Bühren A, Kentenich H, Lowew TH, Springer R, Schwantes U. Fachgebundene Psychotherapie: Mehr Möglichkeiten, Dtsch Arztebl 2008; 105: A 1602–4
- Harfst T, Marstedt G. Psychische Gesundheit in Deutschland: Erkrankungen bleiben oft unentdeckt. Newsletter der Bertelsmann-Stiftung, Gesundheitsmonitor 2009: 1:1–7. [http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-81CF5166-968A7517/bst/Gesundheitsmonitor\\_Newsletter\\_2009-01.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-81CF5166-968A7517/bst/Gesundheitsmonitor_Newsletter_2009-01.pdf); (letzter Zugriff am 02.08.2012)
- Kruse J, Herzog W. Zwischenbericht zum Gutachten „Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz“, Kassenärztlichen Bundesvereinigung; 2012. <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&Logo-nId=dad32df002d339b3269ffddaf0997772&DocId=003764910&Page=1>, (letzter Zugriff am 18.7.2012)
- Bühning P. Psychotherapeutische/psychosomatische Versorgung: Mehr niedrigschwellige Therapie nötig. Dtsch Arztebl 2012; 109: A-130
- Zepf S, Mengele U, Hartmann S. Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. Psychother Psych Med 2003; 53:154–162
- Fritzsche K. Ärztliche Psychotherapie in der Haus- und Facharztpraxis: Eine empirische Untersuchung in Südbaden. Z Psychosom Medi Psychother 2010; 56: 348–357
- Walenzik A, Rabe-Menssen C, Lux G, Wasem J, Jahn R. Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Duisburg – Essen, 2010 [http://www.psychotherapeutenkammer-b-w.de/archiv/news2011/pdf/110216\\_studie\\_dptv.pdf](http://www.psychotherapeutenkammer-b-w.de/archiv/news2011/pdf/110216_studie_dptv.pdf) (letzter Zugriff am 12.4.2012)
- Einig EM, Veit I. Kooperative Psychotherapie. Das Herner Modell. Psychotherapie im Dialog 2004; 4: 403–407
- Hausteiner-Wiehle C, Schäfer R, Sattel H, et al. S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ (AWMF-Reg.Nr. 051–001). Stuttgart: Schattauer, im Druck. [www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-001.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-001.html) oder [www.funktionell.net](http://www.funktionell.net) (letzter Zugriff am 18.7.2012)
- Bahrs O. Hermeneutisches Fallverständnis – Versuch einer Annäherung; Z Allg Med 2012; 88: 355–361
- Kamps H. Der Patient als Text – Metaphern in der Medizin – Skizzen einer dialogbasierten Medizin; Z Allg Med 2004; 80: 438–442
- Herrmann M. Der Hausarzt, sein Patient und die unspezifischen Beschwerden – Erkenntnis durch Beziehungsarbeit; Z Allg Med 2006; 82: 214–218
- Stern D. Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta, 1992
- Grossmann KE, Grossmann K. Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag, 2009
- DeMasi F. Das Unbewusste und die Psychosen. Psyche – Z Psychoanal 2003; 57: 1–34
- Stern DN, Sander LW, Nahum JP, et al. Nicht-deutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. Das „Etwas-Mehr“ als Deutung. Psyche – Z Psychoanal 2002, 56: 974–1006
- Ferro A. Das bipersonale Feld. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2003
- Balint M. Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag, 1966
- Fritzsche K. Curriculum Zusatzweiterbildung Fachgebundene Psychotherapie-Konzept und erste Erfahrungen mit der Umsetzung. Z. Psychosom Med Psychother 2008; 54: 192–201
- Smedslund G, Berg RC, Hammerstrom KT, et al. Motivational interviewing for substance abuse. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 5. CD008063



## 47. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Komplexität in der Allgemeinmedizin -  
 Herausforderungen und Chancen



Deutsche Gesellschaft für  
 Allgemeinmedizin und Familienmedizin

vom 12. - 14. September 2013 in München