

# Psychosomatische Versorgung in Deutschland – Vorbild für Europa

Die Psychosomatische Medizin befasst sich mit den wechselseitigen Beziehungen von psychosozialen und biologischen Faktoren in der Entstehung, Aufrechterhaltung, Behandlung und Prävention von Krankheiten. Parallel zur zunehmenden Technisierung und Spezialisierung in der Medizin hat sich in Deutschland ein hochdifferenziertes Versorgungssystem für psychosomatische Erkrankungen und Psychotherapie entwickelt, das 1992 in die Schaffung eines eigenen Facharztes mündete. Sowohl im europäischen als auch dem außereuropäischen Ausland wird das deutsche System als vorbildhaft gesehen und findet zunehmend Nachahmer. Kirsten Ameloh, Götz Berberich, Claas Lahmann, Nico Niedermeier und Irmgard Pfaffinger

**W**ie epidemiologische Studien zeigen, sind psychosomatische und psychische Störungen zu echten Volkskrankheiten geworden. Nahezu jeder dritte Erwachsene im Alter zwischen 18 und 65 Jahren ist innerhalb nur eines Jahres von mindestens einer solchen Störung betroffen.<sup>1</sup> Bei 25 bis 40 % aller Patienten, die in hausärztlichen Praxen vorgestellt werden, findet sich auch eine behandlungsbedürftige psychosomatische Störung, in Spezialambulanzen liegt dieser Anteil sogar noch weitaus höher. Eine wesentliche Säule

in der Versorgung dieser Patienten stellt das Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie dar.

## **Entwicklung der Psychosomatischen Medizin in Deutschland**

In einer Art gegenreformatorischer Bewegung zu den streng naturwissenschaftlichen Fortschritten und der zunehmenden Technisierung der Medizin entwickelte sich in Deutschland seit über hundert Jahren eine eigenständige Psycho-



somatik, welche intensiv die lebensgeschichtlichen und psychosozialen Einflüsse auf das Subjekt und dessen Erkrankungen untersuchte und Behandlungsstrategien entwarf. Nach der Gründung erster psychosomatischer Kliniken in Deutschland in den 1920er-Jahren und der internationalen Etablierung des Begriffs „Psychosomatik“ formte sich die Psychosomatische Medizin in Deutschland aus zwei Strömungen:<sup>2</sup>

- Die mit der Psychoanalyse eng verwobene psychogene Linie versuchte, deren Erkenntnisse auf den somatisch-medizinischen Bereich anzuwenden.
- Die integrierte oder auch holistische Tradition, die mit Namen wie Viktor von Weizsäcker und Thure von Uexküll verknüpft ist, war bemüht, in allen Erkrankungen das Gesamtbild von biologischen, psychischen und sozialen Bedingungen des Menschen zu erfassen. Gerade diese Strömung betonte die Psychosomatik als Bestandteil jeglicher ärztlicher Bemühungen.

Somit stellt sich die Psychosomatische Medizin zum einen als Grundlagenfach mit integrativen Aufgaben in jeglicher somatischer Spezialisierung dar, zum anderen als Spezialdisziplin mit umschriebenem Forschungs- und Versorgungsauftrag. Der Deutsche Ärztetag beschloss 1993 ein dreistufiges Versorgungskonzept, welches den somit definierten differenzierten Aufgaben der Psychosomatischen Medizin Rechnung trägt:

- Die psychosomatische Grundversorgung ist inzwischen integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und zum Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie eine Option für jeden Arzt mit direktem Patientenkontakt. Ziel der psychosomatischen Grundversorgung ist die Berücksichtigung psychischer und sozialer Faktoren bei der Behandlung auch von körperlichen Erkrankungen im Sinne eines biopsychosozialen Krankheitsmodells. Nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) haben bereits über 66.000 Ärztinnen und Ärzte in Deutschland diese Qualifikation erworben.
- Die zweite Stufe der Versorgung wird durch den Zusatztitel „Fachgebundene Psychotherapie“ des somatisch tätigen Arztes abgedeckt. Patienten mit psychosomatischen Leiden können hier von „ihrem“ Facharzt oder Allgemeinmediziner auch dann behandelt werden, wenn ihre Krankheit einer Psychotherapie bedarf.
- Die dritte Versorgungsebene ist durch den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie definiert, der nach einer fünfjährigen Weiterbildungszeit die höchste Qualifikationsstufe erreicht hat und auch schwerste psychische und psychosomatische Störungen behandelt.

Die Hauptmethodik dabei ist die Psychotherapie, so dass neben den psychosomatischen Störungen im engeren Sinn auch andere psychische Störungen wie Depressionen, Angst- oder Zwangsstörungen qualifiziert behandelt werden. Die früher starke Schulenorientierung in Form der psychoanalytisch begründeten Verfahren versus kognitiver Verhaltenstherapie trat in den letzten Jahren zunehmend zugunsten einer störungsorientierten und multimodalen Therapie zurück.

## » Auch im Ausland zeigt sich die Notwendigkeit, ein Schwerpunktfach Psychosomatik zu etablieren. «

Auf der Grundlage dieses dreistufigen Versorgungsmodells etablierte sich in Deutschland eine breite Versorgungslandschaft mit derzeit etwa 6.500 Krankenhausbetten und tagesklinischen Behandlungsplätzen, rund 14.000 Betten in Rehabilitationskliniken, etwa 3.100 ambulant tätigen Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, über 10.000 niedergelassenen Ärzten mit dem Zusatztitel Psychotherapie (fachgebunden) und über 2.100 niedergelassenen Psychoanalytikern. Leichtere Störungsbilder werden über die bereits erwähnte psychosomatische Grundversorgung bei Allgemeinärzten und somatisch tätigen Fachärzten mit Zusatzqualifikation behandelt. Auch im universitären Bereich hat sich die Psychosomatische Medizin fest etabliert. 1970 wurde das Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in die ärztliche Approbationsordnung und damit in die studentische Ausbildung eingeführt. In der Folge etablierten sich inzwischen 21 Universitätsabteilungen, in denen neben Krankenversorgung und Lehre auch eine intensive und erfolgreiche wissenschaftliche Erforschung psychosomatischer Leiden und deren Grundlagen ermöglicht wird.

### Psychosomatische Medizin in Europa

Die Entwicklung in Deutschland ist bisher einmalig. In vielen anderen Ländern wurde die Psychosomatische Medizin bisher unter die Psychiatrie subsumiert. Zunehmend zeigt sich jedoch auch im Ausland die Notwendigkeit, ein Schwerpunktfach Psychosomatik zu etablieren.

- In **Österreich** sieht der Strukturplan Gesundheit 2010 den Aufbau eines gestuften Versorgungsangebotes mit psychosomatischem Konsiliar- und Liaisondienst, Departments (Abteilungen) für Psychosomatik einschließlich psychosomatischer Tageskliniken und psychosomatischer Ambulanzen vor.<sup>3</sup> Parallel hierzu wurden – mit beratender Unterstützung deutscher Psychosomatiker – die Quali-

kationsvoraussetzungen mit der Schaffung des Diploms Psychotherapeutische Medizin und des Diploms Psychosomatische Medizin geschaffen. Im letzten Jahr wurde beim österreichischen Gesundheitsministerium zudem die Etablierung eines Zweitfacharztes für Psychosomatische Medizin beantragt – Voraussetzung wäre hier ein Facharzttitel in einem anderen Gebiet. Auch in Österreich wird eine psychosomatische Qualifikation der Hausärzte analog der deutschen psychosomatischen Grundversorgung angestrebt.

- In der **Schweiz** ist das Angebot an stationären Behandlungsplätzen für psychosomatische Patienten im Vergleich zu Deutschland gering, durch die Einführung des Fähigkeitsausweises für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin wurden jedoch die Voraussetzungen für eine Versorgung dieser Patienten im ambulanten Rahmen geschaffen.
- In **Italien** sind die Angebote im Bereich der Psychosomatischen Medizin ebenfalls äußerst beschränkt. In Südtirol wurde 2002 jedoch eine psychosomatische Klinik nach dem Modell einer deutschen Einrichtung gegründet. Dieses Zentrum für stationäre Psychotherapie hat wesentlich zur besseren Versorgung psychosomatisch Erkrankter in der Region beigetragen und hat sich bewährt.
- In **Tschechien und Polen** haben sich psychosomatische Gesellschaften gegründet, die zunehmend regionale Versorgungsangebote realisieren und immer mehr von politischen Verantwortungsträgern wahrgenommen werden.
- In **Lettland** ist schließlich ein ähnliches Versorgungssystem wie in Deutschland mit einem Facharzt für Psychosomatische Medizin eingeführt worden.

Die europäische Perspektive der Psychosomatischen Medizin wird auch sichtbar in der Neugründung der European Association of Psychosomatic Medicine im Jahr 2012, zurzeit unter deutscher Präsidentschaft, die sich die Förderung der Psychosomatischen Medizin in Versorgung und Wissenschaft zum Ziel gesetzt hat.

### **Die Weiterbildung in den drei Versorgungsstufen**

In Deutschland schließt sich an das Medizinstudium die fünfjährige Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an. Neben der Psychosomatik in stationären Akut- oder Rehakliniken müssen derzeit je zwölf Monate in der Psychiatrie beziehungsweise Inneren Medizin und Allgemeinmedizin absolviert werden. Zwei Jahre davon dürfen im ambulanten Bereich abgeleistet werden.

Neben der umfangreichen Theorievermittlung nehmen die Fortbildungsteile der Selbsterfahrung, Supervision, Balintgruppe (in denen die Arzt-Patienten-Beziehung reflektiert wird) und das Erlernen eines Entspannungsverfahrens gro-

ßen Raum ein. Diese verlangen neben der zeitlichen Komponente auch einen hohen finanziellen Einsatz der Kollegen für die Weiterbildung. Trotzdem ist nach einer Studie der Bundesärztekammer die Zufriedenheit der Assistenten in diesem Fachgebiet höher als in anderen Fachgebieten.<sup>4</sup> Betrachtet man die Anzahl der in der Ausbildung geforderten Behandlungsstunden in Psychotherapie, dann erschließt sich sehr schnell, dass Psychosomatiker die am besten ausgebildeten Psychotherapeuten in Deutschland sind: Psychiater benötigen für den Facharzt 120 Stunden, Psychologische Psychotherapeuten 600 Stunden, Psychosomatiker schließlich 1.500 Stunden.

### **Honorarpolitik im ambulanten Bereich**

Die Versorgung der psychisch Kranken mit Psychotherapie wird in Deutschland seit nunmehr fast 45 Jahren über die Psychotherapie-Richtlinien und -Vereinbarungen bundesweit einheitlich geregelt. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie können hierüber im System der GKV als Einzel- und Gruppenpsychotherapie erbracht und abgerechnet werden – sowohl als Kurzzeit- als auch als Langzeit-Psychotherapie mit definierten Stundenkontingenten. Für die Genehmigung dieser Therapien und als qualitätssichernde Maßnahme sind umfangreiche und genau definierte Anträge erforderlich. Erfahrene Kolleginnen und Kollegen beurteilen, ob die beantragten Therapien indiziert sind, wirtschaftlich erbracht werden können und die Anforderungen der Richtlinien erfüllen.

Mit der Schaffung des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Jahr 1992 und der damit verbundenen hoch anspruchsvollen Weiterbildung ist eine ganz neue Generation von Fachärzten herangewachsen. Diese werden in spezialisierten universitären Einrichtungen, psychosomatischen Fachkliniken, Krankenhausabteilungen und Praxen ausgebildet. Sie sehen ihren Arbeitsschwerpunkt zunehmend mehr auf dem Gebiet der Psychosomatischen Medizin.

Im ambulanten Bereich fehlte zunächst die Möglichkeit, diese Leistungen abzurechnen. Endlich wurde im Jahr 2005 ein entsprechendes Abrechnungskapitel im Einheitlichen Bewertungsstab (EBM) geschaffen. Die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), aber auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertreten jedoch die Meinung, dass die Gebührenordnungspositionen hier deutlich unterbewertet sind, so dass eine wirtschaftliche Praxisführung als Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie allein über diese psychosomatische Tätigkeit bislang nicht möglich ist. Nur die Kombination mit der Erbringung von Richtlinien-Psychotherapie lässt derzeit einen wirtschaftlichen Praxisbetrieb zu.

Gleichzeitig beklagen Krankenkassen, Kollegen, Patienten und deren Verbände zu Recht, dass die Wartezeiten viel zu lang seien, und immer mehr Berichte belegen eine Zunahme von diagnostizierten psychischen Erkrankungen, Arbeitsunfähigkeitstagen, Krankenhausaufenthalten und Frühberentungen aufgrund von psychischen Erkrankungen.

### **Neue Herausforderungen brauchen innovative Versorgungsmodelle**

Zukünftige Versorgungsmodelle sollten dem vorhandenen Bedarf vermehrt Rechnung tragen und ermöglichen, dass Psychosomatiker mehr psychosomatisch Kranke erreichen. Jedoch: Nicht jeder psychisch Kranke benötigt eine längerfristige Einzel-Psychotherapie. Spezialisierte Gruppentherapien können für bestimmte Krankheitsbilder, wie z. B. Tinnitus, ausreichend sein, entsprechende Angebote müssten allerdings deutlich ausgebaut werden. Eine flächendeckende qualifizierte Versorgung mit psychosomatischer Medizin kann auch ohne Kostenlawine für das Gesundheitswesen gelingen; offene Sprechstunden für psychosomatisch Kranke und psychosomatische Konsiliardienste in den verschiedenen somatischen Fachabteilungen könnten dazu beitragen. Allerdings lassen sich solche Verbesserungen nicht ohne zusätzlichen Aufwand, z. B. mehr Praxisräume und medizinische Fachangestellte, verwirklichen. Außerdem müssten aus Sicht der DGPM die Gesprächsleistungen des EBM-Facharztkapitels 22 bundesweit angemessen vergütet werden.

Daneben könnte dem wachsenden Bedarf z.T. auch über den Einsatz neuer Medien begegnet werden. Einzelne Kliniken und niedergelassene Ärzte sind hierbei Vorreiter, indem sie über E-Mail-Kontakt oder ärztlich moderierte Patientenforen Wartezeiten bis zum Therapiebeginn überbrücken oder die Nachsorge ihrer Patienten ermöglichen. Ein Blick in das insbesondere englischsprachige Ausland lässt erkennen, wie wichtig diese oft niederschweligen Versorgungsmodelle auch in der Psychosomatik in Zukunft sein werden. Schließlich wäre es aus Sicht der DGPM erforderlich, den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit seinem besonderen Versorgungsprofil auch in den Bedarfsplanungsrichtlinien eigenständig zu berücksichtigen.

### **Fazit und Ausblick**

Psychosomatische Erkrankungen sind, wie viele epidemiologische Studien belegen, zu gesundheitspolitisch und gesundheitsökonomisch hoch relevanten Volkskrankheiten geworden. In Deutschland sind sie mittlerweile der häufigste Grund für Arbeitsunfähigkeit und vorzeitige Berentung. Vor diesem Hintergrund gewinnt das – im Vergleich zu anderen medizinischen Fachdisziplinen noch junge – Fach der Psychosomatischen Medizin zunehmend an Bedeutung.

Die fachliche Differenzierung mit der Schaffung eines spezialisierten Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie neben dem etablierten Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist eine folgerichtige Konsequenz der zunehmenden Spezialisierung in der Medizin. Sie trägt den zunehmenden Erkenntnissen aus klinischer, aber auch Grundlagenforschung über die Relevanz bio-psycho-sozialer Zusammenhänge bei psychosomatischen wie auch somatischen Erkrankungen ebenso Rechnung wie den Bedürfnissen in der alltäglichen Versorgung betroffener Patienten. Durch dieses in Deutschland einzigartige Modell wird eine spezialisierte psychosomatische Kompetenz in Klinik, Forschung und Lehre sichergestellt und im Miteinander mit dem Fachgebiet der Psychiatrie eine Versorgung psychisch und psychosomatisch kranker Menschen auf höchstem Niveau sichergestellt.

---

Dr. Kirsten Ameloh, Dr. Götz Berberich, PD Dr. Claas Lahmann, Dr. Nico Niedermeier, Dr. Irmgard Pfaffinger, Vorstand des Landesverbandes Bayern der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie – DGPM  
Kontakt: g.berberich@klinik-windach.de

#### Anmerkungen

- 1 Jacobi, F. et al., Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population. Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS), in: Psychol Med, 34 (2004), S. 597–611.
- 2 Frühe Verwendung des Begriffs „Psychosomatik“ z. B. durch den ungarisch-amerikanischen Psychoanalytiker Frank Alexander in „Psychosomatic Medicine“ von 1950.
- 3 Österreichischer Strukturplan Gesundheit zum Download unter <http://bit.ly/YdVds8>.
- 4 Ergebnisse der Befragung zum Download unter <http://bit.ly/WVa5fM>.

