

## **AG-Psychosomatik in der Allgemeinmedizin der DEGAM**

### **Stellungnahme zum Umgang mit Versorgungsrealität und hausärztlicher Perspektive im Rahmen der Gestaltung der Weiterbildungsordnung am Beispiel der Zusatzweiterbildung Psychotherapie**

Die 1995 gegründete Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (STÄKO) beschäftigt sich derzeit mit der Neuordnung der psychotherapeutischen Zusatzweiterbildung. Sie -ist laut eigener Darstellung<sup>1</sup> „eine Arbeitsgemeinschaft aller relevanten Verbände ärztlicher Psychotherapeuten. Die 1995 gegründete Arbeitsgemeinschaft vertritt die Interessen der psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte. Sie trifft sich zwei- bis dreimal jährlich, um aktuelle Fragen der Gesundheits-, Sozial- und Standespolitik zu diskutieren und sich aktiv an der Weiterentwicklung der ärztlichen Psychotherapie zu beteiligen. Dies erfolgt in enger Anbindung an die Bundesärztekammer, die - nicht zuletzt angeregt durch die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages von 2006 - die Notwendigkeit gesehen hat, die Anliegen der in der psychotherapeutischen Versorgung tätigen Ärzte gemeinsam zu vertreten und zu bündeln.“

Beratend aber ohne Stimmrecht sind in der STÄKO vertreten Vertreter\*innen somatischer Berufsverbände, die sich an der psychotherapeutischen Versorgung mit Fachvertreter\*innen mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie (fachgebunden) beteiligen. Dies sind im Einzelnen: Hausärzte/innen bzw. Fachärzte/innen für Allgemeinmedizin, Kinderärzte/innen, Gynäkologen/innen und Orthopäden/innen.

Die aktuelle Literatur<sup>2,3,4</sup> zur Versorgungslage in Deutschland zeigt, dass diese Ärzt\*innen nicht nur eine zahlenmäßig große Fraktion ärztlicher Psychotherapeut\*innen in der Versorgung darstellen, sondern auch einen großen Anteil an der Versorgung übernehmen, der in einem Vier-Ebenen-Modell der Versorgung einen wesentlichen Beitrag derzeit leistet und zukünftig leisten soll. Dies gilt bereits dann, wenn unberücksichtigt bleibt, dass aufgrund der im Rahmen der Forschungsvorhaben durchgeführten Operationalisierung von Psychotherapie und psychosomatischer Versorgung spezifische Aspekte der je setting- und fachspezifischen eher impliziten psychosomatischen Versorgung<sup>5</sup> unberücksichtigt bleiben.

---

<sup>1</sup> <http://www.staeko.de/index3.html> (letzter Aufruf 5.7.2017 21:00h)

<sup>2</sup> Heuft G, Freyberger HJ, Schepker R (Hrg.). Ärztliche Psychotherapie - Vier-Ebenen-Modell einer Personalisierten Medizin. Epidemiologische Bedeutung, historische Perspektive und zukunftsfähige Modelle aus Sicht von Patienten und Ärzten. Schattauer, Stuttgart 2014

<sup>3</sup> [http://www.kbv.de/media/sp/Gutachten\\_Psychosomatik\\_Zwischenbericht.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Gutachten_Psychosomatik_Zwischenbericht.pdf) (letzter Aufruf 5.7.2017 21:00h)

<sup>4</sup> Herzog W, Beutel ME, Kruse J (Hrg.). Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute. Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland. Schattauer, Stuttgart 2013

<sup>5</sup> [http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber\\_uns/Positionspapiere/DEGAM\\_Positionspapier\\_Psychosomatische\\_Grundversorgung\\_final.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Positionspapier_Psychosomatische_Grundversorgung_final.pdf) (letzter Aufruf 5.7.2017 21:00h)

Ärztliche Psychotherapeut\*innen insgesamt (Summe aus psychosomatisch-psychotherapeutischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandler\*innen) stellen dabei eine kleinere Zahl als die psychologischen Psychotherapeut\*innen.

Im Sinne der oben zitierten Zieldefinition der STÄKO ist zu hinterfragen, warum diese sehr versorgungsrelevante Gruppe nur beratend in der STÄKO tätig beteiligt ist.

Die STÄKO will nun -trotz der von den psychotherapeutisch tätigen Vertretern somatischer Fächer vorgetragenen Bedenken- Veränderungen an der Weiterbildungsordnung empfehlen, die hochproblematisch sind und unseres Erachtens im Widerspruch zu den vorgetragenen Realitäten stehen:

Die fachgebundene Zusatzbezeichnung Psychotherapie (als dritte Ebene der Versorgung nach Heuft et al. (2014)) soll abgeschafft werden, die Anforderungen an die Weiterbildung sollen u.a. durch einen deutlich höheren Anteil an Selbsterfahrung und Supervision, eine größere Anzahl zu erbringender psychotherapeutischer Fälle und durch die Einführung eines Pflicht-Weiterbildungsjahres in der Psychiatrie gesteigert werden.

Insbesondere die letztere Forderung führt nach einvernehmlicher Einschätzung aller erwähnten beratenden Fachvertreter sowie der Vertreterin der Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte (VPK) zum Ausschluss der allermeisten niedergelassenen Fachärzte aus der Weiterbildung. Entsprechende Weiterbildungszeiten werden berufsbegleitend neben einer freiberuflichen Tätigkeit als niedergelassene Ärzt\*in nicht realisierbar sein. Das durchaus bewährte Konzept der Fallseminare und Fallpräsentationen wurde von den stimmberechtigten Vertreter\*innen der STÄKO (außer der Vertreterin der VPK) abgelehnt. Damit würde erstmalig der berufsbegleitende Erwerb einer ärztlichen Zusatzweiterbildung neben der Vollzeittätigkeit im eigenen Fachgebiet in freiberuflicher Tätigkeit verunmöglicht werden.

Die Zukunft der ärztlichen Psychotherapie insgesamt wird durch dieses Konzept geschwächt. Weiterhin wird die klinische Expertise und Erfahrung der genannten niedergelassenen Kolleg\*innen inklusive der für die geeignete Langzeitbetreuung und integrierte psychotherapeutische Versorgung so wichtige Zugang für die Patient\*innen missachtet und entwertet. Die Versorgungsforschung (s.o.) belegt, dass Patient\*innen gerade die zweite und dritte Ebene der psychotherapeutischen Versorgung besonders suchen, benötigen und beanspruchen.

Die Durchführung einer berufsbegleitenden Weiterbildung Psychotherapie wird mit den angestrebten Kriterien der STÄKO nahezu unmöglich. Dies missachtet die Versorgungsrealität, Patientenpräferenzen und den Wert der in den genannten Versorgungsebenen geleisteten Arbeit und gesammelten Erfahrungen. Es fördert außerdem den Dualismus von einerseits somatisch orientierten und andererseits psychisch orientierten Fachgebieten auf der Strukturebene der Versorgung.

Die derzeit laufenden Diskussionen um die Neugestaltung der Weiterbildungsordnung - geprägt durch lobbyistische Interessen einzelner ärztlicher Fachgruppen- konterkariert die

langfristige Umsetzung der aktuellen Novellierung der Psychotherapierichtlinie, die seit 01.04.2017, einen niedrigschwelligeren Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen sicherstellen will. Dies soll bekanntermaßen erreicht werden durch psychotherapeutische Sprechstunden, Akuttherapie und Kurzzeittherapien auch unterhalb der bisherigen Größenordnung von 25 Stunden ohne Antragsverfahren. Hierbei handelt es sich um Instrumente, die im Besonderen aus der Primärversorgung schon lange gefordert wurden, um kurzfristig und zeitnah Patienten in akuten Belastungssituationen Raum für ihre Klagen und Nöte zu geben<sup>6</sup>. 70% aller Befragten aus der Bevölkerung würden sich bei Depressionen oder Schmerzen ohne körperlichen Befund zuerst an ihren Hausarzt wenden<sup>7</sup>.

Wir finden in den Überlegungen und Bestrebungen der STÄKO einen Trend wieder, der sich in vielen Themenfeldern spezialisierter Versorgung aktuell manifestiert: Geriater, Palliativmediziner und andere Berufsgruppen beanspruchen mit dem Argument der jeweils besonderen Komplexität der von Ihnen versorgten Patient\*innengruppen die Versorgung für sich. Dass aber eine immer stärker in die Hände von Spezialisten gelegte Versorgung weder das Outcome der Patient\*innen verbessert noch die Kosten senkt, sondern sie sogar steigert, ist vielfach belegt worden.<sup>8,9,10,11</sup>

Komplexität ist aus einer breiteren Versorgungsperspektive und auch aus der Perspektive der Patient\*innen oft anders zu denken als aus der spezialistischen Perspektive.

Folgt man aktuellen systematischen Reviews, so kann beispielsweise eine angemessene antidepressive Medikationstherapie von Hausärzten auch ohne einen psychiatrischen Facharztkontakt des Patienten sicher gestartet und begleitet werden<sup>12</sup>. Dies gilt auch für die in der Hausarztpraxis so zahlreichen Patienten mit Mehrfacherkrankungen, bei denen die Depression als eine Komorbidität erkannt wird<sup>13</sup>. Auch hausärztlich angebotene psychologische Behandlungen sind grundsätzlich wirksam, wenn auch oft geringer als eine in der spezialistischen Versorgung angebotene<sup>14</sup>. Insbesondere die angebotene

---

<sup>6</sup> Herrmann M, Veit I. Fachgebundene Psychotherapie in der Allgemeinmedizin – Hintergründe, Besonderheiten, Konzeption und Weiterbildung. *Z Allg Med* 2013; 89 (1): 33–38.

<sup>7</sup> Bühring P. Psychotherapeutische/psychosomatische Versorgung: Mehr niedrigschwellige Therapie nötig. *Dtsch Ärztebl* 2012; 109: A-130.

<sup>8</sup> Schneider A, Donnachie E, Tauscher M et al. Costs of coordinated versus uncoordinated care in Germany. Results of a routine data analysis in Bavaria *BMJ Open* 2016; 6: e011621

<sup>9</sup> Starfield B, Shi I, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Medical care*, July 1976, Vol XIV, No 7, 625-636

<sup>10</sup> Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344:1129-1133

<sup>11</sup> Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012. Gac Sanit.* 2012;26(S):20–26

<sup>12</sup> Cape J, Whittington C, Bower P. What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry* 2010; 32: 246-254. [DOI:10.1016/j.genhosppsy.2010.02.003](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.02.003)

<sup>13</sup> Watson L, Amick HR, Gaynes BN, Brownley KA, Thaker S, Viswanathan M, Jonas DE. Practice-Based Interventions Addressing Concomitant Depression and Chronic Medical Conditions in the Primary Care Setting. *Comparative Effectiveness Reviews* 2012; 75

<sup>14</sup> Cuijpers P, van Straten A, van Schaik A, Andersson G. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *British Journal of General Practice* 2009; 59: 51-60. [DOI:10.3399/bjgp09X395139](https://doi.org/10.3399/bjgp09X395139)

verhaltenstherapeutische „Problem Solving Therapy“ hat sich als effektiv in der hausärztlichen Behandlung von Depression gezeigt<sup>15</sup>. Auch sorgt psychologisch geschultes nichtärztliches Personal für die zuverlässige Beobachtung der Symptomentwicklung, für zeitnahe ärztliche Information und Anpassungen und für mehr Patientenaktivität und kann schließlich zu einer guten hausärztlichen Versorgung dieser Patienten beitragen<sup>16</sup>.

Es bedarf Überlegungen, wie hinsichtlich der Versorgung psychischer Leiden die Primärversorgung gestärkt werden kann:

- in der Vermittlung von zusätzlichen psychotherapeutischen Kompetenzen in der Hausarztpraxis (Psychotherapie fachgebunden), etc.,
- durch zusätzliche Angebote in der Primärversorgung (z.B. Kurzzeitherapie, Kriseninterventionen, Bilanzgespräche, psychoedukative Gruppen) und
- in der Einbeziehung ergänzender Gesundheitsprofessionen mit psychosozialen Kompetenzen in der Primärversorgung (z.B. Medizinische Fachangestellte, Pflege, Psychologen, Sozialarbeiter).<sup>17</sup>

Deshalb ist die Förderung gestufter Versorgungsmodelle mit einem möglichst behutsamen Übergang in hochspezialisierte Versorgungskonzepte und einer besseren Verzahnung der unterschiedlichen Ebenen, aber auch einer höheren Wertschätzung der je Ebene eben spezifisch unterschiedlichen Versorgungsleistung zu fordern und zu fördern.

Dazu leistet der aktuelle Vorschlag der STÄKO sicher keinen Beitrag. Im Gegenteil wäre seine Umsetzung wie dargestellt eine Weichenstellung mit weitreichenden schädlichen Folgen für die ärztliche patientenorientierte Versorgung und die ärztliche Professionsentwicklung mit dem Ziel einer umfassenden und ganzheitlichen Orientierung.

Gerade für ärztliche Kolleginnen und Kollegen, die seit Jahren in der hausärztlichen oder somatischen kassenärztlichen Praxis tätig sind muss gewährleistet bleiben, dass Sie berufsbegleitend neben ihrer Praxistätigkeit auch künftig eine Zusatzweiterbildung in Psychotherapie erwerben können, ohne dabei ihre bisherige Praxis aufgeben zu müssen.

---

<sup>15</sup> Huibers MJ, Beurskens AJ, Bleijenberg G, van Schayck CP. Psychosocial interventions by general practitioners. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009; [DOI:10.1002/14651858](https://doi.org/10.1002/14651858)

<sup>16</sup> Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, Dickens C, Coventry P. Collaborative care for depression and anxiety problems. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; [DOI:10.1002/14651858](https://doi.org/10.1002/14651858)

<sup>17</sup> M. Herrmann; J. Gensichen. Leitlinien in der hausärztlichen Praxis – das Beispiel Depression. Die Psychiatrie 1/2015, Schattauer