

## **Zusammenfassende Darstellung der Gründe für eine Beibehaltung der 40 % Quote in § 101, Abs. 4 SGB V.**

### 1. Vorbemerkung:

Im Psychotherapeutengesetz wurden gemeinsame Verhältniszahlen für alle psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer gebildet. Dabei wurde den Psychotherapeuten und zwar sowohl den Psychologischen als auch den ärztlichen Psychotherapeuten jeweils ein bestimmter Versorgungsanteil vorbehalten, um zu ermöglichen, dass beide Gruppen in einem zahlenmäßig ausgewogenen Verhältnis in der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung stehen. Es wurde eine Quote von jeweils 40% für beide Berufsgruppen festgelegt. Diese Quotierung soll bis zum 31. Dezember 2008 gelten.

Die bisherige Entwicklung der Anzahl der zugelassenen Leistungserbringer zeigt, dass nur etwa ein Fünftel der psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer Ärzte sind. Zum 31.12.2005 waren 15169 nicht-ärztliche Psychotherapeuten zugelassen und 4004 ärztliche Psychotherapeuten.

Solange die Quotierung besteht, können ärztliche Psychotherapeuten in ansonsten gesperrten Planungsbereichen auch weiterhin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden. Nur diese Möglichkeit wirkt der allmählichen Ausdünnung und Marginalisierung der Versorgung der Versicherten durch ärztliche Psychotherapeuten entgegen.

### 2. Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer.

Die Quotierung begünstigt die Zulassung von Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Dieses 1992 unter der Bezeichnung Psychotherapeutische Medizin geschaffene und 2003 in Psychosomatische Medizin und Psychotherapie umbenannte Gebiet ist von seinem Grundverständnis her dem psychosomatischen Ansatz mit seiner bio-psycho-sozialen Herangehensweise an die Patienten verpflichtet. In der 5-jährigen Weiterbildungszeit werden internistische und psychiatrische Weiterbildungsabschnitte sowie eine dreijährige intensive psychosomatische und psychotherapeutische Weiterbildung mit 1500 Behandlungsstunden gefordert, die Kenntnisse in einem breiten Spektrum von Krankheitsbildern und psychotherapeutisch-psychosomatischen Anwendungsformen vermitteln. (Weiterbildungsordnung siehe Anlage 1).

Dieses noch relativ junge Fachgebiet (auf die Notwendigkeit seiner Existenz wird weiter unten eingegangen) benötigt für seine Weiterentwicklung eine ausreichende Anzahl von Weiterbildungsstellen im stationären und ambulanten Bereich. Besonders bewährt haben sich Weiterbildungsverbände aus Kliniken, Ambulanzen und Praxen niedergelassener Ärzte, die Theorie, Supervision und Selbsterfahrung anbieten sowie ausreichende und differenzierte Behandlungsmöglichkeiten. Dabei ist von Bedeutung, dass der Schwerpunkt der fachärztlichen Versorgung mit Psychosomatischer Medizin im ambulanten Bereich liegt. Nur bei etwa 4% der Fälle ist eine intensive stationäre Behandlung indiziert. Praxen niedergelassener Ärzte

sind unerlässlich, damit der zukünftige Facharzt Erfahrungen mit dem breiten Spektrum der im Fachgebiet anfallenden Erkrankungen gewinnen kann. Insofern bestehen für das Fachgebiet ähnliche Rahmenbedingungen wie für die allgemeinärztliche Weiterbildung.

### 3. Notwendigkeit des Fachgebiets.

„Die Psychosomatische Medizin umfasst die Erkennung, psychotherapeutische Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind. (Muster-WBO der Bundesärztekammer, 2003).

Die spezifische Kompetenz des Fachgebietes liegt in der Fähigkeit sowohl somatische als auch psychosoziale Krankheitsfaktoren in ihrem jeweiligen Zusammenspiel zu diagnostizieren und zu behandeln.

Wichtige psychosomatische Erkrankungen sind unter anderem

1. Psychosomatische Krankheiten im engeren Sinne, d.h. Mitbeteiligung von psychosozialen Faktoren bei somatischen Erkrankungen, z.B. bei Herzinfarkt, Hypertonus, Colitis.
2. Somatopsychische Störungen, das sind Krankheitsverarbeitungsstörungen, z.B. bei Krebserkrankungen, Transplantationen, Dialyse, bei chronischen somatischen Erkrankungen mit entsprechenden psychischen Auswirkungen
3. Somatoforme Störungen<sup>1</sup> und die große Gruppe der somatoformen autonomen Funktionsstörungen, z.B. des Herzens, des Magen-Darm-Traktes, der Atmung, des Urogenitalsystems. Zu dieser Gruppe gehören auch die somatoformen Schmerzstörungen.

Im Folgenden werden einige Krankheitsbilder aufgeführt, bei denen eine ‚psychosomatische‘ Doppelkompetenz von besonderer Bedeutung ist.

- Somatoforme Störungen, d.h. Erkrankungen mit einer körperlichen Symptomatik ohne nachweisbare körperliche Ursachen haben eine Lebenszeitprävalenz von 16% (Bundesgesundheitsurvey 1998<sup>2</sup>). Sie stellen eine schwere Belastung für die Patienten dar und verursachen hohe Kosten durch immer wieder erfolgende somatisch-diagnostische Abklärungen. Für diese Erkrankungen ist ein psychosomatischer Zugang mit einer Ausgewogenheit zwischen biomedizinischem, Organorientiertem und kognitivem oder interpersonalem Zugang die Methode der Wahl.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Somatoforme Störungen sind nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) durch ‚die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind‘ gekennzeichnet.

<sup>2</sup> Wittchen, H., Jacobi, F. (2001) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitsurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 44, 993-1000

<sup>3</sup> vgl. Henningsen, P., Zipfel, S., Herzog W. (2007). Management of functional somatic syndromes. Lancet 2007;369:946-55.

Eine besondere psychosomatische Kompetenz ist bei der Behandlung älterer Menschen mit funktionellen Störungen notwendig, da oft weitere körperliche Erkrankungen bestehen, die mit den funktionellen Symptomen interagieren.<sup>4</sup>

Die Prävalenz somatoformer Störungen und das Bedürfnis der Patienten nach einer Erklärung für ihre Symptome führt je nach Ausprägung der Symptomatik zum Aufsuchen anderer somatisch tätiger Fachärzte. Diesem Sachverhalt trägt die Tatsache Rechnung, dass inzwischen in den meisten ärztlichen Gebieten psychosomatische Basiskenntnisse gefordert werden. Bei komplizierten Fällen wird diese psychosomatische Basisversorgung um die Versorgung durch den Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie ergänzt.

- Erkrankungen älterer Patienten werfen auch außerhalb des Bereichs der somatoformen Störungen schwierige diagnostische und therapeutische Fragen im Hinblick auf die Gewichtung primär organisch begründeter und psychogen verursachter Symptome auf. Zudem gilt es, medikamentöse Behandlungen organischer Krankheiten im Hinblick auf mögliche ‚psychogen anmutende‘ Nebenwirkungen einzuschätzen. Die Anforderungen an eine kompetente Versorgung einer zunehmenden Anzahl älterer Menschen mit hochkomplexen psychosomatischen und somatopsychischen Konstellationen sollten möglichst hoch angesetzt werden.<sup>5</sup>

- Komorbidität von Depression und Angst bei somatischen Erkrankungen. Bereits bei der Entwicklung der DMPs wurde bei den Anhörungen von Seiten des Fachgebiets Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auf die Bedeutung psychogener Komorbidität für die Entwicklung körperlicher Erkrankungen hingewiesen. Daraufhin wurde die Berücksichtigung psychosomatischer Gesichtspunkte in die strukturierten Behandlungsprogramme übernommen. Zum Nachweis der beschriebenen Komorbidität gibt es zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen, die den Einfluss der Komorbidität auf Krankheitsentwicklung und Mortalität untersuchen.<sup>6</sup>

Besonders zahlreiche Forschungsergebnisse zur psychischen Komorbidität oder zum Einfluss der in der Weiterbildungsordnung beschriebenen körperlich-seelischen Wechselwirkungen liegen unter anderem vor für:

Koronare Herzerkrankungen<sup>7</sup> und Diabetes mellitus. Epidemiologische Studien weisen zum Beispiel darauf hin, dass ca. 25% der Menschen mit Diabetes an einer depressiven Symptomatik<sup>8</sup> leiden. Entwickelt ein Patient mit Diabetes mellitus eine depressive Symptomatik, so hat dieses erhebliche Auswirkungen auf seine

---

<sup>4</sup> Heuft, G., Schneider, G., Nehen, H.-G., Kruse, A. (2000) Funktionelle Störungen bei älteren Menschen. Dt Ärzteblatt 2000; 97:A 2310-2313 (Heft 36)

<sup>5</sup> Heuft, G., Kruse, A., Radebold, H. (2006) Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. E. Reinhardt-Verlag München. 2. Aufl.

<sup>6</sup> Herrmann Ch., Buss U., Lingen, R. Kreuzer, H. (1994) Erfassung von Angst und Depressivität in der medizinischen Routineversorgung. Dtsch. Med. Wochenschr. 119, 1283 -1286.

Herrmann, Ch., Brand-Driehorst S., Buss, U. Rüger, U. (2000) Effects of Anxiety and Depression on Five-Year-Mortality in 5.057 Patients Referred for Exercise Testing. J psychosomatic Res 48, 455-462  
Weitere Literatur kann nachgereicht werden

<sup>7</sup> Buss, U. (2006). Depression und Angst bei Koronarpatienten. Psychoneuro, 32(5) 237-246.  
sowie die zahlreichen Arbeiten der Statuskonferenz Psychokardiologie

<sup>8</sup> Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. Diabetes Care. 2001; 24(6): 1069-78

Lebensqualität, auf die funktionellen Einschränkungen (AU-Tage), den Lebensstil, aber auch den Verlauf des Diabetes<sup>9</sup>.

Auch der Verlauf der Erkrankung bei Patientinnen mit Brustkrebs wird durch psychosomatische Interventionen positiv beeinflusst<sup>10</sup>.

#### 4. Schlussfolgerung:

Die 40%-Quote in § 101 Abs. 4 SGB V sollte zur Sicherung eines psychosomatischen Versorgungsbereichs beibehalten werden. Ein Wegfall der Quotierung würde das Ende der Psychosomatischen Medizin in der ambulanten Versorgung bedeuten.

Gerade die immer komplexer werdenden Möglichkeiten der modernen Medizin bergen bei allem dadurch bewirkten Fortschritt die Gefahr, dass der Patient in eine Vielzahl von ‚Behandlungseinheiten‘ untergliedert wird, die voneinander getrennt abgewickelt werden, wobei die Persönlichkeit des Patienten und seine Verarbeitungsmöglichkeiten der Krankheit in ihrer Gesamtheit nicht mehr gesehen werden. Zudem birgt diese Zergliederung der Behandlungsabläufe gerade bei multimorbiden Patienten die Gefahr, dass Nebenwirkungen und Interferenzen von Behandlungsmaßnahmen nicht mehr gesehen werden. Ein wichtiger Versuch, diesem Missstand abzuwehren, ist die Einführung der Hausarztzentrierten Versorgung, bei der der Hausarzt einen Blick auf die Gesamtheit der Behandlungsmaßnahmen eines Patienten hat und diese koordiniert. Dies gilt auch für die Psychosomatische Versorgung.

Für den spezialisierten fachärztlich psychosomatischen Versorgungsbereich gibt es zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten, die auf die Bedeutung einer psychosomatischen Gesamtsicht des Patienten hinweisen. Bei manchen Erkrankungen, von denen einige hier aufgeführt wurden, erscheint dies als Methode der Wahl. Bei einem Wegfall der Quote besteht die Gefahr, dass psychotherapeutische Kompetenzen zunehmend im nicht-ärztlichen Versorgungsbereich verortet werden. Dadurch könnte eine institutionell untermauerte, zweigeteilte Versorgungslandschaft entstehen, die den Ärzten den Körper und der Psychologischen Psychotherapeuten die Psyche zuweist. Der ‚psychosomatische Blick‘ ginge verloren, nämlich den Patienten in seiner bio-psycho-sozialen Dimension zu sehen und zu verstehen. Dieser Anspruch soll auch im bestehenden dreigliedrigen Versorgungssystem verwirklicht werden. Auf der unteren Ebene eine breite, niedrig schwellig angesetzte psychosomatische Grundversorgung in fast allen Gebieten, insbesondere aber in den hausärztlichen und gynäkologischen. Über dieser Ebene gibt es den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung im engeren Sinne für spezifische Krankheiten der jeweiligen Fachgebiete im Sinne der fachgebundenen Psychotherapie. Auf der nächsten Ebene folgt die spezialisierte fachärztliche Versorgung durch die Gebiete Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Trotz Überschneidungen haben diese Gebiete einen je eigenen

---

<sup>9</sup> (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).

<sup>10</sup> Kruse, J., Grinschgl, A., Wöllner, W., Söllner, W., Keller, M. (2003) Psychosoziale Interventionen bei Patientinnen mit Brustkrebs. Psychotherapeut 48:93 -99..

Versorgungsauftrag, der sich aus der Weiterbildungsordnung und den im EBM festgelegten Versorgungsbereichen ergibt.

Die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gliedern sich in die Ebene der spezialisierten fachärztlichen Versorgung ein, die in Zusammenarbeit mit der somatisch-fachärztlichen Ebene (wie sie unter anderem im Konsiliarbericht geregelt ist) erfolgt. Dabei sollen Hausärzte und somatische Fachärzte, ggf. mit zusätzlicher psychosomatischer Grundkompetenz, die Begleitung und Motivation der Patienten solange übernehmen, bis diese – bei entsprechender Indikation – vom niedergelassenen Psychotherapeuten weiter- bzw. parallel behandelt werden können. Notwendige psychopharmakologische Behandlungen übernimmt entweder der Hausarzt oder ein zusätzlich eingeschalteter Nervenarzt bzw. Psychiater. Eine Reihe von empirischen Hinweisen sprechen allerdings eher dagegen, dass dieses Versorgungsmodell für psychosomatische Problemgruppen im engeren Sinne gut funktioniert:

- Patienten, die in psychosomatischen Spezialeinrichtungen gesehen werden, sind nach wie vor bereits hoch chronifiziert, erst nach 5-6 Jahren wird die somatische Diagnostik- und Therapiestrategie bei diesen Patienten auf eine psychosomatische hin erweitert.
- Untersuchungen von Krankenkassendaten zeigen, dass das Stellen der Diagnose einer psychosomatischen Störung allein nichts am chronischen Verlauf und der Beeinträchtigung<sup>11</sup> ändert.

Der niedergelassene Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie kann hier wichtige Lücken in der Versorgung einer großen Patientengruppe schließen: Die Prävalenz von interventionsbedürftigen psychosozialen Bewältigungsproblemen oder Störungen bei somatischen Grunderkrankungen liegt bei mindestens 10-20%. Ein großer Teil dieser Störungen ist von erheblichem Schweregrad, wie sich in der überproportional starken Beeinträchtigung der Lebensqualität dieser Patienten und in der relativ immer weiter wachsenden Quote von psychischen und psychosomatischen Störungen als Ursache von Krankschreibungen und Frühberentungen zeigt.<sup>12</sup>

Der niedergelassene Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bietet eine psychosomatische Versorgungspraxis mit offener Sprechstunde und komplexen, patientenzentrierten, psychotherapeutischen und medizinisch-medikamentösem Behandlungsangebot für psychosomatisch Kranke aus einer Hand in enger Kooperation mit anderen niedergelassenen Haus- und Fachärzten und Psychologischen Psychotherapeuten.

Auch wenn gezielte Evaluationsstudien für ein derartiges Versorgungsmodell noch nicht vorliegen, gibt es doch Hinweise, die dafür sprechen, es auf breiterer Front umzusetzen

- Überall dort, wo in spezialisierten Ambulanzen von vornherein mit einem hohen Anteil an Patienten mit psychosomatischen Problemen gerechnet wird, wie im Bereich von Schmerz- und Umweltambulanzen, bewähren sich Modelle der festen

---

<sup>11</sup> Dörning, H., Grobe, T., Schwartz, F.W., Muster der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung von Personen mit psychosomatischen Erkrankungen. In Bmbf Versorgungsforschung ([www.bmbf.de/pub/Versorgungsforschung.pdf](http://www.bmbf.de/pub/Versorgungsforschung.pdf)), S. 14 - 15

<sup>12</sup> Weber, A., Hörmann, G., Köllner, V. (2006) Psychische und Verhaltensstörungen – Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? Deutsches Ärzteblatt/ Jg. 103/Heft 13/31.3.2006

Kooperation von somatischen Fachärzten mit Psychosomatikern. Die Akzeptanz einer frühzeitigen psychosomatischen Untersuchung durch die Patienten ist in diesen Modellen sehr hoch, im Unterschied zu Situationen, in denen ein „Psycho-Spezialist“ erst dann hinzu gezogen wird, wenn die organischen Untersuchungen ergebnislos abgeschlossen worden sind.

Nicht zuletzt entspricht die vorgeschlagene Kooperation und Praxiskonzeption auch der Praxis dessen, was in psychosomatischen Konsil- und Liaisondiensten seit langem erfolgreich im stationären Bereich praktiziert wird.

Zusammenstellung durch den

**Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands e.V. , Vorsitzender Dr. Herbert Menzel, Landauer Str. 7, 14197 Berlin**

Dr. Karin Bell, stellvertretende Vorsitzende, Brücker Mauspfad 601, 51109 Köln

## Anlage 1: Musterweiterbildungsordnung 2003

### **27. Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

#### Definition:

Das Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie umfasst die Erkennung, psychotherapeutische Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind.

#### **Facharzt / Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

(Psychosomatiker und Psychotherapeut / Psychosomatikerin und Psychotherapeutin)

#### Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist die Erlangung der Facharztkompetenz nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte.

#### Weiterbildungszeit:

60 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1 davon

- 12 Monate in Psychiatrie und Psychotherapie, davon können
  - 6 Monate Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie angerechnet werden
- 12 Monate im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin, davon können
  - 6 Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung angerechnet werden
- können bis zu 24 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

#### Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Prävention, Erkennung, psychotherapeutischen Behandlung und Rehabilitation psychosomatischer Erkrankungen und Störungen einschließlich Familienberatung, Sucht- und Suizidprophylaxe
- der praktischen Anwendung von wissenschaftlich anerkannten Psychotherapie-Verfahren
- der Indikationsstellung zu soziotherapeutischen Maßnahmen
- Erkennung und Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter

- Grundlagen der Erkennung und Behandlung innerer Erkrankungen, die einer psychosomatischen Behandlung bedürfen
- der psychiatrischen Anamnese und Befunderhebung
- der gebietsbezogenen Arzneimitteltherapie unter besonderer Berücksichtigung der Risiken des Arzneimittelmisbrauchs
- der Erkennung und psychotherapeutischen Behandlung von psychogenen Schmerzsyndromen
- 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: Konfliktlehre, Ich-Psychologie, Objektbeziehungstheorie, Selbstpsychologie
- 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 systemische Theorien
- den theoretischen Grundlagen der psychoanalytisch begründeten und verhaltenstherapeutischen 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 Weiterbildungsverbund erworben.)

- 100 dokumentierte und supervidierte Untersuchungen (psychosomatische 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 Weiterbildungsverbund 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 Psychoedukation



Von den 1500 Behandlungsstunden sind wahlweise in einer der beiden Grundorientierungen abzuleisten:

- in den psychodynamischen/tiefenpsychologischen Behandlungsverfahren
  - 6 Einzeltherapien über 50 bis 120 Stunden pro Behandlungsfall
  - 6 Einzeltherapien über 25 bis 50 Stunden pro Behandlungsfall
  - 4 Kurzzeittherapien über 5 bis 25 Stunden pro Behandlungsfall
  - 2 Paartherapien über mindestens 10 Stunden
  - 2 Familientherapien über 5 bis 25 Stunden
  - 10 Sitzungen Gruppenpsychotherapien mit 6 bis 9 Patienten

oder

- in verhaltenstherapeutischen Verfahren
  - 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

Selbsterfahrung in der gewählten Grundorientierung wahlweise

- 150 Stunden psychodynamische / tiefenpsychologische oder psychoanalytische Einzelselbsterfahrung und 70 Doppelstunden Gruppenselbsterfahrung

oder

- 70 Doppelstunden verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung einzeln oder in der Gruppe

#### Übergangsbestimmung:

Kammerangehörige, die die Facharztbezeichnung Psychotherapeutische Medizin besitzen, sind berechtigt, stattdessen die Facharztbezeichnung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu führen.