

Was bringt die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) 2018?

Paul L. Janssen, Johannes Kruse

1. Allgemeines

Auf dem 121. Deutschen Ärztetag 2018 hat am 11.05.2018 in Erfurt der Deutsche Ärztetag die Novelle der Musterweiterbildungsordnung einstimmig verabschiedet. Anschließend wurden die schon vorliegenden inhaltlichen Ausgestaltungen von Abschnitt B (Fachärzte- und Schwerpunktweiterbildung) und C (Zusatzweiterbildungen, ZWB) in der Ständigen Konferenz »Ärztliche Weiterbildung« beraten, sodass der Vorstand der Bundesärztekammer die MWBO am 15.11.2018 endgültig beschließen konnte. Sie ist als neue MWBO, die strukturell und inhaltlich eine wesentliche Weiterentwicklung erfahren hat, auf der Homepage der Bundesärztekammer unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO-16112018.pdf abzurufen. Damit ging ein sehr langer Diskussionsprozess von über sechs Jahren zwischen Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Landesärztekammern (LÄK) und Bundesärztekammern (BÄK) zu Ende. Die DGPM war mit dem Vorstand, dem verbandsübergreifenden Weiterbildungsausschuss und den Berufsverbänden von Anfang federführend daran intensiv beteiligt. Wir haben drei Symposien zur Weiterbildung abgehalten, zu denen alle Mitglieder eingeladen waren. In dem Auftakt-Symposium im Januar 2012 (siehe Kruse et al. 2013) sind die Eckpunkte der MWBO diskutiert worden, manches davon konnten wir durchsetzen z.B. die vier Jahre Weiterbildung in Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und die Lösung von einem obligaten Jahr Psychiatrie (s. u.).

Es gab vielen Beratungen bei der Bundesärztekammer, bei den Landesärztekammern, über E-Mail-Kontakte, in Konferenzen mit anderen Fachgesellschaften und Abgleichungen zwischen den Fachgesellschaften und Berufsverbänden bis schlüssige Konzepte für die P-Fachärzte und Zusatzbezeichnungen vorlagen. Als P-Fachärzte bezeichnen wir den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und den Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Wir konnten das Konzept des Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auf einem Symposium

im September 2016 in Frankfurt erneut diskutieren (s. u.). Auf diesen intensiven, zeitraubenden Diskussionsprozess wollen wir im Einzelnen hier nicht eingehen, sondern Ihnen die Ergebnisse in Kurzform und mit einigen Erläuterungen darstellen.

Wie wir auf einem Symposium des DGPM/DKPM-Kongresses 2014 in Berlin dargestellt haben, soll die neue **Weiterbildungsordnung kompetenzorientiert** sein. Was heißt nun Kompetenz in unserem Fachgebiet und in der Psychotherapie? Wir haben dies auf dem Symposium ausführlich diskutiert und sind zu dem Schluss gekommen, dass der Kompetenzbegriff auf unser Gebiet angewandt werden kann, was für die BÄK zunächst nicht sicher schien. Wir orientierten uns an dem Überblick über die Kompetenzforschung, den Kahl-Popp (2007) in ihrem Buch gibt.

Die Kompetenzforschung beschäftigt sich mit dem handelnden Subjekt und seiner Praxis. Sie zerlegt die erforderlichen Fähigkeiten zur Ausübung der Praxis, definiert sie und macht sie überprüfbar. Die Anwendung des Begriffs der Kompetenz auf unser Fachgebiet wird darin ersichtlich. Sie spezifiziert, dass wir etwas bewirken zur Linderung oder Heilung einer psychosomatischen oder somato-psychischen Störung bzw. zur allgemeinen Fähigkeit des Individuums, Herausforderungen des Lebens erfolgreich zu bewältigen. Der Kompetenzbegriff beinhaltet stärker als der Begriff Professionalität oder Identität die Spannung zwischen Voraussetzungen auf Seiten des Behandlers und Zielsetzung auf Seiten des Patienten. Fähigkeiten bzw. Unfähigkeiten, Erfolge bzw. Misserfolge, Kompetenzen oder Inkompetenzen sind die Paare, die uns begleiten, d. h. dass unser Handeln hinsichtlich der Ergebnisse bewertet wird.

In der Aus-, Weiter- und Fortbildung sollen die Fähigkeiten ausgebildet, weiterentwickelt, überprüft und verbessert werden. Der Kompetenzerwerb ist also ein lebenslanger Prozess, er verläuft spiralförmig. Er beginnt mit der Ausbildung. In der Weiterbildung entwickelt sich eine psychosomatisch-psychotherapeutische Haltung, aber auch Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, mit denen der Arzt selbständig in der Psychosomatik tätig werden und sich fortbilden kann. Aus dem Kompetenzbegriff ergibt sich auch eine Einschränkung des Ziels der Weiterbildung:

Der Facharzt muss so viel Kompetenzen erworben haben, dass er selbständig tätig werden kann. Die Weiterbildungsordnung kann nicht das gesamte Gebiet abdecken. Und nicht alles, was im Gebiet praktiziert wird, muss der Facharzt beherrschen. Die Fachgesellschaften mussten dies erst verinnerlichen, denn Sie neigen dazu, in der MWBO das ganze Gebiet abzubilden.

Für den psychosomatisch-psychotherapeutisch tätigen Arzt/Facharzt haben wir drei Kompetenzen formuliert:

1. Die konzeptionelle Kompetenz: Dazu gehören die psychosomatisch/psychotherapeutischen Konzepte zur Krankheitslehre und zur Behandlungstechnik, die von den Weiterbildungsteilnehmern internalisiert werden müssen.
2. Die methodische Kompetenz: Diese beinhaltet die Fähigkeit, unterschiedliche therapeutischen Techniken adaptiert an die Problemstellung des Patienten anwenden zu können.
3. Die personale Kompetenz: Dazu zählt die psychische Plastizität, Einfühlung, Empathie, die Fähigkeit, Zustände des Nicht-Wissens und Nicht-Verstehens auszuhalten sowie das Vertrauen in die Wirksamkeit des eigenen Handlungskonzeptes.
4. Die relationale Kompetenz bzw. Beziehungskompetenz: Dazu zählt die kommunikative Intuition, die Fähigkeit, ein stabiles Arbeitsbündnis zu begründen, die therapeutische Beziehung zu reflektieren und daraus resultierende Erkenntnisse umzusetzen. Dazu gehört auch die Fähigkeit, ein heilsames Setting als Kontext der psychotherapeutischen Beziehung anzubieten.

Diese Kompetenzdefinition ist in abgewandelter Form in die Einteilung der Kompetenzblöcke (s. u.) eingegangen. Zunächst hatte die BÄK vier Ebenen der Kompetenz sowohl für Fachgebiete wie für die ZWB vorgesehen. Die ersten Entwürfe für die BÄK waren auch an diesen Ebenen (oder Level) orientiert. Entschieden wurde im Laufe der weiteren Arbeit in den Weiterbildungsgremien, dass nur zwei Ebenen in der MWBO aufgeführt werden sollen, die schließlich die MWBO für alle P-Fachärzte und P-ZWB strukturiert:

- die kognitive und Methodenkompetenz (Kenntnisse)
- die Handlungskompetenz (Erfahrungen und Fertigkeiten).

Für die Ebene der Handlungskompetenz können auch Richtzahlen vorgegeben werden. Die Häufigkeit der Angaben von und die Höhe der Richtzahlen in der bisher gültigen Weiterbildungsordnung sollten aber im Hinblick auf die Kompetenzorientierung der neuen MWBO reduziert werden. Nur wo es unbedingt notwendig war, Zahlen zu nennen, sollten sie nach Ansicht der BÄK angegeben werden. Diese Grundsatzposition hat zu kontroversen Diskus-

sionen auch in und mit der DGPM geführt, da wir auch für die theoretischen Inhalte auf der ersten Ebene Richtzahlen vorgeschlagen haben. Wir konnten uns schließlich durchsetzen und Richtzahlen für die Stundenzahl der Theorie-seminare nennen.

Eine weitere Neuerung ist die geplante Einführung eines elektronisch geführten Logbuchs der Landesärztekammern, in dem die Kompetenzen auf beiden Ebenen aufgelistet sind und von Weiterbildungsbefugten abgezeichnet werden sollen.

Ein weiterer Grundsatz ist, dass in der MWBO nur allgemeine Beschreibungen der zu erreichenden Kompetenzen genannt werden. An die Fachgesellschaften und damit an die DGPM ging der Auftrag, ein »Kursbuch« zu erstellen, das detailliert die Inhalte der MWBO einschließlich Literaturangaben beschreibt und erläutert.

Im Hinblick auf eine gewisse Standardisierung ist schon im Vorfeld von einer Arbeitsgruppe der LÄK ein Glossar erstellt worden, das Einzel- und Gruppenselbsterfahrung, Balintgruppe und Supervision definierte. Dieses Glossar ist mit Kürzungen von der BÄK übernommen und dem P-Gebiet wie auch den ZWB angefügt worden.

2. Neuerungen für das Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Schon der Kopfteil, wie er offiziell genannt wird, der neuen MWBO, in dem die Gebietsdefinition und die Weiterbildungszeit festgeschrieben werden, hat Veränderungen erfahren.

Die Gebietsdefinition lautet:

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

Der Behandlungsauftrag des Facharztes ist also nicht nur wie in der bisherigen MWBO ein psychotherapeutischer, insbesondere bezogen auf die Richtlinienpsychotherapie, sondern umfasst auch eine psychosomatisch-medizini-

sche **Behandlung** und Diagnostik, insbesondere eben von Krankheiten und Leidenszuständen mit körperlichen Auswirkungen und Tendenzen zur Chronifizierung. Darüber hinaus bleibt der Facharzt in der psychotherapeutischen Qualifikation, insbesondere in der **Richtlinien-Psychotherapie**, der höchstqualifizierte Facharzt in der MWBO, wie dies schon seit 1992 im Gebiet »Psychotherapeutische Medizin« der Fall war.

Eine weitere Veränderung bringt die **Weiterbildungszeit**. Die fünf Jahre Weiterbildung in Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie (60 Monate) an Weiterbildungsstätten unter einem befugten Arzt ist geblieben. Von diesen fünf Jahren ist **ein Jahr** (12 Monate) auf einem **anderen Gebiet der somatischen Patientenversorgung** abzuleisten. Damit können alle Fachärzte, die einen Patientenbezug haben, wie Gynäkologen, Internisten, Urologen, Orthopäden u. a. (die Gebiete sind im Abschnitt A, Paragraphenteil 2a, Abs. 6 aufgelistet) in weiteren vier Jahren den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erwerben.

Eine Pflichtweiterbildung in **einem Jahr Psychiatrie und Psychotherapie** ist nicht mehr erforderlich. Es wurde der Grundsatz realisiert, dass in Gebieten, in denen »Fremdjahre« – das sind Weiterbildungszeiten in anderen Gebieten – aufgeführt werden, dies nur ein Jahr sein kann. Das eine Jahr in einem Gebiet der somatischen Patientenversorgung war nach Auffassung der Mehrheit unseres Verbandes unverzichtbar, da schon in der Novellierung 2003 der Facharzt sich mehr in Richtung der somatischen Medizin hin orientiert hatte. Die Diskussion um die Frage, wieviel Psychiatrie braucht der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, hat innerhalb der DGPM eine sehr lange Geschichte, die schon bei der letzten Novellierung 2003 kontrovers war (siehe Janssen 2017, S. 134 ff). 1992 war wie auch in den Vorentwürfen von 1979 bis 1987 ein Jahr Innere Medizin und ein Jahr Psychiatrie verpflichtend. Es gab eine Bindung an die Psychiatrie, die einerseits zurückzuführen war auf die Bindung an das eine Jahr Psychiatrie in der ZWB Psychotherapie, andererseits war damals der überwiegende Anteil der Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin der Auffassung, dass eine psychiatrische Erfahrung erforderlich sei (Janssen und Hoffmann 1994).

Dies hat sich im Laufe der Jahre verändert. In vielen internen Diskussionen und zuletzt auf dem Auftakt-Symposium 2012 (Kruse et al. 2013) hat sich die Meinung durchgesetzt, dass die Weiterbildungsstätten in der Lage sind, die Anteile des Gebietes Psychiatrie, die für den Facharzt erforderlich sind, zu vermitteln. Sie sind daher im inhaltlichen Teil aufgeführt und nicht mehr in ein Jahr Psychiatrie und Psychotherapie als Fremdjahr gepackt (s. u.). Sollte diese Ver-

mittlung in einzelnen Weiterbildungsstätten nicht möglich sein, dann ist der Weiterbildungsbefugte verpflichtet, dem Weiterbildungsteilnehmer zu ermöglichen, an einer psychiatrischen Weiterbildungsstätte diese Kompetenzen zu erwerben. Der Kompromiss, der schließlich erzielt wurde, war, dass wahlweise zwölf Monate Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgen kann und dadurch die Weiterbildung in Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie sich um ein Jahr auf drei Jahre reduziert.

Ein weiteres Novum ist, dass keine Verpflichtung im Gegensatz zur Weiterbildung des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie zu einer **stationären Weiterbildungszeit** besteht, sondern die »multimodalen psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlungen im stationären Setting« inhaltlich unter Handlungskompetenz aufgeführt wird. Eine solche Kompetenz in der Komplexbehandlung kann natürlich nicht nur in der vollstationären Behandlung, sondern auch in der tagesklinischen Behandlung erworben werden, die nach dem Paragraphen Teil A § 2a zum ambulanten Bereich gehört. Damit ist ein größerer Spielraum gegeben für eine ambulante, teilstationäre und stationäre Weiterbildung. Auch bei anderen Gebieten zeigt sich in Folge mehrerer Ärztagbeschlüsse die generelle Tendenz, die ambulante Weiterbildung zu stärken. Die BÄK hielt insbesondere unser Gebiet dafür geeignet, was auch von uns als Verhandlungsführer akzeptiert werden musste.

Die Weiterbildungsinhalte zum Erwerb der Facharztkompetenz gliedern sich in **sieben Kompetenzblöcke**. Sie sind:

- Allgemeine Inhalte der Weiterbildung (gültig für alle Fachärzte) mit gebietspezifischer Ausprägung
- Übergreifende Inhalte der Facharztweiterbildung
- Krankheitslehre und Diagnostik
- Therapie psychosomatischer Störungen und Erkrankungen
- Prävention und Rehabilitation
- Notfälle
- Selbsterfahrung

Allgemeine Inhalte

Die allgemeinen Inhalte der Weiterbildung für die Facharztweiterbildung sind für alle Gebiete gleich, obwohl die gebietspezifischen Ausprägungen berücksichtigt werden sollen. Die Inhalte beziehen sich auf wissenschaftliche und rechtliche Grundlagen des ärztlichen Handelns und Maßnahmen der Qualitätssicherung wie auch auf Grundlagen der ärztlichen Begutachtung. Die patientenbezogenen Inhalte berücksichtigen die situationsgerechte ärztliche Gesprächsführung einschließlich der Beratung der Angehörigen, die psychosomatischen Grundlagen, die psycho-

sozialen, umweltbedingten und interkulturellen Einflüsse auf die Gesundheit sowie den Zusammenhang zwischen Krankheit und sozialem Status. Besonders herausgestellt werden Therapieentscheidungen am Lebensende, Beurteilung von Besonderheiten der Erkrankung und Einschränkungen im Alter sowie medizinische Notfallsituationen, insbesondere lebensrettende Maßnahmen. Das heißt, dass auch der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im System der **Notfallversorgung** tätig werden muss. Desweiteren muss er grundlegende Kenntnisse über Pharmakotherapie, Arzneimittelsicherheit sowie Arzneimittelmisbrauch haben und sich allgemein mit der Schmerztherapie auskennen, ebenso wie mit dem Basislabor und der Indikationsstellung zur weiterführenden einschließlich der bildgebenden Diagnostik.

Der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bleibt Arzt und ist verpflichtet sich in der Medizin z.B. der Notfallversorgung fortzubilden, auch wenn er überwiegend in der Psychotherapie tätig ist.

Übergreifende Inhalte

Es gibt auch spezifische allgemeine Inhalte der Facharztweiterbildung, die nur für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gelten, dazu gehören auf der ersten Ebene Kenntnisse über die **wesentlichen Gesetze und Richtlinien**, insbesondere hinsichtlich Patientenrechte, Behandlung, Unterbringung und Betreuung psychisch Kranker. Auf der zweiten Ebene, Handlungskompetenz, wird die Erstellung **wissenschaftlich begründeter Gutachten** gefordert. Drei Gutachten sind als Richtzahl angegeben. Damit ist erstmals auch wieder die Gutachtenerstellung als ein spezifisches Merkmal der Facharztkompetenz aufgeführt. In der jetzt gültigen Weiterbildungsordnung war dies verlorengegangen.

Krankheitslehre und Diagnostik

Mit einem großen Aufwand und mit einigem Hin und Her konnten wir erreichen, dass die **Theorie in Krankheitslehre und Diagnostik** in Stunden auch in der MBWO aufgeführt wird, und zwar mit **120 Stunden als Richtzahl**. Als Begründung war durchschlagend, dass die Theorie-seminare meist Weiterbildungsstätten übergreifen und in sog. Weiterbildungsverbänden organisiert werden, sodass dadurch neben der gezielten und von erfahrenen Dozenten getragene Wissensvermittlung eine Kooperation und Vernetzung von Klinik und niedergelassenen Praxen und den dort Tätigen geschieht.

Zu den Inhalten, die vermittelt werden sollen, gehören die Konzepte der Psychosomatischen Medizin, die Ätiologie

und Chronifizierung psychischer und psychosomatischer Störungen, die Konzepte der psychosozialen Belastungen, die Konzepte der Bewältigung von somatischen Störungen, die Psychopathologie und psychiatrische Nosologie einschließlich Neurobiologie, die Genetik und Epigenetik, die Verhaltensdiagnostik, die Sozialpsychologie, die Kognitionspsychologie und die generationsübergreifenden neurobiologischen und psychologischen Entwicklungskonzepte, die Bindungstheorie, die Psychotraumatologie, die Testpsychologie wie auch die Gruppendynamik.

Darüber hinaus muss der Arzt in Weiterbildung theoretische Grundlagen der Psychotherapieverfahren kennen. Er soll sowohl Kenntnisse erwerben in der psychoanalytischen, tiefenpsychologisch/psychodynamischen Krankheitslehre wie z.B.: Ich-Psychologie, Konfliktlehre, Strukturtheorie, Objektbeziehungstheorie, Selbstpsychologie und Mentalisierungstheorie wie auch der allgemeinen und speziellen Verhaltenslehre.

Die Ebene der **Handlungskompetenzen**, die Ebene der Erfahrungen und Fertigkeiten, wird folgendermaßen definiert:

»Psychosomatische und psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung ggf. unter Einbeziehung der Familie und der sozialen Situation einschließlich der Erfassung des psychopathologischen Befundes und der Erkennung seelisch-körperlicher Wechselwirkungen bei psychischen und somatischen Erkrankungen und Störungen, z.B. onkologische, neurologische, kardiologische, orthopädische und rheumatische Erkrankungen sowie Stoffwechsel- und Autoimmunerkrankungen«.

Diese **diagnostischen, psychosomatischen Kompetenzen** werden von 20 Untersuchungen auf **40 Untersuchungen im Konsiliar- und Liaisondienst (CL-Dienst)** erhöht. In diesem Inhalt der Weiterbildung wirkt sich die Wende zu den somatischen Gebieten besonders aus.

Seit der Einführung 1992 gab es drei Novellierungen in der Weiterbildungsordnung. Die grundlegende Veränderung war 2003 mit Umbenennung des Facharztes von Facharzt für Psychotherapeutische Medizin in Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Eine weitere Veränderung gab es 2010, die die jetzige Entwicklung schon anzeigte: Eine der Zielgruppen des Facharztes sollten die somatopsychischen Störungen sein.

Dies beinhaltet auch die Kenntnisse über Konzepte der Bewältigung von somatischen Erkrankungen und Erfahrungen mit speziellen Verfahren der Diagnostik und Behandlung bei seelisch-körperlichen Wechselwirkungen, z.B. in der Onkologie, Diabetologie, Geriatrie, Gynäkologie und

anderen somatischen Disziplinen. Auf dem Auftakt-Symposium 2012 (Kruse et al. 2013) wurde diese Kompetenz neben der Psychotherapie als ein **Kernmerkmal** des Fachgebietes bezeichnet. Wobei in der Facharztweiterbildung nur die Grundlagen gelegt werden, eine Weiterentwicklung von Spezialisierungen, die dann als ZWB ausgewiesen werden könnten, z.B. in der **Psychoonkologie**, wäre für die Zukunft denkbar, konnte zwar konzeptualisiert, aber noch nicht etabliert werden.

Das weitere **Kernmerkmal** sind die Handlungskompetenzen in den psychotherapeutischen Untersuchungen und in der Behandlung. Die **psychotherapeutische Untersuchung** umfasst die diagnostische Kompetenz **entweder** in den **60 psychodynamisch/tiefenpsychologischen** diagnostischen Verfahren wie psychodynamisches Erstinterview, tiefenpsychologisch biographische Anamnese, strukturiertes Interview einschließlich der Testdiagnostik **oder** in den **60 Untersuchungen in verhaltenstherapeutischen** Verfahren, z.B. strukturierte Interview, Testdiagnostik und Verhaltensanalyse. Mit den Untersuchungen im CL-Dienst sind es also insgesamt 100 Untersuchungen, die nachzuweisen sind. Dies entspricht den 100 Untersuchungen, die schon 1992 in die MWBO aufgenommen wurden (siehe Janssen und Hoffmann 1994).

Ein Novum in der MWBO ist, dass von diesen 60 Untersuchungen **20 Untersuchungen in der jeweiligen anderen Grundorientierung** (psychodynamisch/tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch) durchgeführt werden können. Weiterbildungsteilnehmer, die den psychodynamischen Zweig wählen, können auch wahlweise Kompetenzen im verhaltenstherapeutischen diagnostischen Verfahren erwerben. Diese Öffnung der Verfahrensorientierung greift eine Tendenz auf, die auch schon 1992 beim Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, angestrebt wurde. Der Facharzt musste damals auch Kenntnisse und Erfahrungen in 80 Fallseminaren der jeweils anderen Grundorientierung erwerben.

Therapie psychosomatischer Störungen und Erkrankungen

Grundsätzlich bleibt die MWBO in dem Weiterbildungsblock »Behandlung« festgelegt auf die vom wissenschaftlichen Beirat »Psychotherapie« **wissenschaftlich anerkannten Verfahren**. Diese Festlegung des Begriffes »Psychotherapie« auf wissenschaftlich anerkannte Verfahren spielt in der Diskussion um die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes eine große Rolle, denn einige Verbände der psychologischen Psychotherapeuten wollen die Legaldefinition, die das als Psychotherapieverfahren definiert, was wissenschaftlich anerkannt ist, aufgeben. Ihr

Argument ist, Ärzte dürften auch in der Psychotherapie alles und seien nicht festgelegt auf wissenschaftlich anerkannte Verfahren.

Dem widerspricht die MWBO schon lange. Sie definiert auf der ersten Kompetenzebene, dass der Arzt **Kenntnisse in den wissenschaftlich anerkannten Verfahren und Methoden**, insbesondere der **psychodynamisch/tiefenpsychologisch Psychotherapie** und der **Verhaltenstherapie** erwerben muss. Es sind Kenntnisse in dem jeweiligen Verfahren in der Einzeltherapie, der Paartherapie, Familientherapie einschließlich systemischer Therapie, der Gruppenpsychotherapie und der Psychotherapie mit Anwendung von traumaspezifischen Techniken zu erwerben. Diese theoretische Weiterbildung ist in **120 Stunden** in Seminaren zu vermitteln.

Auf der zweiten Ebene der **Handlungskompetenzen**, bleibt die Zweigleisigkeit der Weiterbildung erhalten. Der Weiterbildungsteilnehmer wählt eines der beiden Verfahren für die vertiefte Weiterbildung, sodass dies alternativ die **psychodynamische Psychotherapie** oder die **Verhaltenstherapie** sein kann und zwar in Einzel- und Gruppenpsychotherapie sowie in Psychotherapie.

Der psychotherapeutische Behandlungsteil ist insofern verändert, als nicht mehr von 1500 Behandlungsstunden in der MWBO gesprochen wird, sondern von **100 Fällen**. Dies war ein Kompromiss mit der BÄK, da diese eher die Behandlungsfälle wie in der ersten Fassung des Facharztes von 1992, da waren es 40 Fälle, wissen wollten. Es war auch ein Kompromiss mit dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, da auch in ihm nur Fallzahlen aufgeführt werden und nicht Stunden der Behandlung.

In der MWBO lautet die Behandlungsdefinition:

Psychosomatische und psychotherapeutische Behandlungen einschließlich traumabedingter und sexueller Störungen mit besonderer Gewichtung der psychosomatischen Symptomatik unter Einschluss der Anleitung zur Bewältigung somatischer und psychosomatischer Störungen und Erkrankungen und der multimodalen psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung und der multimodalen Therapie im stationären Setting in 100 dokumentierten Fällen.«

Zu den 100 Fälle gehören alle Behandlungen, z.B. auch die supportiven Behandlungen, die Psychotherapie und die Kompetenzen, die im jeweils gewählten psychotherapeutischen Verfahren erworben werden. Unter Supervision sollen in dem **psychodynamisch/tiefenpsychologischen Verfahren acht Einzelpsychotherapien von 30 bis**

100 Stunden, 50 Kurzzeittherapien von 5 bis 25 Stunden und 200 Stunden Gruppenpsychotherapie mit drei bis neun Patienten durchgeführt werden. Mit der gleichen Stundenzahl und der gleichen Einteilung können sie alternativ im verhaltenstherapeutischen Verfahren unter Supervision durchgeführt werden.

Neu wie schon im Kompetenzblock »Krankheitslehre und Diagnostik« ist in der MWBO, dass 20 von diesen Fällen in der jeweils anderen Grundorientierung durchgeführt werden können, sodass der Facharzt auch Erfahrungen entweder in der Verhaltenstherapie oder in der psychodynamischen Psychotherapie erwerben kann, ohne dass es das vertieft erworbene Verfahren ist. Dies gab es in der bisherigen WBO nicht, es entspricht aber ebenso der Tendenz des Facharztes von 1992, Kenntnisse im jeweiligen Zweitverfahren ergänzend zum Hauptverfahren mit 80 Stunden Fallseminar zu erwerben.

Es bleibt aber dabei, dass der Facharzt Kompetenzen in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren vertieft erwerben muss. Eine Aufhebung des Verfahrensbezug in der Psychotherapie wird aus guten wissenschaftlichen und praktischen Gründen nicht angestrebt.

Wie schon eingangs erwähnt, sind die Inhalte aus dem stationären Setting nicht durch stationäre Zeiten im Kopfteil festgelegt, sondern durch Inhalte, hier die »multimodale psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung«. Ohne Erfahrung in der stationären Psychotherapie oder der tagesklinischen Psychotherapie ist also der Facharzt nicht zu erwerben. Das Auftakt-Symposium 2012 ging sogar noch weiter und wollte die multimodale Komplexbehandlung auch in der ambulanten Praxis etablieren (Kruse et al. 2013).

Darüber hinaus sind Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten auf der ersten und zweiten Kompetenzebene ohne Nennung von Richtzahlen in Psychoedukation, den supportiven Behandlungen, erweitert um imaginative, ressourcenorientierte, systemische, achtbarkeitsbasierte und non-verbale psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungen zu erwerben.

Der zukünftige Facharzt soll auch Kenntnisse in störungsorientierten Methoden und Techniken erwerben und auch in den Verhaltensauffälligkeiten und psychosomatischen Störungen im Kindes- und Jugendalter und dem Verhalten bei nicht-stoffgebundenen und stoffgebundenen Süchten, die innerhalb der psychosomatischen Therapie eine Rolle spielen können. Die spezifische Behandlung von

Süchten ist jedoch dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie vorbehalten.

Auf der Ebene der Erfahrungen und Fertigkeiten, der Ebene der Handlungskompetenzen, werden neben der Durchführung von Richtlinien-Psychotherapien auch eine neue Kategorie von psychosomatisch-psychotherapeutischen Interventionen eingeführt:

»Psychosomatisch-psychotherapeutische Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung zur Klärung psychosomatischer Interaktionen sowie zum Aufbau eines psychosozialen Krankheitsverständnisses und von Therapiemotivation« (ohne Angaben einer Richtzahl)

Bei dieser Neuerung handelt es sich um eine auf den theoretischen Grundlagen der Psychosomatischen Medizin fußende Gesprächsführung, die nicht unter den Begriff »Psychotherapie« zu subsumieren ist. In einer schon im Rahmen der EBM-Diskussion 2000 konzeptionalisierten Fassung für die psychosomatische Gesprächsleistung (Janssen 2017, S. 166) handelt es sich um:

- »Information über die psychosomatische Erkrankung oder die psychischen Anteile bei körperlichen Erkrankungen, einschließlich Entstehungsbedingungen, möglicher Medikation. Auswirkungen auf das private, berufliche und sonstige soziale Umfeld bei Bedarf unter Einbeziehung der Bezugspersonen. Dazu sind eingehende Kenntnisse der biologischen Abläufe der betreffenden Erkrankung notwendig.
- Beratung über ein angemessenes Krankheitsverhalten im Hinblick auf die psychopathologischen Anteile und die erwartbaren Folgen der Erkrankung.
- Aufklärung des Patienten über Maßnahmen zur Rückfallprävention, z.B. im Hinblick auf Risikoverhalten.
- Diagnostik und Identifizierung der wesentlichen pathogenetischen Bedingungen der Erkrankung im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells sowie Klärung der aktuellen krankheitsauslösenden Faktoren.
- Definition der Interaktion zwischen sozialem Umfeld und der Persönlichkeit des Patienten unter Nutzung psychodynamischer, kognitiv-behavioraler und systemischer Ansätze.
- Erarbeitungen von Problem- und Konfliktlösungsstrategien.
- Anleitung beim Umgang mit krankheitsbedingtem Verhalten unter Einbeziehung hemmender oder verstärkender psychischer Gesichtspunkte (z.B. Atemtechniken bei Asthma bronchiale, Kratzkontrolltechniken bei Hauterkrankungen, Diätberatung bei Essstörungen oder Stoffwechselerkrankungen).
- Fokussierung auf die Stärken und Fähigkeiten des Patienten (Ressourcen) zur Konflikt- und Krankheitsbe-

wältigung bei Kenntnis der verschiedenen klinischen Verlaufsmöglichkeiten der körperlichen oder psychosomatischen Erkrankung.

- Falls erforderlich Motivationsgespräche für eine langfristige Psychotherapie.

Weiterhin neu ist der Erwerb von **Handlungskompetenzen** in der **Psychotherapie** mit Anwendung traumaspezifischer Techniken, z. B. EMDR, wie sie jüngst sozialrechtlich im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie anerkannt wurde. Der zukünftige Facharzt erwirbt also mit Abschluss des Facharztes auch die Kompetenz in der Psychotherapie durch die Durchführung von **fünf Behandlungsfällen** unter Supervision. Wir hätten diese Kompetenz auch als ZBW formulieren können, haben es aber jetzt vorgezogen, sie in den Facharzt zu integrieren, denn die Behandlung von Psychotraumata ist ebenfalls ein Kernmerkmal des Facharztes geworden.

In der MBWO erhalten geblieben sind aus der vorigen Weiterbildungsordnung Erfahrungen und Fertigkeiten in der **Psychopharmakotherapie**, den **Entspannungstechniken** wie Hypnose oder autogenes Training oder progressive Muskelentspannung. Neu formuliert, aber schon früher selbstverständlich inkludiert, ist die **Mitbehandlung im interdisziplinären Team**, was insbesondere von der integrierten Psychosomatischen Medizin bei somatischen Erkrankungen und Störungen im ambulanten wie stationären Setting angestrebt wird.

Zusammenfassend können wir feststellen, dass der Erwerb der Kernkompetenz, die Weiterbildung in der bewährten und wissenschaftlich anerkannten Richtlinien-Psychotherapie erhalten geblieben ist und darüber hinaus neue Verfahren aufgenommen wurden und auch die jetzt kürzlich sozialrechtlich anerkannte systemische Therapie schon erwähnt wird, aber auch spezifischere psychosomatisch-psychotherapeutische Interventionen der Beziehungsgestaltung erlernt werden müssen. Der Erwerb dieser Kompetenzen umfasst nicht das gesamte Gebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Diese Basiskompetenzen müssen aber vorhanden sein, damit der Facharzt eigenständig tätig werden und sich regelmäßig fortbilden kann.

Prävention und Rehabilitation

Neu ist auch, dass die MWBO einen eigenen Weiterbildungsblock für den Erwerb von Kompetenzen in der Prävention, Früherkennung und Rehabilitation psychosomatischer Störungen und Erkrankungen vorsieht. Die Klassifikationsmodelle der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit von Patienten mit psychischen Er-

krankungen und Störungen (ICF) müssen gekannt werden. An **Handlungskompetenzen** müssen erworben werden, die Indikationsstellung zur psychosomatischen Rehabilitation und leider ohne Angabe einer Richtzahl die **Befunderstellung für Rehabilitationsanträge**. Damit findet die psychosomatische Rehabilitation ihre Anerkennung jetzt auch in der MWBO.

Notfälle

Neben den Erfahrungen und Kenntnissen in der **allgemeinen Notfallversorgung**, die im allgemeinen Teil der MBWO aufgeführt werden und zu jeder Facharztweiterbildung gehören, sind spezifische **Handlungskompetenzen** in der **Kriseninterventionen** bei Suizidalität, Traumafolgestörungen, akuten Belastungsreaktionen, akuten Angststörungen, psychotischen Zuständen und Dissoziationen nachzuweisen. Dies unterscheidet sich nicht von der alten WBO.

Selbsterfahrung

Anders als bei anderen Gebieten der Medizin ist die Selbsterfahrung ein unverzichtbarer Bestandteil der Weiterbildung für den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die Bedeutung der **personalen Kompetenz und Beziehungskompetenz** wurde auf dem schon erwähnten DGPM-Symposium 2014 ausführlich diskutiert. Hier werden sie zusammenfassend wiedergegeben:

- Kenntnisse über Konzepte, Bedeutung und Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung in unterschiedlichen psychotherapeutischen und psychosomatischen Kontexten einschließlich der Besonderheit im Begutachtungskontext
- Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbstwahrnehmung
- Fähigkeit zur Selbstintegration, Belastungsregulation, Herstellung emotionaler Stabilität, zur Mentalisierung und zur Selbststeuerung eigener Affekte und Verhaltensimpulse
- Fähigkeit zur Empathie und Rollenübernahme, zur Wahrnehmung und Differenzierung eigener und fremder Affekte, Kognitionen, Wünsche und Erwartungen in der therapeutischen Beziehung
- Fähigkeit zur Kommunikation und zur Etablierung, Aufrechterhaltung und Beendigung einer stabilen therapeutischen Beziehung
- Fähigkeit und Fertigkeit zur altersgerechten Kommunikation sowie in der systematischen Analyse und Gestaltung von therapeutischen Beziehungen in der jeweils gewählten Grundorientierung
- Fähigkeit und Fertigkeit zur Reflexion der Verknüpfung von individueller personaler Kompetenz und Behandlungskonzeption in der jeweils gewählten Grundorientierung

- Fähigkeit und Fertigkeit, hilfreich und förderlich in Einzel- und Gruppentherapie zu intervenieren

An Selbsterfahrungsstunden waren 1992 150 Stunden Einzelsitzungen und 70 Doppelstunden Gruppensitzungen, das heißt insgesamt 290 Stunden für den psychodynamischen Zweig erforderlich. Schon immer war die Verhaltenstherapie mit 70 Stunden Einzel- und Gruppenpsychotherapie niedriger angesetzt als die psychodynamischen Verfahren, was auch den Verfahren entspricht. Die Anforderungen an die Selbsterfahrung sind auch jetzt in der Zweigleisigkeit erhalten geblieben. Der Facharzt muss eine **Selbsterfahrung in dem psychotherapeutischen Verfahren durchführen, in welchem er auch die Psychotherapiekompetenzen vertiefend erwirbt, also entweder in dem psychodynamisch/tiefenpsychologisch Verfahren oder in dem verhaltenstherapeutischen Verfahren.** In beiden Verfahren ist auch erhalten geblieben, dass sowohl eine **Einzelselbsterfahrung wie eine Gruppenselbsterfahrung** erforderlich sind. Zur Selbsterfahrung wurden als patientenbezogene Selbsterfahrung auch die **Balintgruppe bzw. die interaktionsbezogene Fallarbeit** gerechnet. Es wurde für alle P-Gebiete und die ZWB Psychotherapie mit der Zahl von 35 Doppelstunden die gleiche Anforderung gestellt.

Besonders in der Diskussion auf dem Workshop zu Weiterbildung in Frankfurt am Main am 23.9.2016 wurde festgelegt, dass die Einzel- und Gruppenselbsterfahrung der Besonderheit des jeweiligen Verfahrens in der Zahl der Stunden gerecht werden muss. Die Anzahl der Stunden muss in der psychodynamischen Psychotherapie nicht die gleiche sein wie in der Verhaltenstherapie. Insgesamt sollten die Stundenzahl der Selbsterfahrung reduziert werden: **Die Gesamtstundenzahl für das psychodynamische Verfahren ist jetzt 200 Stunden, davon 120 Stunden Einzelselbsterfahrung und 80 Stunden Gruppenselbsterfahrung (40 Doppelstunden).**

In den **verhaltenstherapeutischen Verfahren** ist die Gesamtstundenzahl an Selbsterfahrung **150 Stunden**, die Anzahl an Einzelselbsterfahrungsstunden offengehalten und die **Gruppenselbsterfahrung auf mindestens 80 Stunden (40 Doppelstunden)** festgelegt. In der Diskussion wurde deutlich herausgestellt, dass die Weiterbilder in der Verhaltenstherapie im Gegensatz zu den Weiterbildern in der psychodynamischen Psychotherapie kaum auf Einzelselbsterfahrung setzen, sondern mehr auf die Gruppenselbsterfahrung. Es haben sich bei den Verfahren bestimmte Traditionen entwickelt, die die MWBO jetzt auch berücksichtigt. Unser Vorschlag, dem zukünftigen psychodynamischen Psychotherapeuten auch eine Selbsterfahrung in Verhaltenstherapie und umgekehrt dem zukünftigen Verhaltenstherapeuten auch eine psychody-

namische Selbsterfahrung zu ermöglichen, hat sich nicht durchgesetzt auch wegen der Inkompatibilität mit der Richtlinien-Psychotherapie.

Wir können **zusammenfassend** zur Facharzt-Weiterbildung festhalten: Die Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wurde im Sinne der individuellen und gesellschaftlichen Anforderungen an den Facharzt im Gesundheitssystem und der wissenschaftlichen Evidenz weiterentwickelt (siehe Kruse et al. 2013). Altes ist erhalten geblieben und Neues hinzugekommen, auch wenn die einzelnen störungsbezogenen psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren in der MWBO noch zu wenig differenziert abgebildet werden. Wir setzen entsprechend des Kompetenzbegriffes auf lebenslange Entwicklung und auf eine Fortschreibung der MWBO.

Die Fachgesellschaft wird ein sog. »Kursbuch« verfassen, in dem für Weiterbilder wie Weiterzubildende umfassend beschrieben wird, welche Anforderungen die neue MBWO bringt und wie sie in der konkreten Weiterbildungssituation umgesetzt werden können. Basis für dieses Kursbuch soll der »Leitfaden für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie« (Janssen, Joraschky & Tress 2009) sein. Er war schon damals orientiert an der MWBO der BÄK und soll nun fortgeschrieben und neu aufgelegt werden.

3. Neuerungen für die Befugnisregelungen einschließlich Glossar

Der Fokus der MWBO liegt erstmals nicht nur auf einer Weiterentwicklung der Strukturen und Inhalte der Gebiete, sondern auch auf die Weiterbildungsbefugten. Im Teil A der Weiterbildungsordnung heißt es in § 4:

Die Weiterbildung erfolgt an zugelassenen Weiterbildungsstätten im Rahmen angemessen vergüteter ärztlicher Berufstätigkeit unter Anleitung zur Weiterbildung befugter Ärzte oder durch Unterweisung in anerkannten Weiterbildungskursen bzw. Fallseminaren.«

Anerkannte Weiterbildungsstätten (§ 6) sind Universitäts- oder Hochschulkliniken sowie hierzu von den Ärztekammern zugelassene Einrichtungen der ärztlichen Versorgung. Dazu gehören Krankenhäuser und die Praxen niedergelassener Ärzte. Dazu gehören nach der MWBO auch Tageskliniken und Ambulanzen.

Befugte Ärzte (§ 5) müssen fachlich und persönlich geeignet sein und eine »mehrjährige Tätigkeit nach Abschluss

der entsprechenden Weiterbildung nachweisen«. Grundsätzlich muss also die Weiterbildung bei einem befugten Arzt erfolgen, der von der Ärztekammer befugt wird. Er kann nur befugt werden, wenn er Kammermitglied ist und entsprechende Qualifikationen vorweist wie mehrjährige Tätigkeit im Gebiet der Befugnis. Die ist wichtig festzuhalten, da rechtlich nur Kammermitglieder auf die Durchführung der Weiterbildungsordnung verpflichtet werden können. Daher hat jede Landesärztekammer (LÄK) ihre eigenen befugten Ärzte an von der Kammer zugelassenen Weiterbildungsstätten. Sie sind in einer Liste für jeden zugänglich veröffentlicht. Diese organisatorische Realität bringt der Föderalismus unseres Landes mit sich. In der Regel, aber nicht automatisch, werden die befugten Ärzte der einzelnen LÄK von der jeweiligen anderen LÄK anerkannt.

Eingangs haben wir schon erwähnt, dass als Hilfestellung für die Landesärztekammern bei der Anerkennung von erbrachten Leistungen ein Glossar von einer Expertengruppe erstellt worden ist und von den Fachgesellschaften anerkannt wurde, das auch auf die Befugnisregelungen aus Abschnitt A der MWBO Bezug nimmt. Allgemein ist zu dem Glossar festzustellen, dass es, anders als die anderen Inhalte der MWBO, die noch von den LÄK übernommen werden müssen, nur Hilfestellung gibt für die Entscheidungen der LÄK. Hier werden also wahrscheinlich verschiedene LÄK je nach praktischen Bedingungen bei der Durchführung der Weiterbildung sich entscheiden und Befugnisse ausstellen. Dennoch ist es als ein Erfolg anzusehen, dass einige fachliche Inhalte in einer MWBO definiert werden.

Im fachspezifischen Glossar, das dem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie angefügt ist und das identisch ist mit dem Glossar der übrigen P-Fachärzten, heißt es:

Einzelselbsterfahrung wird von einem für die Einzelselbsterfahrung befugten Arzt durchgeführt, der als Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder als Facharzt mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie und/oder Psychoanalyse mehrjährig nach Facharztanerkennung bzw. Anerkennung der Zusatzweiterbildung in der Psychotherapie tätig gewesen ist.

Sie soll möglichst zu Beginn der Weiterbildung aufgenommen werden und die Weiterbildungszeit begleiten.

Es dürfen keine dienstlichen oder andere Beziehungen mit Abhängigkeitscharakter zu dem Weiterbildungsteilnehmer bestehen.

In der Einzelselbsterfahrung ist eine kontinuierliche Frequenz von einer Selbsterfahrungsstunde (50 Min.) pro Woche erforderlich. Maximal sind drei Stunden pro Woche für die Weiterbildung anrechenbar.

In einer ähnlichen Weise ist die **Gruppenselbsterfahrung** definiert, wobei hier die Regelungen über die kontinuierliche Gruppenselbsterfahrung so definiert ist, dass sie einmal pro Woche mit einer Doppelstunde und mit 12 Teilnehmern stattfindet.

»**Blockveranstaltungen** mit bis zu 12 Teilnehmern sind anerkennungsfähig, wenn sich die gesamte Gruppenselbsterfahrung über 12 Monate erstreckt und mindestens zwei Blöcke umfasst«.

In ähnlicher Weise werden auch die **Balintgruppenarbeit** bzw. **interaktionsbezogene Fallarbeit** definiert.

Diese Formulierungen lassen erkennen, dass also die Einzel- und Gruppenselbsterfahrung wie die Balintgruppenarbeit nicht gebunden ist an eine Weiterbildungsbefugnis für das gesamte Gebiet, sondern auch von speziell für Selbsterfahrung befugte Fachärzte, sog. **Teilbefugnisse** durchgeführt werden kann sowie auch von Fachärzten mit Zusatztitel Psychotherapie und/oder Psychoanalyse. Das eröffnet ein breites Spektrum an möglichen Gesamt- und Teilbefugnissen für das Gebiet, denn bisher wurde bei Gebietsbezeichnungen in der Regel nur für die gesamten Inhalte des Gebietes befugt oder einen Anteil an Weiterbildungszeit.

Schon vor der Umsetzung der MWBO und erst recht nach der Veröffentlichung kam die Diskussion um die Weiterbildung von Fachärzten, aber besonders die ZWB auf (siehe auch Teil 2), ob ein qualifizierter psychologischer Psychotherapeut oder Lehranalytiker oder Gruppenlehranalytiker eine Selbsterfahrung übernehmen kann. Diese Frage hat in der Praxis bisher, z.B. bei der Weiterbildung an psychoanalytischen Instituten, in denen Ärzte wie Psychologen gemeinsam weitergebildet werden, in der Regel keine Probleme ergeben. Nach den Regeln der jeweiligen LÄK konnten bestimmte Weiterbildungsanteile von dem befugten Arzt an psychologische Psychotherapeuten delegiert werden. Der befugte Arzt behielt jedoch die fachliche und formale Verantwortung. Wir gehen davon aus, dass diese Regelungen auch bei der neuen WBO von den LÄK aufrechterhalten werden.

Anders stellt sich das Glossar für die **Supervision bei der Facharzt Weiterbildung** auf:

»Supervision ist die fachliche Beratung, Begleitung und Überprüfung eines diagnostischen oder therapeutischen Prozesses von einem hierfür befugten Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, der nach Facharztanerkennung mehrjährig in der Psychotherapie tätig gewesen ist.

Die Supervision erfolgt in der Regel in einer dualen Beziehung (Therapeut-Supervisor); sie kann auch in einer Gruppenbeziehung erfolgen, wobei die Gruppe maximal sechs Teilnehmer umfasst und 90 Minuten dauert.

Die Häufigkeit der Supervision orientiert sich am Behandlungsprozess und umfasst mindestens eine Supervision pro vier Behandlungseinheiten und dauert mindestens 30 Minuten pro Fall.

Die Supervision bleibt also nach dieser Definition in dem Glossar fachspezifisch, aber orientiert sich an den Regelungen der Psychotherapievereinbarungen.

4. Neuerungen für die Zusatzweiterbildungen (ZWB)

Neben den Facharztbezeichnungen für ein Gebiet und den Schwerpunktbezeichnung im Gebiet sind auch viele ZWB erhalten geblieben und neue hinzugekommen. ZWB beinhalten die Spezialisierung in Weiterbildungsinhalten, die **zusätzlich** zu den Inhalten der Facharzt- und Schwerpunktweiterbildung abzuleisten sind. Die Gebietsgrenzen fachärztlicher Tätigkeit werden durch die ZWB nicht erweitert (Abschnitt A der MWBO, § 2).

Nach dem Beschluss des Ärztetages sollen die ZWB insbesondere für Psychotherapie und Psychoanalyse berufsbegleitend erworben werden können. Sie sind jeweils zusätzlich zu einer Facharztweiterbildung abzuleisten. Die Regelung, dass die Weiterbildung durch einen befugten Arzt zu erfolgen hat, gilt für die Weiterbildungsinhalte der ZWB ebenso wie für Facharztbezeichnungen und Schwerpunkte (siehe Teil 1).

Der allgemeine Teil der MWBO sieht in § 4 Abs. 8 vor, dass auch Kurse zur **Anerkennung von Bezeichnungen** durchgeführt werden können. Solche Kurse müssten von einem befugten Arzt geleitet werden und durch die Ärztekammer anerkannt werden. Das Konzept der Kurs-Weiterbildung könnte für die berufsbegleitend zu erwerbenden ZWB in Zukunft besonders relevant werden.

4.1. Zusatzweiterbildung Psychotherapie

Die ZWB Psychotherapie hat eine sehr lange Geschichte in der MWBO und im Verlaufe dieser Geschichte auch erhebliche inhaltliche Veränderungen erfahren. 1957 wurde sie erstmals in die MWBO aufgenommen. Damals konnten mit dieser Einführung alle Ärzte, die die Inhalte erworben hatten, die Bezeichnung »Psychotherapeut« führen. Sie mussten aber darüber hinaus ein Jahr psychiatrische Weiterbildung vorweisen. Diese Anbindung an ein Jahr Psychiatrie wurde nach und nach reduziert auf einen Kurs in Psychiatrie. 2003 wurde die **ZWB Psychotherapie fachgebunden** eingeführt, wobei die psychiatrischen Inhalte in den Weiterbildungskatalog übernommen wurden, ohne ein Jahr Psychiatrie verpflichtend abzuleisten. Die psychotherapeutischen Inhalte wurden ebenfalls soweit reduziert, dass manche Kassenärztlichen Vereinigungen entschieden, diese Inhalte reichten nicht mehr aus, um die Zulassung zur Durchführung von Richtlinien-Psychotherapie zu erlangen.

Auch uns schienen aus fachlicher Sicht die Anforderungen zu gering, weiterhin fehlte eine Qualifikation für Gruppenpsychotherapie, die mehr an Bedeutung in der psychotherapeutischen Versorgung bekommen sollte. Bei der jetzigen Novellierung waren dies Anlässe genug, wieder die Inhalte für die Einzel-Psychotherapie zu erhöhen und eine Qualifikation für Gruppenpsychotherapie zu integrieren wie bei den P-Fachärzten. Schließlich sollten die Anforderungen aus den Psychotherapie-Vereinbarungen zur Richtlinien-Psychotherapie erfüllt werden. Auf dieser Grundlage beriet die für die ZWB Psychotherapie zuständige »Ständige Konferenz ärztlich psychotherapeutischer Verbände (STÄKO)« das Konzept für eine Neuorientierung der ZWB Psychotherapie.

Die **Definition** der ZWB Psychotherapie blieb unverändert. Sie weist wie bisher auf die Ergänzung zu einer Facharztkompetenz hin und auf die psychotherapeutische Behandlung von Erkrankungen und Störungen, die durch psychosoziale Faktoren und Belastungsreaktionen bedingt sind.

Als **Mindestanforderung** für den Erwerb wurde eine **Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung** und die Psychotherapie gemäß Weiterbildungsinhalten unter Befugnis festgeschrieben. Die STÄKO schlug wegen der Verbesserung der diagnostischen Kompetenzen vor, als Voraussetzung auch wieder **ein Jahr Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie** vorzusehen. Dies konnte sich aber nach Beschlusslage des Ärztetages zur berufsbegleitenden Weiterbildung nicht durchsetzen. Als Kompromiss konnte aber erreicht werden, dass neue In-

halte unter den **Handlungskompetenzen**, also weit über theoretische Inhalte nach der bisherigen MWBO hinaus, eingeführt wurden. Diese Inhalte sind:

Psychiatrische, psychosomatische oder kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchungen in 30 Fällen.

Zu den 30 Untersuchungen gehört die **Anamneseerhebung** einschließlich psychopathologischer Befunderhebung, die differentialdiagnostischen Einschätzungen bezüglich krankheitswertiger psychischer bzw. somatischer/hirnorganischer Störungen und die Indikationsstellungen zur Psychotherapie oder anderer Behandlungsmaßnahmen.

Weiterhin wurde der Erwerb der ZWB Psychotherapie gebunden an die Teilnahme an 30 Doppelstunden psychiatrisch oder psychosomatisch oder kinder- und jugendpsychiatrisch geleiteter kasuistisch technischer Fallbesprechungen. Im Glossar ist festgelegt, dass diese kasuistisch technischen Fallbesprechungen jeweils von den für das jeweilige Gebiet befugten Fachärzten durchgeführt werden.

Die Neuformulierung der **Weiterbildungsblöcke** orientiert sich an der Gliederung bei den P-Fachärzten und umfasst:

- Krankheitslehre und Diagnostik
- Therapie
- Selbsterfahrung

Dies entspricht der bisherigen Gliederung in Theorie, Diagnostik und Behandlung unter Supervision und Selbsterfahrung.

Krankheitslehre und Diagnostik

Für die Krankheitslehre und Diagnostik sind **70 Stunden Theorie** vorgesehen. Zu den **theoretischen Inhalten** unter der ersten Ebene der Kompetenz »Kenntnisse« gehören: Psychopathologische und allgemeine psychiatrische und psychosomatische Krankheitslehre unter Berücksichtigung der Altersgruppen, psychodynamische und verhaltenstherapeutische Konzepte zur Ätiologie und Behandlung, Entwicklungspsychologie, Lernpsychologie, Psychologie der Beziehungen und Systeme, Persönlichkeitslehre, Neurobiologie, Grundlagen von Motivation, Emotion, Kognition, Krankheitsverarbeitung, Bewältigungsstrategien und Salutogenese.

Des Weiteren sollen Kenntnisse in den Methoden der **psychotherapeutischen Anamneseerhebung** wie auch den Methoden der **Psychodiagnostik** in den verschiedenen Verfahren und bei den **verschiedenen Altersgruppen** erworben werden. Dies ist für eine ZWB für Fachärzte, die in der Praxis tätig sind, sicher eine große Anforderung, aber

eine notwendige, damit die Psychotherapie nicht wie vor Jahrzehnten entwertet wird.

Auch die Anforderungen an die **Handlungskompetenzen** (Erfahrungen und Fertigkeiten) sind in dem jeweils gewählten Verfahren (psychodynamisch/tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch) anspruchsvoller geworden. Es sind **20 psychotherapeutische Untersuchungen unter Supervision** durchzuführen, d.h. die Anzahl der Untersuchungen wurde im Vergleich zur letzten MWBO erhöht. Diese Untersuchungen können auch bei Kindern oder Jugendlichen erfolgen und haben neben den oben angegebenen Untersuchungen im jeweiligen P-Fachgebiet zu erfolgen. Damit dürften diese neuen Regelungen eine gute diagnostische Kompetenz vermitteln. Kinderärzten, die die ZWB Psychotherapie erwerben wollen, ermöglichen diese Regelungen, die Kompetenz bei der Untersuchung von Kindern und Jugendlichen unter Supervision zu erwerben.

Erhalten geblieben ist als Kompetenzerwerb die differentielle Indikationsstellung zu den verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren.

Therapie

In dem **Weiterbildungsblock »Therapie«** sind **70 Stunden Theorie** zu absolvieren. Damit ist mit den theoretischen Seminaren aus dem ersten Weiterbildungsblock (70 Stunden) die Zahl von 140 Stunden Theorie Seminaren aus der alten MWBO vor 2003 wieder aufgegriffen worden. Die Theorie bezieht sich auf die **Grundlagen der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren** unter Berücksichtigung der Altersgruppen und des psychosozialen Kontextes, auf psychoedukative, systemisch und störungsorientierte Methode sowie auf Entspannungsverfahren. Die Theorie Seminare müssen auch die Kenntnisse in dem tiefenpsychologisch/psychodynamisch und dem verhaltenstherapeutischen Verfahren sowohl in Einzel-, Gruppen- und Kombinationsbehandlungen vermitteln als auch die Grundlagen der Psychopharmakotherapie.

Die Anforderungen an die **psychotherapeutische Handlungskompetenz** sind deutlich erhöht worden. Es sollen **sechs Einzelpsychotherapien unter Supervision** in dem jeweils gewählten Verfahren (psychodynamisch/tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch) durchgeführt werden mit insgesamt **240 Stunden**. Dazu zählt auch die neu über die Richtlinienpsychotherapie eingeführte **Akutherapie**. Damit ist die Anzahl der zu erbringenden Psychotherapien verdoppelt und nicht nur auf Kurzzeiththerapien reduziert worden.

Des Weiteren sollen auch **Gruppenpsychotherapien** durchgeführt werden mit drei bis neun Teilnehmern ohne Angabe einer Richtzahl, wie viele Stunden oder Doppelstunden durchzuführen sind. Die Streichung der von der Expertengruppe und der Stäko vorgesehenen Richtzahl von 60 Doppelstunden war offensichtlich für die Weiterbildungs-gremien ein Kompromiss, da die Widerstände gegen die Einführung der Gruppenpsychotherapien in die ZWB für den Erwerb der Abrechnungsgenehmigung Psychotherapie erheblich waren. Man wollte nicht, dass der Erwerb der ZWB Psychotherapie noch weiter erschwert wird. Das Argument, dass damit zwar für die Einzelpsychotherapie eine Qualifikation für die Durchführung von Richtlinien-Psychotherapie erworben wird, nicht aber für Gruppenpsychotherapie wie bei den Fachärzten, wurde zwar gehört, aber nicht für so gewichtig angesehen. Man könne dies ja nach Erwerb der ZWB für den Erwerb der Abrechnungsgenehmigung nachholen. So bleibt es den Landesärztekammern überlassen, ob sie bei der Verabschiedung auf Landesebene doch eine Richtzahl einführen.

Weiterhin erwirbt der Zusatztitelträger Psychotherapie in **16 Doppelstunden** eine Kompetenz in der Durchführung von **Entspannungsverfahren** wie Autogenes Training oder Hypnose. Neu ist, dass er diese Kompetenz auch in der Durchführung von progressiver Muskelentspannung oder dem Achtsamkeitstraining erwerben kann.

Eine Erweiterung des Konzeptes der ZWB stellt auch die Anforderung dar, eine Kompetenz im **Umgang mit psychischen Krisen** einschließlich Einschätzung der Selbst- und Fremdgefährdung, der Suizidalität, akuter Belastungsreaktionen, Panikattacken und dissoziativen und psychotischen Zuständen zu erwerben. Diese Kompetenz muss der zukünftige Psychotherapeut an zehn Fällen vorweisen. Diese Anforderung gab es bisher nur als Notfall-Behandlung in der Weiterbildung der P-Fachärzte. Dieser Vorschlag kam auch von den Gebietsvertretern in der STÄKO, weil in der Notfallbehandlung psychisch Kranker durch somatisch tätige Ärzte ein Defizit festzustellen war.

Selbsterfahrung

Für die Selbsterfahrung werden für die gesamte Stundenzahl, insgesamt **150 Stunden**, die gleichen Anforderungen gestellt wie in der Weiterbildungsordnung vor 2003, wiederum differenziert nach **tiefenpsychologisch/psychodynamischen Verfahren** und **verhaltenstherapeutischen Verfahren**. Der Unterschied zur vormaligen WBO ergibt sich aus der Aufteilung in **Einzel- und Gruppenselbsterfahrung**. Die 150 Stunden Selbsterfahrung sind in dem **tiefenpsychologisch/psychodynamischen Verfahren** verteilt auf eine kontinuierliche **Gruppenselbsterfahrung** von

40 Doppelstunden und 70 Stunden Einzelselbsterfahrung. Damit erwirbt auch der Träger der ZWB Psychotherapie, zumindest was die Selbsterfahrung angeht, jedoch noch nicht, was die supervidierten Gruppenpsychotherapien angeht, eine Kompetenz für die Durchführung von Gruppenpsychotherapien in den Richtlinienverfahren.

Für die **Verhaltenstherapie** sind ebenfalls **150 Stunden Selbsterfahrung** vorgesehen und auch Einzel- und Gruppenselbsterfahrung. Die Stundenzahl für Gruppenselbsterfahrung wurde auf 40 Doppelstunden festgelegt, jedoch keine Anzahl von Einzelsitzungen. Es würde also eine einzige Einzelsitzung ausreichen, die Selbsterfahrungsanteile für die Qualifikation zu erwerben. Dies entspricht der Vorstellung von Selbsterfahrung der Weiterbilder in der Verhaltenstherapie, die überwiegend in Gruppen stattfinden soll, wie auch bei der Facharzt-Weiterbildung ausgeführt (siehe Teil 1).

Auch in der ZWB wird wie in der Weiterbildung der P-Fachärzte die personale Selbsterfahrung um **35 Doppelstunden Balintgruppenarbeit oder interaktionsbezogene Fallarbeit**, das heißt patientenbezogene Selbsterfahrung, ergänzt.

Die **Befugnis** wird im **Glossar** für die Einzelselbsterfahrung, Gruppenselbsterfahrung, Balintgruppenarbeit oder interaktionsbezogene Fallarbeit wie bei den Facharztweiterbildungen geregelt (siehe Teil 1). Für die Supervision können alle P-Fachärzte und Fachärzte mit ZWB Psychotherapie/Psychoanalyse befugt werden. Für die Delegation an psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gilt das unter der Facharztweiterbildung vorgeschlagene (Teil 1, Kapitel 3).

4.2. Zusatzweiterbildung Psychoanalyse

Auch die ZWB Psychoanalyse ist älter als die Facharztweiterbildung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Sie wurde 1978 erstmals in die ärztliche Weiterbildungsordnung als Zusatzbezeichnung eingeführt. Die Fachgesellschaften (DGPT, DPV, DPG, AÄGP) hatten damals einen Facharzt für Psychoanalytische Medizin gefordert (siehe Janssen 2017). Die ZWB ist seit dieser Zeit weitgehend eine Domäne der Weiterbildung der Ärzte an psychoanalytischen Instituten, obwohl in diesen wesentlich häufiger psychologische Psychotherapeuten nach dem PsychThG 1998 ausgebildet werden als Ärzte weitergebildet. Die BÄK wählte wegen der Institutsweiterbildung als beratende Fachgesellschaft die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e. V., die die Federführung und das Vorschlagsrecht für diese ZWB hatte.

Die ZWB Psychoanalyse bleibt als berufsbegleitende Weiterbildung in Ergänzung einer Facharztkompetenz nach wie vor ein Kompetenzerwerb für P-Fachärzte, die nach Erwerb auch längerfristige und höherfrequente analytische Psychotherapien nach den Psychotherapie-Richtlinien durchführen können. **Diese ZWB ist also für die P-Fachärzte eine wirklich zusätzliche Kompetenz.**

Die ZWB Psychoanalyse ist mit Abänderungen ähnlich wie 2003 definiert:

»Die Zusatz-Weiterbildung Psychoanalyse umfasst in Ergänzung einer Facharzt-Kompetenz die Erkennung und psychoanalytische Behandlung von Erkrankungen und Störungen, denen unbewusste seelische Konflikte und/oder strukturelle Beeinträchtigungen zugrunde liegen einschließlich der Anwendung in der Prävention und Rehabilitation sowie zum Verständnis unbewusster Prozesse in der Arzt-Patient-Beziehung«.

Diese Definition besagt, dass es eine **psychoanalytische Behandlung** von unbewussten seelischen Konflikten und strukturellen Störungen gibt, die sich auch methodisch von der psychotherapeutischen Behandlung abgrenzen lässt, die in der ZWB Psychotherapie definiert ist. Die Veränderungen im Hinblick auf die frühere ZWB liegt darin, dass auch die strukturellen Störungen erwähnt werden.

Gemäß den **Mindestanforderungen** ist wie schon in früheren Fassungen der MWBO auf Vorschlag einer Arbeitsgruppe der LÄK der Erwerb an einen P-Facharzt gebunden:

Mindestanforderung ist »die Facharztanerkennung für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie oder die Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit der Zusatzweiterbildung Psychotherapie«.

Dieser Vorschlag wurde sowohl von der DGPT wie der BÄK übernommen. Damit können die P-Fachärzte oder die Fachärzte mit ZWB Psychotherapie eine Methode, die **analytischen Psychotherapie**, im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung erwerben und längerfristige und höherfrequente Psychotherapien durchführen und dies nicht nur bei **Erwachsenen**, sondern auch bei **Kindern und Jugendlichen** wie in der MWBO jetzt vorgesehen ist.

In der MWBO steht die Anwendung der Psychoanalyse in der analytisch-psychotherapeutischen Versorgung im Vordergrund, also die Anbindung an die Behandlung von Patienten. Dass die Psychoanalyse darüber hinaus eine

eigenständige Wissenschaft vom Menschen und seiner Kultur ist, steht hier nicht zur Debatte (siehe Janssen 2017)

Die Weiterbildungsinhalte, die unter Befugnis zu erwerben sind, haben sich erheblich verändert, da sie differenziert sind für den Erwerb von Kompetenzen zur Behandlung von Erwachsenen und von Kindern und Jugendlichen. Dies bringt unterschiedliche Inhalte der Krankheitslehre und Diagnostik wie der psychoanalytischen Therapie mit sich.

Die **Weiterbildungsblocke** sind daher abweichend von den P-Fachärzten und der ZWB Psychotherapie differenziert in:

- Allgemeine Krankheitslehre und Diagnostik
- Spezifische Inhalte für Krankheitslehre und Diagnostik bei Erwachsenen bzw. Kindern und Jugendlichen
- Allgemeine psychoanalytische Therapie
- Spezifische Inhalte der psychoanalytischen Therapie bei Erwachsenen bzw. Kindern und Jugendlichen
- Selbsterfahrung

Allgemeine Krankheitslehre und Diagnostik und spezifische Inhalte für Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche

Zur Basis beider Diagnostikzweige gehören:

- die Grundlagen der psychoanalytischen Theorie und Entwicklungspsychologie einschließlich psychoanalytischer Wahrnehmungseinstellung;
- die allgemeine und spezielle psychoanalytische Krankheitslehre aller Altersgruppen einschließlich psychiatrischer, psychosomatischer und somatopsychischer Erkrankungen und Störungen und deren Differentialdiagnostik einschließlich neurowissenschaftlicher Grundlagen;
- psychoanalytische Kulturtheorie und Sozialpsychologie

Zu diesem Kompetenzblock gehören selbstverständlich auch wie bisher Kenntnisse über die **Methoden der psychoanalytischen Erstuntersuchung**. Sie werden für uns unverständlicherweise ergänzt um die der psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Kenntnisse in den Untersuchungsmethoden, die schon in der Facharztweiterbildung erworben wurden, die Voraussetzung für den Erwerb der ZWB ist.

Für die allgemeine Krankheitslehre und Diagnostik sind die Kenntnisse sowohl für den Zweig Erwachsene wie den für Kinder und Jugendliche in jeweils **70 Doppelstunden Theorieseminare** zu vermitteln. Eine inhaltliche Spezifität in den Theorieseminaren zur Diagnostik wird nicht angegeben, sie wäre wohl in einem »Kursbuch« der Fachgesellschaft herauszuarbeiten.

Auf der zweiten Ebene, der **Handlungskompetenz**, sind wie bisher in der MWBO **psychoanalytische Erstuntersuchung unter Supervision** mit nachfolgender Sitzung zur Beratung oder zur Einleitung der Therapie bei Erwachsenen oder bei Kindern und Jugendlichen in **20 Fällen** vorgesehen. Bei Kindern und Jugendlichen wird dies ergänzt um »einschließlich Entwicklungs- und Intelligenzuntersuchungen«. Zu dieser Handlungskompetenz gehört auch die **Indikationsstellung** zu verschiedenen Therapiemethoden einschließlich der Verhaltenstherapie und verschiedenen Settings.

Anstelle von Balintgruppenarbeit ist bei der ZWB das **psychoanalytische Fallseminar** mit **35 Doppelstunden** nicht unter Selbsterfahrung subsumiert, sondern unter Diagnostik. Letzteres entspricht nicht der Tradition psychoanalytischer Weiterbildung an den Instituten, da Fallseminare nicht nur das psychoanalytische Erstinterview zum Gegenstand haben, sondern auch Behandlungsprozesse in der analytischen Psychotherapie. Auch in der weiteren Praxis kann dies wahrscheinlich so gehandhabt werden.

Allgemeine psychoanalytische Therapie und spezifische Inhalte bei Erwachsenen bzw. Kindern und Jugendlichen

Zur Basis für beide Therapiezweige gehören **70 Stunden** Theorie-seminare in:

»Allgemeiner psychoanalytische Technik und Methodik der analytisch-psychotherapeutischen Behandlung in verschiedenen Settings einschließlich der Gruppe unter Berücksichtigung der Altersgruppen und des psychosozialen Kontextes«.

Diese Theorie-seminare, die Kenntnisse auf der ersten Kompetenzebene vermitteln sollen, sind in der MWBO abweichend von der ZWB Psychotherapie zu der zweiten Kompetenzebene, der Handlungskompetenz, zugeordnet, was bisher nicht auffiel und wohl ein Versehen ist. Auch dürften die psychoanalytischen Konzepte zur Behandlung von Erwachsenen und von Jugendlichen und erst recht von Kindern sich unterscheiden. Weiteres lässt sich aber, wie schon bei den Fachärzten erwähnt, von den Fachgesellschaften über ein »Kursbuch« regeln. Eine Differenzierung zwischen der Behandlung von Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen ist in der MWBO in der Anforderung an die **Handlungskompetenzen** (Erfahrungen und Fertigkeiten) zu erkennen.

Bei **Erwachsenen** wird wie bisher die Durchführung von zwei **psychoanalytischen Einzelpsychotherapien unter Supervision** mit jeweils **250 Stunden** gefordert. Neu ist, dass entsprechend den Anforderungen bei den P-Fachärz-

ten und der ZWB Psychotherapie die Durchführung **psychoanalytischer Gruppenpsychotherapie** mit drei bis neun Teilnehmern unter Supervision vorgesehen ist. Von den Experten einer Arbeitsgruppe der LÄK wurden hier eine Richtzahl von **60 Doppelstunden** vorgeschlagen und von der Fachgesellschaft akzeptiert. Diese Richtzahl wurde in den Endberatungen der BÄK gestrichen. Unserer Einschätzung nach geschah dies, weil einerseits die Richtzahlen generell umstritten waren, und weil andererseits die Gremien (wahrscheinlich wie bei der ZWB Psychotherapie) unter dem Einfluss der Befürchtungen von einigen psychoanalytischen Instituten standen. Letztere meinten wohl, dass die zusätzlich zur analytischen Einzel-Psychotherapie zu erwerbende Qualifikation in analytischer Gruppenpsychotherapie den Ärzten den Erwerb der ZWB Psychoanalyse erschwere. Festzuhalten ist, dass innerhalb der DGPT ein politischer Konsens bestand, sowohl die Theorie-seminare zur Gruppenpsychotherapie als auch die Gruppenselbsterfahrung und auch die supervidierte Durchführung von analytischen Gruppenpsychotherapien in der MWBO festzuschreiben.

Bei **Kindern und Jugendlichen** wird die Durchführung von drei Fällen **psychoanalytischer Einzelpsychotherapie unter Supervision** mit jeweils bei **Kindern 150 Stunden** und bei **Jugendlichen 180 Stunden** gefordert. Die auch hier benannte Qualifikation in **analytischer Gruppenpsychotherapie** mit drei bis neun Teilnehmern weist ebenfalls keine Richtzahl auf.

Des Weiteren sollen die **zukünftigen ärztlichen analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** psychoedukative, störungsorientierte und systemische Methoden kennen.

Selbsterfahrung

An **Selbsterfahrung** ist die **Lehranalyse** erhalten geblieben, jedoch die bisherige Stundenzahl von **250** von der BÄK auf **180 Stunden** reduziert, dafür wird aber eine **analytische Gruppenselbsterfahrung mit 60 Doppelstunden** eingeführt. Diese hier als Mindeststundenzahl genannte Dauer der Lehranalyse entspricht in keinem Fall der zurzeit üblichen Dauer von Lehranalysen. Da dies uns bekannt ist, möchten wir rechtzeitig vor möglichen Konflikten zwischen befugten Ärzten, LÄK und Weiterbildungskandidaten warnen, wenn die Mindeststundenzahl erheblich überschritten wird und der Weiterbildungskandidat dies nicht wünscht.

In dem **fachspezifischen Glossar** soll die Lehranalyse von einem befugten Facharzt mit ZWB Psychoanalyse durchgeführt werden und durchschnittlich **dreimal pro**

Woche stattfinden. Für die Gruppenselbsterfahrung gelten die gleichen Bedingungen im Glossar wie für die Fachärzte, jedoch muss der befugte Facharzt ebenfalls die ZWB Psychoanalyse führen. Das gilt ebenso für die Supervision von Einzelspsychotherapien und Gruppenpsychotherapien.

Wie schon bei der Darstellung der Befugnisregelungen für die P-Fachärzte erwähnt (Teil 1), hat die Frage, ob ein qualifizierter psychologischer Lehranalytiker eine Selbsterfahrung im Einzel- oder Gruppensetting oder eine Supervision z. B. im Rahmen von Weiterbildung an psychoanalytischen Instituten, übernehmen kann, bisher in der Regel keine nennenswerte Rolle gespielt. Nach der bisherigen Praxis der LÄK, z. B. bei der Weiterbildung an psychoanalytischen Instituten, in denen Ärzte wie Psychologen gemeinsam weiter- bzw. ausgebildet werden, konnten bestimmte Weiterbildungsanteile von dem befugten Arzt an psychologische Psychotherapeuten bzw. psychologische Psychoanalytiker delegiert werden. Der befugte Arzt behielt jedoch die fachliche und formale Verantwortung. Wir gehen davon aus, dass diese Regelungen auch bei der neuen WBO von den LÄK aufrechterhalten wird.

4.3. Weitere ZWB aus dem Bereich der psychischen und psychosomatischen Störungen.

Hier soll noch auf einige Fragen eingegangen werden, die mit der Weiterentwicklung unseres Versorgungsgebietes zu tun haben. Auf einige Aspekte wie z. B. Psychoonkologie und Psychotraumatheorie sind wir schon eingegangen.

Seitens der DGPM wurde das Konzept einer Arbeitsgruppe der LÄK begrüßt, über eine Kursweiterbildung eine ZWB für Psychosomatische Grundversorgung einzuführen. In diesem Konzept wären über den bisher gültigen Kurs für Psychosomatische Grundversorgung hinaus die Anforderungen an Diagnostik und Therapie durch Ergänzung von unter Supervision durchzuführenden Untersuchungen und Behandlungen erhöht worden. Dies ist von den Weiterbildungs-gremien der BÄK nicht übernommen worden, sondern es ist bei dem 80-Stunden-Kurs zur Fortbildung in psychosomatischer Grundversorgung geblieben.

Jedoch ist das Kursbuch »Psychosomatische Grundversorgung« von der BÄK unter Mitwirkung der DGPM überarbeitet worden. Also ist die psychosomatische Grundversorgung, außer im Facharzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, bisher nicht für alle Fachärzte in der Weiterbildung zu erreichen. Möglicherweise werden die Kinder- und Jugendärzte den Kurs noch in ihre MWBO aufnehmen.

Übernommen in die MWBO wurde die suchtmmedizinische Grundversorgung, die ohne Änderungen gemäß der alten Weiterbildungsordnung fortgeführt wird.

Eine lange Diskussion gab es um eine ZWB Sexualmedizin. Schon 1999 hatte die DGPM die Vorstellung, eine ZWB Sexualmedizin einzuführen, jedoch dies im Zusammenhang mit der Gebietsbezeichnung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (siehe Janssen 2017). Damals war unser Konzept nicht von Erfolg gekrönt. Auch jetzt wurde wieder diskutiert, da die LÄK Berlin eine solche ZWB Sexualmedizin eingeführt hatte. Bei den Beratungen der betroffenen Fachgesellschaft kam keine Einigung zu Stande. Unsere Position war, die Zusatzweiterbildung Sexualmedizin ähnlich wie die ZWB Psychoanalyse an die P-Fachärzte bzw. Fachärzte mit ZWB Psychotherapie zu binden und die Inhalte stärker als in dem von der Berliner Ärztekammer vorgelegten Konzept psychotherapeutisch zu orientieren. Wenn man die jetzigen Inhalte, die in der MWBO niedergeschrieben sind, sieht, dann wäre dies auch sicher der richtige Weg gewesen. Wir haben ja auch in unserer Facharztweiterbildung die sexuellen Störungen ausdrücklich aufgeführt. Es kam anders, der Ärztetag 2018 hat nach kontroverser Diskussion und erst in der zweiten Lesung dem Konzept der LÄK Berlin mit knapper Mehrheit zugestimmt.

Die Definition lautet:

»Die Zusatz- und Weiterbildung Sexualmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Störungen oder Erkrankungen, welche die sexuelle Funktion, das sexuelle und/oder partnerschaftliche Erleben und Verhalten sowie die geschlechtliche Identität betreffen, auch wenn diese in Folge anderer Krankheiten und/oder deren Behandlung auftreten und/oder mit sexuellen Traumatisierungen verbunden sind«.

Diese Definition ist so weit gefasst, dass sowohl das Gebiet der Psychosomatischen Medizin mit den Funktionsstörungen und den Persönlichkeitsstörungen wie das Gebiet der Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie mit involviert ist. Es konnte aber keine Anbindung an diese Gebiete erreicht werden, sondern Voraussetzung blieb die Anerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung. Erreicht werden konnte aber auf dem Ärztetag, dass Voraussetzung für den Erwerb der ZWB Sexualmedizin die ZWB Psychotherapie oder Psychoanalyse oder ein Kurs in Psychosomatischer Grundversorgung ist. Dies sehen wir immerhin als einen ersten Schritt in die richtige Richtung, der die Abspaltung von den P-Gebieten verhindern kann.

Die Inhalte der Sexualmedizin sollen in einem 120-Stunden-Kurs Weiterbildung vermittelt werden. Die theore-

tischen Inhalte umfassen: sexuelle Funktionen, sexuelle Entwicklung, sexuelle Präferenzen, sexuelles Verhalten, Reproduktionen, Geschlechtsidentität, somatische Erkrankungen und deren Folgen, sexuell übertragbare Erkrankungen und anderes.

Es werden **zehn** dokumentierte und supervidierte **Sexualanamnesen** verlangt und **zehn** dokumentierte und regelmäßig supervidierte **sexualmedizinische Gesprächsinterventionen** bei Sexualstörungen auch in Folge anderer Erkrankungen und Störungen. Weiterhin sollen **fünf** dieser zehn sexualmedizinischen Interventionen **den Partner mit einbeziehen**.

Auch wird eine themenzentrierte Selbsterfahrung von 50 Stunden gefordert. Zu der 120-Stunden Kursweiterbildung kommen noch **120 Stunden Fallseminare** unter Supervision hinzu.

In dieser ZWB taucht erstmals der Begriff der **Kursweiterbildung** auf, die von der jeweiligen Landesärztekammer genehmigt werden muss. Da dies modellhaft schon in Berlin der Fall ist, wird es die Frage sein, ob das sexualmedizinische Institut in Berlin die einzige Weiterbildungsstätte bleiben wird, oder ob auch andere sexualmedizinische Institutionen eine solche Kursweiterbildung anbieten können.

5. Ausblick

Wie schon die letzten Ausführungen zur Sexualmedizin zeigen, unterliegt die MWBO einer permanenten Weiterentwicklung. Einer der Autoren erlebt schon als Ärztetagsdelegierter die 6. Novellierung mit. Es wird immer wieder in einer an der Praxis der Versorgung orientierten Wissenschaft wie der Medizin Veränderungen geben, die auch über die MWBO in die Versorgung integriert werden müssen. Dieser Prozess kann wegen der notwendigen demokratischen Abstimmungsprozesse jedoch nicht schnell verlaufen wie die jetzige Novellierung zeigt. Alle Beteiligten müssen für diesen Veränderungsprozess mitgenommen werden. Jetzt

werden wir nach Umsetzung in den LÄK erstmal für ca. zehn Jahre mit dieser MWBO arbeiten können. Manche haben vor 20 Jahren geglaubt (und einige auch angestrebt), der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, das jüngste Konzept in dieser MWBO, werde wieder verschwinden. Das Gegenteil ist eingetreten. Wir haben uns neben den beiden anderen P-Fachärzten einen sicheren Stand in der Weiterbildung und in der Versorgung erarbeitet, sodass wir der Zukunft ruhig entgegensehen können. In Zukunft ist es nach unserer Auffassung wichtig, die Inhalte des Facharztes moderat weiterzuentwickeln und für ZWB gebunden an unseren Facharzt zu sorgen. Dafür würde es sich auch lohnen, eigene DGPM-Zertifikate zu entwickeln, die über kurz oder lang auch zu ZWB werden könnten.

Literaturverzeichnis

1. Janssen PL (2017). Als Psychoanalytiker in der Psychosomatischen Medizin – Eine Persönliche berufspolitische Geschichte der Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik. Gießen: Psychosozial Verlag.
2. Janssen PL & Hoffmann SO (1994). Profil des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin. Psychotherapeut 39: 195–201.
3. Janssen PL, Joraschky P & Tress W (2009). Leitfaden der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
4. Kahl-Popp J (2007). Lernen und Lehren psychotherapeutischer Kompetenz am Beispiel der Psychoanalytischen Ausbildung. Würzburg: Ergon Verlag.
5. Kruse J et al. (2012). Das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der Versorgung. In: Herzog W, Beutel M & Kruse J (Hg). Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute. Stuttgart: Schattauer, 55–81.
6. Kruse J, Beutel ME & Herzog W (2013). Quo vadis Psychosomatische Medizin und Psychotherapie? In: Herzog W, Beutel ME & Kruse J (Hg). Psychosomatische Medizin heute. Stuttgart: Schattauer Verlag, 103–117.
7. Zipfel S, Herzog W, Kruse J & Henningsen P (2016). Psychosomatic Medicine in Germany: More Timely than Ever. Psychother Psychosom 85(5): 262–269.

Korrespondenzadresse

Paul.Janssen@ruhr-uni-bochum.de
johannes.kruse@psycho.med.uni-giessen.de