

AUS DER ABTEILUNG FÜR  
PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN  
PROF. DR. THOMAS LOEW  
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN  
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

Was sind psychosomatische Fragestellungen im deutschsprachigen Raum im engeren  
Sinn und auf welchen einschlägigen Fachtagungen wurden sie behandelt? Eine  
empirisch-quantitative Aufarbeitung der Jahre 1980-2015

Inaugural - Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin

der  
Fakultät für Medizin  
der Universität Regensburg

vorgelegt von:  
Antje Petershagen

2020



AUS DER ABTEILUNG FÜR  
PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN  
PROF. DR. THOMAS LOEW  
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN  
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

Was sind psychosomatische Fragestellungen im deutschsprachigen Raum im engeren Sinn und auf welchen einschlägigen Fachtagungen wurden sie behandelt? Eine empirisch-quantitative Aufarbeitung der Jahre 1980-2015

Inaugural - Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin

der  
Fakultät für Medizin  
der Universität Regensburg

vorgelegt von:  
Antje Petershagen

2020

Dekan

1.Berichterstatter

2.Berichterstatterin

Tag der mündlichen Prüfung

Prof. Dr. Dirk Hellwig

Prof. Dr. Thomas Loew

Prof. Dr. Karin Tritt

17.01.2022

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1 Entwicklung der Psychosomatik</b> .....	<b>5</b>
<b>1.2 Psychosomatische Medizin - Definition der Bundesärztekammer</b> .....	<b>8</b>
<b>1.3 Die aktuelle Entwicklung des Faches Psychosomatik und Psychotherapie</b> .....	<b>8</b>
<b>1.4 Zur psychosozialen Lage in Deutschland</b> .....	<b>9</b>
<b>1.5 Die Struktur des Versorgungssystems psychischer / psychosomatischer Störungen in Deutschland</b> .....	<b>10</b>
1.5.1 Die aktuelle psychosomatische Versorgungssituation .....	10
1.5.2 Die ambulante Versorgung .....	11
1.5.3 Die stationäre Versorgung .....	12
1.5.4 Die Entwicklung der psychosomatischen Krankenhausbehandlung .....	13
<b>2 Fragestellung der Arbeit</b> .....	<b>14</b>
<b>3 Theoretischer Hintergrund</b> .....	<b>15</b>
<b>3.1 Vorstellung der Gesellschaften und Vereine, die Psychosomatik repräsentieren</b> .....	<b>15</b>
3.1.1 Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) e.V. ....	15
3.1.2 Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V. ....	15
3.1.3 Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie .....	16
3.1.4 Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V. ....	16
3.1.5 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) .....	17
<b>3.2 Inhalte der Facharztweiterbildung</b> .....	<b>18</b>
<b>3.3 Lernzielkatalog für den klinischen Studienabschnitt in Anlehnung an die Medizinische Fakultät Albrecht-Ludwigs-Universität Freiburg</b> .....	<b>26</b>
3.3.1 Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung .....	34
<b>4 Methode</b> .....	<b>35</b>
<b>4.1 Methode der Durchführung</b> .....	<b>35</b>
4.1.1 Methode der Literaturrecherche .....	35
4.1.2 Methode der Grafikerstellung: .....	35
<b>5 Ergebnisse</b> .....	<b>37</b>
<b>5.1 Darstellung einzelner Symposienthemen im zeitlichen Verlauf</b> .....	<b>37</b>
5.1.1 Essstörung .....	42
5.1.2 Gerontopsychosomatik .....	45

Psychosomatische Fragestellungen im deutschsprachigen Raum	
5.1.3 Transplantationsmedizin .....	47
5.1.4 Psychoonkologie .....	49
5.1.5 Stationäre/teilstationäre psychotherapeutische/psychosomatische Behandlung .....	51
5.1.6 Ambulante psychosomatische/psychotherapeutische Behandlung .....	53
5.1.7 Gruppentherapie/Gruppenkonzepte in der Psychosomatik/Psychotherapie .....	55
5.1.8 Einzeltherapie in der Psychosomatik/Psychotherapie .....	57
5.1.9 Achtsamkeitspraxis und Meditation .....	59
5.1.10 Psychosomatische Konsiliar - und Liaisondienste .....	61
5.1.11 Fertilitätsforschung/Reproduktionsmedizin .....	63
5.1.12 Sucht - Verhaltenssucht .....	66
5.1.13 Posttraumatische Belastungsstörung – Trauma .....	69
5.1.14 Computerbasierte Interventionen in der Psychosomatik/Psychotherapie .....	71
<b>5.2 Grafische Darstellung des Referenzspektrums ausgewählter Veranstaltungen .....</b>	<b>74</b>
5.2.1 Arbeitstagung des DKPM 1996 .....	76
5.2.2 9. Kongress der DGPM 2001 .....	77
5.2.3 10. Kongress der DGPM 2002 .....	78
5.2.4 12. Kongress der DGPM 2004 .....	79
5.2.5 13. Kongress der DGPM 2005 .....	80
5.2.6 Jahrestagung - Kongress der DGPT 2015 .....	81
<b>5.3 Abgleich der Fortbildungsveranstaltungen / Lernzielkatalog und der Facharztweiterbildung .....</b>	<b>83</b>
<b>5.4 Häufigkeit ausgewählter Fortbildungsthemen .....</b>	<b>91</b>
<b>5.5 Vergleich der Themenschwerpunkte von Symposien im Zeitverlauf .....</b>	<b>94</b>
<b>5.6 Themen der DGPT Kongresse 1983 bis 2015 .....</b>	<b>109</b>
<b>5.7 Die Kinder und Jugendpsychosomatik und Kinder- und Jugendpsychotherapie .....</b>	<b>110</b>
<b>6 Zusammenfassung .....</b>	<b>116</b>
<b>7 Diskussion .....</b>	<b>144</b>
<b>8 Abkürzungen .....</b>	<b>147</b>
<b>9 Webverzeichnis .....</b>	<b>148</b>
<b>10 Literaturverzeichnis .....</b>	<b>152</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>160</b>

# 1 Einleitung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Trendentwicklung in der Psychosomatik bzw. mit der Fragestellung ob es möglich ist, ausgewählte Trendbegriffe in ihrer Entwicklung zu beobachten und daraus Trendkurven zu erstellen. Der Begriff „Trend“ tauchte zum ersten Mal Ende des 19. Jahrhunderts im Zusammenhang mit Aktien und Börsenkursen auf und wurde dann von Mathematikern aufgegriffen. Der große Brockhaus von 1957 beschreibt Trends als die Grundrichtung einer Zeitreihe.[1] Die gewählten Trendbegriffe stammen von Kongressen und Seminaren ausgewählter Gesellschaften, die die Psychosomatik hauptsächlich oder nebensächlich vertreten. Die dargestellten Trends und ihre individuellen Entwicklungen bieten die Möglichkeit eine „erlebte“ Psychosomatik abzubilden. Das regelmäßige Angebot von Kongressen und Tagungen mit einer Vielzahl von immer wieder kehrenden und neuen Themen zeigt, dass die Psychosomatik ein wichtiger Bestandteil der Weiterbildungs- und Fortbildungslandschaft der Medizin ist. Durch die Erstellung von Trendkurven, gelingt es nicht nur ausgewählte Erkrankungsbilder als Kongress- oder Tagungsthema in ihrer Häufigkeit über einen langen Verlauf abzubilden, sondern es erlaubt auch einen Abgleich der Fortbildungsveranstaltungen mit dem Lernzielkatalog und der Facharztweiterbildungsvorgaben. Die Erstellung von Trendkurven erlaubt die Beschreibung von Veränderungen über einen Zeitraum, sie stellt den Prozess einer Wandlung dar. Sie gibt Hinweise darauf, ob es sich um ein oberflächliches Phänomen handelt oder ob sich nachhaltige Strömungen davon ableiten lassen.

## 1.1 Entwicklung der Psychosomatik

In seinem Referat auf der Tagung des DKPM in Heidelberg am 16. November 1991 erklärte Thure von Uexküll, dass er bei der Beantwortung der Frage: „Was ist Psychosomatische Medizin?“ früher Schwierigkeiten gehabt habe. Heute würde er sagen: „Es ist Medizin für neugierige Ärzte“ [2]. Psychosomatik setzt sich aus den

griechischen Worten „soma“ = Körper und „psyche“ = Seele zusammen.

Nun einen kurzen Rückblick auf die psychosomatische Medizin, die sich aus zwei Strömungen entwickelt hat.

Einmal aus der „integrierten Medizin“, wie Thure von Uexküll die psychosomatische Medizin genannt hat. Diese nutzt selbstverständlich die Errungenschaften der Schulmedizin, begibt sich aber über deren Grenzen hinaus auf den Patienten zu und versucht seine sehr individuelle Wirklichkeit zu verstehen. Der Arzt, von Thure von Uexküll auch als „Menschenarzt“ bezeichnet, nimmt eine zusätzliche Beobachterposition in der Arzt-Patient-Beziehung ein und muss erlebnisbereit sein. Er versucht den Menschen und die biologischen, psychischen und sozialen Bedingungen unter denen er lebt, in einem Gesamtbild verschmelzen zu lassen. Auf der anderen Seite steht die der Psychoanalyse sehr nahe psychogenetische Linie. Sie versuchte die Erkenntnisse, die sie offenlegte auf den somatischen Bereich zu übertragen und anzuwenden [302].

Bereits Platon sagte: „Willst du den Körper heilen, musst du zuerst die Seele heilen“ [3]. Der größte Fehler bei der Behandlung von Krankheiten ist, dass zwischen einer Krankheit des Körpers und einer Krankheit der Seele unterschieden wird, wo beides doch nicht getrennt werden kann. Schon in der Antike begann die philosophische Reflexion des Menschen über sich selbst. Die Verbindung von Körper und Seele zu einem gemeinsamen Modell für Gesundheit und Krankheit zu gestalten, das ist psychosomatisches Denken. „Von den vielen theoretischen Ansätzen, die die Beziehung zwischen Leib und Seele zu erklären versuchen, ist heute das biopsychosoziale Modell das mit Abstand am häufigsten zitierte Paradigma. Krankheit und Gesundheit sind im biopsychosozialen Modell nicht als ein Zustand definiert, sondern als ein dynamisches Geschehen. So gesehen muss Gesundheit in jeder Sekunde des Lebens „geschaffen“ werden“ [4]. „Jedenfalls ist der bereits in die Laiensprache eingewanderte Begriff der ‚psychosomatischen Krankheiten‘ nicht länger haltbar. Er suggeriert zwei Klassen von Krankheiten, nämlich psychosomatische und nicht psychosomatische. Eine solche Dichotomie ist auf der Basis des biopsychosozialen Modells weder logisch richtig noch wissenschaftlich



nützlich“ [5] .

Thure von Uexküll war Mediziner und dennoch oder gerade deswegen ein Kritiker der geteilten Medizin, die davon ausgeht, dass es die „Medizin für Körper ohne Seelen“ und die „Medizin für Seelen ohne Körper“ gebe. Er hat den Begriff „integrierte Medizin“ erschaffen. Dieser Begriff geht weit über den wissenschaftlichen Ansatz hinaus zu einem philosophischen, denn bei dieser Form der Medizin wird der Praktiker aufgefordert, somatische, soziale und psychologische Bereiche nicht mehr als Einzelbereiche zu sehen, sondern sie als einen Teil des „größeren Ganzen“ zu erkennen und miteinander in Verbindung zu setzen. Frei nach dem Motto „Philosophicum statt Physikum“. Zu diesem Zweck reflektiert sie Krankengeschichten unter drei Aspekten: der Geschichte einer Krankheit, der Geschichte eines Kranken und der Geschichte der Beziehung zwischen Arzt und Patient“ [1]. Aus dieser Idee heraus wurde die „Akademie für Integrierte Medizin“ gegründet. Bernd Hontschik schreibt auf der Internetseite [6] seiner chirurgischen Praxis zur Frage „Warum brauchen wir eine Integrierte Medizin?“, „Behandlungen auf der Basis des naturwissenschaftlichen Menschenbildes führen oft zu großen Erfolgen, besonders bei akuten Krankheiten. Dennoch ist das Paradigma der „Schulmedizin“ als Fundament der Ausübung der Heilkunde unzureichend. Für komplexe Behandlungssituationen, wie sie z.B. bei vielen chronischen Erkrankungen immer wieder auftreten, wird ein umfassendes Verständnis für die körperlichen, mentalen, seelischen und sozialen Reaktionen des Patienten und deren Wechselwirkungen benötigt. Die naturwissenschaftliche Medizin ignoriert aber nicht nur die Person des Kranken, sondern auch das „bei weitem am häufigsten verwendete Medikament die „Droge Arzt““ (Michael Balint), für welches es bislang keine ausreichende Pharmakologie und Toxikologie gibt. Integrierte Medizin nutzt die Errungenschaft der Schulmedizin, sieht zugleich aber den Patienten als Interpreten seiner Umwelt und versucht, ihn in seiner nur ihm gehörigen, individuellen Wirklichkeit zu verstehen, unter Berücksichtigung des Beobachterproblems. Von der neuen Sichtweise profitieren gerade Kranke mit schwierigen Erkrankungs- und Behandlungssituationen. „Passungsverluste zwischen Patient und Umwelt können überwunden werden, Heilung und der Umgang mit der chronischen Krankheit

werden gefördert. Die Beziehung zwischen Patient und Arzt gewinnt an Tiefe und Lebendigkeit. Die Krankenbehandlung kann so wieder zu einem erfüllenden Beruf werden. Thure von Uexküll verfolgte das Ziel, die Psychosomatik als integrierten Baustein in Denken und Handeln eines jeden Arztes zu implementieren. Den Arzt sah er als „Menschenarzt“. Er vertrat zeitlebens den Ansatz einer integrierten Psychosomatik, die den psychosomatischen Ansatz interdisziplinär leben und erleben sollte.“ [1]

## **1.2 Psychosomatische Medizin - Definition der Bundesärztekammer**

„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.“ [7]

## **1.3 Die aktuelle Entwicklung des Faches Psychosomatik und Psychotherapie**

Einen guten Einblick in die aktuelle Entwicklung des Faches Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gibt die im Auftrag der DKPM, der DGPM und der ständigen Konferenz der Fachvertreter von Herzog et al [8] im Jahr 2012 erstellte Denkschrift zur Lage des Fachgebietes in Deutschland.

1957 wurde auf dem Ärztetag der Beschluss gefasst die Zusatzbezeichnung Psychotherapie einzuführen. 1978 folgte die Zusatzbezeichnung Psychoanalyse. Durch die Einführung der fachgebundenen Psychotherapiezusatzbezeichnung 2007 [304] konnte die Psychotherapie als Methode in das ärztliche Handeln integriert werden [9].

Durch die Einführung des Facharztes für Psychosomatische Medizin und

Psychotherapie (vormals Facharzt für Psychotherapeutische Medizin), 1992 [305], bekamen Ärzte die Möglichkeit, ihre Kompetenz im Bereich Psychotherapie weit über die einer Zusatzqualifikation hinaus zu erweitern und damit psychosomatisch ausgerichteten Kliniken, neben der ärztlichen Grundkompetenz, mehr Psychotherapiekompetenz zu ermöglichen.

## 1.4 Zur psychosozialen Lage in Deutschland

Auf der Internetseite „Zur psychosozialen Lage in Deutschland“ hat ein Zusammenschluss von leitenden Ärzten humanistisch-integrativer psychosomatischer Kliniken auf die hohe und weiterhin steigende Anzahl seelischer Erkrankungen und psychosozialer Probleme in Deutschland und in den Industriestaaten im Allgemeinen hingewiesen. „Ca. 30% der Bevölkerung leiden innerhalb eines Jahres an einer diagnostizierbaren psychischen Störung. Am häufigsten sind Depressionen, Angststörungen, psychosomatische Erkrankungen und Suchterkrankungen. In allen Altersgruppen, bei beiden Geschlechtern, in allen Schichten und in allen Nationen zunehmenden Wohlstands nehmen seelische Erkrankungen zu und besitzen ein besorgniserregendes Ausmaß.“[10]

Daraus resultieren stetig steigende Kosten, die einerseits durch die Behandlung bedingt sind, andererseits aber auch durch die damit verbundene Arbeitsunfähigkeit und dem nachfolgenden Produktionsausfall. Das Angebot der medizinischen und therapeutischen Versorgung wurde stetig erhöht, es reicht dennoch nicht zu einer ausreichenden weltweiten Versorgung. Der Wandel der Gesellschaft hin zu einem Fokus auf äußere Werte, hat einen Mangel an Fokussierung auf innere Werte bedingt. Die heutige Gesellschaft ist hohen psychosozialen Belastungen ausgesetzt, wir werden von Informationen überflutet, die sozialen Medien sind ein oft nicht wegzudenkender Bestandteil des täglichen Lebens, wir sind hohen Stresspotenzialen ausgesetzt, sei es der sehr individuelle oder aber der durch die Gesellschaft erzeugte Stress, beide Formen setzen Menschen zu. Nicht jeder Mensch ist in der Lage, mit den beruflichen Leistungsanforderungen umgehen zu können, daher ist Überforderung sehr häufig. Durch veränderte soziale Beziehungen

ist der familiäre Rückhalt oft nicht gegeben, so dass die Kompetenz zu einer eigenen Lebensgestaltung häufig nicht erworben wird oder wurde.

Wir benötigen einen gesellschaftlichen Dialog über die Bedeutung des Subjektiven, des Seelischen, des Geistigspirituellen, des sozialen Miteinanders und unseres Umgangs mit Problemen und Störungen in diesem Feld.

Wir benötigen einen neuen Ansatz zur Prävention, der sich auf die grundlegenden Kompetenzen zur Lebensführung, zur Bewältigung von Veränderungen und Krisen und zur Entwicklung von tragfähigen und erfüllenden Beziehungen konzentriert.

Wir benötigen eine Gesundheitsbildung, Erlernen von Selbstführung und die Erfahrung von Gemeinschaft schon im Kindergarten und in der Schule, z. B. in Form eines Schulfaches „Gesundheit“.

Wir benötigen eine ganzheitliche, im echten Sinne psychosomatische Medizin, die die gegenwärtige Technologisierung und Ökonomisierung der Medizin durch eine Subjektorientierung und eine Beziehungsdimension ergänzt.“ [10]

## **1.5 Die Struktur des Versorgungssystems psychischer / psychosomatischer Störungen in Deutschland**

### **1.5.1 Die aktuelle psychosomatische Versorgungssituation**

Der Deutsche Ärztetag beschloss 1993 ein dreistufiges Versorgungskonzept, das der Psychosomatischen Medizin, als Grundlagenfach mit integrativen Aufgaben, aber auch als Spezialdisziplin mit definiertem Versorgungsauftrag, gerecht wird.

Die erste Stufe ist die psychosomatische Grundversorgung, die von jedem Arzt mit Patientenkontakt erworben werden kann. Sie ist in der Weiterbildung zum Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin integriert. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung gibt die Zahl der Ärzte, die bisher diese Qualifikationen erworben haben, mit über 66.000 an [301].

Die zweite Stufe des Versorgungskonzepts wird durch die Ärzte mit dem Zusatztitel „Fachgebundene Psychotherapie“ dargestellt. Da es sich um somatisch tätige Ärzte

handelt, kann der Patient bei seinem Hausarzt oder Facharzt in Behandlung bleiben und dennoch psychotherapeutisch behandelt werden.

Die dritte Stufe des Versorgungsmodells wird durch den Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie repräsentiert [302].

Die Autoren des Gesundheitsberichts „Psychotherapeutische Versorgung“ vertreten die Ansicht, dass ca. ein Drittel der erwachsenen Allgemeinbevölkerung im Laufe eines Jahres die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer psychischen Störung erfüllt (Stand 2011) [11]. Diese Prävalenz von ca. 30%, entsprechend ca. 15 Millionen Menschen, wird in einem Artikel im Psychotherapeutenjournal (4/2014) bestätigt [293]. Für die Versorgung standen 10450 berufstätige Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie 4179 Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie 3012 Fachärzte für Nervenheilkunde zur Verfügung (Stand 12/2015) [298].

### **1.5.2 Die ambulante Versorgung**

Für die ambulante Versorgung erwachsener Patienten standen zum 31.12.2015 ca. 13.000 psychologische Psychotherapeuten, 1.931 Fachärzte für Nervenheilkunde, 4.038 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, 3063 Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 3.155 somatische Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychoanalyse sowie 18.437 Ärzte mit der Zusatzweiterbildung Psychotherapie (auch fachgebunden) zur Verfügung [298].

Aufgrund neuer gesetzlicher Grundlagen (§118 Abs.3 SGB V) [13] ist die Schaffung weiterer psychosomatischer Institutsambulanzen für die ambulante Versorgung im Krankenhaus zu erwarten.

Legt man die Daten aus dem DAK-Gesundheitsreport aus dem Jahr 2015 zugrunde, so liegt der Anteil psychischer Erkrankungen an den Arbeitsunfähigkeitstagen bei Frauen bei 19,9% und bei Männern bei 13,4%. Psychische Erkrankungen haben einen Anteil von 16,6 % am Volumen von Arbeitsunfähigkeitstagen. Auch 2014 sind die Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen, wie in den Jahren davor, weiter angestiegen. Auch die Zahl der Krankschreibungsfälle stieg von 6,2 Fällen im Jahr

auf 6,8 Fälle je 100 Versichertenjahre im Jahr 2014. Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage für psychische Erkrankungen nahmen und nehmen bei beiden Geschlechtern mit dem Alter kontinuierlich zu. Bei Frauen liegt die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage deutlich über der der Männer [299].

### 1.5.3 Die stationäre Versorgung

„Die stationäre psychosomatische Versorgung hat in Deutschland einen sehr hohen Stellenwert. Nach der Psychiatrie handelt es sich um den zweitwichtigsten stationären Versorgungssektor für psychische Erkrankungen.“ [13] Für die stationäre Versorgung stehen 5.502 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, 696 Fachärzte/Fachärztinnen der Nervenheilkunde sowie 953 Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie zur Verfügung [298].

Laut der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen) sprechen ausgeprägte psychische und/oder somatische Komorbidität, eine stark ausgeprägte Symptomatik, die engmaschige Kontrolle und eine kontinuierliche Verfügbarkeit von Kriseninterventionsmöglichkeiten unverzichtbar macht, sowie eine stark verminderte psychophysische Belastbarkeit für eine stationäre rehabilitative Versorgung. Reichen ambulante ärztliche Behandlungen (kurativ) und Psychotherapie nicht aus, die Schädigungen und ihre Symptomatik zu verbessern, so können teilstationäre und vollstationäre Krankenhausaufenthalte notwendig sein [12].

Die stationäre psychotherapeutische Versorgung erfolgt in Deutschland im Rahmen der Krankenhausbehandlung (§39 SGB V) [13] und/oder im Bereich der Rehabilitation (§ 40 SGB V, § 15 SGB VI) [14].

Für die Versorgung in den Bereichen Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie standen im Jahr 2011 bundesweit 62.295 Betten zur Verfügung, entsprechend 12,4 Prozent der insgesamt verfügbaren Krankenhausbetten [15]. Dem aktuellen Bericht des Statistischen Bundesamts (Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Stand 3.11.2015) zur Folge, standen im Jahr 2014 bundesweit für die gleiche

Versorgung 65.150 Betten zu Verfügung, das entspricht 13,01 Prozent der verfügbaren Krankenhausbetten [300]. Die Bettenanzahl ist somit gestiegen.

#### **1.5.4 Die Entwicklung der psychosomatischen Krankenhausbehandlung**

Die Geschichte der stationären Psychotherapie und Psychosomatik beginnt im Jahre 1948. Im Nachkriegsdeutschland entsteht in Berlin die erste Klinik, die sich psychogenen Störungen widmet [16]. In den nächsten Jahrzehnten kamen mehr Kliniken hinzu, bis 1975 hatten sich 35 Krankenhäuser im Versorgungssystem etabliert.

1970 wurde das Gebiet der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in die ärztliche Approbationsordnung aufgenommen. Somit wurde es ein Bestandteil der studentischen Ausbildung. Die frühe Entscheidung, die Psychosomatik als ein eigenständiges Gebiet einzuführen und eigene Universitätsabteilungen, die Krankenversorgung, Lehre und Forschung abdecken, zu etablieren, erwies sich als eine richtige Entscheidung. Die Entwicklung der psychosomatischen Medizin in Deutschland hat Vorbildfunktion. Die zunehmende Spezialisierung in der Medizin hat entscheidend dazu beigetragen, dass es neben dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie den Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie gibt. In unseren europäischen Nachbarländern sind die Angebote im Bereich psychosomatische Medizin und Psychotherapie noch nicht auf unserem Entwicklungsniveau [302]. Damit sich auch hier die psychosomatische Medizin und Psychotherapie weiter entwickelt und neue Perspektiven eröffnet werden, wurde 2012 die European Association of Psychosomatic Medicine [303] gegründet.

Laut einer Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes haben die Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen bei der Psychosomatik ein Plus von 211,5 Prozent in dem Zeitraum 1991 bis 2011 verzeichnet. Die Verweildauer in Tagen war in dem gleichen Zeitraum um 21,2 Prozent rückläufig. 2011 gab es 412 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie mit einer Gesamtbettenzahl von 53.932 und einer durchschnittlichen Verweildauer von 22,7 Tagen. Die 190

Fachabteilungen für Psychotherapie und psychosomatische Medizin hatten eine Gesamtbettenzahl von 8.363 bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 40,7 Tagen [17].

2014 gab es 233 Fachabteilungen für Psychotherapie und psychosomatische Medizin mit einer Gesamtbettenzahl von 10.621 und einer durchschnittlichen Verweildauer von 41,7 Tagen. Die 405 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie hatten eine Gesamtbettenzahl von 54.988 bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 22,5 Tagen (Stand 3.11.2015) [300]. Daraus lässt sich ableiten, dass die Anzahl der Fachabteilungen in der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin ebenso wie die Gesamtbettenzahl und die Verweildauer gestiegen sind.

Die Anzahl der Fachabteilungen Psychiatrie und Psychotherapie ist rückläufig, ebenso ist die Verweildauer, bei steigender Gesamtbettenzahl, rückläufig.

## 2 Fragestellung der Arbeit

Die sehr frühe Entscheidung, die psychosomatische Medizin und Psychotherapie als eigenes Gebiet zu etablieren und dieses von dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zu differenzieren, war sicher eine mutige, aber richtige. Psychosomatische Erkrankungen sind gesundheitsökonomisch betrachtet sehr relevante Erkrankungen; sie sind der häufigste Grund für Arbeitsunfähigkeit und Berentung [302]. Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, ob es anhand von retrospektiver Betrachtung von Tagungs – und Symposienthemen ausgewählter Fachgesellschaften im deutschsprachigen Raum gelingt eine Trendentwicklung über den Verlauf von 33 Jahren darzustellen und inwieweit es Übereinstimmungen mit den definierten Ausbildungspunkten des Lernzielkatalogs sowie der Facharztausbildung gibt. Die zeitliche Darstellung einzelner Symposienthemen im zeitlichen Verlauf unter Einführung des einfachen und des gleitenden Durchschnitts sollen die Darstellung einer Trendentwicklung unterstützen und die relative Relevanz eines Themas aufzeigen. Ferner sollten sich Trendumkehrungen und die Relevanzänderungen einzelner Themen erkennen lassen.



## **3 Theoretischer Hintergrund**

### **3.1 Vorstellung der Gesellschaften und Vereine, die Psychosomatik repräsentieren**

#### **3.1.1 Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) e.V.**

„Das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin ist die interdisziplinäre wissenschaftliche Fachgesellschaft für das Gebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie.“ Bezüglich ihrer Mitglieder schreibt die DKPM:

„Der interdisziplinären Ausrichtung gemäß gehören dem DKPM ÄrztInnen, Psychologische PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, KunsttherapeutInnen, SozialpädagogInnen, MitarbeiterInnen aus dem Pflegebereich, SozialwissenschaftlerInnen und andere Berufsgruppen an. Mitglied können alle Kolleginnen und Kollegen werden, die in den vielfältigen Bereichen der Psychosomatischen Medizin und der Psychotherapie wissenschaftlich, praktisch-klinisch oder in der Aus, Fort und Weiterbildung tätig sind.“

Gegründet wurde es 1972, die Mitgliederzahl ist nicht publiziert.[18]

#### **3.1.2 Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.**

Gegründet wurde die DGPM 1992. „Die DGPM ist mit ca. 1.400 Mitgliedern die größte Fachgesellschaft für das Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in Deutschland“.

Mitglieder:

„Ordentliches Mitglied können werden Ärzte und Ärztinnen

a) mit der Gebietsbezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“

b) mit der Gebietsbezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Psychotherapeutische

Medizin“

c) mit den Zusatzbezeichnungen „Psychotherapie“, „Psychotherapie – fachgebunden“,

d) mit der Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“

e) soweit sie am Verschmelzungstag ordentliches Mitglied der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie sind.

f) Ärzte und Ärztinnen für die Dauer ihrer Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.[19]

### **3.1.3 Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie**

Gestartet ist die Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie im Jahr 1926, gegründet wurde sie 1927. Ihr Mitglieder bestehen aus Ärzten und Ärztinnen, die genau Mitgliederanzahl ist jedoch nicht publiziert.

1944 wurde die Gesellschaft aufgelöst und 1948 wieder gegründet.

2005 kam es zur Fusion der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie mit der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit der neuen Namensgebung Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie.

[20]

### **3.1.4 Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.**

Zu ihren Mitgliedern schreibt die DGPT:

„Ordentliches Mitglied kann werden, wer eine psychoanalytische Aus/Weiterbildung nach den Richtlinien der Gesellschaft an einem von ihr anerkannten Institut abgeschlossen hat oder mit einer entsprechenden Aus/Weiterbildung Mitglied einer der psychoanalytischen Fachgesellschaften DGAP, DGIP, DPG und DPV ist oder die Ausnahmebestimmungen der Aus/Weiterbildungsrichtlinien der Gesellschaft erfüllt.“

Das Gründungsjahr war 1949, die Mitgliederanzahl ist nicht publiziert.

[21]

### **3.1.5 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)**

„Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) ist eine medizinische Fachgesellschaft. Sie wurde 1842 gegründet und zählt heute mehr als 8500 Mitglieder. Damit ist sie die größte und älteste wissenschaftliche Vereinigung von Ärzten und Wissenschaftlern, die in Deutschland auf den Gebieten Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde arbeiten.“

[22]

### 3.2 Inhalte der Facharztweiterbildung

(Muster) Logbuch  
 Facharztweiterbildung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 in Anlehnung an das (Muster) Logbuch der Medizinischen Fakultät Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Facharztweiterbildung  
 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Allgemeine Inhalte der Weiterbildung gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung	
Kenntnis- und Erfahrungserwerb innerhalb der Weiterbildung unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägungen in:	
	Attestierung der während der Weiterbildungsgesamtdauer erworbenen Erfahrungen, Fähigkeiten und Kenntnisse
ethischen, wissenschaftlichen und rechtlichen Grundlagen ärztlichen Handelns	
der ärztlichen Begutachtung	
den Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements einschließlich des Fehler- und Risikomanagements	
der ärztlichen Gesprächsführung einschließlich der Beratung von Angehörigen	
psychosomatischen Grundlagen	
der interdisziplinären Zusammenarbeit	
der Ätiologie, Pathophysiologie und Pathogenese von Krankheiten	
der Aufklärung und der Befunddokumentation	
labortechnische gestützten Nachweisverfahren mit visueller oder apparativer Auswertung	
medizinischen Notfallsituationen	
den Grundlagen der Pharmakotherapie einschließlich der Wechselwirkungen der Arzneimittel und des Arzneimittelmisbrauchs	
der allgemeinen Schmerztherapie	
der interdisziplinären Indikationsstellung zur weiterführenden Diagnostik einschließlich der Differentialindikation und Interpretation radiologischer Befunde im Zusammenhang mit gebietsbezogenen Fragestellungen	
der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden	
den psychosozialen, umweltbedingten und interkulturellen Einflüssen auf die Gesundheit	
gesundheitsökonomischen Auswirkungen ärztlichen Handelns	
den Strukturen des Gesundheitswesens	

(Muster) Logbuch

Facharztweiterbildung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 in Anlehnung an das (Muster) Logbuch der Medizinischen Fakultät Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Facharztweiterbildung  
 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Kenntnis- und Erfahrungserwerb innerhalb der Weiterbildung unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägungen in:	Attestierung der während der Weiterbildungsgesamtdauer erworbenen Erfahrungen, Fähigkeiten und Kenntnisse
der Prävention, Erkennung, psychotherapeutischen Behandlung und Rehabilitation psychosomatischer Erkrankungen und Störungen einschließlich Familienberatung, Sucht- und Suizidprophylaxe	
der praktischen Anwendung von wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren und Methoden, insbesondere der kognitiven Verhaltenstherapie oder der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	
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	
Erkennung und Behandlung seelisch-körperlicher Wechselwirkungen bei chronischen Erkrankungen, z.B. onkologischen, neurologischen, kardiologischen, orthopädischen und rheumatischen Erkrankungen sowie Stoffwechsel- und Autoimmunerkrankungen	
der psychiatrischen Anamnese und Befunderhebung	
der gebietsbezogenen Arzneimitteltherapie unter besonderer Berücksichtigung der Risiken des Arzneimittelmissbrauchs	
der Erkennung und psychotherapeutischen Behandlung von psychogenen Schmerzsyndromen	
autogenem Training oder progressiver Muskelentspannung oder Hypnose	
der Durchführung supportiver und psychoedukativer Therapien bei somatisch Kranken	
Grundlagen in der Verhaltenstherapie und psychodynamisch/tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	

(Muster) Logbuch  
 Facharztweiterbildung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 in Anlehnung an das (Muster) Logbuch der Medizinischen Fakultät Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Facharztweiterbildung  
 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Kenntnis- und Erfahrungserwerb innerhalb der Weiterbildung unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägungen in:	
	Attestierung der während der Weiterbildungsgesamtdauer erworbenen Erfahrungen, Fähigkeiten und Kenntnisse
Krisenintervention unter Supervision	
35 Doppelstunden Balintgruppenarbeit bzw. Interaktionsbezogene Fallarbeit	
psychosomatisch-psychotherapeutischem Konsiliar- und Liaisondienst	

(Muster) Logbuch

Facharztweiterbildung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

in Anlehnung an das (Muster) Logbuch der Medizinischen Fakultät Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Facharztweiterbildung  
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Dokumentationsbogen zur jährlichen Dokumentation (gemäß § 8 MWBO) der erworbenen  
Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrung und der Richtzahl pro Weiterbildungsjahr

Theorievermittlung

240 h in

Richtzahl	Weiterbildungsjahre					Themen
						psychodynamischer Theorie: Konfliktlehre, Ich-Psychologie, Objektbeziehungstheorie, Selbstpsychologie
						neurobiologischen und psychologischen Entwicklungskonzepten, Entwicklungspsychologie, Psychotraumatologie, Bildungstheorie
						allgemeiner und spezieller Psychopathologie, psychiatrischer Nosologie und Neurobiologie
						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

(Muster) Logbuch  
 Facharztweiterbildung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 in Anlehnung an das (Muster) Logbuch der Medizinischen Fakultät Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Facharztweiterbildung  
 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Dokumentationsbogen zur jährlichen Dokumentation (gemäß § 8 MWBO) der erworbenen  
 Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrung und der Richtzahl pro Weiterbildungsjahr

Theorievermittlung

240 h in

Richtzahl	Weiterbildungsjahre					Themen
						Konzepten der Bewältigung von somatischen Erkrankungen sowie Technik der psychoedukativen Verfahren und speziellen Verfahren der Diagnostik bei seelisch-körperlichen Wechselwirkungen, z.B. in der Onkologie, Diabetologie, Geriatrie, Gynäkologie und anderen somatischen Disziplinen
						Prävention, Rehabilitation, Krisenintervention, Suizid- und Suchtprophylaxe, Organisationspsychologie und Familienberatung

Diagnostik

Richtzahl	Weiterbildungsjahre					Themen
						100 dokumentierte und supervidierte Untersuchungen (psychosomatische Anamnese einschließlich standardisierter Erfassung von Befunden, analytisches Erstinterview, tiefenpsychologisch- biographische Anamnese, Verhaltensanalyse, strukturierte Interviews und Testdiagnostik), davon
						20 Untersuchungen im psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst



(Muster) Logbuch

Facharztweiterbildung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

in Anlehnung an das (Muster) Logbuch der Medizinischen Fakultät Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Facharztweiterbildung  
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Dokumentationsbogen zur jährlichen Dokumentation (gemäß § 8 MWBO) der erworbenen  
Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrung und der Richtzahl pro Weiterbildungsjahr

Behandlung

Untersuchungs- und Behandlungsverfahren	Dokumentation der erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten sowie der Richtzahl je Weiterbildungsjahr
1.500 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 Einfluss der Anleitung zur Bewältigung somatischer und psychosomatischer Erkrankungen und Techniken der Psychoedukation.	
Von den 1.500 Behandlungsstunden sind wahlweise in einer der beiden Grundorientierungen abzuleisten:	

Wahlweise in den psychodynamischen/tiefenpsychologischen Behandlungsverfahren						
6 Einzeltherapien über 50 bis 120 Stunden pro Behandlungsfall						
Richtzahl						
6 Einzeltherapien über 25 bis 50 Stunden pro Behandlungsfall						
Richtzahl						
4 Kurzzeittherapien über 5 bis 25 Stunden pro Behandlungsfall						
Richtzahl						
10 Kriseninterventionen unter Supervision						
Richtzahl						

(Muster) Logbuch

Facharztweiterbildung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

in Anlehnung an das (Muster) Logbuch der Medizinischen Fakultät Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Facharztweiterbildung  
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Dokumentationsbogen zur jährlichen Dokumentation (gemäß § 8 MWBO) der erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrung und der Richtzahl pro Weiterbildungsjahr

Behandlung

Untersuchungs- und Behandlungsverfahren	Dokumentation der erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten sowie der Richtzahl je Weiterbildungsjahr
---	---

2 Paartherapien über mindestens 10 Stunden	
Richtzahl	
2 Familientherapien über 5 bis 25 Stunden	
Richtzahl	
25 Fälle der Durchführung supportiver und psychoedukativer Therapien bei somatischen Krankheiten	
Richtzahl	
100 Sitzungen Gruppenpsychotherapien mit 6 bis 9 Patienten	
Richtzahl	

Oder wahlweise in verhaltenstherapeutischen Verfahren	
10 Langzeitverhaltenstherapien mit 50 Stunden	
Richtzahl	
10 Kurzzeitverhaltenstherapien mit insgesamt 200 Stunden	
Richtzahl	
4 Paar- oder Familientherapien	
Richtzahl	
6 Gruppentherapien (differente Gruppen wie indikative Gruppe oder Problemlösungsgruppe), davon ein Drittel auch als Co- Therapie	
Richtzahl	
16 Doppelstunden autogenes Training oder progressive Muskelentspannung oder Hypnose	
Richtzahl	

(Muster) Logbuch  
 Facharztweiterbildung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 in Anlehnung an das (Muster) Logbuch der Medizinischen Fakultät Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Facharztweiterbildung  
 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Dokumentationsbogen zur jährlichen Dokumentation (gemäß § 8 MWBO) der erworbenen  
 Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrung und der Richtzahl pro Weiterbildungsjahr

Selbsterfahrung

Untersuchungs- und Behandlungsverfahren	Dokumentation der erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten sowie der Richtzahl je Weiterbildungsjahr					
in der gewählten Grundorientierung, wahlweise						
150 Stunden psychodynamische/tiefenpsychologische oder psychoanalytische Einzelselbsterfahrung und 70 Doppelstunden Gruppenselbsterfahrung						
Richtzahl						
oder wahlweise						
70 Doppelstunden verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung einzeln oder in der Gruppe						
Richtzahl						

### 3.3 Lernzielkatalog für den klinischen Studienabschnitt in Anlehnung an die Medizinische Fakultät Albrecht-Ludwigs-Universität Freiburg

Dokumentationsbogen für das 1. Modul  
 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Einführung in die Psychosomatische Medizin zum Erlangen des Basiswissens

Lerninhalte, Kenntnisse	Dokumentation des Kenntnisstandes durch Überprüfung in mündlicher/schriftlicher Form Kompetenzgradermittlung
Definition des Fachgebietes, Psychosomatik und Psychotherapie	
Abgrenzung und Überschneidung von Nachbarfächern wie Neurologie, Psychiatrie, Psychologie	
Einführung in das bio-psycho-soziale Systemmodell	
Psychosomatische Krankheitsbilder	
Wissenschaftliche Grundlagen für das Fach	
Erlangen von Basiskompetenzen	
Besuch der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des jeweiligen Universitätsklinikums	Dokumentation des Besuchs

Fortsetzung Modul 1  
 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Lerninhalte, Fertigkeiten	Dokumentation des Kenntnisstandes durch Überprüfung in mündlicher/schriftlicher Form Kompetenzgradermittlung
---------------------------	---

Theoretische Grundlagen in

Die Arzt – und patientenzentrierten Gesprächstechniken	
Die Gestaltung des Gesprächsbeginns und des Gesprächsendes	
Die Inhalte einer Anamnese mit dem Schwerpunkt auf psycho- sozialen Aspekten	
Die Aspekte der Gestaltung der Arzt – Patientenbeziehung (z.B. Reflexion der eigenen emotionalen Reaktionen auf den Patienten)	

Praktische Grundlagen in

Die Techniken der Patienten- und arztzentrierten Gesprächsführung, z.B. das aktive Zuhören	
Die Inhalte einer bio-psycho-sozialen Anamnese	
Den Anfang und das Ende eines Gespräches	
Eigene Erklärungen für Beispiele für psychosomatische Wechselwirkungen	

Möglichkeit der Führung von Übungsgesprächen mit ausgesuchten Patienten im Rahmen eines freiwilligen Zusatzangebotes	Dokumentation der Übungsgespräche

Dokumentationsbogen für das 2. Modul  
Einführung in die Psychotherapie

Lerninhalte, Kenntnisse	Dokumentation des Kenntnisstandes durch Überprüfung in mündlicher oder schriftlicher Form Kompetenzgradermittlung
Definition von Psychotherapie Theorie von Methoden unterschiedlicher Therapieverfahren Die Indikation für Psychotherapie Die Kontraindikation der Psychotherapie die Differentialindikation der Psychotherapie Die Wirksamkeit der Psychotherapie	

Theoretische Grundlagen in

Die Techniken der Arzt- und patientenzentrierten Gesprächsführung	
Einsatz von psychotherapeutischen Techniken	
Zusammenhänge zwischen lebensgeschichtlichen Aspekten und der Symptomentwicklung	
Die Bedeutung der Kindheit für die Symptomentwicklung	
Die besondere Beachtung der vorangegangenen und derzeitigen Therapieerfahrungen des Patienten	

Praktische Grundlagen in

Praxiserfahrung in Form von Übungsgesprächen Information und Aufklärung über Psychotherapie	
Die Information und Aufklärung über Psychotherapie allgemein und Spezielle Psychotherapierichtungen	
Die Aufklärung über formale Aspekte der Psychotherapie (z. Kassenleistung, probatorische Stunden)	
Die Aufklärung über die Wirksamkeit der Psychotherapie	

Möglichkeit der Führung von Übungsgesprächen mit ausgesuchten Patienten im Rahmen eines freiwilligen Zusatzangebotes	Dokumentation der Übungsgespräche

Dokumentationsbogen für das 3. Modul  
 Einführung in Krankheiten  
 exemplarisch Krebserkrankungen

Lerninhalte, Kenntnisse	Dokumentation des Kenntnisstandes durch Überprüfung in mündlicher oder schriftlicher Form Kompetenzgradermittlung
Den Zusammenhang zwischen körperlichen Krankheiten, psychosozialen Stress und Bewältigung	
Die bio-psycho-soziale Wechselwirkungen bei der Entstehung, Bewältigung und dem Verlauf einer Krebserkrankung	
Die psychischen Reaktionen nach der Diagnosemitteilung und im weiteren Verlauf bei einer Krebserkrankung	
Die Definition von Krankheitsbewältigung	
Die Definition von Anpassungsstörung	
Die günstigen und ungünstigen Bewältigungsstrategien bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung	
Die Abwehrmechanismen bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung	
Die Indikationen für eine Psychotherapie bei Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung	
Die Ziele einer Psychotherapie bei krebserkrankten Menschen	

Fortsetzung Modul 3

Lerninhalte, Kenntnisse	Dokumentation des Kenntnisstandes durch Überprüfung in mündlicher oder schriftlicher Form Kompetenzgradermittlung
-------------------------	--

Theoretische Grundlagen in

<p>Die Techniken der Arzt – patientenzentrierten Gesprächsführung</p> <p>Den Umgang mit Abwehrmechanismen des Patienten erkennen und respektieren</p> <p>Den Umgang mit Bewältigungsstrategien des Patienten erkennen und respektieren</p> <p>Umgang mit belastenden Emotionen bei den Patienten Individuelle Krankheitsbewältigungsstile</p>	
---	--

Praktische Grundlagen in

<p>Das Arzt – Patienten Gespräch mit einem ausgewählten Patienten/in</p> <p>Mitteilung der Diagnose</p> <p>Möglichkeiten der Therapie erläutern</p> <p>Die Emotionen des Patienten begleiten</p> <p>Das Gesprächsende gestalten</p> <p>Weitere Gesprächsangebote anbieten</p>	
---	--

Möglichkeit der Führung von Übungsgesprächen mit ausgesuchten Patienten im Rahmen eines freiwilligen Zusatzangebotes	Dokumentation der Übungsgespräche



Dokumentationsbogen für das 4. Modul  
Einführung in somatoforme Störungen ohne Organbefund

Kenntnisse	Dokumentation des Kenntnisstandes durch Überprüfung in mündlicher oder schriftlicher Form Kompetenzgradermittlung
Die Prävalenz Somatoformer Störungen	
Die gesellschaftspolitische Bedeutung der Somatoformen Störungen	
Die diagnostischen Kriterien von Somatoformen Störungen	
Die ICD 10 Klassifikation der Somatoformen Störungen	
Die Überlappung mit Angststörungen und Depressiven Störungen	
Therapeutische Vorgehensweise bei Somatoformen Störungen	

Lerninhalte	Dokumentation des Kenntnisstandes durch Überprüfung in mündlicher oder schriftlicher Form Kompetenzgradermittlung
Techniken der Arzt – Patienten Gesprächsführung	
Die Symptome des Patienten ernst nehmen	
Auf psychophysiologische Wechselwirkungen eingehen	
Der Umgang mit belastenden Emotionen bei den Patienten	
Die individuellen Krankheitsbewältigungsstile des Patienten	
Die individuellen Krankheitstheorien und Behandlungsvorstellungen des Patienten	

Fortsetzung Modul 4

Lerninhalte, Kenntnisse	Dokumentation des Kenntnisstandes durch Überprüfung in mündlicher oder schriftlicher Form Kompetenzgradermittlung
-------------------------	--

Praktische Grundlagen in

Praxis Arzt – Patienten – Gespräch mit einem ausgesuchten Patienten/in	
Eine empathische, vertrauensvolle Beziehung zu dem Patienten herstellen	
Das subjektive Krankheitsverständnis erfragen	
Die Untersuchungsergebnisse rückmelden	
Psychophysiologischen Zusammenhänge erklären	
Für Psychotherapie motivieren	

Möglichkeit des eigenen Erlebens einer nonverbalen Psychotherapieverfahrens im Rahmen eines freiwilligen Zusatzangebotes	Dokumentation der Übungsgespräche

Dokumentationsbogen für das 5. Modul  
 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Auswahl eines typischen Krankheitsbildes dieses Fachbereichs.

Exemplarisch: die Essstörung

Kenntnisse	Dokumentation des Kenntnisstandes durch Überprüfung in mündlicher oder schriftlicher Form Kompetenzgradermittlung
Essstörungsformen Anorexia nervosa Bulimia nervosa Binge eating disorders	

Theoretische Grundlagen in

Das Arzt – Patient – Gespräch Technikauswahl Gesprächsaufbau für Musterpatient/in Besonderheiten der ambivalenten Behandlungsmotivation der Patienten	
---	--

Praktische Grundlagen in

Das Arzt – Patient – Gespräch mit einer essgestörten, ausgewählten Patientin Erheben der bio-psychozialen Anamnese Diagnosestellung Erläuterung therapeutischer Möglichkeiten Erste Schritte der Einleitung einer Psychotherapie	
---	--

### 3.3.1 Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung

Dezernat 8023, Zusammenarbeit mit RehaEinrichtungen, Medizin/Psychologie, Abteilung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund, 01.10.2010

Das Dezernat 8023 beschreibt die Ausstattung zu Psychotherapie und Psychodiagnostik einer stationären Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen mit psychosomatischen und psychischen Störungen wie folgt:

„Fachbücher und Zeitschriften: Eine Handbibliothek mit den wichtigsten Nachschlagewerken zu Psychosomatik, Psychiatrie, Psychodiagnostik und Psychotherapie sowie wichtigen Zeitschriften zu den in der Rehabilitationseinrichtung vertretenen Fachgebieten und Zugang zum Internet gehören zur Grundausrüstung.

Psychometrie: Testpsychologische Untersuchungen zur Querschnittsdiagnostik und zur Längsschnittsdiagnostik; psychophysiologische Belastungsdiagnostik (mittels PC-gestützter Geräte zur Beurteilung der psychophysischen Belastungsfähigkeit unter simulierten Belastungsbedingungen, zum Beispiel Wiener Determinationsgerät)

Psychologisches Testmaterial: Umfang und Inhalt der psychologischen Testbibliothek richten sich nach dem Indikationsspektrum der Rehabilitation. Zur Grundausrüstung gehören Persönlichkeitsdiagnostik, Befindlichkeitsskalen, Beschwerdelisten, Angst und Depressionsskalen, Verfahren zur Messung von Konzentrationsleistungen, Krankheitsbewältigungsstilen und diverse Tests zur Erfassung der psychophysischen Symptomatik, Symptomchecklisten sowie standardisierte Verfahren zur berufsbezogenen Diagnostik, gegebenenfalls auch PC-gestützt, zum Beispiel HAWIE (Hamburg Wechsler Intelligenz Test für Erwachsene), AVEM (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster), IMBA, MELBA.

Biofeedbackgeräte: Die Biofeedbackgeräte mit mehreren Modulen zur Erfassung verschiedener Biosignale; Empfehlenswert sind zum Beispiel Myofeedback,

Thermofeedback und Hautwiderstand.“ [81]

Computerbasierte Interventionsmöglichkeiten sind noch nicht im Anforderungsprofil enthalten.

## **4 Methode**

### **4.1 Methode der Durchführung**

Die Durchführung dieser Arbeit erfolgte auf der Basis der Primärforschung, die den Vorteil bietet, Daten fragenaäquater zu erheben und interpretieren zu können [82].

#### **4.1.1 Methode der Literaturrecherche**

Zur möglichst vollständigen Erfassung aller vorhandenen Quellen, wurden folgende Suchstrategien angewandt:

Handsuche in Kongressprogrammen und Mitteilungsbänden

Literaturverweise in bereits vorhandenen Büchern

Staatliche Stellen, Fachgesellschaften

Online-Recherche im Internet

(Google) Statistikanbieter im Internet

(Statista)

Nachdem alle in Frage kommenden Materialien beschafft waren, wurden die Programminhalte, Schwerpunkt Symposien und Fortbildungsveranstaltungen durchgesehen und durchgearbeitet. Berücksichtigung fanden alle der Autorin zugänglichen Programmhefte der Arbeits- und Jahrestagungen der DKPM und DGPM sowie ausgewählte Programme von DGPPN und DGPT-Veranstaltungen. Der Zeitraum der Betrachtung erstreckt sich von 1983 bis 2015. Auf Ausnahmen wird im Text verwiesen.

#### **4.1.2 Methode der Grafikerstellung:**

Im Rahmen dieser Arbeit fanden fast ausschließlich quantitative Methoden

Anwendung. Mittels numerischer Erfassung erfolgte die Darstellung ausgewählter Krankheitsbilder im Verlauf der ausgewählten Zeitachse. Nach Erstellung der benötigten Basistabellen erfolgte der Abgleich von Symposien- und Fortbildungsthemen mit definierten Ausbildungspunkten des Lernzielkatalogs sowie der Facharztweiterbildungsverordnung. Die Referenten wurden nach ihrem Berufsbild und der jeweiligen Gesellschaft erfasst und konnten im Säulendiagramm dargestellt werden.

Ausgewählte Verfahren: Gleitender Mittelwert

„Der gleitende Mittelwert (auch: gleitender Durchschnitt) ist eine Methode zur Glättung von Zeit bzw. Datenreihen. Die Glättung erfolgt durch das Entfernen höherer Frequenzanteile. Im Ergebnis wird eine neue Datenpunktmenge erstellt, die aus den Mittelwerten gleich großer Untermengen der ursprünglichen Datenpunktmenge besteht.“ [83]

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Darstellung einzelner Symposienthemen im zeitlichen Verlauf

#### Informationen zu den Grafiken 5.1.1 – 5.1.15

Dieser Abschnitt dient dem besseren Verständnis, was den Grafiken zugrunde liegt und wie die Werte zustande kommen. Zu Beginn erfolgte die Auswahl der Trendbegriffe. In diesem Fall wiederkehrende Themen in den jährlichen Veranstaltungen der einzelnen Gesellschaften, die auch in der Gegenwarts-Psychosomatik noch thematisiert werden. Alle ausgewählten Themen sind in den Programmheften/Symposienübersichten abgebildet worden. Daraus resultierte eine Trendkurve mit sich anschließender Interpretation. Darüber hinaus wurde das jeweilige Thema inhaltlich mit dem Lernzielkatalog und der Facharztweiterbildung abgeglichen, um zu erkennen ob ein ausgewähltes Thema auch in diesen vorkommt.

Kommt ein Thema in einem Jahr auf einer Veranstaltung vor, wird dies mit einem Punkt bewertet. Kommt es mehrfach vor, wird eine entsprechende Anzahl von Punkten für dieses Jahr vergeben.

Kommt ein Thema nicht vor, wird dies mit einem Malus von 1 bewertet.

Die Bewertung beginnt auf der Zeitachse mit dem ersten Vorkommen eines Themas, da bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht sicher festgestellt werden kann, ob das Thema entweder keinen Eingang in eine Veranstaltung gefunden hat oder ob das Thema sich zu diesem Zeitpunkt überhaupt noch nicht gestellt hat.

Ein Nichtvorkommen nach diesem ersten Auftreten des Themas wird dann allerdings als Malus gewertet, da man hier bereits mit Sicherheit sagen kann, dass das Thema Eingang in die fachlichen Auseinandersetzung gefunden hat, aber dann in diesem Jahr nicht genügend Relevanz hatte, um in einer Veranstaltung behandelt zu

werden. Aus diesem Grund beginnen einzelne Datenreihen mit einer „0“-Linie. Diese Werte hätten in der Datenreihe auch unterdrückt werden, bzw. die Reihe erst mit dem ersten Vorkommen des Themas starten können. Darunter hätte jedoch die optische Vergleichbarkeit der Graphen gelitten hätte, da dann die Skalierung auf der Zeitachse immer unterschiedlich ausgefallen wäre.

Nur bei einigen Graphen wurde von dieser Vorgabe abgewichen, da die zugrundeliegenden Themen so neu waren bzw. nachweislich so spät aufgetreten sind, dass eine Betrachtung und Darstellung über den gesamten zeitlichen Rahmen hier nicht sinnvoll erschien.

Um die Entwicklung eines Themas auf der Zeitachse besser beurteilen zu können, wurden zwei Vergleichswerte eingeführt. Zum einen den einfachen Mittelwert und zum anderen den gleitenden Durchschnitt. Hier sei kurz erläutert, was sich dahinter verbirgt.

Der Mittelwert über die gesamte Datenreihe - der einfache Durchschnitt:

Hierbei werden alle Datenwerte der Reihe addiert und durch die Anzahl der Werte geteilt. Daraus ergibt sich der durchschnittliche Wert aller Datenwerte als Konstante. In der grafischen Darstellung wird dies als waagerechte Linie dargestellt. Dieser einfache Mittelwert liefert einen Anhaltspunkt, zu welchen Zeiten ein Thema relevant war oder eher nicht. Liegen die Werte der Reihe in einem Zeitraum über dem Mittelwert, kann von einer relativ positiven Relevanz des Themas in diesem Zeitraum ausgegangen werden. Liegen die Werte unter dem Mittelwert, hatte das Thema in diesem Zeitraum eher weniger Relevanz in der allgemeinen Diskussion.

Der gleitende Durchschnitt über fünf Perioden:

Hier wird über fünf zeitliche Perioden (Jahre) ein Durchschnittswert gebildet. Der Durchschnittswert gleitet, das bedeutet, der erste Durchschnittswert wird von Wert „1“ bis Wert „5“ gebildet, der nächste Durchschnittswert wird dann von Wert „2“ bis Wert „6“ gebildet, der übernächste von Wert „3“ bis Wert „7“. Der gleitende Durchschnittswert folgt also in einer etwas geglätteten Linie der eigentlichen Datenreihe. Spitzen in der Datenreihe nach oben oder unten werden durch diesen



Durchschnittswert geglättet. Bei Datenreihen, die einen sehr un stetigen Verlauf haben, lässt sich über den Graphen des gleitenden Durchschnitts leichter eine Trendentwicklung erkennen.

Lediglich bei den Grafiken 5.1.9 und 5.1.14 wurde ein Durchschnittswert über zwei zeitliche Perioden (Jahre) gebildet, da die Datenmenge sehr klein war und sich somit die Aussagekraft der Grafik erhöhen lässt.

**Trendumkehr in der Datenentwicklung:**

Da der gleitende Durchschnitt den eigentlichen Daten wertemäßig etwas hinterher eilt, lässt sich mit ihm auch eine Trendumkehr gut erkennen. Immer wenn die Datenlinie von der Trendlinie durchbrochen wird, hat eine Trendumkehr stattgefunden. Das bedeutet, waren zuvor im Trend die Werte immer steigend, dann sind sie nach der Trendwende immer fallend und umgekehrt. Zu beachten ist, dass einzelne Datenausschläge nach oben oder unten noch nicht zwingend zu einer Trendwende führen müssen. Das lässt sich daran beobachten, dass die Trendlinie nicht durchbrochen, sondern eventuell nur berührt wird.

Bei einigen Datenreihen lassen sich Trendentwicklungen über einen längeren Zeitraum hinweg beobachten. Im gesamten Verlauf der Datenreihe finden also nur wenige Trendwenden statt. Daraus lässt sich ableiten, dass diese Themen die Diskussion jeweils über einen längeren Zeitraum berührt oder eben nicht berührt haben. Liegen die Werte in einem Zeitraum mit positivem Trend gleichzeitig noch über dem einfachen Durchschnitt, kann man von einer relativ hohen Relevanz des Themas in diesem Zeitraum ausgehen.

Liegen die Werte in einem Zeitraum mit länger anhaltendem, negativem Trend gleichzeitig unterhalb des einfachen Durchschnitts, dann kann hier von einer relativ geringen Relevanz des Themas in der allgemeinen Diskussion ausgegangen werden.

Im Gegensatz zu diesen länger gültigen Trendentwicklungen deuten häufige Trendwenden über den gesamten Verlauf der Datenreihe darauf hin, dass das Interesse an dem jeweiligen Thema starken Schwankungen unterworfen war. Das Thema war zwar immer wieder relevant, hat aber in der Diskussion nie die kritische Masse erreicht, um einen länger andauernden, einheitlichen Trend auszulösen.

In der Regel hat das Thema dann keine übergreifende, positive oder negative Entwicklung, es entwickelt sich relativ horizontal auf der Zeitachse.

Liegt bei einer Datenreihe mit häufigen Trendwenden die Trendlinie gleichzeitig unter dem allgemeinen Mittelwert, kann von einer eher untergeordneten Relevanz

ausgegangen werden. Liegt andererseits die Trendlinie häufig über dem allgemeinen Mittelwert, dann war das Thema immer wieder relativ relevant, hat aber insgesamt keine dauerhaft positive Entwicklung genommen.

Zu Grafik 5.1.5. gab es bereits 1981 und zu Grafik 5.1.11 1982 einen ausführlichen Artikel in einem der Mitteilungshefte an die DKPM Mitglieder. Daher wurde er als Äquivalent zu einem Symposiumsthema in die Grafik mit einbezogen.

### 5.1.1 Essstörung

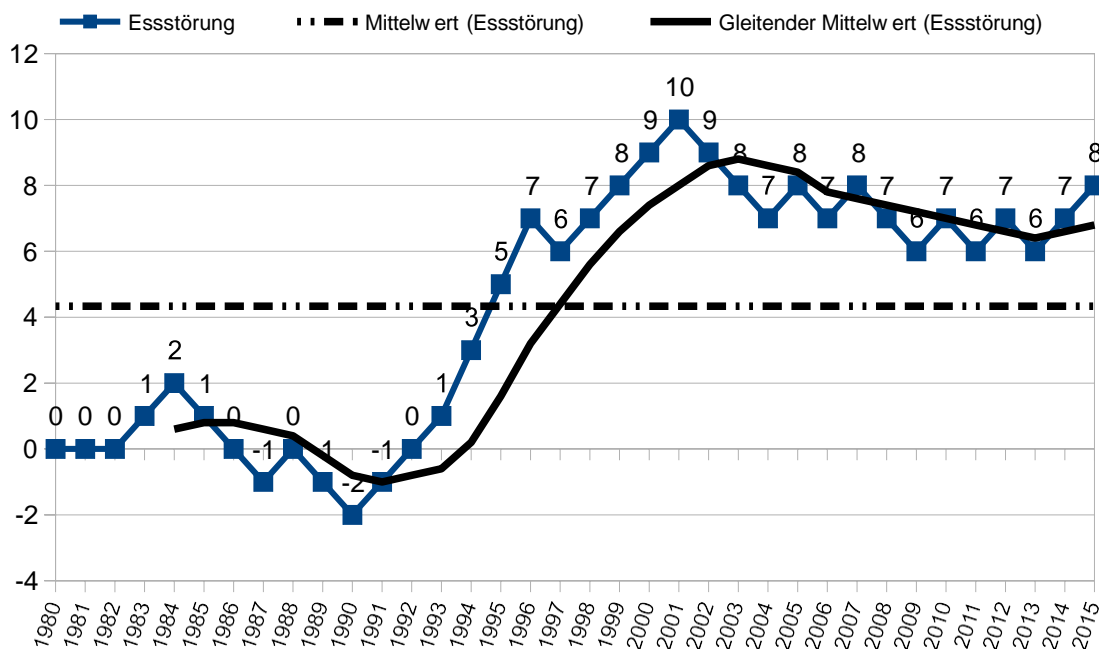


Abb. 1: Darstellung der Bedeutung des Themas Essstörung im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

Das Symposiumsthema Essstörung war im Zeitraum 1983 bis 2015 auf den Arbeitstagen relativ präsent. Bis 1993 lag die Datenlinie unterhalb des Mittelwertes, ab 1994 lag sie stets darüber. Es gibt drei Trendumkehrungen, 1993, 2002 und 2014. Hier kommt es jeweils zu einem Trendwechsel. Zuletzt wieder mit steigender Tendenz bei weit über dem Mittelwert liegendem Interesse am Thema.

Dass das Thema Essstörung ein aktuelles ist, zeigt nicht nur die Grafik, sondern auch die Tatsache, dass das Bundesgesundheitsministerium dieser Thematik unter „Wenn Essen das Leben bestimmt“ eine eigene Kampagne gewidmet hat. Sie ist auf Betroffene, Angehörige und Ärzte ausgerichtet [84].

Essstörung als Überbegriff ist sowohl im Lernzielkatalog (Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, 2006) [80] als auch in der Facharztweiterbildung der Bundesärztekammer enthalten [79].

Auf den Internetseiten, der Bundeszentrale für gesetzliche Aufklärung Stand 2016 [85] finden sich die nachfolgenden Informationen zum Überbegriff Essstörung:

### Magernsucht

Nach der repräsentativen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) [289] leiden 1,1 % der Frauen und 0,3 % der Männer unter Magernsucht. (Jacobi et al., 2013)

Bei Jüngeren gibt es keine repräsentativen Daten zu Deutschland. In einer entsprechenden amerikanischen Studie wurde eine Krankheitshäufigkeit für Magernsucht von 0,1 % für Mädchen und 0,2 % für Jungen zwischen 13 und 18 Jahren ermittelt (Swanson et al., 2011).

### Bulimie

Nach der repräsentativen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) leiden 0,3 % der Frauen und 0,1 % der Männer unter Bulimie. Bei Jüngeren gibt es keine repräsentativen Daten zu Deutschland (Jacobi et al., 2013).

In einer entsprechenden amerikanischen Studie wurde eine Krankheitshäufigkeit für Bulimie von 0,9 % für Mädchen und 0,3 % für Jungen zwischen 13 und 18 Jahren ermittelt (Swanson et al., 2011).

### Binge-Eating-Störung

Nach der repräsentativen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) leiden 0,1 % der Frauen und 0,1 % der Männer unter einer Binge-Eating-Störung. Bei Jüngeren gibt es keine repräsentativen Daten zu Deutschland [288]).

In einer entsprechenden amerikanischen Studie wurde eine Krankheitshäufigkeit für die BingeEatingStörung von 1,4 % für Mädchen und 0,4 % für Jungen zwischen 13 und 18 Jahren ermittelt [86].

### Essstörungen

Nach der repräsentativen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) leiden 1,5 % der Frauen und 0,5 % der Männer unter einer drei Hauptformen von Essstörungen [288].

In der Altersgruppe der 13- bis 18-jährigen sind Essstörungen am häufigsten (Mädchen 2,4 %, Jungen 0,9 %). Hinzu kommt ungefähr die doppelte Zahl von Frauen/Mädchen und Männern/Jungen mit Essstörungen, die nicht eindeutig einer

der Hauptformen zugeordnet werden können [86].

Behandlungszahlen:

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes befanden sich im Jahr 2012 11.491 Patientinnen und Patienten in vollstationärer Behandlung wegen Essstörungen. Zwischen den Jahren 2000 und 2012 sind die diagnostizierten Fälle von Magersucht von 5.363 auf 6.995 gestiegen, während im selben Zeitraum die diagnostizierten Fälle von Bulimie von 2.726 auf 2.332 gesunken sind .

Todesfälle wegen Essstörungen

Zwischen 1998 und 2012 starben in Deutschland pro Jahr zwischen 33 von 100 Menschen an Essstörungen, ca. 90 % davon waren Frauen [287].

Der Kinder und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des RobertKochInstituts zeigte: Bei etwa einem Fünftel aller 11 bis 17Jährigen in Deutschland liegt ein Verdacht auf eine Essstörung vor. Bei den jüngsten Befragten ist der Anteil von auffälligen Jungen und Mädchen etwa gleich hoch. Mit zunehmendem Alter nimmt jedoch der Anteil der auffälligen Mädchen zu, der der Jungen ab. Bei jedem dritten Mädchen zwischen 14 und 17 Jahren gibt es Hinweise auf eine Essstörung, bei den Jungen sind 13,5 Prozent auffällig. Einzelne Formen der Essstörung wurden im Rahmen von KiGGS nicht erfasst.“ [286]

Quellen zu Jahresangaben in der Grafik:

1983: [24]	1999: [100]
1984: [87]	2000: [101]
1988: [88]	2001: [102]
1991: [89]	2005: [103]
1992: [90]	2007: [104]
1993: [91]	2008: [105]
1994: [92]	2009: [106]
1994: [93]	2010: [107]
1995: [94]	2010: [108]
1995: [95]	2011: [109]
1996: [96]	2012: [110]
1996: [97]	2013: [111]
1998: [98]	2014: [112]
1999: [99]	2015: [113]

### 5.1.2 Gerontopsychosomatik

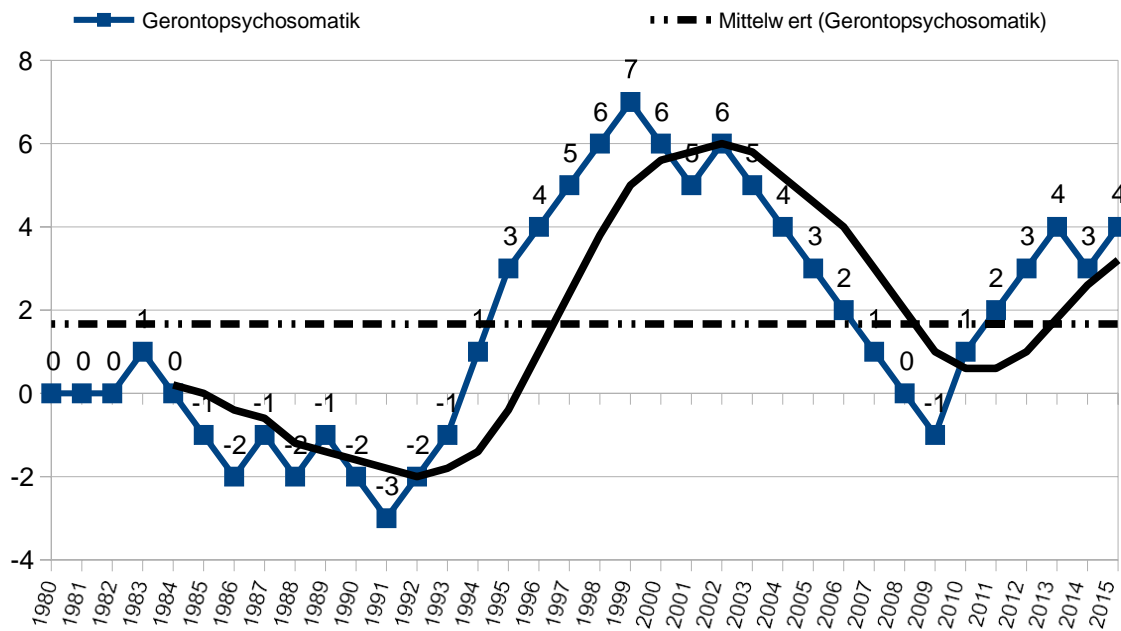


Abb. 2: Darstellung der Bedeutung des Themas Gerontopsychosomatik im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

Das Thema war 1983 erstmals präsent, die Datenlinie lag bis 1994 unterhalb des Mittelwertes. Es sind drei Durchbrechungen der Datenlinie durch die Trendlinie zu sehen, danach kommt es stets zu dem jeweiligen Trendwechsel, zuletzt 2011 mit steigender Tendenz. Das Thema war viele Jahre wenig von Interesse, die Datenkurve lag von 1993 bis 2006 oberhalb des Mittelwertes, was ein vermehrtes Interesse am Thema widerspiegelt, von 2006 bis 2010 lag die Datenkurve erneut unterhalb des Mittelwertes, ab 2011 wieder über dem Mittelwert. Das Thema Psychosomatik für Ältere ist wieder wichtig, es steht im Interesse der Veranstaltungen, dies kann als zeitgerecht interpretiert werden.

Da es aufgrund des demografischen Wandels einen immer höheren Anteil an alter und hochalter Bevölkerung in den letzten Jahren gegeben hat und weiterhin geben wird, muss sich die Gesundheitsversorgung allgemein, die Psychosomatik/Psychotherapie speziell, darauf einstellen. Die für dies Altersgruppen

speziellen Bedürfnisse müssen berücksichtigt werden. „Dabei ist es wichtig, das Altern als einen Prozess zu betrachten, der sich differenziert in die biologischphysiologische, die psychische und die soziale Dimension.“ Frauen suchen häufiger einen Psychotherapeuten auf; dieser allgemein gültige Genderaspekt gilt auch im Alter. Im Alter suchen Frauen weiterhin häufiger als Männer einen Psychotherapeuten auf [114]

Fazit: Aufgrund einer älter werdenden Bevölkerung und der sich anpassenden Gesundheitsversorgung ist das Thema psychische Störungen im Alter vermehrt auf Jahrestagungen/Kongressen präsent. Im Lernzielkatalog für das Medizinstudium ist dieser Begriff nicht zu finden, in der Facharztweiterbildung ist er enthalten und prüfungsrelevant [115,10,116].

Quellen zu Jahresangaben in der Grafik:

1983: [117]	1997: [127]
1987: [118]	1998: [128]
1989: [119]	1999: [129]
1992: [120]	2007: [130]
1993: [121]	2010: [131]
1994: [122]	2010: [132]
1994: [123]	2011: [133]
1995: [124]	2012: [134]
1995: [125]	2013: [135]
1996: [126]	2015: [136]



### 5.1.3 Transplantationsmedizin

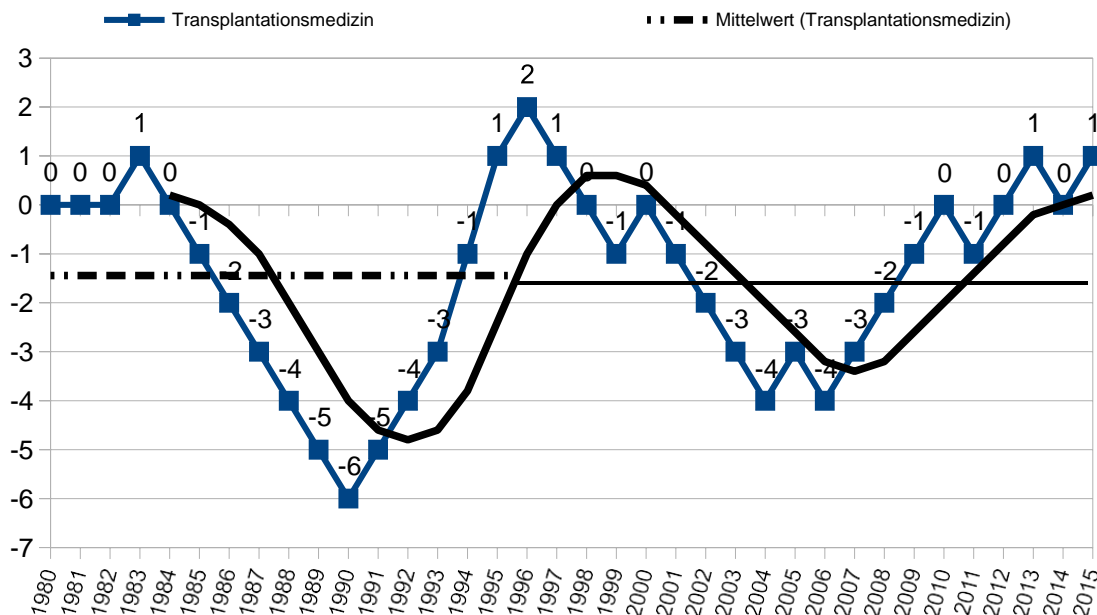


Abb. 3: Darstellung der Bedeutung des Themas Transplantationsmedizin im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

Das Thema Transplantationsmedizin trat 1983 erstmals auf, danach war es lange Zeit nicht als Symposiumsthema präsent. Das geringe Interesse am Thema wird durch die Zeitspanne, in der die Datenkurve unterhalb des Mittelwertes liegt, dargestellt. Es gab zwei Zeitintervalle dieser Art: 1984 bis 1994 und 2002 bis 2008. Es gab drei Durchbrechungen der Datenkurve durch die Trendkurve mit dem sich anschließenden Trendwechsel, zuletzt 2011 mit einem Trendwechsel in 2012. Das Thema ist wieder interessant als Symposiumsthema.

„Seit der ersten Nierentransplantation im Jahre 1963 sind in Deutschland über 83.000 Organe übertragen worden. Den weitaus größten Teil bilden die Nierenverpflanzungen, gefolgt von Leber- und Herztransplantationen. Die Transplantation von Organen oder Geweben übt seit jeher starke Faszination auf Menschen aus.

Am 25. Juni 1997 verabschiedet der Bundestag nach intensiver Debatte und mit großer Mehrheit das Transplantationsgesetz. Danach ist das Kriterium für den Tod des Menschen der endgültige, nicht behebbare Ausfall aller Hirnfunktionen. „Eine

Organentnahme ist dann zulässig, wenn der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat oder, falls keine derartige Zustimmung vorliegt, die gesetzlich bestimmten Angehörigen nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen entscheiden (erweiterte Zustimmungslösung). Nach Bestätigung durch den Bundesrat am 26. September tritt das Gesetz am 1. Dezember in Kraft (Stand 2016). [137]

Hört sich der Begriff Transplantationsmedizin auf den ersten Blick chirurgisch dominiert an, so fallen bei der Internetrecherche die „Spezialsprechstunden Psychosomatik und Organtransplantation“ einiger Kliniken [138,154] auf. Die 15. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft im Oktober 2016 trägt den Titel „Professur für Psychosomatik und Psychotherapie mit Schwerpunkt Onkologie und Transplantationsmedizin“. Fazit: Das Thema Transplantationsmedizin ist weiterhin ein aktuelles. Es kommt nichtexplizit im Lernzielkatalog oder der Facharztweiterbildung vor.

Quellen zu den Jahresangaben der Grafik:

1983: [117]	2002: [63]
1991: [139]	2005: [146]
1992: [90]	2007: [70]
1993: [140]	2008: [147]
1994: [141]	2009: [148]
1994: [142]	2010: [149]
1995: [143]	2012: [134]
1995: [144]	2013: [150]
1996: [126]	2015: [136]
2000: [145]	

### 5.1.4 Psychoonkologie

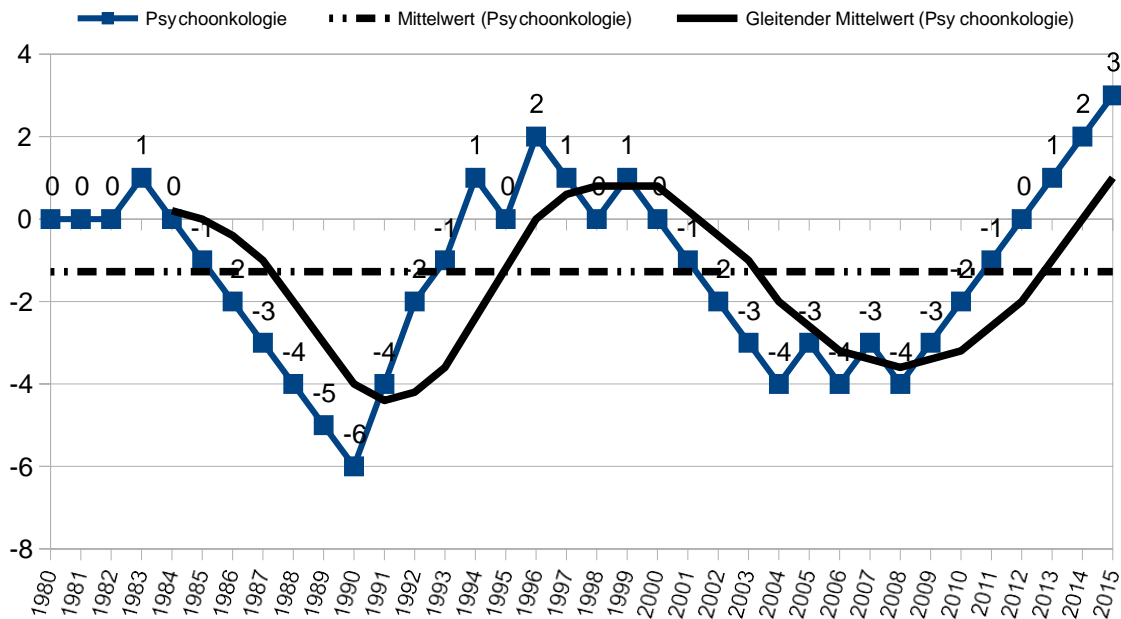


Abb. 4: Darstellung der Bedeutung des Themas Psychoonkologie im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

Psychoonkologie ist seit 1983 ein Thema. Danach war sie bis 1990 nicht als Symposiumsthema präsent. Ab 1991 war sie ein Thema, allerdings weiterhin unterhalb des Mittelwertes liegend. Die Datenlinie schneidet erst 1992 die Mittelwertlinie und das Thema steht wieder mehr im Interesse. Ein erneutes Abfallen unterhalb des Mittelwertes fällt für den Zeitraum 2001 bis 2011 auf. Es gibt drei Durchbrechungen der Datenlinie durch die Trendkurve mit dem jeweiligen Trendwechsel. Zuletzt 2012 mit dem Trendwechsel in 2013. Die Tendenz der Trendkurve ist steigend, so dass davon auszugehen ist, dass die Psychoonkologie auf den nächsten Veranstaltungen als Symposiumsthema vorkommen wird.

Psychoonkologie ist sowohl im Lernzielkatalog als auch in der Facharztweiterbildungsordnung enthalten. Es ist gleichzeitig eine qualifizierte Fortbildung, aber keine Zusatzbezeichnung für Ärzte.

„Aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland ist zwischen 2010 und 2030 mit einem Anstieg der Krebsneuerkrankungen um mindestens 20% zu rechnen.

In Deutschland erkranken jedes Jahr etwa 480.000 Menschen neu an Krebs.“ [151]  
 Da die Krebsneuerkrankungen steigen, ist das Thema Psychoonkologie weiterhin ein  
 aktuelles [151,152,153].

Quellen zu den Jahresangaben der Grafik:

1983: [155]	1999: [161]
1991: [89]	2005: [162]
1991: [156]	2007: [163]
1992: [42]	2008: [105]
1992: [147]	2009: [164]
1992: [297]	2010: [165]
1993: [158]	2012: [134]
1994: [159]	2013: [166]
1994: [93]	2014: [167]
1996: [160]	2015: [168]
1996: [51]	

### 5.1.5 Stationäre/teilstationäre psychotherapeutische/psychosomatische Behandlung

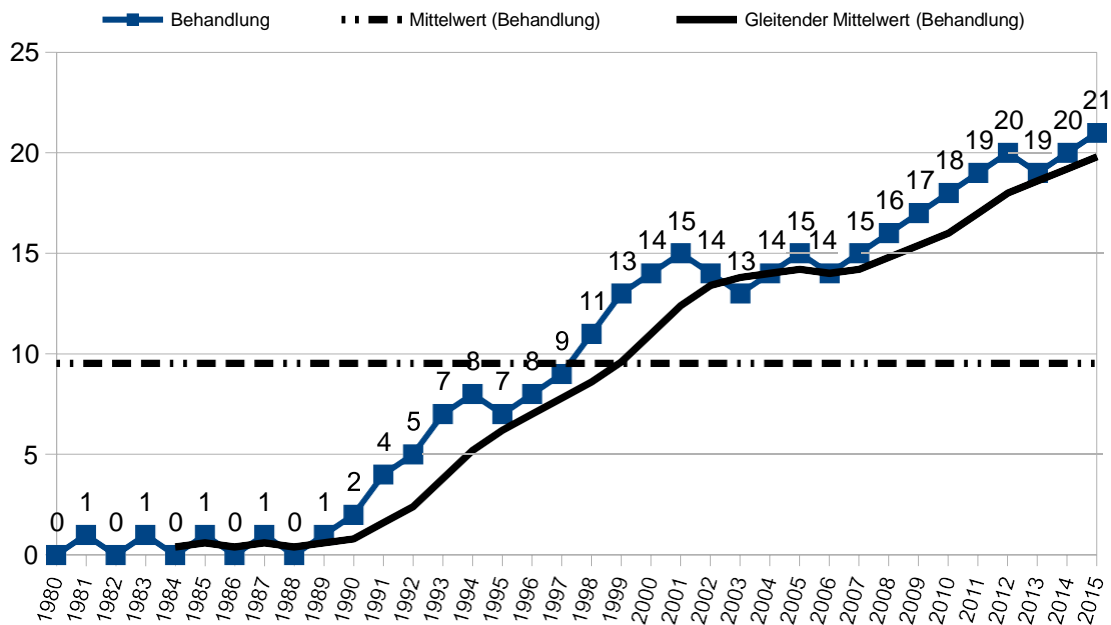


Abb. 5: Darstellung der Bedeutung des Themas stationäre/teilstationäre psychotherapeutische/psychosomatische Behandlung im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

Die stationäre/teilstationäre Behandlung wurde bereits 1981\* in den Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM als Thema formuliert und war fortan mit mehr oder weniger hoher Regelmäßigkeit als Symposiumsthema vertreten. Seit 1997 lag dieses Thema über dem Mittelwert mit deutlich ansteigender Tendenz, die Datenkurve zugrunde legend (\*daher wurde das Jahr 1981 bereits mit in die Graphik eingebaut). Das Interesse am Thema ist seitdem sehr hoch, es liegt weiterhin mit steigender Tendenz weit oberhalb des Mittelwertes. Die Trendkurve hat die Datenlinie dreimal durchbrochen, jeweils mit dem entsprechenden Trendwechsel.

Dass dieses Thema wichtig und weiterhin aktuell ist, zeigt das Plus von 211,5 Prozent in dem Zeitraum von 1991 bis 2011 bei Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen bei der Psychosomatik (siehe 1.3.3 und 1.3.4).

## Quellen zu den Zeitangaben der Grafik:

1981: [169]	1997: [177]
1983: [117]	1998: [178]
1985: [170]	1998: [179]
1987: [171]	1999: [180]
1989: [119]	1999: [174]
1990: [172]	2000: [181]
1991: [173]	2001: [62]
1991: [40]	2004: [66]
1992: [174]	2005: [182]
1993: [91]	2007: [176]
1993: [158]	2008: [183]
1994: [175]	2009: [184]
1996: [176]	2010: [165]

### 5.1.6 Ambulante psychosomatische/psychotherapeutische Behandlung

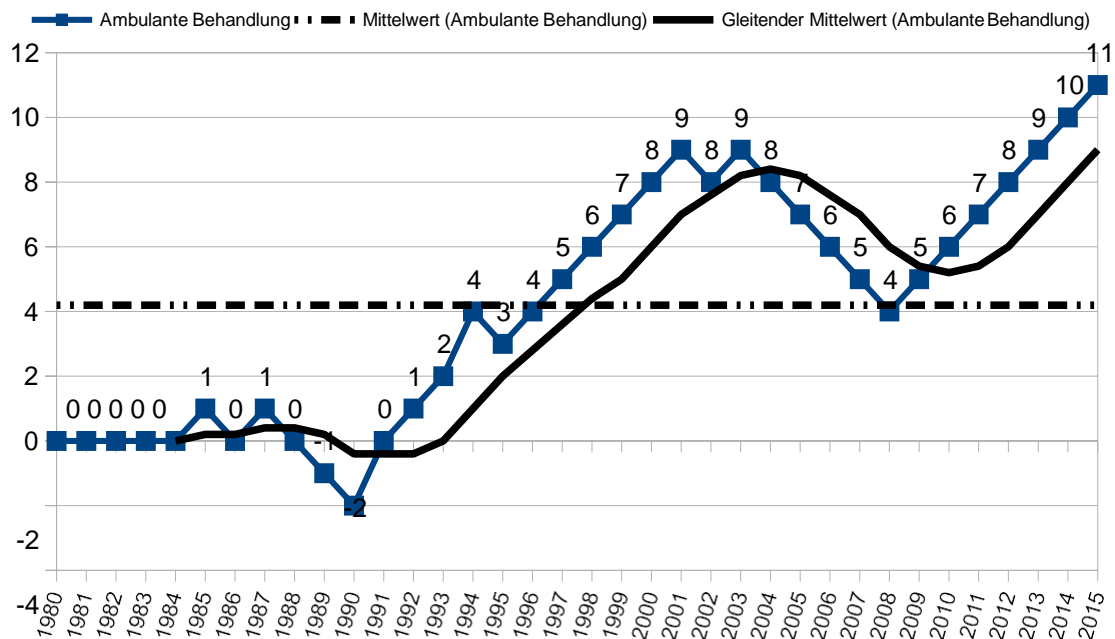


Abb. 6: Darstellung der Bedeutung des Themas ambulante psychosomatische/psychotherapeutische Behandlung im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

1985 und 1987 war die ambulante Behandlung bereits Thema in den Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM, seit 1991 bis 2002 mit hoher Regelmäßigkeit ein Symposiumsthema. Seit 1996 liegt die Datenlinie über dem Mittelwert, Ausnahme ist das Jahr 2008, hier kehrt die Datenlinie auf den Mittelwert zurück. Als Thema war die ambulante psychosomatische/psychotherapeutische Behandlung bis 1995 ein wenig im Interesse stehendes Thema, danach nahm das Interesse bis 2004 zu, die Trendkurve durchbricht die Datenlinie 2004 mit einem Trendwechsel in 2005. Erneuter Durchbruch der Datenlinie 2009 mit Trendwechsel 2010 und deutlich steigendem Kurvenverlauf. Trotz dem schwankenden Kurvenverlauf seit 1996 war das Thema zuletzt von hohem Interesse, es lag nicht mehr unterhalb des Mittelwertes.

Hierzu die aktuellen Daten der Bundesärztekammer Stand 4/2015:

In der ambulanten fachärztlichen Versorgung wurden pro Quartal mehr als 1,7 Millionen Patienten von 3.400 Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, 300 Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 1.900 Nervenärzten, 1.400 Fachärzten für Neurologie, 900 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und 13.000 Fachärzten anderer Gebiete mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie behandelt. [298]

Quellen: zu der Grafik:

1985: [170]	2000: [196]
1987: [171]	2001: [62]
1991: [190]	2003: [194]
1991: [191]	2009: [184]
1992: [192]	2010: [197]
1993: [91]	2011: [200]
1994: [122]	2012: [199]
1994: [192]	2012: [187]
1996: [193]	2013: [188]
1997: [177]	2014: [189]
1998: [195]	2015: [186]
1999: [161]	



### 5.1.7 Gruppentherapie/Gruppenkonzepte in der Psychosomatik/Psychotherapie

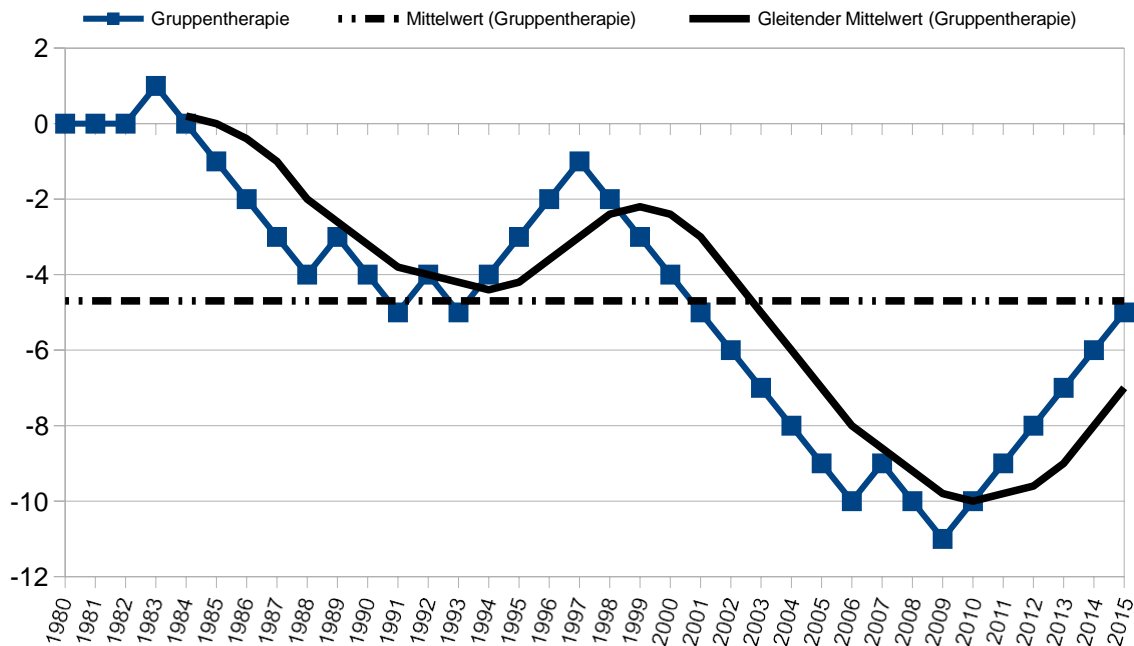


Abb. 7: Darstellung der Bedeutung des Themas Gruppentherapie/Gruppenkonzepte in der Psychosomatik/Psychotherapie im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

Seit Jahren liegt der Anteil an Gruppenpsychotherapien bei ca. 1 % aller durch Psychologische Psychotherapeuten beantragten Psychotherapien (Best, 2010). Im Jahr 2010 wurde eine Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Auftrag gegeben (Walendzik et al., 2011) Hier zeigt sich, dass 24,2 % aller befragten Psychotherapeuten eine Abrechnungsgenehmigung für Gruppentherapie innehielten. Für die Gruppe der psychologische Psychotherapeuten und Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten waren es 39 %. Von diesen bot jedoch nur ein Drittel tatsächlich Gruppentherapie als Kassenleistung innerhalb der ambulanten Versorgung an. Daraus folgte die Annahme, dass der Anteil der Gruppentherapie anbietenden Therapeuten an allen psychologischen Psychotherapeuten lediglich bei 7 %, bei Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei 13 % liegt. Lediglich die Psychoanalytiker sowie

die Psychoanalytiker/Tiefenpsychologen und Therapeuten mit mehreren Fachkundenachweisen boten zu einem Anteil von 20 % der Therapeuten Gruppentherapien an. Die Autoren erfragten die Gründe für das niedrige Angebot an Gruppentherapien innerhalb der Behandlergruppe der psychologischen Psychotherapeuten. Ein Viertel benannte organisatorische Schwierigkeiten. Wurden ausschließlich die Antworten der Therapeuten ausgewertet, die zwar eine Genehmigung zur Durchführung von Gruppentherapie hatten, diese jedoch nicht durchführten, wird dieser Grund bei etwa der Hälfte der Befragten aufgelistet. Best (2010) sieht eine weitere Erklärung in fachgruppenspezifischen Abrechnungsmöglichkeiten: Psychologische Psychotherapeuten sind im Gegensatz zu Ärzten an Richtlinien-Psychotherapie gebunden. Ärzten steht hingegen das gesamte Leistungsspektrum des SGB V offen, welche jedoch aufgrund niedriger Vergütung kaum in Anspruch genommen wird. In der Ausbildungsordnung der psychologischen Psychotherapeuten sind lediglich Kenntnisse in „Behandlungsverfahren bei Paaren, Familien und Gruppen“ obligatorisch. Dennoch führten während der praktischen Tätigkeit 65% der Absolventen Gruppen selbstständig an, 35% als Co-Therapeuten und 24% als Hospitanten (Strauß et al., 2009). Die Zahlen aus dem Forschungsgutachten zur Psychotherapeutenausbildung beziehen sich jedoch auf den (teil-) stationären Bereich, die Lage in der ambulanten Versorgung bleibt offen [9].

Quellen zu den Jahresangaben der Grafik:

1983 [126]	2007: [207]
1989: [201]	2010: [209]
1991: [190]	2011: [210]
1992: [202]	2012: [211]
1994: [175]	2013: [208]
1995: [124]	2014: [206]
1996: [204]	2015: [198]
1997: [205]	

### 5.1.8 Einzeltherapie in der Psychosomatik/Psychotherapie

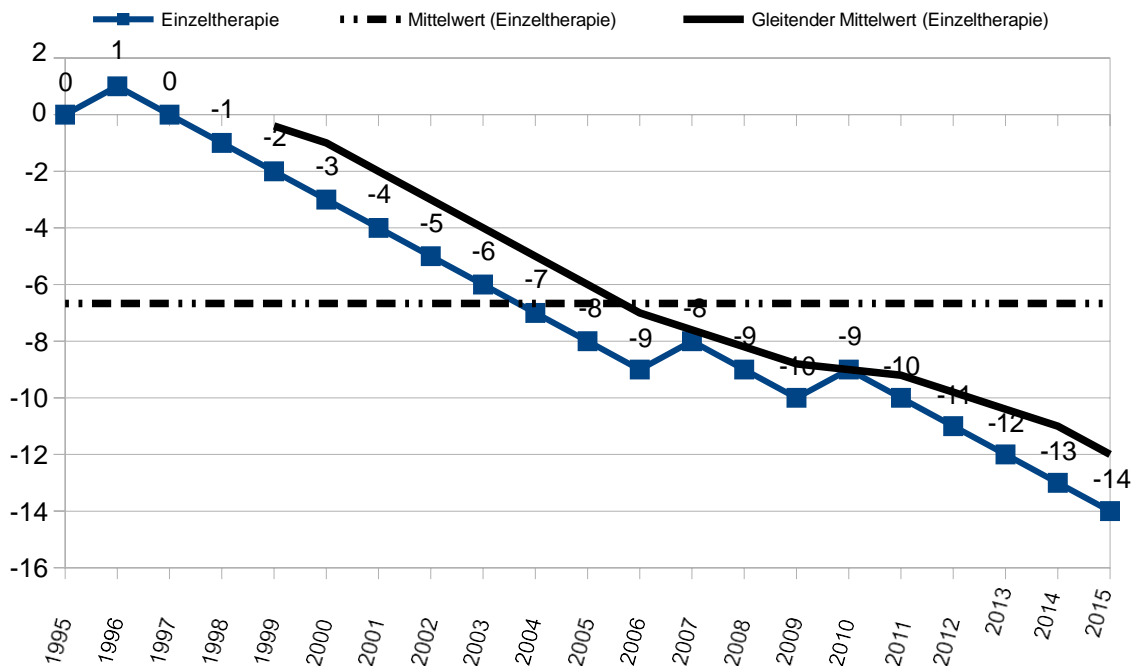


Abb. 8: Darstellung der Bedeutung des Themas Einzeltherapie in der Psychosomatik/Psychotherapie Behandlung im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

Die Einzeltherapie ist nur sehr sporadisch zwischen 1996 und 2010 als Symposiumsthema zu finden. Seit 2010 war sie nicht als Symposiumsthema vertreten, was allerdings nichts über das Vertretensein dieser Thematik auf Fortbildungen, Workshops und Vorträgen oder Kongressen aussagt. Die Trendkurve folgt eng der Datenlinie, da es keine Durchbrechungen gibt, gibt es keinen Trendwechsel. Das Thema ist derzeit nicht von Interesse als Symposiumsthema, allerdings handelt es sich bei der Thematik um eine etablierte Therapieform, so dass das Desinteresse nur vermeintlich ist.

In dem im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erstellten Gutachten zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland aus dem Jahr 2012 ist folgende Information zur psychosomatischen/psychotherapeutischen Einzeltherapie zu finden [9]:

#### Therapieangebote Einzeltherapie vs. Gruppentherapie

Die überwiegend ausgeführte Therapieform im ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgungsbereich ist die Einzeltherapie.

Quellen für die Zeitangaben der Grafik:

1996: [212]
2007: [207]
2010: [209]

### 5.1.9 Achtsamkeitspraxis und Meditation

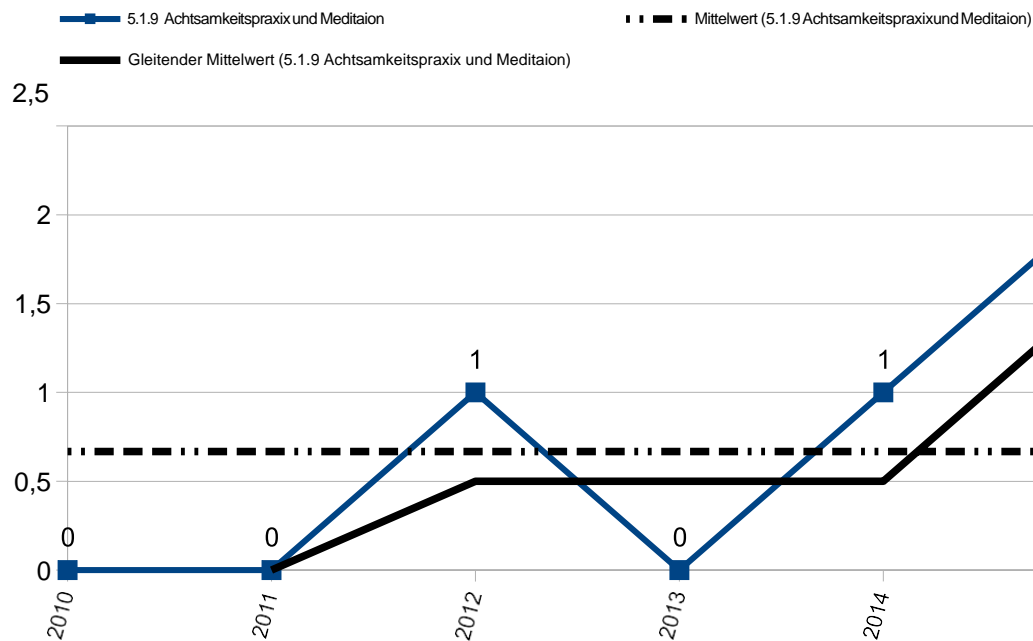


Abb. 9: Darstellung der Bedeutung des Themas Achtsamkeitspraxis und Meditation im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

Achtsamkeitspraxis und Meditation sind das erste Mal 2012 als Symposiumsthema aufgetreten, 2013 fehlten sie als Symposiumsthema, waren aber bei den Fortbildungen der hier vorgestellten Tagungen vertreten. 2014 und 2015 waren sie wieder Symposiumsthema. Unter Berücksichtigung des sehr kurzen Zeitintervalls und der geringen Datenmenge wurde die Periode mit 2 Jahren gewählt. Das Interesse am Thema ist sehr hoch, das zeigen die weit über dem Mittelwert liegende Datenlinie sowie die Trendkurve. Letztere lässt den Schluss zu, dass es in den nächsten Jahren weitere Symposien zu dem Thema geben wird.

Beide Begriffe finden sich nicht im Lernzielkatalog oder in der Facharztweiterbildung. Bei der Google-Recherche (Suchbegriff: Achtsamkeitspraxis in der Psychosomatik) findet sich eine Veranstaltung der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie mit dem Thema „Achtsamkeit bei Burnout und psychischem Stress“ vom 15.6.2012 [213].

Auf den Internetseiten des Projektes „Dissoziation und Trauma“ wird über ein Fachbuch der Herausgeberin Ulrike Anderssen-Reuster zum Thema „Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik“ referiert [214,215].

„Achtsamkeit“ als bedeutsame Ressource für Betroffene mit Traumafolgeschädigungen wird mittlerweile in den meisten entsprechenden Ratgebern und traumatherapeutischen Fachbüchern zumindest erwähnt.

Spätestens mit der Monografie von Ulrike Anderssen-Reuster (Psychoanalytikerin und Fachärztin für Psychiatrie/Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Leiterin der Klinik für Psychosomatik in Dresden – Neustadt), „dürfte sich rumsprechen, dass „Achtsamkeit“ mehr ist, als ein diffuser Anspruch zartfühlender Schöngelster. Zweifellos steht dahinter eine grundlegende menschliche Ressource, die in unterschiedlichen Kulturen in die entsprechenden Traditionen eingebunden war und die jetzt endlich auch bei uns angekommen ist und mittlerweile gestützt wird von Forschung und Theoriebildung!“ [214]

Achtsamkeitsbasierte Therapieansätze sind zeitaktuelle Symposienthemen, die im herkömmlichen Sinn als im Trend liegend bewertet werden können. Dies ist in der Zusammenfassung des Artikels „Achtsamkeit und Akzeptanz als Prinzipien in der Psychotherapie“ wie folgt zusammengefasst:

„Die therapeutischen Prinzipien Achtsamkeit und Akzeptanz sind in jüngster Zeit durch eine zunehmende Popularität charakterisiert, was sich beispielsweise in der steigenden Anzahl an Veröffentlichungen und wissenschaftlichen Beiträgen zu diesem Themengebiet zeigt.“ [216,217]

Quellen für die Zeitangaben der Grafik:

2012: [218]

2014: [219]

2015: [220]

### 5.1.10 Psychosomatische Konsiliar - und Liaisondienste

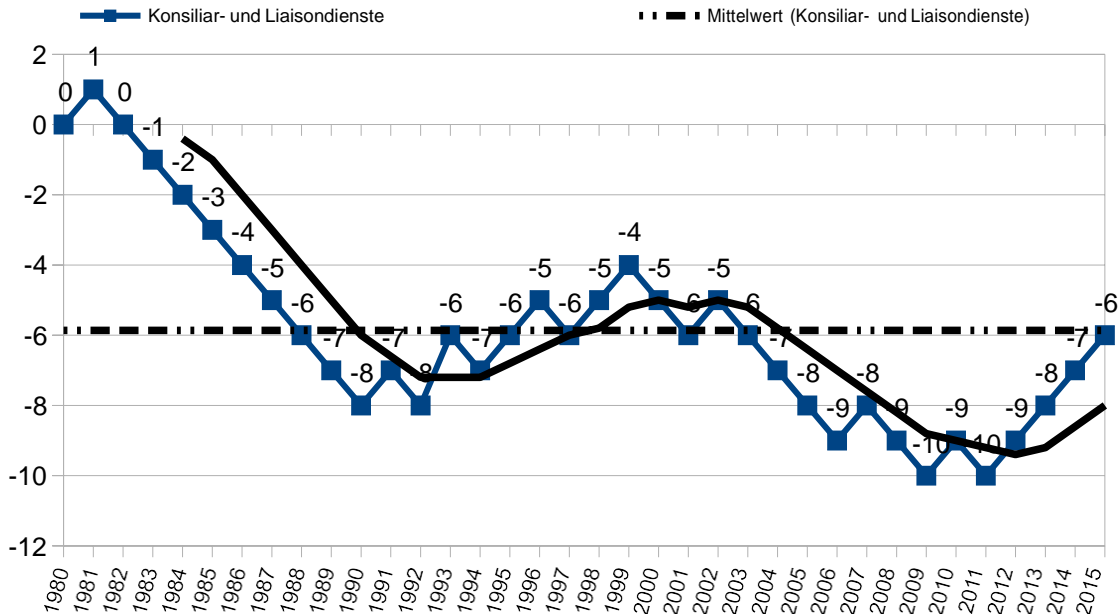


Abb. 10: Darstellung der Bedeutung des Themas Psychosomatische Konsiliar- und Liaisondienste im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

Das Thema Psychosomatische Konsiliar- und Liaisondienste findet sich bereits 1981 in einem Artikel in einem Mittelungsheft für die DKPM Mitglieder. Nach dem ersten Erscheinen ist es erst wieder 1991 als Thema vertreten gewesen. Ab 2012 ist es jährlich in den Symposien präsent gewesen. Es hat eine steigende Tendenz, 2015 hat die Datenlinie den einfachen Mittelwert erreicht. Die Trendkurve zeigt zeitverzögert die Steigung an. Das Thema hatte über längere Zeitstrecken keine Präsenz in den Symposienveranstaltungen und hat erst 2015 den Mittelwert erreicht und somit wieder ein größeres Interesse als Symposiumsthema.

Stellvertretend für viele Kliniken, wurden die Internetpräsenzen der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikum Carl- Gustav-Carus in Dresden sowie eine weiteren Klinik, die weiter unten aufgeführt wird, betrachtet. Es ging darum, ob ein Konsiliar- und /oder Liaisondienst angeboten wird.

In diesem Fall werden beide Dienste vom Universitätsklinikum Carl-Gustav-Carus angeboten. Besonders der Liaisondienst wird dort als ein Modell beschrieben, das sich in der Frauenklinik, in der Orthopädie, in der HNO und im Universitäts- Krebszentrum gut bewährt hat. [222] Auch das Robert-Bosch-Krankenhaus, Abteilung für Psychosomatische Medizin, Stuttgart bietet einen Konsiliardienst an, der unter anderem in der Gynäkologischen Abteilung und der intensiv medizinischen Betreuung Einsatz findet. [223]

Die DGPPN vergibt ein DGPPN-Zertifikat „Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Konsiliar und LiaisonDienst“[224].

Das DKPM definiert Inhalte und Ziele seiner Arbeitsgruppe KonsiliarLiaisonPsychosomatik auf seinen Internetseiten wie folgt:

Inhalte und Ziele:

„Die Arbeitsgruppe Konsiliar-Liaison-Psychosomatik ist eine gemeinsame Arbeitsgruppe des DKPM und der DGPM und trifft sich zumindest einmal jährlich am Deutschen Kongress für Psychosomatische Medizin; sie engagiert sich für die Erstellung und Aktualisierung von Praxisleitlinien für die Konsiliar-Liaison- Psychosomatik, für die Fort- und Weiterbildung im speziellen Bereich der CL- Psychosomatik (CL=Curriculum) und bietet ein Forum für die Entwicklung und Umsetzung von klinischen Studien im Bereich der KonsiliarLiaison-Psychosomatik“ [225].

Fazit: das Thema ist durch eine eigene Arbeitsgruppe vertreten; es hat in der Relevanz als Symposiumsthema zugenommen, nachdem es über mehrere Zeitspannen nicht als solches zu finden war. Das sagt allerdings nur in Bezug auf dieSymposien etwas aus, nicht in Bezug auf Vorträge, Fortbildungen, Posterpräsentationen oder sonstige andere Veranstaltungen.

Quellen zu den Zahlenangaben in der Grafik;

1981: [226]	2002: [63]
1991: [203]	2007: [207]
1993: [43]	2010: [218]
1993: [158]	2010: [209]
1995: [228]	2012: [218]
1996: [52]	2013: [227]
1998: [57]	2014: [227]
1999: [60]	2015: [221]



### 5.1.11 Fertilitätsforschung/Reproduktionsmedizin

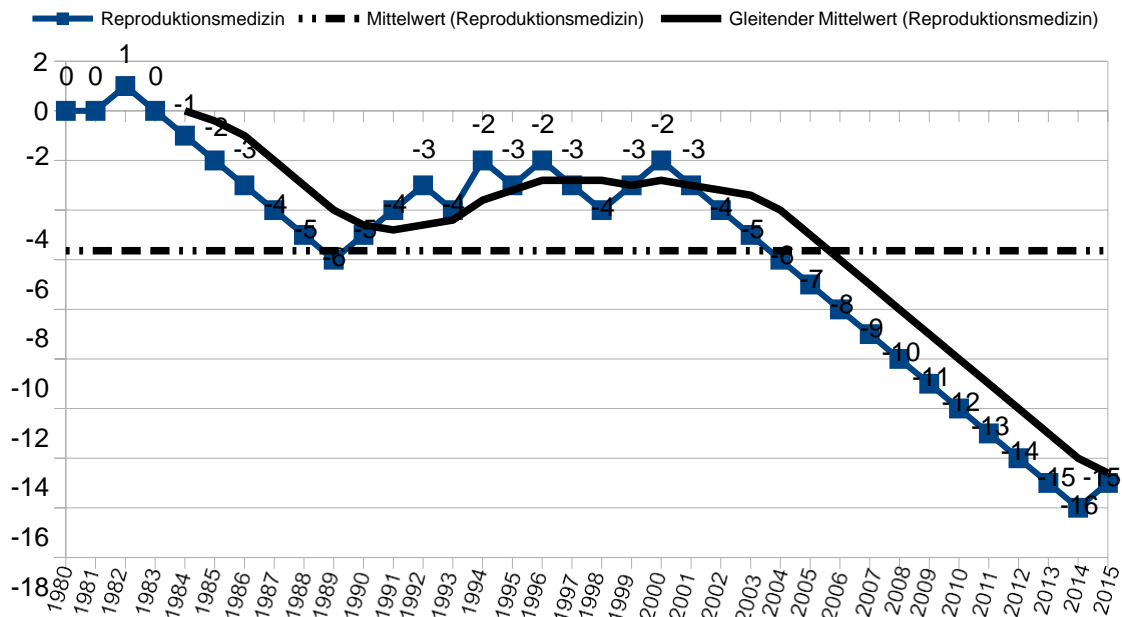


Abb. 11: Darstellung der Bedeutung des Themas Fertilitätsforschung/Reproduktionsmedizin im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

Fertilitätsstörungen/Reproduktionsmedizin waren in den Symposien von 1982 bis 2015 nur 10 Mal vertreten. Es gibt zwei wichtige Trendumkehrungen, einmal schneidet die Trendlinie die Datenlinie 1990 mit einem Trendwechsel 1991. Der leichte Trendanstieg wird durch das zweite Durchbrechen der Datenlinie 2001 mit einem Trendwechsel 2002 mit stark fallender Tendenz abgelöst. Als Symposiumsthema hat die Fertilitätsforschung sehr an Interesse verloren und eine Trendumkehr ist nicht absehbar. Dass diese Thematik als Symposiumsthema erschien, verdanken wir meiner Ansicht nach, ganz stark Prof. Brähler. Er schrieb für die Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM (1993) eine Zusammenfassung eines Vortrags bei der DKPM-Tagung 1992 zum Thema: „Vortragsreihe bei den Tagungen des DKPM, durch die Trends in der psychosomatischen Forschung vorgestellt werden sollen.“ Er selbst schrieb in der gleichen Ausgabe eine Zusammenfassung zum Thema: „Trends in der psychosomatischen Forschung I: über Fruchtbarkeitsstörungen.“ Hier lassen sich folgende Informationen zusammenfassen:

Am 22. Dezember 1989 erfolgte die Bekanntmachung für die Förderung von Forschungen und Entwicklungen im Bereich der Reproduktionsmedizin/Fertilitätsstörungen. Im gleichen Jahr erfolgte die Ausschreibung, im Folgejahr gingen mehr als 150 Projektanträge ein, von denen es 13 in die engere Auswahl schafften. Es wurden zwei Verbände gebildet. Verbund 1: „Psychosomatische Diagnostik und Beratung/Therapie bei psychosomatisch bedingten Fertilitätsstörungen“ und Verbund 2: „Auswirkungen und Belastungen von Diagnose und medizinischer Behandlung bei unerfülltem Kinderwunsch.“ Bei dem letzten Verbund war Prof. Brähler einer der zuständigen Koordinatoren. Laut Prof. Brähler ging der Bedarf an psychosomatischer und psychosozialer Betreuung mit der Expansion der Behandlungstechniken einher, was wiederum zu mehr Publikationen, Dissertationen und Habilitationen führte. Hier verweist er auf folgende Arbeiten: „Christa Brähler: sie gibt in ihrer Habilitationsschrift einen Überblick zum Forschungsstand bezüglich der psychosomatischen Aspekte künstlicher Insemination“ 1990.

Christine Hölzle hatte das Dissertationsthema: „Die psychische Bewältigung der invitro-Fertilisation“ 1989.

Bernhard Strauß behandelte in seiner Habilitationsschrift das Thema „Psychosomatik der Sterilität und der Sterilitätsbehandlung“ 1991[296].

Auf den Internetseiten der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin findet sich folgende Information:

„Die Reproduktionsmedizin ist eine Disziplin der Human- und Veterinärmedizin zwischen den Fachgebieten Frauenheilkunde und Urologie, Dermatologie und internistischer Endokrinologie, der klinischen und theoretischen Reproduktionsgenetik sowie der basiswissenschaftlich orientierten Reproduktionsbiologie.“

In dem Artikel „Reproduktionsmedizin und Psychosomatik: Gegensatz, Widerspruch oder Annäherung?“ wird die Auseinandersetzung mit dem individuellen Erleben als mögliche Bereicherung der rein somatisch orientierten Medizin diskutiert [294, 295].

Quellen zu den Zahlenangaben der Grafik:

1982: [229]	1994: [235]
1990: [238]	1996: [234]
1991: [237]	1999: [233]
1992: [239]	2000: [232]
1994: [236]	2015: [231]

### 5.1.12 Sucht - Verhaltenssucht

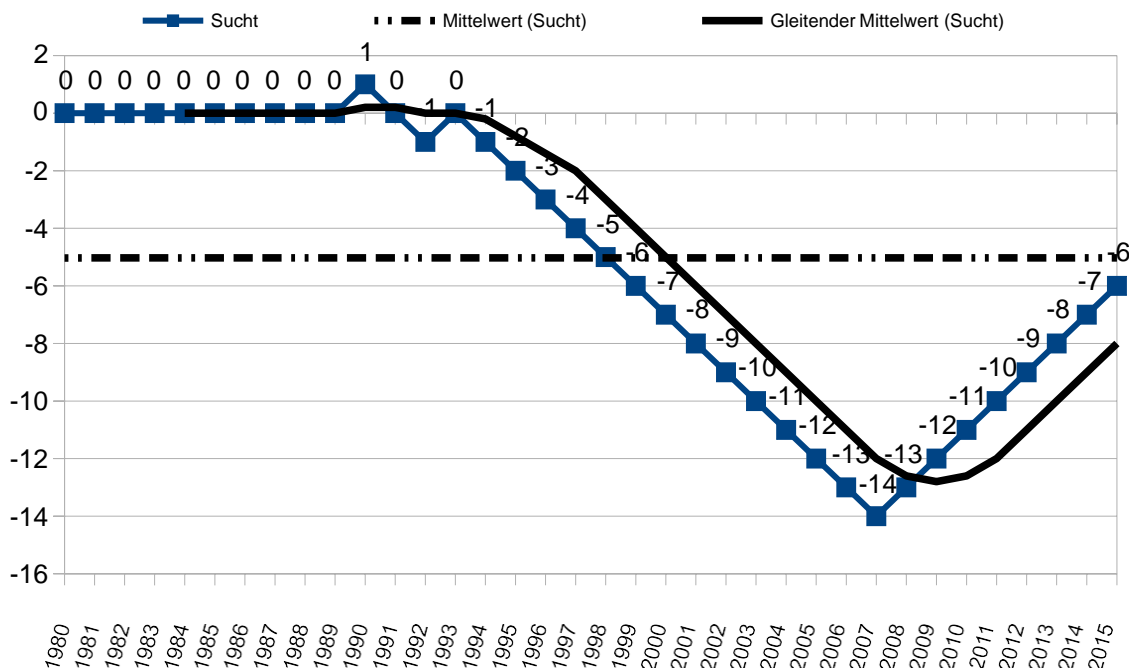


Abb. 12: Darstellung der Bedeutung des Themas Sucht - Verhaltenssucht im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

1990 wurde Sucht als Symposiumsthema in den Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM erwähnt; ab 2008 war diese Thematik jährlich präsent, was die deutlich ansteigende Tendenz, aber noch immer unter dem Mittelwert liegend, zeigt. Das Interesse an diesem Thema ist allerdings noch immer nicht groß, so dass die Datenlinie und die Trendkurve noch immer unterhalb des Mittelwertes liegen. Allerdings könnte man vorsichtig spekulieren und die Aussage machen, dass das Thema an Wichtigkeit gewinnen wird und in einigen Jahren oberhalb des Mittelwertes liegen könnte.

Was auffällig ist, ist die Änderung des Suchtcharakters. Waren es in den 90iger Jahren vermehrt substanzbezogene Suchtmittel, die den Suchtcharakter und die Symposienthemen bestimmten, so kamen in den letzten Jahren vermehrt handlungsbezogene Suchtformen hinzu. Exemplarisch seien hier, die mit der Einführung des Internets, aufgetretene Internetsucht und die internetbasierte Kauf-

und Spielsucht genannt. Die Glücksspielsucht (pathologisches Glücksspiel) findet auch außerhalb der virtuellen Welt statt und hat in den letzten Jahren zugenommen.

Die Sportsucht ist eine Suchtform, die bereits 1970 in den USA beschrieben wurde. „Gegenwärtig ist sie kein Massenphänomen, aber die Zahl der Süchtigen wächst“, so beschreibt der Sportsoziologe R. Gugutzer diese Sucht [309].

Exemplarisch für die Vielzahl der Kliniken, die bei meiner Google-Recherche erschienen, habe ich die Fachklinik Furth im Wald gewählt; sie schreibt auf ihren Seiten zum Thema Spielsucht/Pathologisches Glücksspiel:

„Von einem pathologischen Glücksspielverhalten (Spielsucht) wird ausgegangen, wenn der Betroffene sein Spielverhalten nicht mehr durch Vernunft zu steuern in der Lage ist, sondern das Spiel erst beenden kann, wenn ihm keine finanziellen Mittel mehr zur Verfügung stehen. Neben dem Verlust der Selbstkontrolle führt Spielsucht häufig zu Selbstverachtung, Verzweiflung und Schuldgefühlen. Es folgt die Entfremdung von Familie und Freunden. Zum pathologischen Glücksspielverhalten kommen bei vielen Betroffenen weitere psychische Erkrankungen, wie beispielsweise Angststörungen und Depressionen, oder die Flucht in den Alkohol oder andere Drogen.“

Die deutschen Renten und Krankenversicherungen haben das pathologische Glücksspielverhalten 2001 als Krankheit anerkannt und somit die Grundlage für die Finanzierung ambulanter und stationärer Behandlungsleistungen geschaffen. Glücksspielsüchtige haben Anspruch auf ambulante und stationäre Behandlung sowie auf Nachsorge.“ [240]

Auf den Internetseiten des Springer Verlags findet sich eine Zusammenfassung des Buches „Internetsucht – Reliabilität und Validität in der Online-Forschung“ von A. Hahn und M. Jerusalem. Nachdem 1995 die Internetsucht als scherzhafte Scheindiagnose erfunden wurde, ist sie inzwischen als Krankheit anerkannt und wird unter F63.9 der internationalen Codierung erfasst [241].

Quellen zu den Zahlenangaben der Grafik:

1990: [249]	2011: [248]
1993: [43]	2012: [242]
2008: [320]	2013: [246]
2009: [247]	2014: [245]
2010: [243]	2015: [244]

### 5.1.13 Posttraumatische Belastungsstörung – Trauma

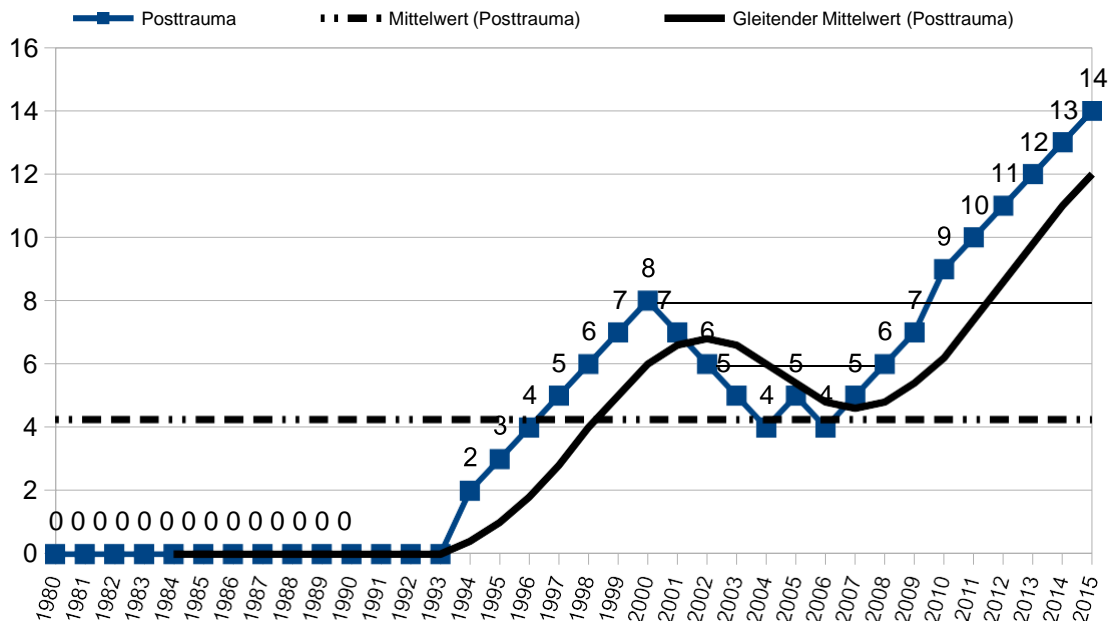


Abb. 13: Darstellung der Bedeutung des Themas Posttraumatische Belastungsstörung - Trauma im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

Die posttraumatische Belastungsstörung war ab 1994 ein Symposiumsthema. 1996 erreichte die Datenlinie den Mittelwert, sie hat diesen bis 2015 nicht mehr unterschritten, was für ein vermehrtes Interesse an sich spricht. Durch das Durchbrechen der Datenlinie durch die Trendkurve 2007 kam es zu einem Trendwechsel, der ab 2008 sich aufsteigend darstellt. So ist davon auszugehen, dass das Thema im Trend liegt und auch weiterhin hohes Interesse auf den Veranstaltungen finden wird.

Fazit: die Thematik ist in den letzten Jahren mit steigender Häufigkeit als Symposiumsthema vertreten.

„Die Wahrscheinlichkeit, eine posttraumatische Belastungsstörung zu bekommen, unterscheidet sich je nach der Art des Erlebnisses“ [264]:

<b>Art des Traumas</b>	<b>Häufigkeit einer PTBS in %</b>
Vergewaltigung	37,5 – 55,5
Krieg	7,9 – 38,8
Misshandlung als Kind	30,6 – 35,4
Vernachlässigung als Kind	21,8
Waffengewaltandrohung	17,2
Körperliche Gewalt	1,7 – 11,5
Unfälle	7,6 – 12,8
Zeuge von Unfällen, Gewalt	7,0
Feuer/Naturkatastrophen	4,5

Quellen für die Zeitangaben der Grafik:

1994: [250]	2007: [256]
1994: [93]	2008: [183]
1995: [251]	2010: [165]
1996: [252]	2010: [253]
1997: [254]	2011: [257]
1998: [255]	2012: [259]
1999: [258]	2013: [261]
2000: [262]	2014: [260]
2005: [263]	2015: [244]



### 5.1.14 Computerbasierte Interventionen in der Psychosomatik/Psychotherapie

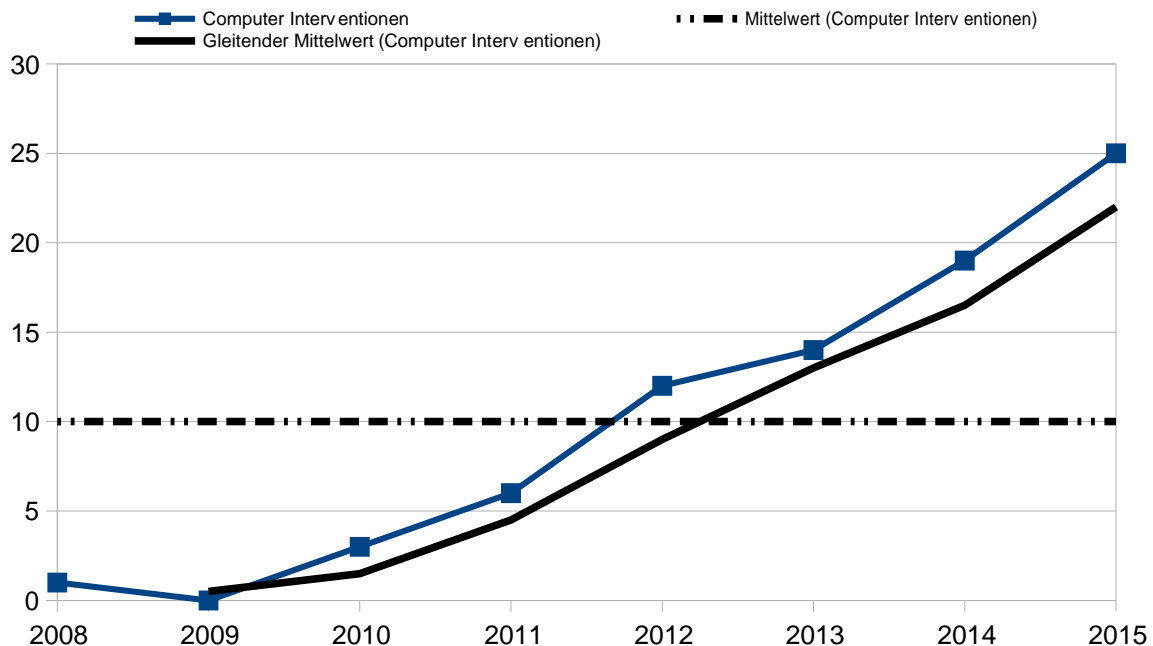


Abb. 14: Darstellung der Bedeutung des Themas Computerbasierte Intervention in der Psychosomatik/Psychotherapie im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

Dieses Thema ist ein relativ neues. 2008 erschien es erstmals als Symposiumsvortragsthema. Aufgrund der geringen Datenmenge wurde die Periode mit 2 (= Jahre) definiert, so dass die Grafik aussagekräftiger wird. Ab 2010 war es regelmäßig als Thema vertreten, ab 2012 lag die Datenlinie oberhalb des Mittelwerts und ist stetig angestiegen. Die Trendkurve folgt etwas zeitverzögert der Datenlinie und zeigt den positiven Trend an, so dass ich davon ausgehe, dass dieser Trend sich auch in den nächsten Jahren fortsetzen wird.

Das Einsatzgebiet der computerbasierten Intervention ist breit gefächert.

Martina de Zwaan von der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, medizinische Hochschule Hannover, veröffentlichte einen Artikel mit dem Titel:

„Sollten/müssen wir neue Medien in der Behandlung der Essstörungen einsetzen?“

„Ergänzend zu konventionellen therapeutischen Verfahren wird zunehmend die

Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien („E-Mental Health“) in der Prävention und Behandlung von Essstörungen vorgeschlagen. Internetbasierte angeleitete Selbsthilfeprogramme gelten bei Bulimia nervosa (BN) und Binge-Eating Störung (BES) mittlerweile als gut untersuchte und wissenschaftlich nachweislich wirksame Therapieansätze. Internetbasierte Selbsthilfeprogramme stellen eine ernsthafte Option im Rahmen von Stepped-Care-Versorgungssystemen und als Rückfallprophylaxe nach stationärer Behandlung dar. Weitere Einsatzbereiche für E-Mental Health im Bereich der Essstörungen sind Prävention und Frühintervention sowie die Unterstützung von Angehörigen.“ [265]

Dass es gegenwärtig ein aktueller Trend ist, internetbasierte Therapien bei psychosomatischen/psychischen Erkrankungen begleitend, nachstationär oder auch als Selbsthilfekonzept anzubieten, zeigt diese Übersicht von aktuellen Forschungsprogrammen der Universität Erlangen [266] :

- DBS Dried Blood Spots: Veränderung von Biomarkern durch eine internetbasierte Intervention gegen Depression bei arbeitsunfähigen Rückenschmerzpatienten
- E-Compared: Internetbasierte Therapie zur Verbesserung der Versorgung depressiver Patienten in Hausarztpraxen
- Evaluation eines internetbasierten, therapeutengestützten Selbsthilfekonzepts zur erfolgreichen Bewältigung von Vaginismus
- Flexibles Internettraining zur Bewältigung von beruflichem Stress
- GET.ON Panik – Online-Training zur Bewältigung von Panikstörungen mit Smartphone-Unterstützung
- Internetbasierte Therapie zur Verbesserung der Versorgung depressiver Patienten in unterversorgten Regionen
- Internetbasierte Prävention von Major Depression
- Internetbasierte Intervention bei Major Depression in Diabetes Mellitus Typ 1 und Typ 2 mit Smartphone-Unterstützung
- Online-Nachsorge nach stationärer Depressionstherapie: Eine MultiCenterStudie

- Online-Regenerationstraining für besseren Schlaf bei Lehrkräften mit hoher berufsbezogener Beanspruchung
- Internetbasierte Therapie zur Verbesserung der Nachhaltigkeit der Behandlung von Rückenschmerzen
- Vorstationäres Online-Training für Patienten mit Depressionen

Auf der Internetseite der DGPM gibt es einen Artikel zum Thema vom 18.3.2016: „Wirksamkeit der Online-Psychotherapie: Therapiekontakt bleibt wichtig“. Frau Wetzstein, die zuständige Öffentlichkeitsbeauftragte, verweist auf Ergebnisse von Professor Dr. med. Manfred Beutel, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz, der in einer Pressekonferenz darauf hinwies, dass verschiedene Studien zeigten, dass bei zahlreichen psychischen Störungen, die Teilnehmer von psychologischen Onlineprogrammen deutlich profitierten und zwar vergleichbar mit klassischen Therapieangeboten. Wegen Bedenken hinsichtlich der Datensicherheit und/oder aus mangelnder Vertrautheit mit dem Medium, gehören internetbasierte Angebote (Text, Chat- oder Videomodule) noch nicht zur Routineversorgung. Etliche Universitätskliniken bieten Onlineprogramme im Rahmen von Forschungsprogrammen an. Da die Berufsordnung für Ärzte einen persönlichen, physischen Kontakt zum Patienten bei Diagnostik und Diagnosestellung verlangt, können psychologische Onlineprogramme nicht als Ersatz sondern als Ergänzung verstanden werden. Einsatzmöglichkeiten für psychologische Onlineprogramme: Nachsorge, Rückfallprophylaxe, Prävention, Frühintervention und als angeleitete Selbsthilfe [267].

Quellen zu den Jahresangaben der Grafik:

2008: [268]	2013: [278]
2010: [165,269]	2014: [277]
2011: [270]	2015: [274,275,276]
2012: [271,272]	

## 5.2 Grafische Darstellung des Referentenspektrums ausgewählter Veranstaltungen

### Informationen zu den Grafiken 5.2.1 bis 5.2.6

Es wurden im Zeitraum 1996 bis 2015 die Referentenstrukturen hinsichtlich des Berufsbildes numerisch erfasst und als Säulendiagramm dargestellt.

1996: DKPM: Mitgliederstruktur interdisziplinär

2001 bis 2005 DGPM: Mitgliederstruktur Ärzte/Ärztinnen

2015 DGPT: Mitgliederstruktur: interdisziplinär

Probleme: im Programm der DKPM Veranstaltung fehlte bei vielen Namen eine eindeutige Berufsbezeichnung. Bei all diesen wurde mittels Suchmaschine versucht, eine Berufsbezeichnung zuzuordnen, 28 blieben dennoch nicht zuzuordnen. Mögliche Gründe dafür könnten Namenswechsel durch Heirat, Rückzug aus dem Berufsleben oder Tod sein. Das Programm enthält nur eine kombinierte Liste, die Referenten, Moderatoren und Arbeitsgruppenleiter einschließt.

**Die Bezeichnung „Sonstige“ bei der Arbeitstagung des DKPM 1996 schließt folgende Berufsbezeichnungen mit ein:**

Pflegepersonal

Mathematiker

Studenten

Diplompädagoge

Diplomsportlehrer

Biologe

Tiergenetiker

Philologe

Zahnarzt

Diplomsoziologe

Sozialwissenschaftler

Diplomstatistiker

Gesundheitswissenschaftler

ohne Berufsbezeichnung/nicht recherchierbar

**Die Bezeichnung „Sonstige“ bei dem Kongress der DGPT 2015 schließt folgende Berufsbezeichnungen mit ein:**

**Ingenieur**

Mathematiker

Medizinwissenschaftler

ohne Berufsbezeichnung/nicht recherchierbar

### 5.2.1 Arbeitstagung des DKPM 1996

Ärzte: 208

Psychologen: 90

Psychoanalytiker: 1

Sonstige: 52

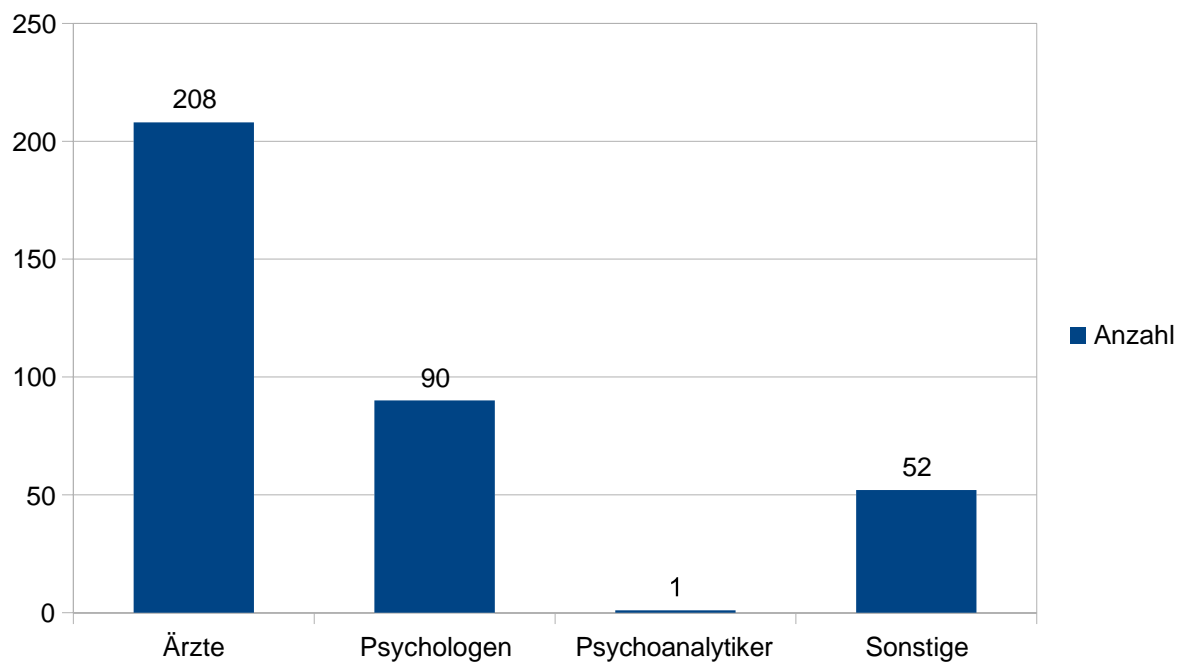


Abb. 1: Darstellung des Referentenspektrums als Säulendiagramm

Quelle zur Grafik: [279]

### 5.2.2 9. Kongress der DGPM 2001

Ärzte: 23

Psychologen: 5

Psychoanalytiker: 1

Sonstige: 0

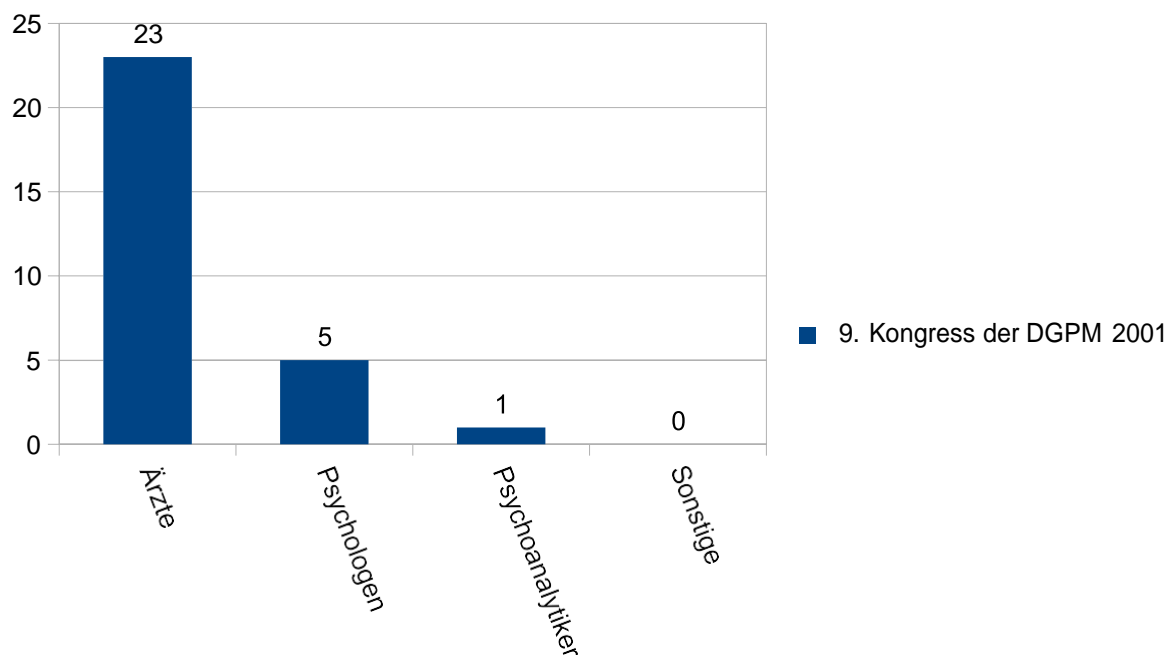


Abb. 2: Darstellung des Referentenspektrums als Säulendiagramm

### 5.2.3 10. Kongress der DGPM 2002

Ärzte: 22

Psychologen: 1

Psychoanalytiker: 0

Sonstige: 3

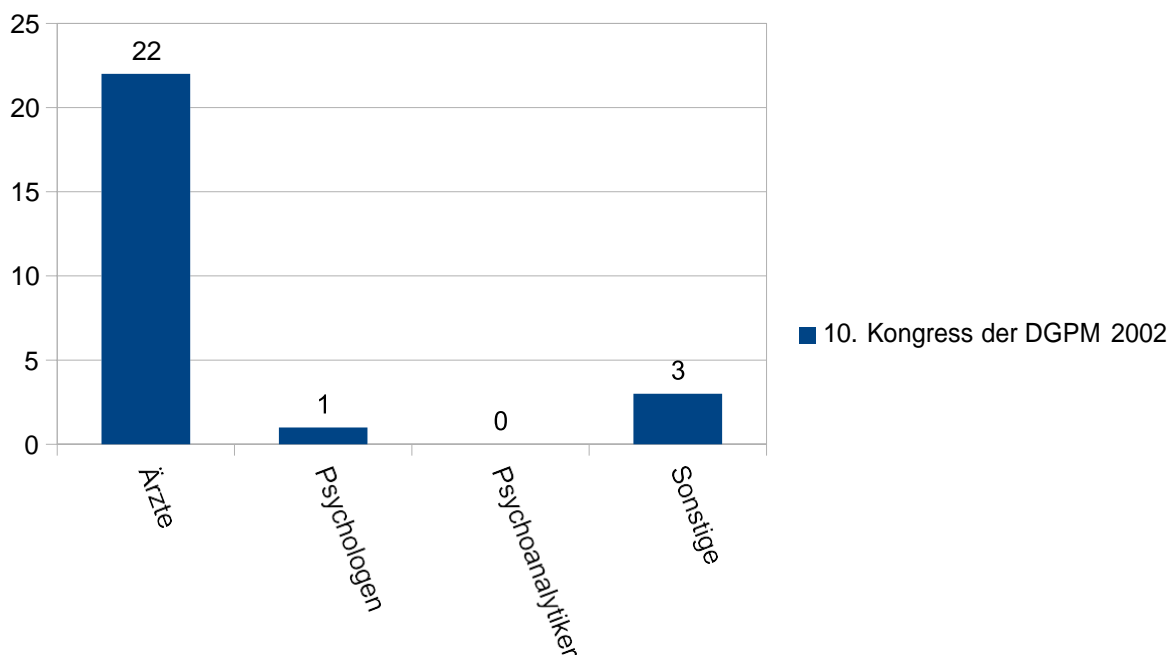


Abb. 3: Darstellung des Referentenspektrums als Säulendiagramm



### 5.2.4 12. Kongress der DGPM 2004

Ärzte: 17

Psychologen: 2

Psychoanalytiker: 0

Sonstige: 0

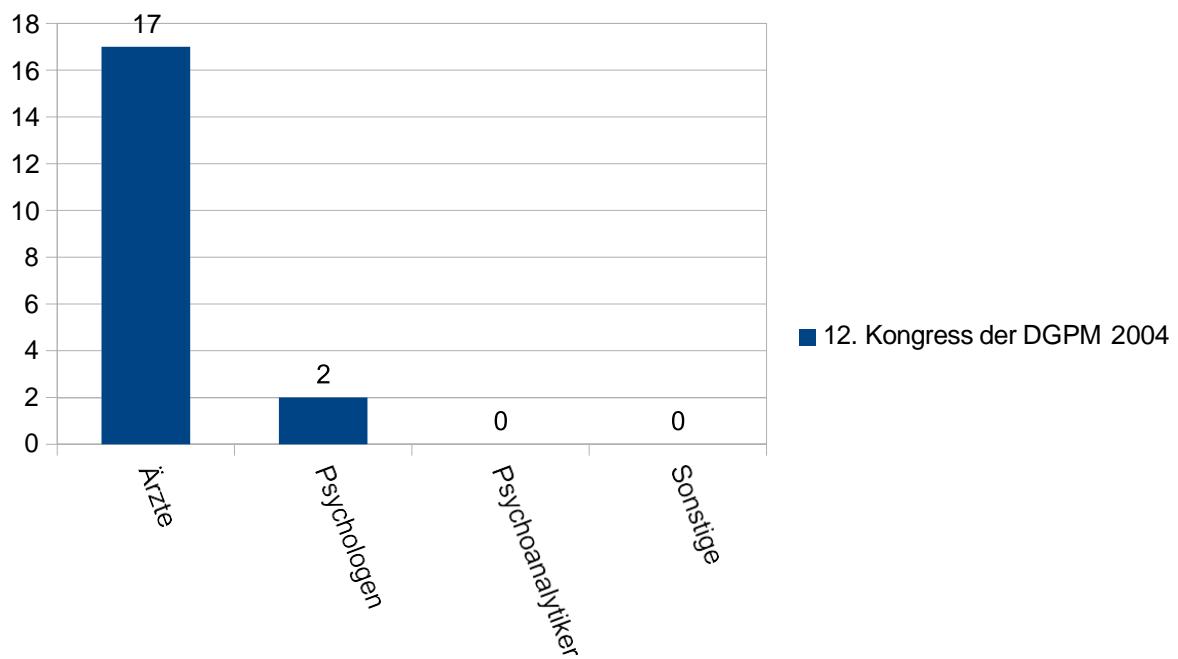


Abb. 4: Darstellung des Referentenspektrums als Säulendiagramm

### 5.2.5 13. Kongress der DGPM 2005

Ärzte: 26

Psychologen: 0

Psychoanalytiker: 0

Sonstige: 1

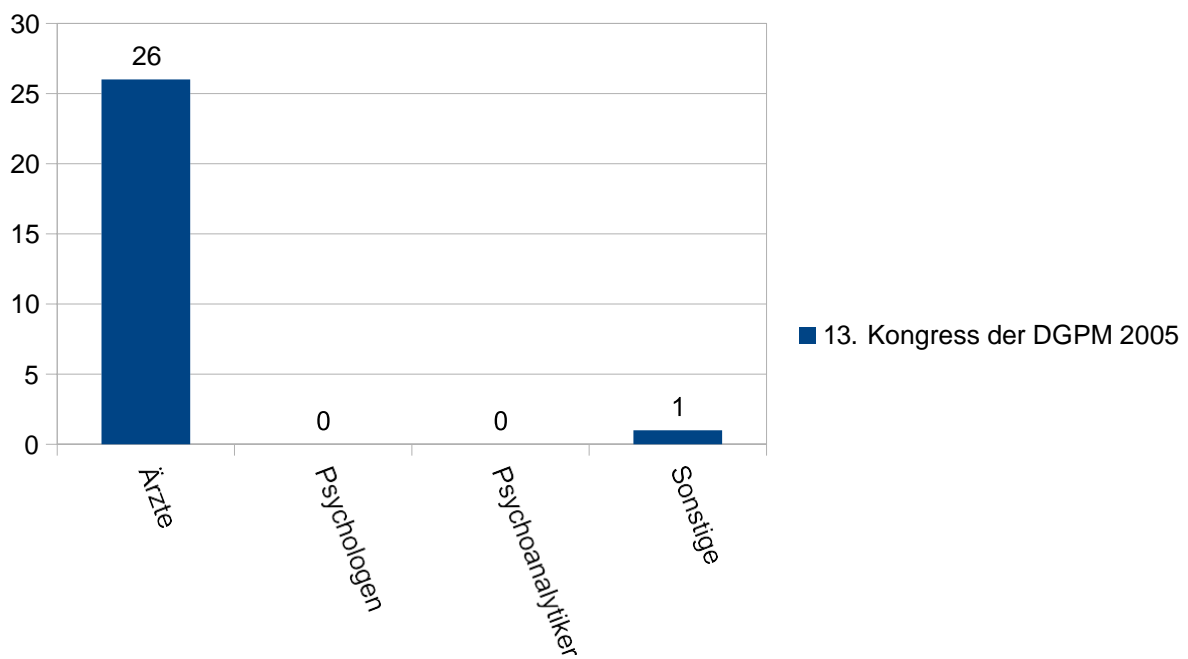


Abb. 5: Darstellung des Referentenspektrums als Säulendiagramm

Quellen zu den  
Grafiken:

2001: [62]

2002: [63]

2004: [66]

2005: [68]

## 5.2.6 Jahrestagung - Kongress der DGPT 2015

Ärzte: 26

Diplom Psychologen/in: 34

Psychoanalytiker/in: 1

Sonstige: 6

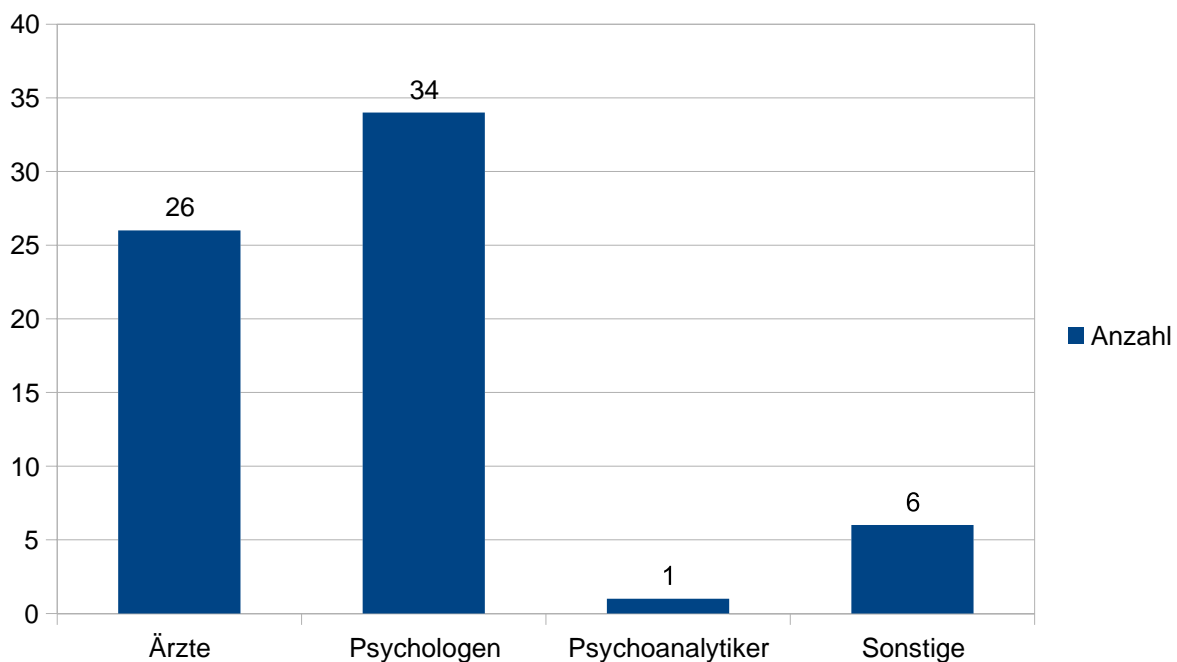


Abb. 6: Darstellung des Referentenspektrums als Säulendiagramm

[280]

Zusammenfassende Interpretation der Grafiken: Unabhängig davon, ob es sich um rein ärztliche oder interdisziplinär besetzte Gesellschaften handelt, der Anteil der Mediziner an den Referenten ist sehr hoch oder der höchste. Bei der Veranstaltung der DKPM sind die Ärzte als Referenten sehr stark vertreten, aber durch die Säule „Sonstige“ wird dem multidisziplinären Anspruch Rechnung getragen. Die von der Mitgliederstruktur rein ärztlich ausgerichtete DGPM hat im Beobachtungszeitraum fast ausschließlich oder nur ärztliche Referenten gestellt. Die DGPT, die neben der

Psychosomatik auch die Psychoanalyse, Psychotherapie und Tiefenpsychologie vertritt, hat bei einer Referentenstruktur von 34 Psychologen und 26 Medizinern einen hohen Anteil an Medizinern als Referenten und erwartungsgemäß den höchsten Anteil bei den psychologischen Referenten.

### 5.3 Abgleich der Fortbildungsveranstaltungen / Lernzielkatalog und der Facharztweiterbildung

#### Informationen zu der Grafik 5.3

Die verfolgte Fragestellung in diesem Zusammenhang war: „Lässt sich eine Korrelation zwischen den Symposien-Themen in einem Jahr einerseits und dem Lernzielkatalog bzw. den Themen der Facharztweiterbildung andererseits erkennen?“

Für die Jahre 2013, 2014 und 2015 wurde ermittelt, mit welchem Anteil die Fortbildungen und die Symposien-Themen im Lernzielkatalog und in der Facharztweiterbildung vertreten waren.

So sind für 2013 etwa 38% der Fortbildungsinhalte auch im Lernzielkatalog enthalten. 2014 waren es 47% und 2015 dann 56%. Hier ist somit eine stetigzunehmende Überlappung der Inhalte zwischen den Fortbildungsthemen und dem Lernzielkatalog zu erkennen. Zu den Symposien-Themen konnte ermittelt werden, dass für 2013 39% der Themen im Lernzielkatalog zu finden waren, 2014 waren es 53% und 2015 56%. Insgesamt kann also festgestellt werden, dass eine stetig wachsende Überlappung zwischen Lernzielkatalog auf der einen Seite und den Fortbildungs- und Symposieninhalten gegeben hat. Insgesamt bewegen sich die Werte aber bei ca. 50%, also nur jeweils ungefähr die Hälfte der Themen haben sich aus diesen Bereichen überlappt.

Ein etwas anderes Bild ergibt sich für die Facharztweiterbildung.

Diese startet jeweils 2013 mit einem deutlich höheren Anteil von jeweils ca. 75%, erhöht sich in 2014 auf ca. 95% und ging dann in 2015 deutlich auf 72% zurück. Man kann also sagen, dass die Themen aus der Facharztweiterbildung sich zu einem deutlich höheren Anteil in den Fortbildungen und den Symposien-Themen wiederfinden. Der vorläufige Höhepunkt war in 2014 zu verzeichnen, in dem sich die

beiden Themenkreise jeweils fast vollständig überlappt haben. 2015 ging der Anteil der Symposienthemen dann allerdings wieder auf einen deutlich geringeren Wert (72%) zurück. Auffällig ist hier, dass sich beide Werte (für Symposien / Fortbildung) praktisch identisch entwickeln. Die kleine Größe der Stichprobe über drei Jahre erlaubt hier meiner Ansicht nach noch keine Aussagen zu einem generellen Trend. Hier wären länger laufende Beobachtungen sicherlich interessant, vor allem bei einer gleichzeitigen Untersuchung, ob es sich jeweils um eine einseitige oder beiderseitige Annäherung/Differenzierung zwischen den beiden Bereichen handelt.

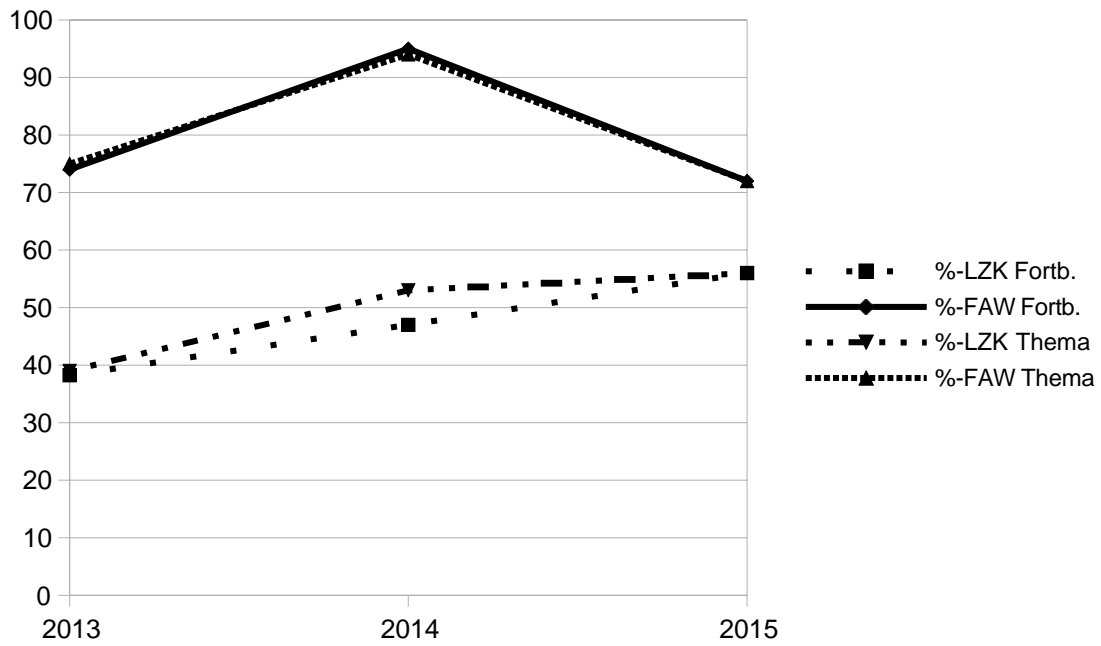
Generell kann festgestellt werden, dass die Inhalte der Facharztweiterbildung einen deutlich höheren Anteil an den Symposienthemen haben, als die des Lernzielkatalogs. Die Grafik zeigt aber auch, dass sich die Themen aus den Symposien, die ja jeweils die „Front“ der aktuellen, fachlichen Diskussion darstellen, sich zu ca. 50% auch bereits im Lernzielkatalog, bei vorläufig leicht steigender Tendenz, wiederfinden. Wie zu erwarten, findet sich ein deutlich höherer Anteil der Themen in der Facharztweiterbildung wieder. Interessant wäre hier, weiter zu beobachten, ob es sich bei der Entwicklung für die dargestellten drei Jahre um einen weitergehenden Trend von abnehmender Überlappung handelt, oder ob die Überlappung zwischen Symposienthemen und Facharztweiterbildung möglicherweise um einen hohen Wert bei 80 bis 90% pendelt.

Interessant wäre es sicherlich auch, zu untersuchen, welche Ursachen eine hohe oder eine niedrige Überlappung der beiden Bereiche für einzelne Jahre haben. Eine mögliche Interpretation wäre zum Beispiel, dass in Jahren einer hohen Überlappung die Symposien sich mit relativ konservativen Themen auseinandersetzen, die bereits stark Eingang in die laufenden Fortbildungen gefunden haben. In Jahren mit geringerer Überlappung könnte der Grund dafür sein, dass sich in diesen Jahren die Symposien vermehrt mit neuen, avantgardistischen Themen auseinandergesetzt haben, die noch nicht oder nicht in so hohem Maße Eingang in die Facharztweiterbildung gefunden haben. Das Verhältnis zwischen Symposien-Themen könnte also ein Gradmesser für die fachliche Weiterentwicklung der Disziplin insgesamt sein.

Andererseits könnte damit auch der Bedarf an der inhaltlichen Weiterentwicklung in der Facharztweiterbildung mittel und langfristig ermittelt werden.

Diese spekulativen Ansätze lassen sich aber nur durch eine längerfristige Untersuchung untermauern oder widerlegen. Dies ist aber mit dem zur Verfügung stehenden Material und im Umfang dieser Arbeit nicht möglich, könnte jedoch die Grundlage für weitere Untersuchungen und Arbeiten in diese Richtung sein.

Abgleich der Fortbildungsveranstaltungen sowie ausgewählter Symposienthemen mit dem Lernzielkatalog und der Facharztweiterbildung



Basistabelle zur Grafik

Jahr	%LZK Fortb.	%FAW Fortb.	%LZK Thema	%FAW Thema
2013	38	74	39	75
2014	47	95	53	94
2015	56	72	56	72



## Basistabelle für 2013

Fortb.*Themen 2013	Anzahl Fortb.	Anz. LZK Fortb	Anz. FAW Fortb	Anz. Themen	Anz. LZK Themen	Anz FAW Themen	LZK*	FAW*
Fortb.* = Fortbildungen LZK* = Lernzielkatalog FAW* = Facharztweiterbildung (* ) = Anzahl								
Fokuserwicklung und bearbeitung in psychodynamischer (Kurzzeit) Psychotherapie (2*)	2	2	2	1	1	1	x	x
Training in nonverbal behaviour in psychotherapistpatient interaction (2*)	2	2	2	1	1	1	x	x
Psychosomatische Medizin des Kindesund Jugendalters (2*)	2	0	2	1	0	1		x
Keine Angst vor Gruppen Grundprinzipien psychodynamischer Gruppen (2*)	2	0	2	1	0	1		x
Achtsamkeit als psychosomatische Haltung (2*)	2	0	0	1	0	0		
BalintGruppenleiterSeminar (2*)	2	0	0	1	0	0		
Psychoedukation bei chronischen Schmerzerkrankungen	1	1	1	1	1	1	x	x
Psychoonkologie	1	1	1	1	1	1	x	x
Leitliniengerechte stat. Therapie der Anorexia nervosa und Optionen zur Behandlung schwerer Körperschemastörung	1	1	1	1	1	1	x	x
Einführung in die Schematherapie	1	1	1	1	1	1	x	x
Multimodale Therapie von Patienten mit Panikstörungen und Agoraphobie	1	1	1	1	1	1	x	x
Einführung in die psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie der Panikstörung	1	1	1	1	1	1	x	x
Von der Klage zur Psychodynamik. Vom diagnostischen Prozess zur Fokusformulierung in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	1	1	1	1	1	1	x	x
Psychotherapie der somatoformen Schmerzstörung Grundlagen, Diagnostik und Therapie	1	1	1	1	1	1	x	x
Workshop: Intensive Shortterm Dynamic Psychotherapy	1	1	1	1	1	1	x	x
Standards für die Begutachtung von Traumafolgestörungen	1	0	1	1	0	1		x
Fokuszentrierte psychodynamische Psychotherapie: Trauma	1	0	1	1	0	1		x
Operationalisierte Psychodynamische Diagnose in der Antragsstellung für RichtlinienPsychotherapie	1	0	1	1	0	1		x
Dokumentation in der ambulanten Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie	1	0	1	1	0	1		x
Essstörungen Grundlagen, Klinik und Therapie auf psychoanalytischer VerständnisBasis	1	0	1	1	0	1		x
QMEinführungskurs Qualitätsmanagement in psychosomatischen / psychotherapeutischen Praxen	1	0	1	1	0	1		x
Trauma und Persönlichkeitsstörungen	1	0	1	1	0	1		x
Vorbereitungskurs Facharztprüfung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	1	0	1	1	0	1		x
Einführung in die achtsamkeitsbasierte Stress und Depressionsbewältigung	1	0	0	1	0	0		

Fortb.*Themen 2013  Fortb.* = Fortbildungen LZK* = Lernzielkatalog FAW* = Facharztweiterbildung (* ) = Anzahl	Anzahl Fortb.	Anz. LZK Fortb	Anz. FAW Fortb	Anz. Themen	Anz. LZK Themen	Anz FAW Themen	LZK*	FAW*
EBMSeminar für Niedergelassene	1	0	0	1	0	0		
Psychotherapie mit Älteren	1	0	0	1	0	0		
Die Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen	1	0	0	1	0	0		
Bedeutung ostdeutscher Biographien in der Psychotherapie	1	0	0	1	0	0		
	34	13	25	28	11	21		

Basistabelle für 2014

Fortb.* Themen 2014	Anzahl Fortb.	Anz. LZK Fortb.	Anz. FAW Fortb.	Anz. Themen	Anz. LZK Themen	Anz FAW Themen	LZK*	FAW*
Fortb.* = Fortbildungen LZK* = Lernzielkatalog FAW* = Facharztweiterbildung (* ) = Anzahl								
Trauma und Persönlichkeitsstörungen	1	0	1	1	0	1		x
Psychoonkologie	1	1	1	1	1	1	x	x
Patientenrechtegesetz und Fehlerkultur	1	0	1	1	0	1		x
Mentalisierungsbasierte Gruppenpsychotherapie	1	1	1	1	1	1	x	x
Neue Aspekte der leitliniengerechten stationären Therapie der Anorexia nervosa und Therapieoptimierung zur Behandlung von Körperschemastörungen	1	1	1	1	1	1	x	x
Strukturbezogene Psychotherapie	1	1	1	1	1	1	x	x
Einführung in die Achtsamkeitspraxis	1	0	0	1	0	0		
Psychosomatik der chronischen Schmerzstörungen Grundlagen, Diagnostik und Therapie	1	1	1	1	1	1	x	x
Behandlung posttraumatischer Störungsbilder	1	1	1	1	1	1	x	x
Sophie Kirsch und die funktionelle Entspannung Workshop (3*)	3	0	3	1	0	1		x
Facharztvorbereitungskurs Psychosomatik und Psychotherapie	1	1	1	1	1	1	x	x
Essstörungen aus psychoanalytischer Perspektive Hintergründe, Klinik, Behandlung	1	0	1	1	0	1		x
Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen/psychosomatischen Praxis	1	0	1	1	0	1		x
Fokuserwicklung und bearbeitung in psychodynamischer (Kurzzeit)Psychotherapie	1	1	1	1	1	1	x	x
Suizidalität ambulanter und stationärer Patienten	1	0	1	1	0	1		x
Vom Erstgespräch zur Behandlungsplanung	1	1	1	1	1	1	x	x
Psychotherapie mit Älteren	1	0	1	1	0	1		x

## Basistabellen für 2015

Fortb.* Themen 2015	Anzahl Fortb.	Anz. LZK Fortb.	Anz. FAW Fortb.	Anz. Themen	Anz. LZK Themen	Anz FAW Themen	LZK*	FAW*
Fortb.* = Fortbildungen LZK* = Lernzielkatalog FAW* = Facharztweiterbildung (* ) = Anzahl								
Abrechnungsseminar für Neueinsteiger und Fortgeschrittene	1	0	0	1	0	0	0	0
Psychokardiologie	1	1	1	1	1	1	1	1
Somatoforme Störungen und psychodynamische Behandlungsmöglichkeiten	1	1	1	1	1	1	1	1
Psychoonkologie	1	1	1	1	1	1	1	1
Psychotherapie mit Älteren	1	0	1	1	0	1	0	1
Durchführung der therapeutischen Essbegleitung für Patienten mit Essstörungen	1	1	1	1	1	1	1	1
Psychotherapie der chronischen Schmerzstörung	1	1	1	1	1	1	1	1
Mobilisierung des Unbewußten und Intensive Psychodynamische KZT nach Davanloo	1	1	1	1	1	1	1	1
Einführung in die Achtsamkeitspraxis	1	0	0	1	0	0	0	0
Antidepressiva	1	0	1	1	0	1	0	1
Psychodynamische Therapie struktureller Störungen	1	1	1	1	1	1	1	1
Fokale Psychodynamische Psychotherapie der Magersucht	1	1	1	1	1	1	1	1
Psychotherapeutische Behandlung der Adipositas in Kombination mit einer BingeEatingStörung	1	1	1	1	1	1	1	1
Sexualmedizin in der Praxis	1	0	0	1	0	0	0	0
Carus Master Classes Eating disorders: Novem approaches to treatment and management (2* identisch)	1	1	1	1	1	1	1	1
Carus Master Classes Gutdirected hypnosis in the clinical setting (2*identisch)	1	0	1	1	0	1	0	1
Carus Master Classes Biosignal recording and analysis (2*identisch)	1	0	0	1	0	0	0	0
Einführung in die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)	1	0	0	1	0	0	0	0
Psychosomatik im Kindes und Jugendalter	1	0	1	1	0	1	0	1
Diagnostik und Therapie von Traumafolgestörungen	1	0	1	1	0	1	0	1
Balint Gruppenleiterseminar	1	0	0	1	0	0	0	0
Selbstfürsorge für Psychotherapeuten	1	0	0	1	0	0	0	0

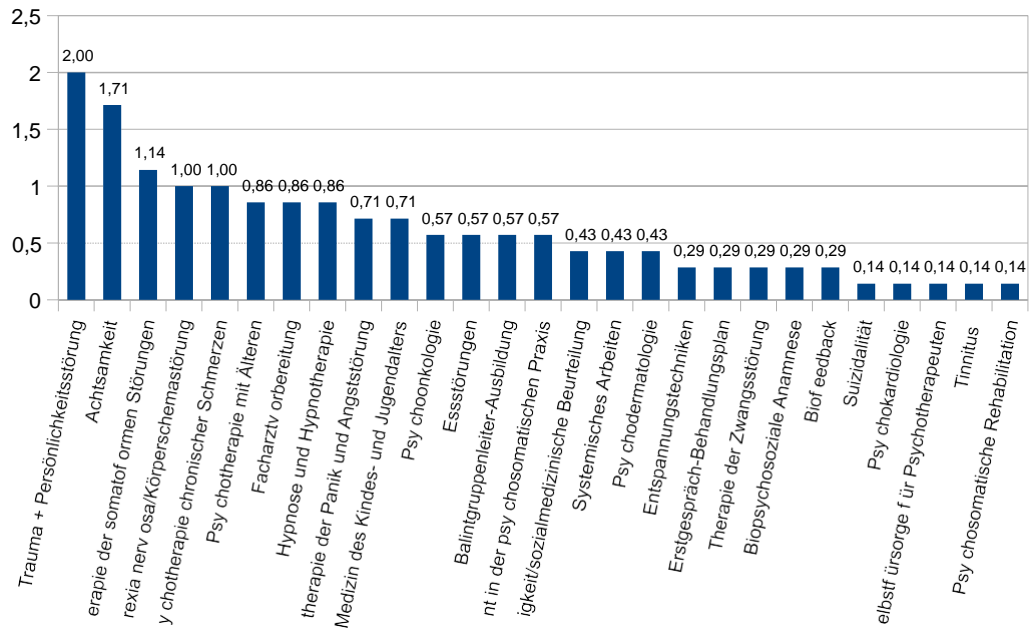
Quellenangabe zu der Grafik und den Basistabellen

[79,80,285]

## 5.4 Häufigkeit ausgewählter Fortbildungsthemen

Häufigkeit ausgewählter Fortbildungsthemen auf den Arbeitstagen / Jahrestagungen 2009 bis 2015

2009 2015



[281]

### Information zur Grafik

Für diese Grafik wurde Anzahl der Fortbildungen, nach Themen gruppiert, ermittelt. Anschließend wurde der Durchschnittswert über die Jahre 2009 bis 2015 gebildet. Die Grafik zeigt den Durchschnittswert pro Jahr für die entsprechenden Fortbildungsthemen.

Der Wert „2“ für das Thema „Trauma + Persönlichkeitsstörung“ sagt aus, dass dieses Thema für die erfassten Jahre im Durchschnitt zweimal pro Jahr als Fortbildung stattgefunden hat. Die Grafik gibt die Durchschnittswerte zu den Fortbildungsthemen

## Basistabelle zur Grafik

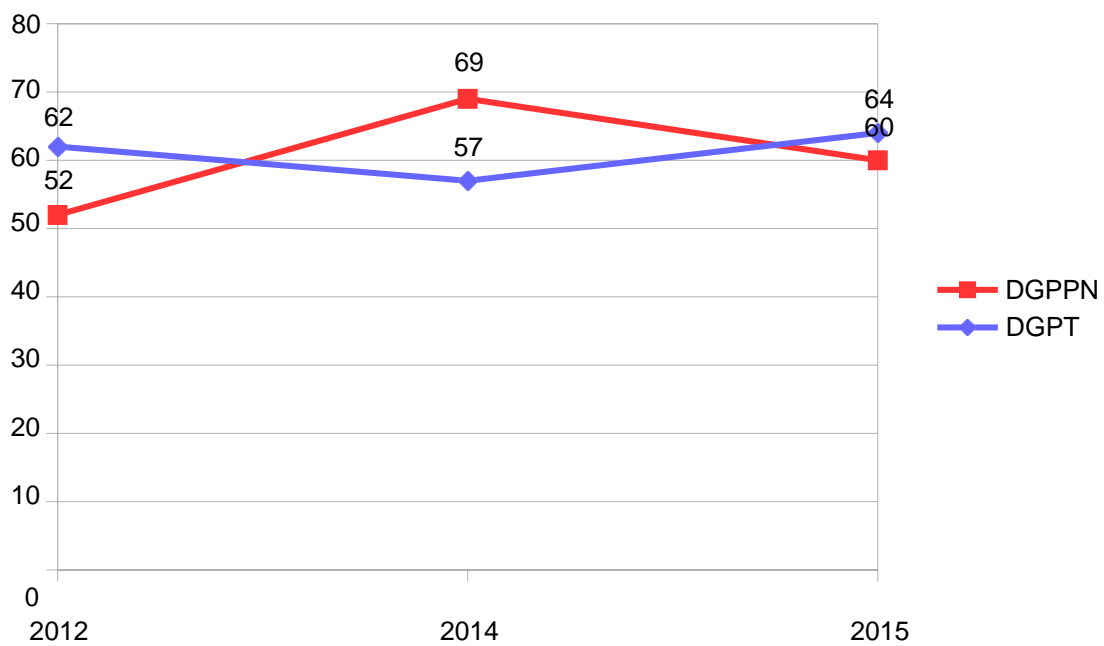
<b>Thema</b>	<b>Durchschnitt Anz. Thema 2009 - 2015</b>
Trauma + Persönlichkeitsstörung	2,00
Achtsamkeit	1,71
Psychotherapie der somatoformen Störungen	1,14
Anorexia nervosa/Körperschemastörung	1,00
Psychosomatik/Psychotherapie chronischer Schmerzen	1,00
Psychotherapie mit Älteren	0,86
Facharztvorbereitung	0,86
Hypnose und Hypnotherapie	0,86
Psychotherapie der Panik und Angststörung	0,71
Psychosomatische Medizin des Kindes und Jugendalters	0,71
Psychoonkologie	0,57
Essstörungen	0,57
BalintgruppenleiterAusbildung	0,57
Qualitätsmanagement in der psychosomatischen Praxis	0,57
Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit / sozialmedizinische Beurteilung	0,43
Systemisches Arbeiten	0,43
Psychodermatologie	0,43
Entspannungstechniken	0,29
ErstgesprächBehandlungsplan	0,29
Therapie der Zwangsstörung	0,29
Biopsychosoziale Anamnese	0,29
Biofeedback	0,29
Suizidalität	0,14
Psychokardiologie	0,14
Selbstfürsorge für Psychotherapeuten	0,14
Tinnitus	0,14
Psychosomatische Rehabilitation	0,14

## Basistabellen

Fortbildungen Vergleich der Fortbildungen mit LZK FAW	Durchschnitt	1996	1998	2005	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Trauma + Persönlichkeitsstörung	2,00	0	0	0	1	2	1	4	3	2	1
Psychoonkologie	0,57	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1
Anorexia nervosa/Körperschemastörung	1,00	0	0	0	1	2	1	0	1	1	1
Essstörungen	0,57	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Entspannungstechniken	0,29	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Suizidalität	0,14	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Psychotherapie der somatoformen Störungen	1,14	0	0	0	1	1	1	3	1	0	1
Psychotherapie mit Älteren	0,86	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
Psychotherapie der Panik und Angststörung	0,71	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0
Psychosomatik/Psychotherapie chronischer Schmerzen	1,00	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
Facharztvorbereitung	0,86	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1
Erstgespräch/Behandlungsplan	0,29	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Balintgruppenleiter/Ausbildung	0,57	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1
Qualitätsmanagement in der psychosomatischen Praxis	0,57	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit/sozialmedizinische Beurteilung	0,43	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0
Psychosomatische Medizin des Kindes und Jugendalters	0,71	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1
Achtsamkeit	1,71	0	0	0	2	2	0	3	3	1	1
Systemisches Arbeiten	0,43	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0
Hypnose und Hypnotherapie	0,86	0	0	0	1	1	1	3	0	0	0
Psychodermatologie	0,43	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0
Therapie der Zwangsstörung	0,29	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Psychokardiologie	0,14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Selbstfürsorge für Psychotherapeuten	0,14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Biopsychosoziale Anamnese	0,29	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Biofeedback	0,29	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Tinnitus	0,14	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Psychosomatische Rehabilitation	0,14	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

## 5.5 Vergleich der Themenschwerpunkte von Symposien im Zeitverlauf

Darstellung des prozentualen Anteils psychosomatischer/psychotherapeutischer Symposieninhalte für DGPPN und DGPT.



[306]

[307]

[308]



**Information zur Grafik:**

Für diese Grafik wurden für die Jahre 2012, 2014 und 2015 die Gesamtanzahl der Symposien ermittelt. Anschließend wurde der prozentuale Anteil der psychosomatischen/psychotherapeutischen Themen zu allen durchgeführten Symposien errechnet.

Unter Berücksichtigung, dass die DGPPN hauptsächlich für „Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde“ steht, ist der Anteil an psychosomatisch/psychotherapeutisch ausgerichteten Symposien relativ hoch.

Die DGPT, die für „Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie“ steht, also eine direktere Vertreterin unter anderem der Psychosomatik ist, hat im Vergleich zur DGPPN keinen höheren Anteil bei ihren psychosomatischen Symposienthemen.

Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass die DGPT einen hohen Anteil an psychoanalytisch ausgebildeten Mitgliedern hat und dementsprechend Themen mit einem psychoanalytischen Hintergrund entsprechend häufig vertreten sind und deshalb der Anteil der psychosomatischen Themen prozentual nicht so stark ins Gewicht fällt.

Basistabelle zur Grafik (kumulierte Werte)

<b>Gesellschaft</b>	<b>2012</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
DGPPN	52	69	60
DGPT	62	57	64

## Basistabelle Grunddaten DGPPN 2012

Topic 1	Organische psychische Störungen
Topic 2	Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen
Topic 3	Psychotische Störungen
Topic 4	Affektive Störungen
Topic 5	Neurotische, Belastungs und somatoforme Störungen
Topic 6	Essstörungen, Schlafstörungen und andere der Kategorie
Topic 7	Persönlichkeitsstörung
Topic 8	Störungen mit enger Beziehung zum Kindes und Jugendalter
Topic 9	Komorbidität von psychischen und somatischen Störungen, Psychosomatik
Topic 10	Gerontopsychiatrie
Topic 11	Weitere Erkrankungen
Topic 12	Bildgebung Neurophysiologie, Neuropsychologie
Topic 13	Neurobiologie, Neurogenetik, Epidemiologie
Topic 14	Psychotherapie
Topic 15	Pharmakotherapie
Topic 16	Andere psychiatrische Therapieformen
Topic 17	Forensische Psychiatrie
Topic 18	Sozialpsychiatrie
Topic 19	Versorgungsforschung und Gesundheitspolitik
Topic 20	Prävention
Topic 21	Nachwuchs und Ausbildung
Topic 22	Philosophie, Geschichte, Ethik
Topic 23	Suizidalität
Topic 24	Diagnostik und Klassifikation
Topic 25	Pflege
Topic 26	Gesundheitsfachberufe
Topic 27	Weitere Themen

[308]

Symposienarten	Topic 1	Topic 2	Topic 3	Topic 4	Topic 5	Topic 6	Topic 7
Symposium	7	10	11	14	3	2	0
StateoftheArtSymposium	1	3	1	3	2	4	2
Hauptsymposium	1	2	1	1	0	1	1
Weiterbildungssymposium	0	2	0	0	0	1	0
Präsidentensymposium	0	0	0	0	1	1	0
„Überlappung Psychiatrie/Neurologie mit Psychosomatik/Psychotherapie“	0	14	0	13	6	7	3

Symposienarten	Topic 8	Topic 9	Topic 10	Topic 11	Topic 12	Topic 13	Topic 14
Symposium	4	9	1	2	13	12	13
StateoftheArtSymposium	1	2	1	1	1	2	1
Hauptsymposium	1	3	1	0	0	0	2
Weiterbildungssymposium	0	1	0	0	0	0	2
Präsidentensymposium	0	0	0	0	0	0	0
Überlappung Psychiatrie/Neurologie mit Psychosomatik/Psychotherapie	2	11	3	2	1	2	16

Symposienarten	Topic 15	Topic 16	Topic 17	Topic 18	Topic 19	Topic 20	Topic 21
Symposium	8	2	7	8	27	7	3
StateoftheArtSymposium	0	0	1	0	0	0	0
Hauptsymposium	1	2	1	1	6	1	0
Weiterbildungssymposium	2	0	0	0	1	0	0
Präsidentensymposium	0	0	0	0	1	0	0
„Überlappung Psychiatrie/Neurologie mit Psychosomatik/Psychotherapie“	7	2	0	5	24	5	0

Symposienarten	Topic 22	Topic 23	Topic 24	Topic 25	Topic 26	Topic 27
Symposium	10	2	2	6	1	2
StateoftheArtSymposium	0	0	0	0	0	0
Hauptsymposium	1	0	1	1	0	0
Weiterbildungssymposium	0	0	0	0	0	0
Präsidentensymposium	1	0	0	0	0	1
„Überlappung Psychiatrie/Neurologie mit Psychosomatik/Psychotherapie“	3	1	2	0	0	3

[308]

Basistabelle Grunddaten DGPPN 2014

Topic 1	Neurokognitive Erkrankungen, organische psychische Störungen, Demenz
Topic 2	Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen, Verhaltenssüchte
Topic 3	Psychotische Störungen
Topic 4	Affektive Störungen
Topic 5	Neurotische, Belastungs und somatoforme Störungen
Topic 6	Essstörungen, Schlafstörungen und andere der Kategorie
Topic 7	Persönlichkeitsstörungen
Topic 8	Störungen mit enger Beziehung zum Kindes und Jugendalter
Topic 9	Komorbidität von psychischen und somatischen Störungen, Psychosomatik
Topic 10	Gerontopsychiatrie
Topic 11	Weitere Erkrankungen
Topic 12	Epidemiologie und Risikofaktoren
Topic 13	Bildgebung, Neurophysiologie, Neuropsychologie
Topic 14	Neurobiologie und Genetik
Topic 15	Krankheitsübergreifende Mechanismen und Prinzipien
Topic 16	Diagnostik und Klassifikation
Topic 17	Psychotherapie
Topic 18	Pharmakotherapie
Topic 19	Andere psychiatrische Therapieformen
Topic 20	Prävention
Topic 21	Rehabilitation und Arbeit
Topic 22	Gemeinde und Sozialpsychiatrie
Topic 23	Versorgungsforschung und Versorgungsmodelle
Topic 24	Gesundheitspolitik
Topic 25	Forensische Psychiatrie und Begutachtung
Topic 26	Aus, Fort, und Weiterbildung
Topic 27	Ethik, Philosophie und Spiritualität
Topic 28	Geschichte und Kulturwissenschaften
Topic 29	Literatur, Film, Musik und psychische Erkrankungen
Topic 30	Pflege
Topic 31	Gesundheitsfachberufe
Topic 32	Weitere Themen

[307]

Symposiumsarten	Topic 1	Topic 2	Topic 3	Topic 4	Topic 5	Topic 6	Topic 7
Symposium	8	6	9	13	7	4	4
StateoftheArtSymposium	3	4	4	5	7	2	3
Hauptsymposium	0	1	1	1	2	0	1
Weiterbildungssymposium	0	0	0	0	0	0	0
Präsidentensymposium	0	0	0	0	1	0	0
Überlappung Psychiatrie/Neurologie mit Psychosomatik	6	10	9	18	17	6	8

Symposiumsarten	Topic 8	Topic 9	Topic 10	Topic 11	Topic 12	Topic 13	Topic 14
Symposium	5	7	4	1	4	9	9
StateoftheArtSymposium	2	0	0	1	0	0	0
Hauptsymposium	1	0	1	0	1	1	1
Weiterbildungssymposium	0	0	0	0	0	0	0
Präsidentensymposium	1	0	0	0	0	0	0
Überlappung Psychiatrie/Neurologie mit Psychosomatik	7	4	4	2	5	2	7

Symposiumsarten	Topic 15	Topic 16	Topic 17	Topic 18	Topic 19	Topic 20	Topic 21
Symposium	10	4	14	8	4	5	5
StateoftheArtSymposium	0	0	0	0	1	0	0
Hauptsymposium	0	1	2	1	0	1	1
Weiterbildungssymposium	0	0	0	0	0	0	0
Präsidentensymposium	0	0	0	0	0	0	0
Überlappung Psychiatrie/Neurologie mit Psychosomatik	5	3	15	9	2	5	5

Symposiumsarten	Topic 22	Topic 23	Topic 24	Topic 25	Topic 26	Topic 27	Topic 28
Symposium	7	18	5	9	5	8	4
StateoftheArtSymposium	0	0	0	1	0	0	0
Hauptsymposium	1	2	1	1	0	2	2
Weiterbildungssymposium	0	0	0	0	0	0	0
Präsidentensymposium	0	0	0	1	0	1	0
Überlappung Psychiatrie/Neurologie mit Psychosomatik	3	8	3	3	1	9	3

Symposiumsarten	Topic 29	Topic 30	Topic 31	Topic 32
Symposium	5	7	2	7
StateoftheArtSymposium	0	0	0	0
Hauptsymposium	0	1	0	1
Weiterbildungssymposium	0	0	0	0
Präsidentensymposium	0	0	0	0
Überlappung Psychiatrie/Neurologie mit Psychosomatik	3	4	1	7

[307]

## Basistabelle Grunddaten DGPPN 2015

Topic 1	Neurokognitive Erkrankungen, organische psychische Störungen, Demenz
Topic 2	Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen, Verhaltenssüchte
Topic 3	Psychotische Störungen
Topic 4	Affektive Störungen
Topic 5	Neurotische, Belastungs und somatoforme Störungen
Topic 6	Essstörungen, Schlafstörungen und andere der Kategorie
Topic 7	Persönlichkeitsstörungen
Topic 8	Störungen mit enger Beziehung zum Kindes und Jugendalter
Topic 9	Komorbidität von psychischen und somatischen Störungen, Psychosomatik
Topic 10	Gerontopsychiatrie
Topic 11	Weitere Erkrankungen
Topic 12	Epidemiologie und Risikofaktoren
Topic 13	Bildgebung, Neurophysiologie, Neuropsychologie
Topic 14	Neurobiologie und Genetik
Topic 15	Krankheitsübergreifende Mechanismen und Prinzipien
Topic 16	Diagnostik und Klassifikation
Topic 17	Psychotherapie
Topic 18	Pharmakotherapie
Topic 19	Andere psychiatrische Therapieformen
Topic 20	Prävention
Topic 21	Rehabilitation und Arbeit
Topic 22	Gemeinde und Sozialpsychiatrie
Topic 23	Versorgungsforschung und Versorgungsmodelle
Topic 24	Gesundheitspolitik
Topic 25	Forensische Psychiatrie und Begutachtung
Topic 26	Aus, Fort, und Weiterbildung
Topic 27	Ethik, Philosophie und Spiritualität
Topic 28	Geschichte und Kulturwissenschaften
Topic 29	Literatur, Film, Musik und psychische Erkrankungen
Topic 30	Pflege
Topic 31	Gesundheitsfachberufe
Topic 32	Weitere Themen

[306]



Symposienarten	Topic 1	Topic 2	Topic 3	Topic 4	Topic 5	Topic 6	Topic 7
Symposium	7	6	7	7	9	1	2
StateoftheArtSymposium	1	2	4	4	6	3	3
Hauptsymposium	1	1	1	2	1	0	1
Weiterbildungssymposium	0	0	0	0	0	0	0
Präsidentensymposium	0	0	0	0	1	0	0
Überlappung Psychiatrie/Neurologie mit Psychosomatik	5	8	1	12	14	4	5

Symposienarten	Topic 8	Topic 9	Topic 10	Topic 11	Topic 12	Topic 13	Topic 14
Symposium	5	4	3	0	1	7	7
StateoftheArtSymposium	2	1	1	1	0	0	1
Hauptsymposium	0	0	1	1	1	2	1
Weiterbildungssymposium	0	0	0	0	0	0	0
Präsidentensymposium	0	0	0	0	0	0	0
Überlappung Psychiatrie/Neurologie mit Psychosomatik	5	4	1	2	1	4	1

Symposienarten	Topic 15	Topic 16	Topic 17	Topic 18	Topic 19	Topic 20	Topic 21
Symposium	2	3	13	8	6	10	7
StateoftheArtSymposium	0	0	0	0	0	4	0
Hauptsymposium	2	0	1	1	0	0	2
Weiterbildungssymposium	0	0	0	0	0	0	0
Präsidentensymposium	0	0	0	0	0	0	0
Überlappung Psychiatrie/Neurologie mit Psychosomatik	3	2	14	9	6	12	8

Symposienarten	Topic 22	Topic 23	Topic 25	Topic 26	Topic 27	Topic 28	Topic 29
Symposium	5	21	12	6	8	5	2
StateoftheArtSymposium	0	0	1	0	0	0	0
Hauptsymposium	1	1	1	0	1	1	0
Weiterbildungssymposium	0	0	0	0	0	0	0
Präsidentensymposium	0	1	0	0	0	1	0
Überlappung Psychiatrie/Neurologie mit Psychosomatik	2	8	3	2	4	0	2

Symposienarten	Topic 30	Topic 31	Topic 32
Symposium	6	1	22
StateoftheArtSymposium	0	0	1
Hauptsymposium	1	0	1
Weiterbildungssymposium	0	0	0
Präsidentensymposium	0	0	1
Überlappung Psychiatrie/Neurologie mit Psychosomatik	3	0	17

[306]

Basistabelle Grunddaten DGPT 2012

Parallelveranstaltungen = PV (da es keine Symposien gab)

PV 1.1	Tierischer Magnetismus Somnambulismus Traum
PV 1.2	Widerstandsanalyse anhand von Träumen
PV 1.3	Das Modell der Traumgenerierung von U. Moser und I. von Zeppelin und seine Bedeutung für die klinische Praxis
PV 1.4	Der Traum als Prototyp einer „psychologischen Gegenstandsbildung“
PV 1.5	Traumserien. Zur Verwendung von Traumserien in der psychoanalytischen Therapie und in der Therapieforschung
PV 1.6	Das therapeutische Milieu in der stationären Psychotherapie
PV 1.7	Die Darstellung unbewusster Geschwisterkonflikte in Träumen
PV 2.1	Psychoanalyse im Film
PV 2.2	Offene Arbeitsgemeinschaft der Vertrauensleute
PV 2.3	Ich habe einen Traum... Zukunft der Psychoanalyse in der GKV
PV 2.4	Psychoanalyse und Gesellschaft
PV 2.5	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
PV 2.6	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Traum Wunschtraum Alptraum?
PV 3.1	Traumerzählung und Traumverständnis in der Jungianischen Praxis
PV 3.2	Going far away Migration als ein Weg zur psychischen Gesundheit?
PV 3.3	Traumdeutung und Symboltherapie
PV 3.4	Anders zuhören: körperliche Symptombildung als manifester Trauminhalt
PV 3.5	Stekel ein „verwahrloster“ Analytiker oder ein intuitiver Phänomenologe des Traumes?
PV 3.6	Arbeitsgemeinschaft zum Vortrag: Traumreisen
PV 3.7	Arbeitsgemeinschaft Psychiatrie und Psychoanalyse
PV 3.8	Arbeitsgemeinschaft: Das Leben im Traum, der Traum im Leben

	PV 1.1	PV 1.2	PV 1.3	PV 1.4	PV 1.5	PV 1.6	PV 1.7
Parallelveranstaltungen	1	1	1	1	1	1	1
Überlappung mit Psychosomatik/Psychotherapie	1	1	1	1	0	1	1

	PV 2.1	PV 2.2	PV 2.3	PV 2.4	PV 2.5	PV 2.6	PV 3.1
Parallelveranstaltungen	1	1	1	1	1	1	1
Überlappung mit Psychosomatik/Psychotherapie	0	0	0	0	1	1	0

	PV 3.2	PV 3.3	PV 3.4	PV 3.5	PV 3.6	PV 3.7	PV 3.8
Parallelveranstaltungen	1	1	1	1	1	1	1
Überlappung mit Psychosomatik/Psychotherapie	1	1	1	1	0	0	1

[284]

Basistabelle Grunddaten DGPT 2014

Parallelveranstaltungen = PV (da es keine Symposien gab)

PV 1.1	Das Identitätsschema in der psychoanalytischen Theorie und Behandlungspraxis
PV 1.2	Die Aufgabe der Universitäten bei der Fortentwicklung der psychotherapeutischen Profession
PV 1.3	Migration und Identität
PV 1.4	Aus und Weiterbildung
PV 1.5	Identität und Religiosität
PV 1.6.	Identität und Geschichte
PV 1.7	Offene Arbeitsgemeinschaft der Vertrauensleute
PV 1.8.	Psychoanalyse und Gesellschaft
PV 1.9	Forschungsforum
PV 2.0	Forum Beschneidung
PV 2.1	Professionelle Identität
PV 2.2	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
PV 2.3	Gesprächsforum
PV 2.4	Psychoanalyse und Film

	PV 1.1	PV 1.2	PV 1.3	PV 1.4	PV 1.5	PV 1.6	PV 1.7
Parallelveranstaltungen	1	1	1	1	1	1	1
Überlappung mit Psychosomatik/Psychotherapie	0	1	1	1	1	1	0

	PV 1.8	PV 1.9	PV 2.0	PV 2.1	PV 2.2	PV 2.3	PV 2.4
Parallelveranstaltungen	1	1	1	1	1	1	1
Überlappung mit Psychosomatik/Psychotherapie	0	1	0	1	1	0	0

[284]

Basistabelle Grunddaten DGPT 2015

Parallelveranstaltungen = PV (da es keine Symposien gab)

PV 1.1	Körper und Trauma
PV 1.2	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
PV 1.3	Psychoanalyse und Gesellschaft
PV 1.4	Grammatik der Körpersprache
PV 1.5	Schwellensituationen
PV 1.6	Aus und Weiterbildung
PV 1.7	Psychoanalyse im Krankenhaus
PV 1.8	Computersimulation der Psychoanalyse
PV 1.9	Offene Arbeitsgemeinschaft der Vertrauensleute
PV 2.0	Körper und Migration
PV 2.1	KörperPsychotherapie
PV 2.2	Forum Neuapprobierte
PV 2.3	Psychoanalyse und Film
PV 2.4	Versorgungsforschung/Methodenseminar

	PV 1.1	PV 1.2	PV 1.3	PV 1.4	PV 1.5	PV 1.6	PV 1.7
Parallelveranstaltungen	1	1	1	1	1	1	1
Überlappung mit Psychosomatik/Psychotherapie	1	1	0	1	1	1	0

	PV 1.8	PV 1.9	PV 2.0	PV 2.1	PV 2.2	PV 2.3	PV 2.4
Parallelveranstaltungen	1	1	1	1	1	1	1
Überlappung mit Psychosomatik/Psychotherapie	0	0	1	1	1	0	1

[284]

## 5.6 Themen der DGPT Kongresse 1983 bis 2015

1983	Psychotherapie und Allgemeinmedizin
1984	Das Gleichgewicht des Schreckens Zur Psychoanalyse der nuklearen Drohung
1985	Psychotherapie und Psychiatrie
1986	Psychoanalyse von Dehumanisierungsprozessen
1987	Psychoanalyse und Innere Medizin
1988	Unbewusste Phantasien
1989	Herausforderungen für die Psychoanalyse: 40 Jahre DGPT
1990	Lehranalyse und psychoanalytische Ausbildung
1991	Generalthema: Psychotherapeutische Versorgung
1992	Das Fremde in der Psychoanalyse
1993	Die Psychoanalyse schwerer psychischer Erkrankungen
1994	Psychoanalyse im Wandel ihr innerer und äußerer Rahmen
1995	Aggression und seelische Krankheit
1996	Psychoanalyse der Liebe
1997	Trauma und Konflikt
1998	Trennungen
1999	Psychoanalyse als Beruf Fünfzig Jahre DGPT
2000	Kreativität und Scheitern
2001	Gewalt und Zivilisation. Erklärungsversuche und Deutungen
2002	Psychoanalyse mit und ohne Couch Haltung und Methode
2003	Psychoanalyse des Glaubens
2004	Macht und Ohnmacht
2005	Störungen der Persönlichkeit
2006	Psychoanalyse heute?!
2007	Sexualitäten
2008	Die Fähigkeit allein zu sein: Zwischen psychoanalytischem Ideal und gesellschaftlicher Realität
2009	Die Psychoanalyse im Pluralismus der Wissenschaften
2010	Angst
2011	Nutzt Psychoanalyse?
2012	Der Traum
2013	unZEITGEMAESSES
2014	IDENTITÄTen
2015	KörperSprachen

[284]

Bei dieser Übersicht der Kongressthemen, die auch Generalthemen genannt wurden, ist kein Thema mit einem rein psychosomatischen Inhalt enthalten. Es gibt etliche Kongressthemen, die einen indirekten Bezug zur Psychosomatik haben, der Schwerpunkt der Veranstaltungen liegt aber auf der Psychoanalyse und Psychotherapie. Bei der Recherche ist aufgefallen, dass es 1967, außerhalb des Beobachtungszeitraums, eine Veranstaltung mit dem Titel „Psychosomatische Medizin“ gab. Fazit: obwohl die DGPT unter anderem die Psychosomatik repräsentiert, ist dieses anhand ihrer Kongressthemen kaum merklich.

## **5.7 Die Kinder und Jugendpsychosomatik und Kinder- und Jugendpsychotherapie**

Diese nimmt eine besondere Position ein und kann nicht in den direkten Vergleich zu den ausgewählten Symposiumsthemen 5.1 bis 5.14 gestellt werden, da sie sehr stark durch andere Verbände bzw. Gesellschaften, die ich aufgeführt habe, repräsentiert wird und die DGPM und DKPM, die bei den Ergebnissen 5.1 bis 5.14 Berücksichtigung fanden, bei diesem Thema weniger aktiv sind. Die Hauptrepräsentanten sind:

Der Berufsverband für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BAG)

Ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e.V.  
Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V.

Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin e.V.

Deutsche Akademie für Entwicklungsförderung und Gesundheit des Kindes und Jugendlichen e.V.

Diese hatten bisher keine Berücksichtigung in dieser Arbeit, da der Fokus hier auf



den Symposien und Fortbildungen der DGPM und DKPM lag.

Die Präsenz dieser Thematik lässt sich bei DGPM Kongressen in den Jahren 2001, 2002 und 2004 nur 2001 finden. Die Themen lauteten „Behinderung von Entwicklungsprozessen durch traumatische Erfahrung am Beispiel mit Kindern mit HKS und ADHS“ und „Entwicklungspsychopathologie und Trauma.“ [311] Bei anderen Themen des wissenschaftlichen Programms ist nicht erkennbar, ob auch das Kindes und Jugendalter berücksichtigt wird. Daher habe ich sie nicht in die Ergebnisse integriert. Die DGPPN hat ein sogenanntes eigenes Topic: „Störungen in enger Beziehung zum Kindes und Jugendalter.“ Hierzu wurde das Kongressarchiv der DGPPN zur Recherche benutzt [312], allerdings geht dieses nur bis in das Jahr 2010 zurück. Bei der weiteren Recherche mittels GoogleSuchmaschine, konnten auch für das Jahr 2009 dieses Topic gefunden werden [313].

So dass sich mit Sicherheit sagen lässt, dass dieses Topic von 2009 bis 2015 vorgekommen ist.

**Information zur Grafik:**

Diese Grafik soll die Häufigkeit des Symposiumsthema Kinder- und Jugendpsychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie darstellen. Die aktivste der Gesellschaften ist der Berufsverband (BKPF), der mit Ausnahme von 1989 ab 1988 jährlich eine Tagung veranstaltet hat und weiterhin veranstaltet.

Die DGPPN hat seit 2009 ein entsprechendes Topic und entsprechende Veranstaltungen dazu. Auf den kombinierten Tagungen/Kongressen der DKPM und DGPM, die seit 2007 stattfinden, war das Thema nicht regelmäßig als Symposium vertreten. Das heißt aber nicht, dass dieses Thema nicht doch im Rahmen einer Fortbildung, eines Workshops, einer Postervorstellung, eines Vortrags oder einer Sonderveranstaltung vorgekommen ist.

## Übersicht Kinder- und Jugendpsychosomatik/-psychiatrie - Präsenz als Symposien auf Veranstaltungen

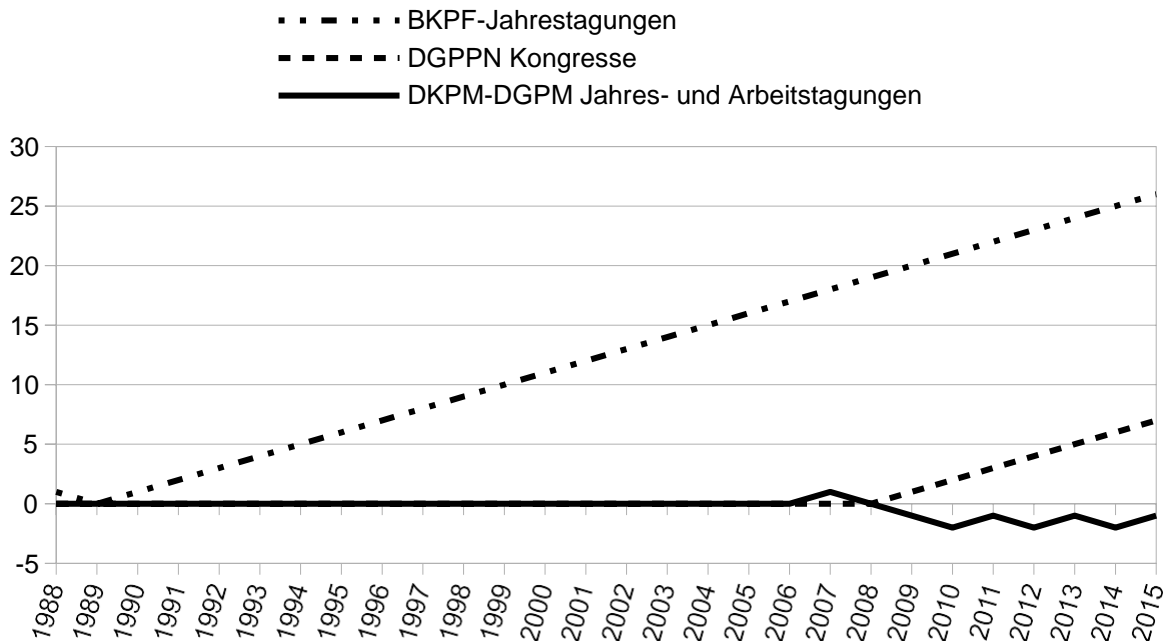


Abb.1: Darstellung der Bedeutung des Themas Kinder- und Jugendpsychosomatik/-psychiatrie im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr drei verschiedener Gesellschaften (BKPF, DGPPN und DKPM-DGPM)

Die Übersichtstabelle zu den Jahrestagungen des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie zeigt, dass es mit Ausnahme des Jahres 1989 jährlich ab 1988 eine Tagung gab. Die Psychosomatik ist ein Thema, auch wenn sie überlappend mit der Psychiatrie/Psychotherapie erscheint.

Zur Mitgliederstruktur schreibt der Verein auf seiner Homepage: „Der Verein hat ordentliche und außerordentliche Mitglieder. Ordentliche Mitglieder sind Ärztinnen und Ärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die eine klinische Einrichtung leiten. Außerordentliche Mitglieder können Einzelpersonen und Verbände werden, die an der Förderung der Vereinsziele interessiert sind.“ [315] Ein weiterer Repräsentant ist der Berufsverband der Kinder und Jugendärzte e. V. (BVKJ). Er ist die berufliche Interessenvertretung der Kinder und Jugendärzte in Deutschland. Folgende Informationen finden sich auf seiner Internetseite: „12.000 Kinder und Jugendärzte aus Klinik, Praxis und öffentlichem Gesundheitsdienst gehören dem

Verband an. Der BVKJ setzt sich für Chancengleichheit und die bestmögliche gesundheitliche Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland ein und betreibt eine politische Kinder und Jugendmedizin. Die Wahrung der in der UN-Kinderrechtskonvention festgelegten Kinderrechte und das Recht eines jeden Kindes auf körperliche und seelische Unversehrtheit ist wesentlicher Bestandteil unserer Tätigkeit. Der BVKJ erarbeitet Grundlagen, Inhalt und Umfang der Berufsausübung von Kinder- und Jugendärzten und fördert ihre praktische Durchführung.“ [316]

Übersichtstabelle: BVKJTagungen

1988	Aufmerksamkeitsstörungen im Kindesalter – Hyperkinetisches Syndrom
1990	Indikation zur ambulanten und stationären Therapie Süchtiges Verhalten im Kindes und Jugendalter
1991	Zur Situation der kinder und jugendpsychiatrischen Versorgung in den Ländern Berlin Brandenburg , Sachsen, MecklenburgVorpommern, SachsenAnhalt und Thüringen
1992	Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen
1993	Aufgaben und Möglichkeiten der Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Verbund von Gesundheitssystem Jugendhilfe und Sozialhilfe
1994	„Alle Gewalt geht vom Volke aus“ Reflektionen zur Entstehung Entwicklung Ambivalenz von und zum Umgang mit Gewalt
1995	Therapie in der ambulanten kinder und jugendpsychiatrischen Versorgung
1996	Seelische Behinderung – Chancen und Probleme der Kooperation von Kinder und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe
1997	Ambulante Kinder und Jugendpsychiatrie zwischen Ideal und Wirklichkeit
1998	Kinder und Jugendpsychiatrie und Familie Kinder und Jugendpsychiatrie und Schule
1999	Öffentliches Symposium „Kinder und Jugendpsychotherapie“
2000	Kinder und Jugendpsychiatrie in gesellschaftlicher Verantwortung – Orientierung für das 21. Jahrhundert
2001	Psychiatrie Psychotherapie und Neurologie des Säuglings und Kleinkindalters
2002	Wege zur seelischen Gesundheit – integrative Versorgung in der KJPP
2003	Jubiläumsveranstaltung 25 Jahre Berufsverband der Ärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)
2004	Migration – Sucht – Psychosomatik 10 Jahre Sozialpsychiatrievereinbarung/SPV
2005	Körper Seele Umfeld – auf vielen Wegen zur seelischen Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen
2006	„Baustelle Jugend – eine Jugendbaustelle“ Entwicklung zwischen Autonomie und Abhängigkeit in verschiedenen therapeutischen Kontexten
2007	Bedrohte Kindheit – Auftrag an die Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
2008	40 Jahre Facharzt – 30 Jahre Berufsverband – Kinder und Jugendpsychiatrie heute! Methodenvielfalt in Diagnostik und Therapie
2009	Unsere Kinder im Spannungsfeld von Familie und Schule – Spielräume und Ernstfälle
2010	Therapie Kulturen – Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Europa
2011	Kooperationen – über Grenzen hinweg
2012	Kinderkrisen – Elternkrisen
2013	Mauern Brücken Übergänge
2014	Kinderseele Achtung zerbrechlich
2015	Kinder unsere Zukunft! – Zukunft unserer Kinder?

[314]

Daneben gibt es die Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin (DGKJ). „Sie ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft der gesamten Kinderheilkunde und Jugendmedizin in Deutschland. Die DGKJ fördert die wissenschaftlichen und fachlichen Belange der Kinder- und Jugendmedizin und setzt sich für die optimale ambulante und stationäre medizinische Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland ein. Sie engagiert sich, die Weiterbildung der Kinder- und Jugendärzte auf hohem Niveau zu gewährleisten. Die DGKJ unterstützt die Aus- und Fortbildung und die Berufsausübung der Kinder- und Jugendärzte sowie die pädiatrische Forschung. Nicht zuletzt vertritt die Gesellschaft die berufspolitischen Interessen der Kinder- und Jugendärzte und bietet ihnen eine Plattform für den fachlichen und persönlichen Austausch.“ Sie scheint eine stark wissenschaftlich ausgerichtete Gesellschaft mit einer sehr aktiven Sektion zu sein [317]. Die hohe Dichte an Veranstaltungen, Kongressen und Fortbildungen kommt auf ihrer Internetseite sehr gut zur Darstellung, in den letzten Jahren gab es jährliche Tagungen, allerdings waren nur wenige Daten verfügbar, die vor der Zeit der Digitalisierung der Kongresseentstanden sind. Es gab jährliche Kinder- und Jugendarztstage, der 29. Arzttag war 1999. Davon ausgehend, dass es jährlich einen solchen gab, ist die erste dieser Veranstaltungen auf 1970 zu datieren, was rein spekulativ ist.

## 6 Zusammenfassung

Im Zeitraum 1980-2015 wurden durch die hier ausgesuchten Gesellschaften eine Vielzahl von Kongressen und Tagungen organisiert. Nach Auswahl von 14 Themen, konnte eine grafische Darstellung der Bedeutung eines jeden Themas im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge erfolgen. Durch Darstellung des Mittelwerts und des gleitenden Mittelwerts konnten Trendentwicklungen in eine positive oder negative Richtung dargestellt werden. Da die Kinder- und Jugendpsychosomatik eine Sonderstellung einnimmt, da sie sehr stark durch eigene Gesellschaften und Verbände repräsentiert wird, habe ich ihr ein eigenes Kapitel gewidmet.

Naheliegender war es zu untersuchen, ob die ausgewählten Kongressthemen im hier zugrunde gelegten Lernzielkatalog und (Muster) Logbuch vorkommen und somit ein Mehrwert für Facharztanwärter und Studierende der Medizin durch den Kongressbesuch zu erzielen ist.

Die hier repräsentierten Gesellschaften sind in ihrer Mitgliederstruktur unterschiedlich, daher ist ein Blick auf die Referentenstruktur einzelner Kongresse von Interesse. Denn unabhängig, ob es sich um eine rein ärztliche oder interdisziplinär zusammengesetzte Mitgliederstruktur der Gesellschaften handelt, die Referentenstruktur kann Rückschlüsse auf Entwicklungen geben.

Die psychosomatische Medizin in Deutschland ist etabliert. Im Vergleich zu den europäischen Nachbarländern nimmt Deutschland eine Vorbildfunktion ein. Auch weltweit nimmt die Bedeutung der psychosomatischen Medizin zu. In vielen Regionen der Welt gibt es psychosomatisch Erkrankte, denen noch keine psychosomatische Versorgung zuteilwird, da es noch keine etablierte Psychosomatik in dem jeweiligen Gesundheitssystem gibt. Die Entscheidung, die Psychosomatik als eigenständiges medizinisches Gebiet in Deutschland zu etablieren, wurde sehr früh gefällt und erweist sich rückblickend als richtig. Bereits 1970 wurde das Gebiet psychosomatische Medizin und Psychotherapie in die  
Approbationsordnung mit aufgenommen.

Die Einführung des Facharztes für psychosomatische Medizin und Psychotherapie 1992 ermöglichte eine zusätzliche Kompetenzentwicklung weit über die einer Zusatzqualifikation Psychotherapie hinaus. Das auf dem Deutschen Ärztetag 1993 beschlossene dreistufige Versorgungskonzept versucht das bestehende Modell mit der Zusatzbezeichnung psychosomatische Grundversorgung für alle Ärzte, der Zusatzbezeichnung der fachgebundenen Psychotherapie für somatisch tätige Ärzte und dem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auf den definierten Versorgungsauftrag auszurichten. Inzwischen ist die psychosomatische Grundversorgung integrierter Bestandteil für den Facharzt für Allgemeinmedizin und den Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Aber auch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie versucht das Gebiet der Psychosomatik weiter voran zu bringen, 2013 wurde die gemeinsame Kommission Psychosomatik der drei kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände gegründet [318].

Die Aufgabe der Kommission wird auf den Internetseiten wie folgt beschrieben: „Zuletzt erhielt die Kommission von den drei Verbänden den Auftrag rechtliche und inhaltliche Begründungen dafür zu finden, dass Kinderpsychosomatik-Stationen durch Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie geführt werden sollen. Außerdem soll die Kommission sich mit der Überarbeitung des Grundsatzpapiers zur Kinder- und Jugendpsychosomatik beschäftigen.“

Aber auch die Gesellschaft für Kinder- und Jugendärzte versucht den Anforderungen der Versorgungsaufgabe gerecht zu werden; sie stellt sich als eine sehr aktive Gesellschaft mit einer aktiven Sektion Psychosomatik, die die wissenschaftliche Arbeit stark fördert, dar. Laut Angaben der Bundesärztekammer gab es zum Stand 12/2015 14.162 berufstätige Kinder- und Jugendmediziner, davon 7.140 im ambulanten und 5.853 im stationären Bereich sowie 2.168 Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, davon 1.088 ambulant und 967 stationär tätig [319].

<b>Übersicht 6.0 Stand 11/2015:</b>	<b>berufstätig *</b>	<b>davon ambulant</b>	<b>davon stationär</b>
Kinder und Jugendmediziner	14162	7140	5853
Kinder und Jugendpsychiater und Kinder und Jugendpsychotherapeuten	2168	1088	967

[319]

\* nicht erfasst in der Übersicht sind:  
Behördentätigkeiten, sonstige Bereiche und ohne ärztliche Tätigkeiten

Zur Versorgung der therapiebedürftigen Erwachsenen standen in Deutschland (Stand 12/2015) 10.450 berufstätige Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, 4.179 Fachärzte/Ärztinnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie 3.012 Fachärzte/Ärztinnen für Nervenheilkunde zur Verfügung [298]. Die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der nicht ärztlichen Psychotherapie lag im Jahr 2015 bei 5102. Die Anzahl ist seit 2012, hier lag sie bei 3.783 Beschäftigten, stetig gestiegen [321]. Das bestehende Versorgungsmodell stößt an seine Grenzen, denn pro Jahr erfüllen ca. 15 Millionen Menschen die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer psychischen Störung.



<b>Übersicht 6.1 Stand 11/2015:</b>	<b>berufstätig *</b>	<b>davon ambulant</b>	<b>davon stationär</b>
Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	7290	2540	4252
Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	4179	3063	953
Ärzte für Nervenheilkunde Neurologie und Psychiatrie	500	353	95
Ärzte für Neurologie und Psychotherapie	438	268	248
Ärzte für Psychiatrie	2906	1461	1092

[298]

\* nicht erfasst in der Übersicht sind:  
Behördentätigkeiten, sonstige Bereiche und ohne ärztliche Tätigkeiten

Die Krankenhausversorgung wurde 2014 von 233 Fachabteilungen für Psychotherapie und psychosomatische Medizin mit einer Gesamtbettenzahl von 10.621 und einer durchschnittlichen Verweildauer von 41,7 Tagen und 405 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie bei einer Gesamtbettenzahl von 54.988 bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 22,5 Tagen erbracht.

<b>Übersicht 6.2 Jahresvergleich 2011 und 2014 Stand 11/2015</b>	<b>2011</b>	<b>2014</b>
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie	412	405
Gesamtbettenzahl	53932	54988
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	22,7	22,5

[298]

<b>Übersicht 6.3 Jahresvergleich 20011 und 2014 Stand 11/2015</b>	<b>2011</b>	<b>2014</b>
Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	190	233
Gesamtbettenzahl	8363	10621
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	40,7	41,7

[298]

Da seelische Erkrankungen auch in Zukunft weiter ansteigen werden [10], müssen neue Perspektiven entwickelt werden, um dieser Aufgabe gerecht zu werden. Der medizinische Versorgungsbedarf steigt schneller, als die Zahl der Ärzte, das ist eine der Kernaussagen der Bundesärztekammer in ihrem Bericht zur Ärztestatistik (Stand 12/2015) [310].

Aber nicht nur die Versorgungslandschaft versucht dem Versorgungsauftrag gerecht zu werden, sondern auch die bestehen Gesellschaften, die die psychosomatische Medizin repräsentieren, versuchen den Vorgaben des Lernzielkatalogs, der Facharztweiterbildung und aktuellen Trends in ihrem Fachgebiet auf Kongressen und Jahrestagungen Berücksichtigung zu schenken.

Ein Rückblick auf 33 Jahre Kongress- und Jahrestagungsorganisation:

Seit vielen Jahren gibt es Kongresse bzw. Jahrestagungen, organisiert von den Gesellschaften, die die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vertreten. Bereits 1926 wurde die Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie gegründet. Als Mitglieder wurden nur Ärzte aufgenommen. Bedingt durch die damalige politische Situation wurde die Gesellschaft aufgelöst, sie konstituierte sich 1948 neu.

1974 wurde das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin gegründet. Aufgrund seiner interdisziplinären Zusammensetzung deckte es ein weites Spektrum an Berufsgruppen ab. Das Gründungsjahr der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatik und Psychotherapie ist 1992. 2005 fusionierte die Allgemeine

Ärztliche Gesellschaft mit der Deutschen Gesellschaft für psychosomatische Medizin und Psychotherapie und nannte sich danach Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie.

Aber auch die Kongresse der DGPT, der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie und der DGPPN, der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde sind exemplarisch in die Auswertung mit einbezogen worden.

Die oben beschriebenen Gesellschaften, die die Psychosomatik und Psychotherapie repräsentieren, haben in dem Zeitraum 1980 bis 2015 eine Vielzahl von Veranstaltungen mit stetig wachsenden Teilnehmerzahlen organisiert. Aus der Vielzahl der angebotenen Syposienthemen wurden 14 exemplarisch ausgewählt und diese auf der Zeitachse und in Abhängigkeit der Häufigkeit des Auftretens dargestellt. Um die Entwicklung eines Themas auf der Zeitachse besser beurteilen zu können, wurden Vergleichswerte eingeführt. Einerseits den sogenannten einfachen Mittelwert und andererseits den gleitenden Durchschnitt über fünf bzw. zwei Perioden (=Jahre). Letzterer zeigt einen Trendwechsel sehr gut an und zwar immer dann, wenn die Datenlinie von der Trendlinie durchbrochen wird. Der Fragestellung dieser Arbeit entsprechend, sollte eine Aussage zu Trends bei den gewählten Symposienthemen gemacht werden. In der Tabelle werden die Ergebnisse zusammengefasst und hinsichtlich der zukünftigen Trendentwicklung und ihrer Lage bezogen auf den Mittelwert dargestellt.

**Übersicht 6.4 Symposienthemen und deren Trendentwicklung**

<b>Symposienthemen</b>	<b>aktuell oberhalb des Mittelwerts</b>	<b>aktuell steigender Trendkurvenverlauf</b>
<b>Essstörung</b>	ja	ja
<b>Gerontopsychosomatik</b>	ja	ja
<b>Transplantationsmedizin</b>	ja	ja
<b>Psychoonkologie</b>	ja	ja
<b>Stationäre/teilstationäre Behandlung</b>	ja	ja
<b>Ambulante Behandlung</b>	ja	ja
<b>Gruppentherapie</b>	nein	ja
<b>Einzeltherapie</b>	nein	nein
<b>Achtsamkeitspraxis</b>	ja	ja
<b>Konsiliar-und Liaisondienste</b>	nein	ja
<b>Fertilitätsforschung</b>	nein	nein
<b>Sucht/Verhaltenssucht</b>	nein	ja
<b>Posttraumatische Belastungsstörung</b>	ja	ja
<b>Computerbasierte Interventionen</b>	ja	ja

Von 14 ausgewählten Symposiumsthemen lagen 5 in den letzten Jahren des Beobachtungszeitraum unterhalb des Mittelwertes, davon haben zwei Themen, Fertilitätsstörung und Einzeltherapie, keine ansteigende Trendkurve. Das Interesse an diesen Themen war und ist sehr gering.

Mittels numerischer Erfassung erfolgte die Darstellung dieser ausgewählten Themen im Verlauf der ausgewählten Zeitachse. Zu Beginn wurden die benötigten

Basistabellen erstellt, dann erfolgte der Abgleich von den Symposien- und Fortbildungsthemen mit ausgewählten Ausbildungspunkten des Lernzielkatalogs sowie der Facharztweiterbildungsverordnung.

Gleichzeitig konnten die Referenten hinsichtlich ihres Berufsbildes erfasst werden, wodurch ein Überblick auf die Referentenstruktur in Säulendiagrammform dargestellt werden.

Das ausgewählte Verfahren für die Grafikerstellung ist der gleitende Mittelwert, eine Methode zur Glättung von Datenreihen. Hierbei werden höhere Frequenzanteile entfernt. Da der gleitende Mittelwert den eigentlichen Daten wertemäßig etwas hinterher eilt, lässt sich dadurch eine Trendumkehr sehr gut darstellen. Immer wenn die Datenlinie von der Trendlinie durchbrochen wird, hat eine Trendumkehr stattgefunden. Nun ergeben sich Datenreihen bei denen sich Trendentwicklungen über einen längeren Zeitraum beobachten lassen oder es werden Trendentwicklungen, die häufige Trendwendungen über den gesamten Verlauf der Datenreihe aufzeigen, dargestellt. Hierdurch lässt sich das Interesse an einem Thema über den Zeitverlauf beurteilen.

Legt man die methodischen Grundlagen auf die ausgewählten 14 Themen um, so lassen sich folgende Ergebnisse ableiten:

Essstörungen sind und waren ein zentrales Thema auf den Veranstaltungen; diese Präsenz korreliert mit der steigenden Zahl von Anorexia nervosa-Patienten in den Jahren 2000 bis 2012 [287]. Essstörungen sind sowohl im Lernzielkatalog für Medizinstudenten im Fach Psychosomatik als auch in der Weiterbildungsverordnung der Bundesärztekammer für den entsprechenden Facharzt enthalten. Daraus lässt sich ableiten, dass sowohl der Medizinstudent als auch der Facharztanwärter Kenntnisse in diesem Bereich erwirbt, die prüfungsrelevant und für die Ausübung der späteren Tätigkeit essentiell sind.

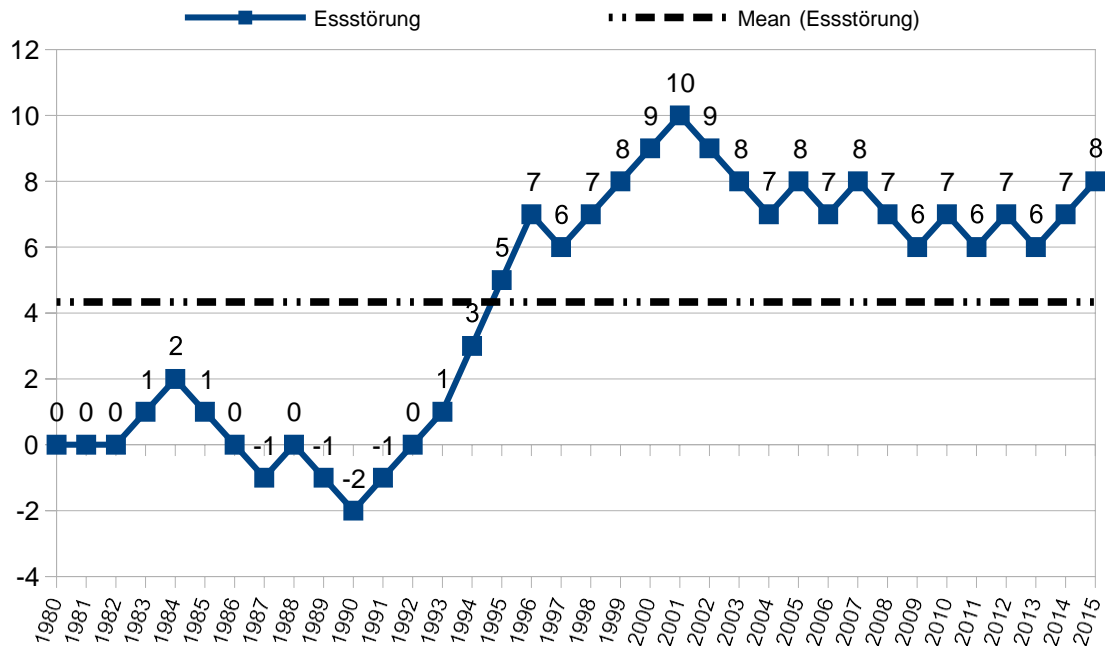


Abb. 1: Darstellung der Bedeutung des Themas Essstörung im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

Das Symposiumsthema Gerontopsychosomatik, das bereits seit 1983 ein Thema der psychosomatischen Fachgesellschaften war, zeigt seit 2011 einen weiter ansteigenden Trend bei der Präsenz in Symposien. Dieses Interesse an der Thematik korreliert mit dem demografischen Wandel hin zu einem immer höher werdenden Anteil an alter und hochalter Bevölkerung. Psychosomatik bei Älteren ist ein Thema der Weiterbildungsverordnung, im Lernzielkatalog, der hier zugrundegelegt wird, wird das Thema nicht speziell aufgelistet; sicher wird es aber als ein Unterthema präsent sein.

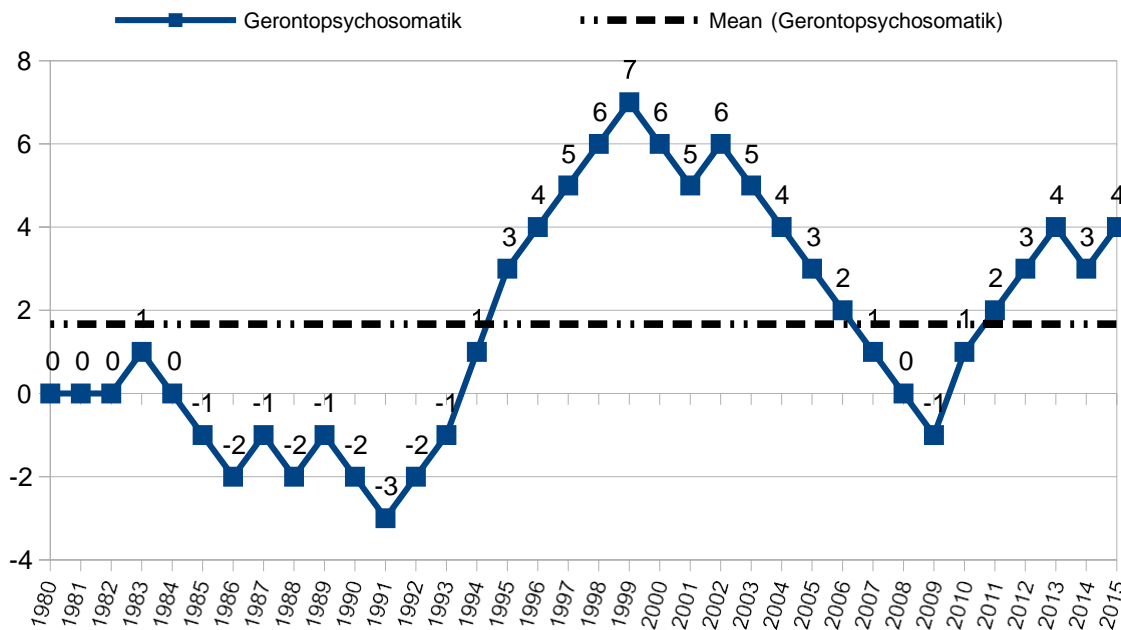


Abb. 2: Darstellung der Bedeutung des Themas Gerontopsychosomatik im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

Bei weiterhin steigender Anzahl von Transplantationen deutschland- aber auch weltweit, ist der psychosomatische Anteil dieser, auf den ersten Blick chirurgisch dominierten Medizinsparte, hoch. Als Symposiumsthema zeigt sie eine steigende Trendkurve.

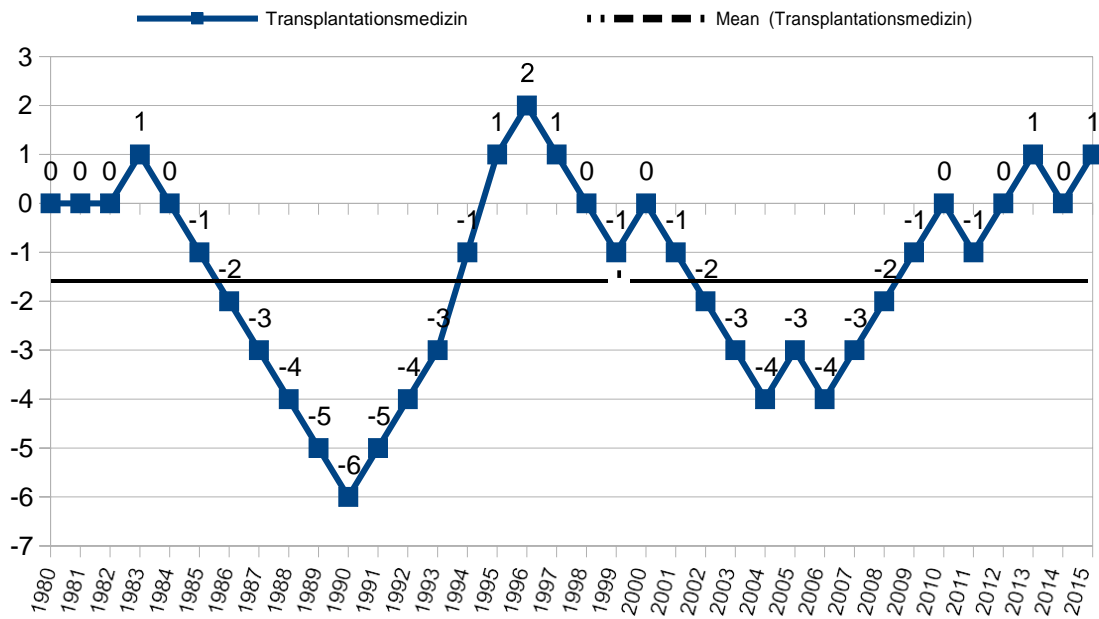


Abb. 3: Darstellung der Bedeutung des Themas Transplantationsmedizin im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr



Mit der Aussage, dass „aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland zwischen 2010 und 2030 mit einem Anstieg der Krebsneuerkrankungen um mindestens 20% zu rechnen ist“ ( s.5.1.4), bestätigt sich die Annahme, dass die Psychoonkologie, die schon sehr früh ein Thema in den Fachgesellschaften war, auch weiterhin wichtig ist. Als Symposiumsthema zeigt sie eine steigende Tendenz. Sie ist sowohl im Lernzielkatalog, als auch in der Weiterbildungsverordnung enthalten. Kompetenz auf diesem Gebiet zu erwerben ist sowohl für den Medizinstudenten als auch den Facharztanwärter notwendig.

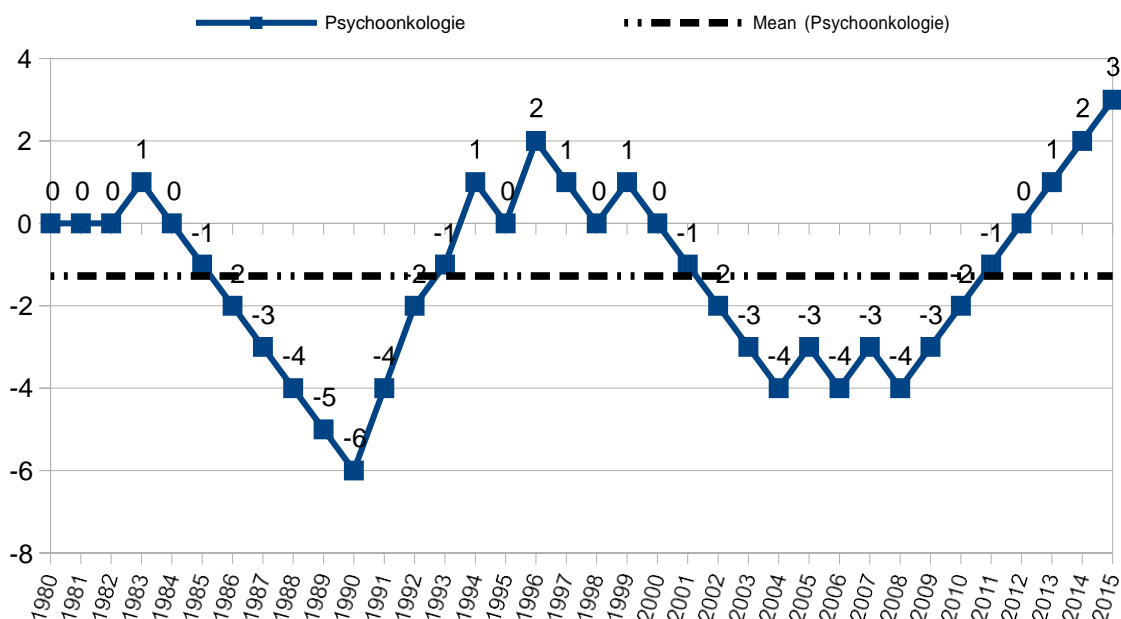


Abb. 4: Darstellung der Bedeutung des Themas Psychoonkologie im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

War es in den 80iger Jahren State-of-the-Art Patienten einer stationären psychotherapeutischen/psychosomatischen Therapie zuzuführen, so gibt es heute eine ebensolche Behandlung teilstationärer oder ambulanter Art. Die stationäre bzw. teilstationäre und ambulante Behandlung ist als Symposiumsthema sehr präsent und zeigt eine zunehmende Trendkurve.

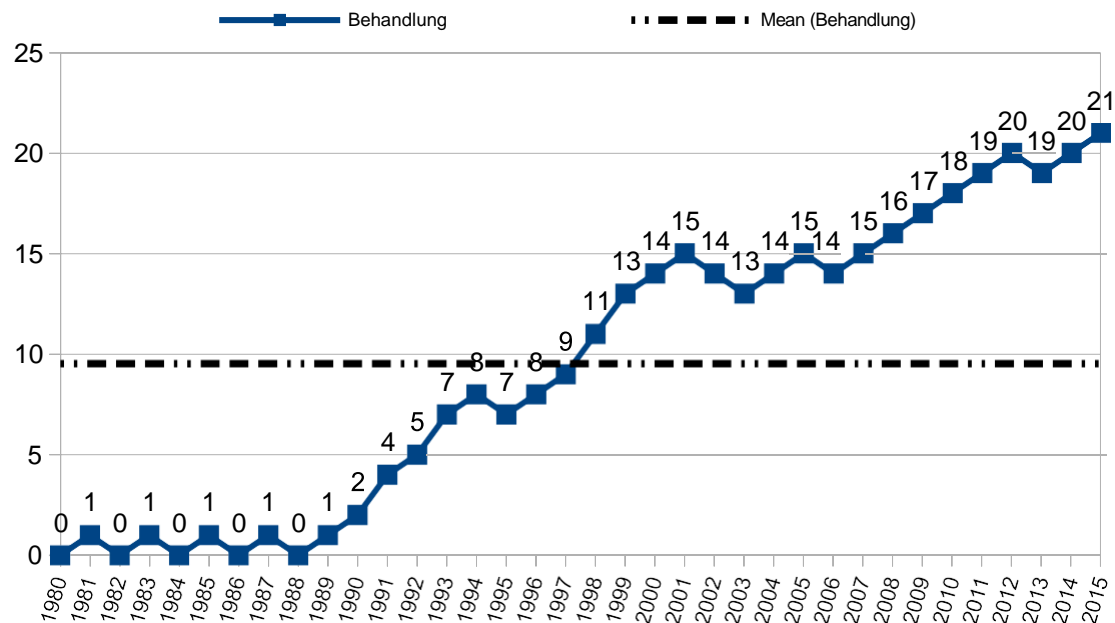


Abb. 5: Darstellung der Bedeutung des Themas stationäre/teilstationäre psychotherapeutische/psychosomatische Behandlung im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

Bei Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen ist ein Plus von 211,5 Prozent zwischen 1991 und 2011 bei „der Psychosomatik“ beschrieben worden (s. 1.33 und 1.3.4). Sowohl Medizinstudenten als auch Facharztanwärter werden in den unterschiedlichen Psychotherapieformen und den unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten in Krankenhäusern, Krankenhausabteilungen, Rehabilitationseinrichtungen und Ambulanzen unterrichtet, d.h. das Thema ist sowohl im Lernzielkatalog als auch in der Facharztweiterbildung indirekt dargestellt. Gruppentherapeutische Konzepte gehören in der stationären Behandlung heute zur State-of-the-Art-Methode.

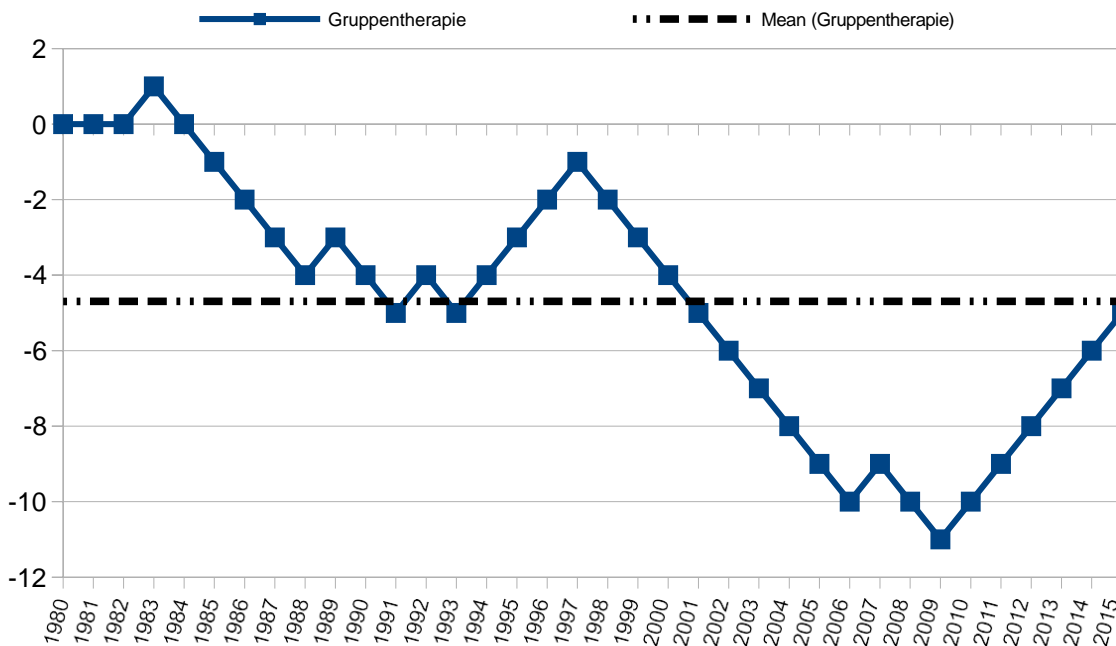


Abb. 6: Darstellung der Bedeutung des Themas Gruppentherapie/Gruppenkonzepte in der Psychosomatik/Psychotherapie im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

In der ambulanten Versorgung ist die Gruppenpsychotherapie mit 1% aller durch psychologische Psychotherapeuten beantragten Psychotherapien noch ausbauwürdig. Der Anteil an Gruppentherapien bei den Ärzten wurde in diesem Gutachten nicht beziffert, allerdings „würde aufgrund einer niedrigen Vergütung die Gruppenpsychotherapie durch Ärzte kaum in Anspruch genommen (5.1.7)“. Gegenwärtig kommt dieses Thema als Symposiumsthema nicht sehr oft vor, es liegt unterhalb des Mittelwertes mit steigender Tendenz. Dies muss allerdings nicht zwangsläufig bedeuten, dass dieses Thema uninteressant oder nicht mehr aktuell ist. In diesem Fall handelt es sich eher um ein anerkanntes Therapieverfahren, das so gut etabliert ist, dass es als Symposiumsthema nicht mehr „auf sich aufmerksam machen muss“.

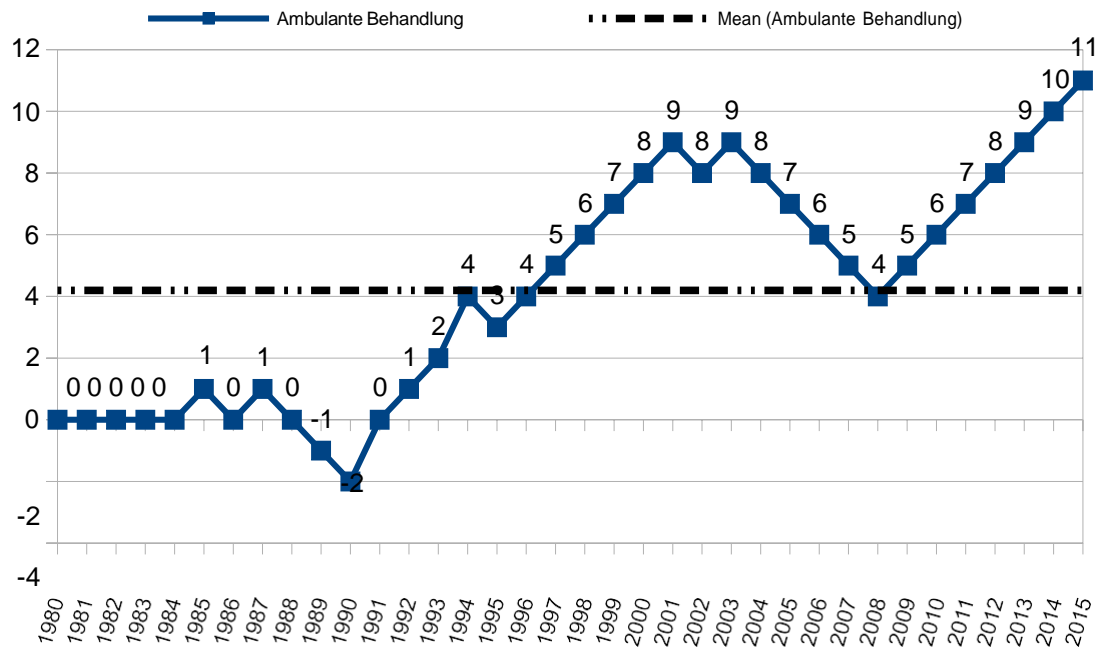


Abb. 7: Darstellung der Bedeutung des Themas ambulante psychosomatische/psychotherapeutische Behandlung im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

Internetbasierte, computergestützte Therapien sind bisher noch nicht als Standardtherapieverfahren etabliert, sie werden an großen Zentren im Rahmen von Studien eingesetzt, daher sind diese Therapieformen noch nicht im Anforderungsprofil des Deutschen Rentenversicherung Bund, (siehe 3.5.) enthalten.

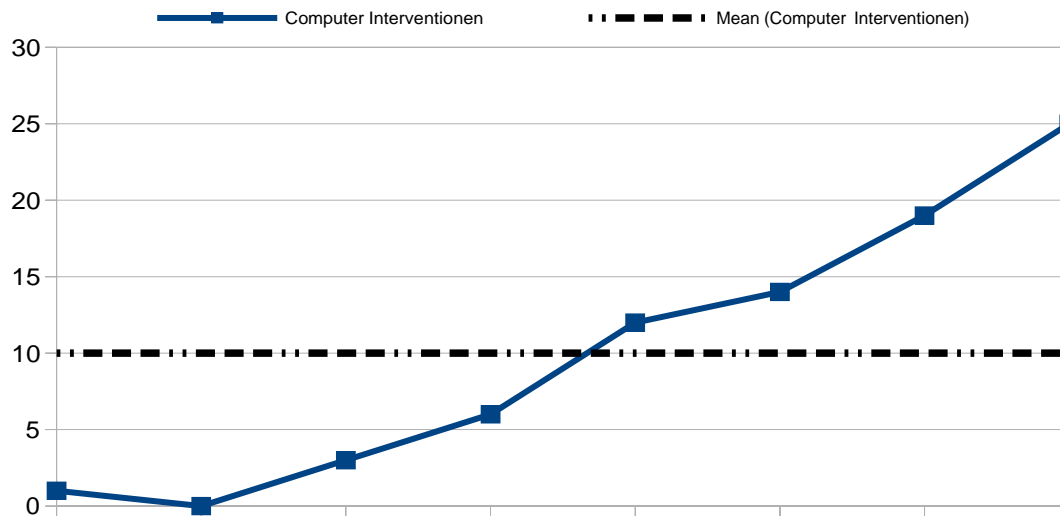


Abb. 8: Darstellung der Bedeutung des Themas computergestützte Therapien im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

Die Achtsamkeitspraxis und Meditaion ist ein Veranstaltungsthema, das anBedeutung gewonnen hat. Die Bedeutung sollte auch im Zusammenhang mit Traumafolgeschäden berücksichtigt werden, hierbei handelt sie sich um eine wichtige Ressource für Betroffene. Die Trendkurve ist steigend und liegt oberhalb des Mittelwertes.

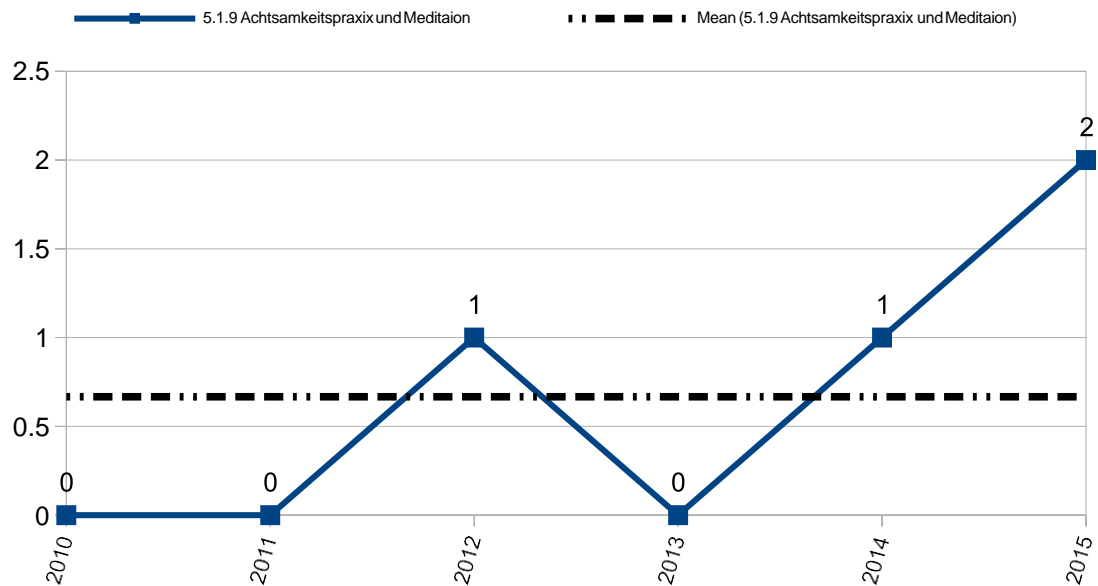


Abb. 9: Darstellung der Bedeutung des Themas Achtsamkeitspraxis und Meditation im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

Das Thema psychosomatische Konsiliar- und Liaisondienste war seit 2012 jährlich präsent und steht seit 2015, mit dem Erreichen des Mittelwertes, wieder mehr im Interesse.

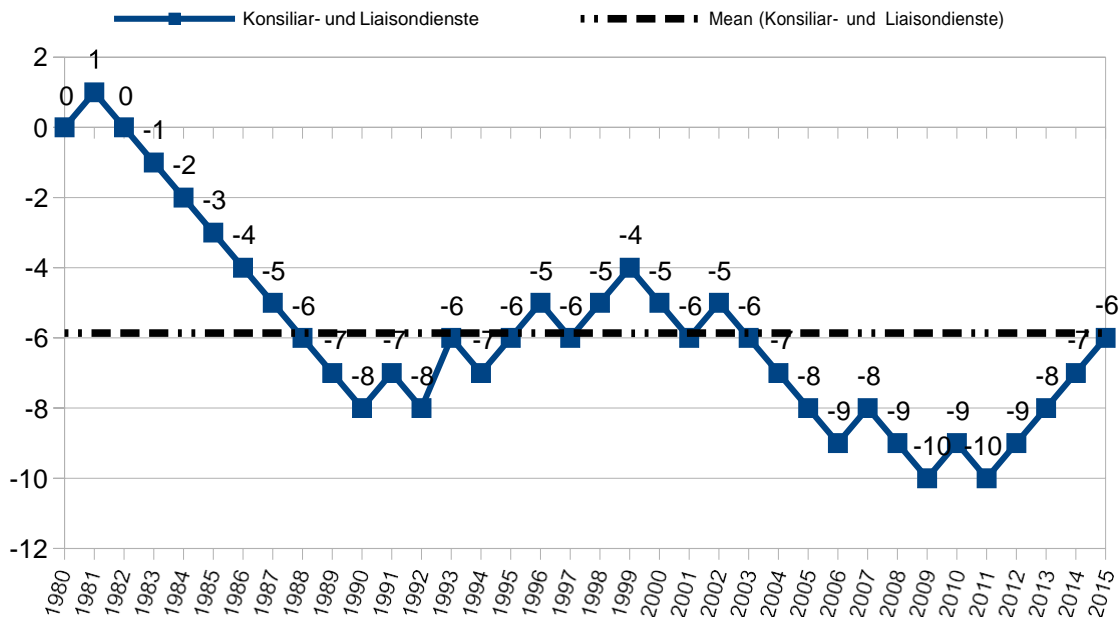


Abb. 10: Darstellung der Bedeutung des Themas Psychosomatische Konsiliar- und Liaisondienste im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

Das Trauma oder die posttraumatische Belastungsstörung war seit 1994 als Symposiumsthema vertreten, 1996 erreichte die Datenlinie den Mittelwert und hat diesen bis 2015 nicht mehr unterschritten, das Thema liegt im Trend und es ist davon auszugehen, dass es auch weiterhin auf Interesse bei Veranstaltungen treffen wird. Besonders unter Berücksichtigung der gegenwärtigen Flüchtlingssituation aus Kriegsgebieten, die zusätzliche Behandlungsbedürfnisse haben.

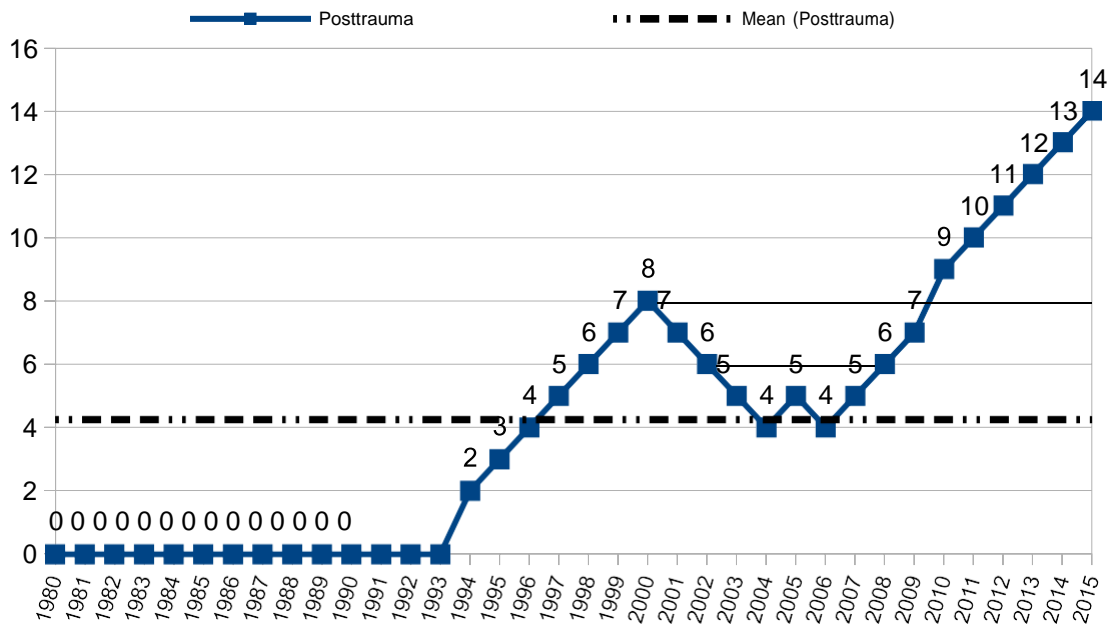


Abb. 11: Darstellung der Bedeutung des Themas Posttraumatische Belastungsstörung - Trauma im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr



Das Thema Sucht – Suchtverhalten ist bereits seit 2008 jährlich präsent, allerdings immer noch unter dem Mittelwert liegend, jedoch mit steigender Tendenz. Rein spekulativ könnte man annehmen, dass es weiter an Interesse zunehmen wird. Dies könnte in Korrelation zu den zunehmenden modernen Suchtverhalten stehen, die zusätzlichen zu den klassischen Suchtverhalten hinzukommen.

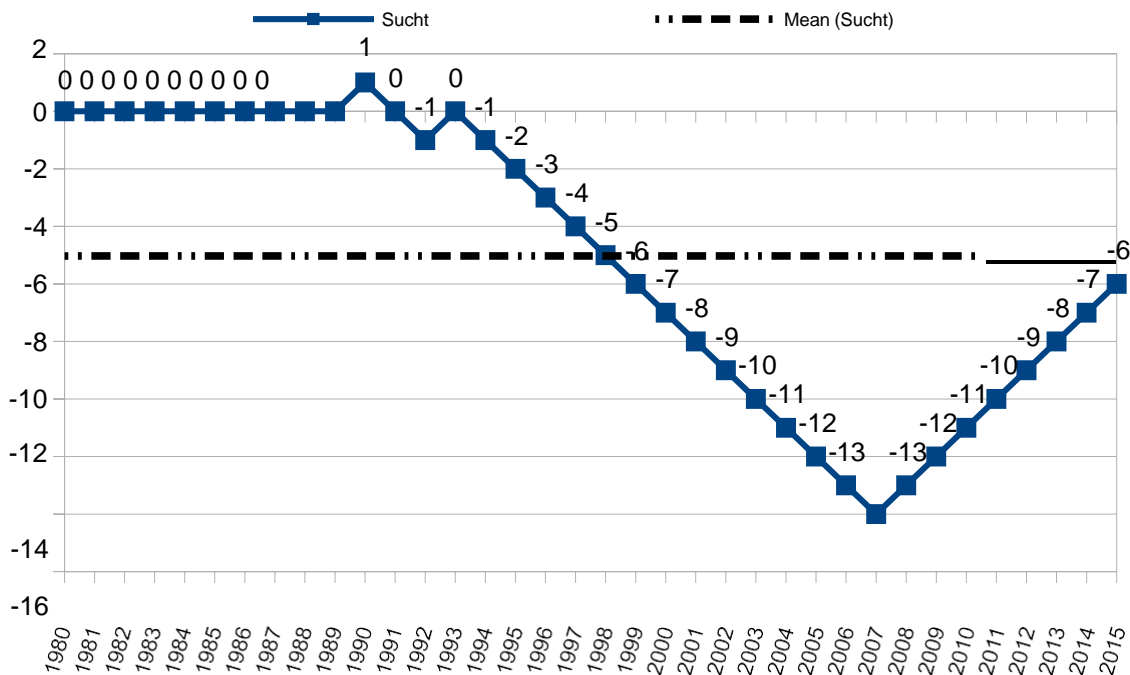


Abb. 12: Darstellung der Bedeutung des Themas Sucht - Verhaltenssucht im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

Das Thema Fertilitätsstörung war im Zeitraum von 1982 bis 2015 nur 10 Mal vertreten und hat stetig an Interesse verloren.

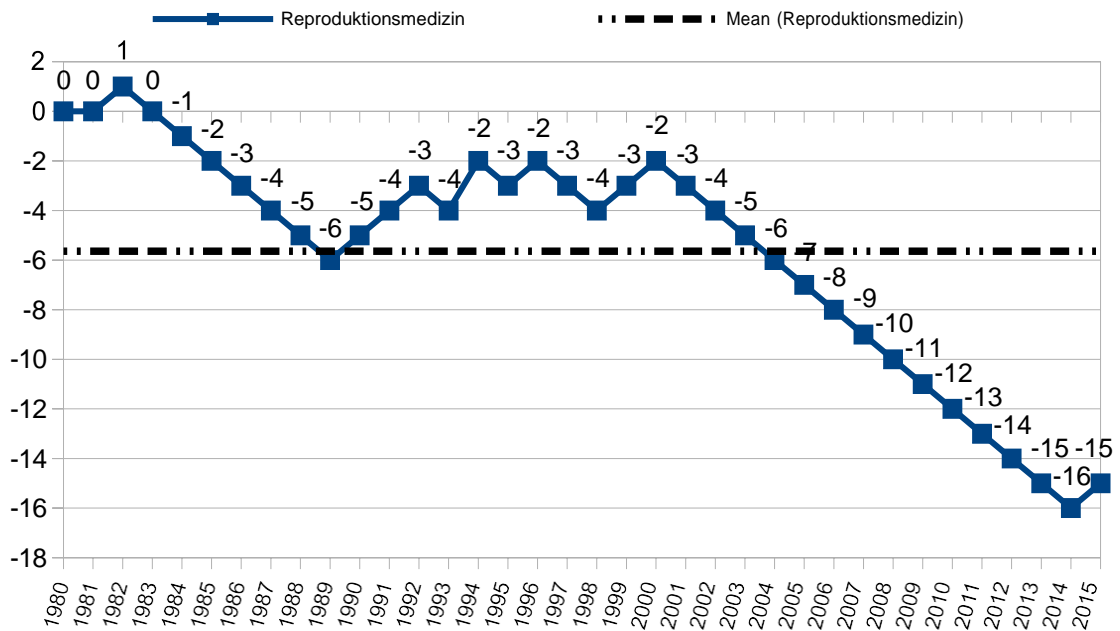


Abb. 13: Darstellung der Bedeutung des Themas Fertilitätsforschung/Reproduktionsmedizin im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr

Sowohl die Symposienthemen als auch die Fortbildungsthemen der Veranstaltungen haben in den letzten Jahren eine hohe Deckung mit den im Lernzielkatalog und der Facharztweiterbildung definierten Themen. Dadurch können Facharztanwärter und Medizinstudenten von dem Besuch der Veranstaltungen profitieren. Generell kann man sagen, dass die Inhalte der Facharztweiterbildung einen deutlich höheren Anteil an den Symposienthemen haben, als die des Lernzielkatalogs. Die Themen der Symposien decken sich zu ca. 50% mit denen des Lernzielkatalogs, mit leicht steigender Tendenz.

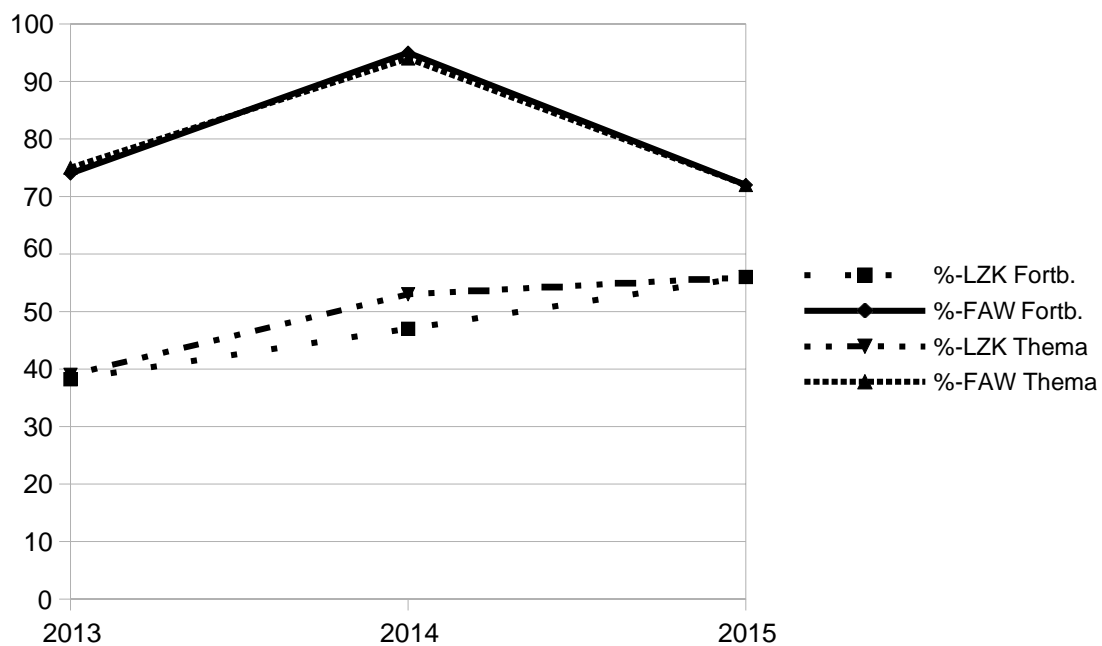


Abb. 14: Abgleich der Fortbildungsveranstaltungen sowie ausgewählter Symposienthemen mit dem zugrunde gelegten Lernzielkatalog und der Facharztweiterbildungsordnung für den Zeitraum 2013-2015

Siehe dazu Grafik und Daten aus Kapitel 5.3

Eine Sonderstellung nimmt die Kinder und Jugendpsychosomatik ein; sie ist sehr gut durch die eigene Gesellschaft (DGJK) sowie den Berufsverband (BVKJ) vertreten. Auch die DGPPN hat seit 2009 ein Topic zu diesem Thema, die DGPM und die DKPM haben diesem Bereich nur wenige Symposien gewidmet.

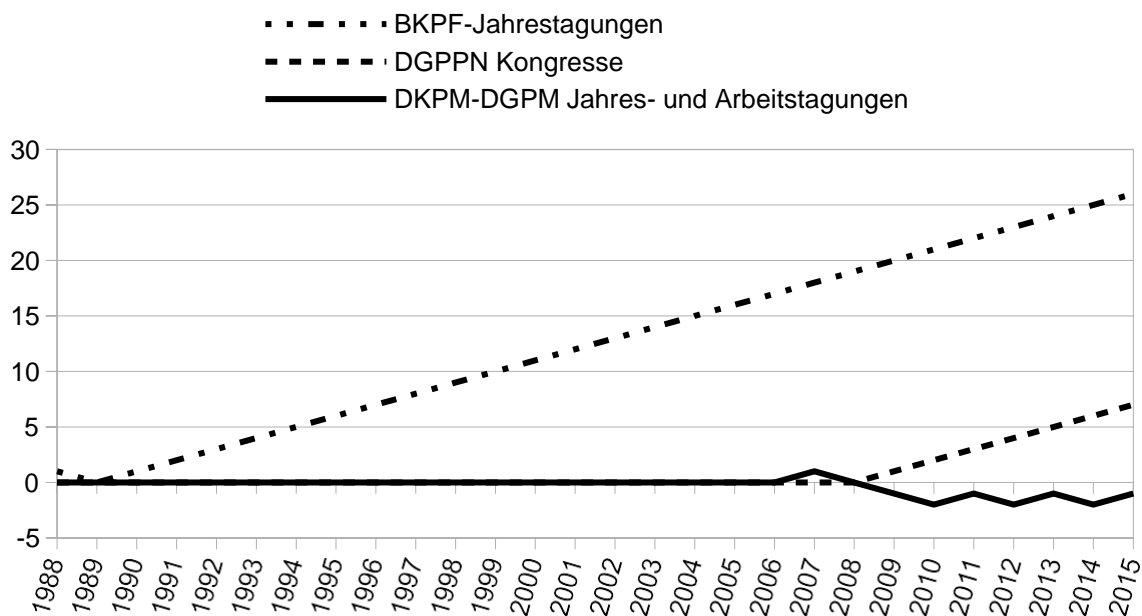


Abb. 15: Darstellung der Bedeutung des Themas Kinder- und Jugendpsychosomatik/-psychiatrie im Verlauf der absoluten Anzahl der Kongressbeiträge pro Jahr drei verschiedener Gesellschaften (BKPF, DGPPN und DKPM-DGPM)

Siehe dazu Grafik und Daten aus Kapitel 5.7

Um eine Aussage zur Referentenstruktur auf den Veranstaltungen machen zu können, wurden exemplarisch einige Veranstaltungen ausgewählt.

Für das Jahr 1996 steht das interdisziplinär besetzte Kollegium für Psychosomatische Medizin. Die Auswertung der nötigen Daten erwies sich allerdings als schwierig, da die Berufe in dem Programmverzeichnis nicht eindeutig abgeleitet werden konnten. Zudem sind Moderatoren und Arbeitsgruppenleiter ebenfalls erfasst. Um eine möglichst vollständige Berufszuordnung zu bekommen, wurden soweit möglich, alle Teilnehmer und deren Berufe recherchiert. Der ärztliche Referent ist insgesamt 208 mal vertreten, die Zahl der psychologischen Referenten lag bei 90, entsprechend 25,64% der Gesamtzahl der Referenten. Hinter der Bezeichnung „Sonstige“ steckt eine Vielzahl von Berufsbildern, die in der Informationstabelle auf Seite 82 aufgelistet wurden.

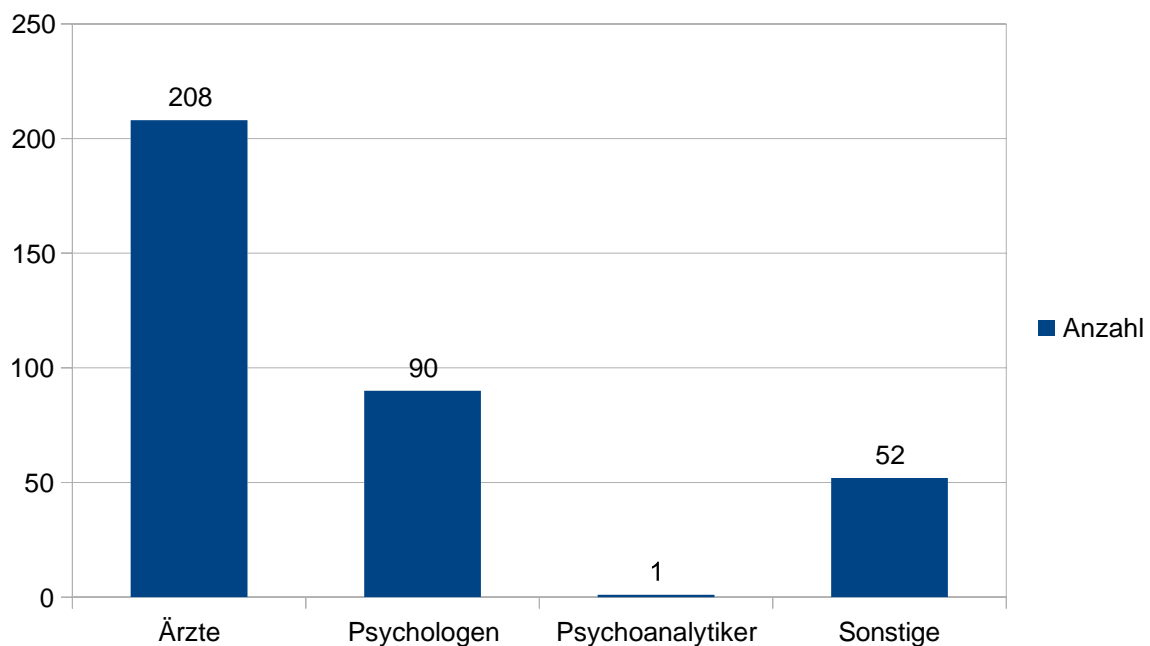


Abb. 16: Darstellung des Referentenspektrums als Säulendiagramm

Quelle zur Grafik [279]

Für die Jahre 2001, 2002, 2004 und 2005 wurde die Referentenstruktur der DGPM, einer rein ärztlich besetzten Gesellschaft, analysiert. Erwartungsgemäß ist der ärztliche Referent sehr dominant, 2005 gab es keinen psychologischen Referenten. Daraus lässt sich ableiten, dass in diesen Jahren vorwiegend ärztliche Referenten auf den Veranstaltungen gesprochen haben und die ärztlichen Mitglieder lieber „untersich blieben“.

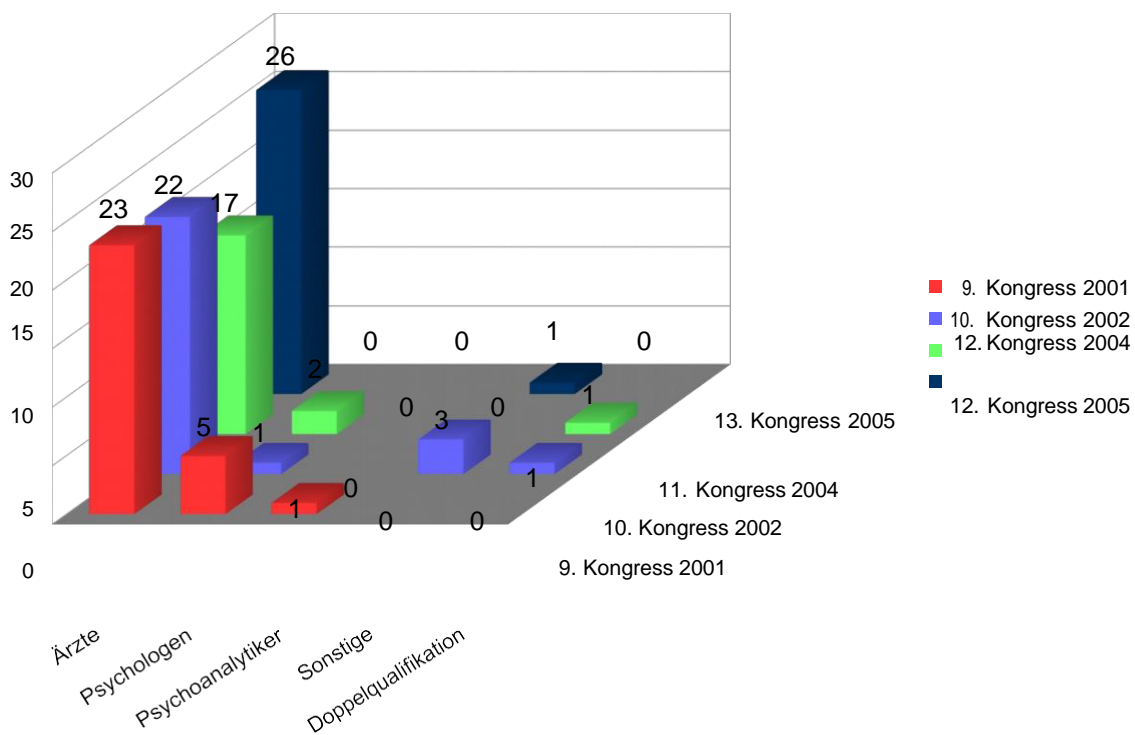


Abb.17: Darstellung der Referentenstruktur der DGPM-Kongresse für die Jahre 2001, 2002, 2004 und 2005

Quellen zur Grafik

[62, 63, 66, 68]

### Basistabelle zur Grafik

Kongress DGPM	Ärzte	Psychologen	Psychoanalytiker	Sonstige
9. Kongress 2001	23	5	1	0
10. Kongress 2002	22	1	0	3
12. Kongress 2004	17	2	0	0
13. Kongress 2005	26	0	0	1

Das Jahr 2015 wird durch die Referentenstruktur der DGPT repräsentiert. Ihre Mitglieder müssen eine psychoanalytische Aus- bzw. Weiterbildung, entsprechend den Vorgaben, nachweisen. Daher ist die Mitgliederstruktur ebenfalls multidisziplinär, aber erwartungsgemäß mit einem hohen Anteil an Psychotherapeuten. Entsprechend sieht die Referentenverteilung in dem Säulendiagramm aus, 34 psychologische und 26 ärztliche Referenten.

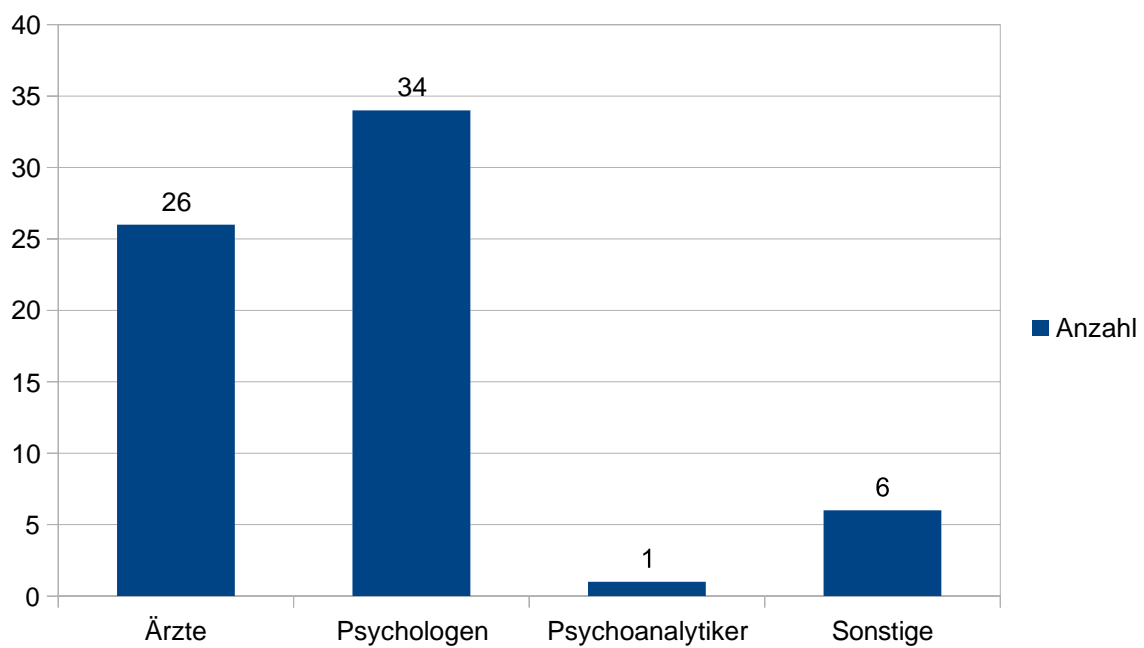


Abb. 18: Darstellung des Referentenspektrums als Säulendiagramm

[280]

Um den Anteil psychosomatisch/psychotherapeutischer Symposienthemen an allen Symposien beurteilen zu können, wurden exemplarisch zwei Gesellschaften ausgesucht:

Die DGPPN, die die Bereiche Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde abdeckt, sowie die DGPT, die Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie repräsentiert. Entgegen der Erwartung, lag der Anteil der psychosomatisch/psychotherapeutisch ausgerichteten Themen bei der DGPPN nicht unterhalb des Anteils der DGPT. Dies lässt sich rein spekulativ als Annäherung der DGPPN an psychosomatische Symposienthemen werten. Die DGPT Kongressthemen der Jahre 1983-2015 waren ausschließlich nicht psychosomatischen Inhalts; sicher gab es überlappende Themenbereiche. Aber für eine Gesellschaft, die unter anderem die Psychosomatik repräsentiert, war das Thema Psychosomatik nicht als Kongressthema zu finden. Im Zuge der Recherche fiel allerdings auf, dass es 1967 einen Kongress zum Thema Psychosomatik gab.

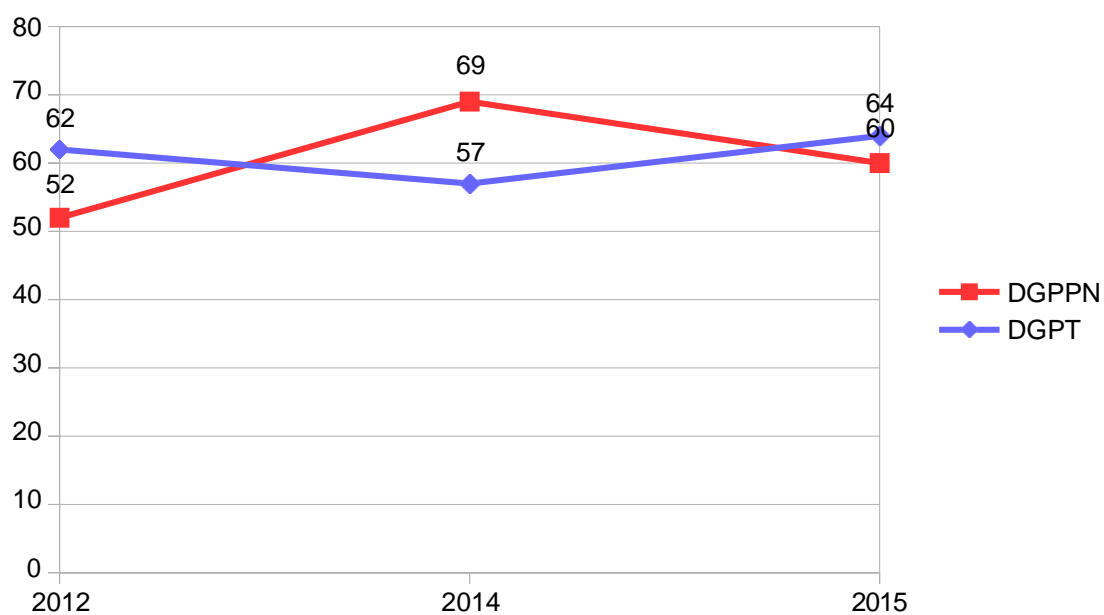


Abb. 19: Darstellung des prozentualen Anteils psychosomatischer/psychotherapeutischer Symposieninhalte für DGPPN und DGPT  
[306]  
[307]  
[308]



Zusammenfassend lässt sich sagen, die Psychosomatik lebt.

Die frühe Einführung der Psychosomatik sowohl in der Versorgungsstruktur des deutschen Gesundheitssystems als auch in der Ausbildung (Studium und Facharztweiterbildung) war eine an die Erfordernisse angepasste und richtige Entscheidung. Der Rückblick auf mehr als 30 Jahre Veranstaltungsgeschehen, der von den ausgewählten Gesellschaften organisierten Tagungen/Symposien/Fortbildungen, lässt eine Entwicklung von Trends bezogen auf die einzelnen Themen zu. Daraus lässt sich die Referentenstruktur ebenso wie die Themenpräsenz „Psychosomatik“ in den einzelnen Gesellschaften ableiten und eine Diskussion eröffnen.

## 7 Diskussion

Diese Arbeit ist eine retrospektive Auswertung über mehr als 30 Jahre Veranstaltungsgeschehen von ausgesuchten Gesellschaften, die die Psychosomatik repräsentieren. Sie wirft Fragen auf mehreren Ebenen auf, die hier zur Diskussion gestellt werden.

Repräsentieren die ausgesuchten Gesellschaften die Psychosomatik auf ihren Veranstaltungen in ausreichendem Maße, ist eine interdisziplinäre Gesellschaftsform, die eben nicht nur die Psychosomatik repräsentiert, besser geeignet? Bei der Betrachtung der Vielzahl von Veranstaltungen der einzelnen Gesellschaften konnten Trends ausgesuchter Themen entwickelt werden; manche Themen sind für Studenten und Fachartanwärter sehr wichtig, da sie prüfungsrelevant sind. Daher kann ein Veranstaltungsbesuch zu einer Wissensvermehrung führen.

Wer entscheidet bei interdisziplinären Gesellschaften, welche Themenschwerpunkte zu welchem Anteil repräsentiert werden? Wer entscheidet, welche Referenten aus welchen Disziplinen vortragend sein werden? Sind die entwickelten Trends durch eine allgemeine, durch die Fachschaft heraus getragene Entwicklung in bestimmten Bereichen zurückzuführen oder sind diese Trends durch wenige Trendsetter im Bereich der Programmverantwortlichen getragen? Diese Fragen lassen sich durch diese Arbeit nicht beantworten. Sie erlaubt die Aussage, dass nicht alle Gesellschaften die Psychosomatik ausreichend in ihren Veranstaltungen repräsentieren, über die Gründe dafür kann man nur spekulieren. In manchen Jahren gab es Veranstaltungsthemen, die eventuell mit dem Forschungsschwerpunkt eines Gesellschaftsvorsitzenden zu assoziieren waren.

Die Grundlage dieser Arbeit basiert auf Arbeitsmaterialien, die nur zu einem sehr geringen Anteil digital zugänglich sind, manche Materialien waren wegen Archivvorgaben nicht zugänglich, daher wurde sich auf die auffindbaren Arbeitsmaterialien beschränkt. Die Retrospektive ist daher unvollständig und könnte unter Berücksichtigung der nicht zugänglichen Materialien zu einer anderen Trendentwicklung führen.

Die Auswertungen musste an die unterschiedlichen Programmgestaltungen innerhalb der Gesellschaften angepasst werden, Begriffe wie „Topics“ wurden Symposien gleichgesetzt.

Die nähere Betrachtung der angeführten Referenten hinsichtlich ihrer fachlichen Qualifikation ist nur zum Teil geglückt, trotz umfangreicher Recherche, konnten nicht alle Referenten ausfindig gemacht werden und daher keine Zuordnung zu einer Referentengruppe erfolgen.

Die dargestellten Trendentwicklungen lassen Bewertungen zu, allerdings lässt sich nicht immer ein eindeutiger Schluss ziehen. Auf den ersten Blick bedeutet ein Thema, das unterhalb des Mittelwerts liegt, aber eine steigende Tendenz zeigt, nicht automatisch, dass das Thema zwangsläufig uninteressant oder weniger aktuell ist. Es kann sich um ein sehr gut etabliertes Thema handeln, auf das nicht mehr besonders aufmerksam gemacht werden muss. Die Interpretationsmöglichkeiten der dargestellten Trendentwicklungen ist weit gefächert und um genaue Beurteilungen abgeben zu können, müsste eine gezielte Betrachtung, die den Rahmen der Arbeit sprengt, Anschluss finden.

Diese Arbeit versucht die Entscheidung, die Psychosomatik als eigenständiges Fach zu etablieren, durch einen Überblick auf veranstaltete Kongresse/Jahres- oder auch Arbeitstagungen zu untermauern. Der Versorgungsauftrag an die Psychosomatik, an die in ihr tätigen Beschäftigten, erfordert einen hohen Ausbildungsstatus sowie die kontinuierliche Weiter- oder Fortbildung. Die zuständigen Gesellschaften müssen einerseits zeitgerechte Veranstaltungen gestalten, deren Themenauswahl das Interesse der Besucher weckt, andererseits auch den Studierenden und Facharztanwärtern gerecht werden muss. Wir benötigen eine lebendige Psychosomatik, die wir erleben, die uns einen Zugang zum Patienten und zu seiner Krankheit ermöglicht.

Abschließend werden aus heutiger Sicht natürlich Defizite in der methodischen Herangehensweise, der Datengrundlage und der Datenauswertung klar. Die vorliegende Arbeit bietet also in dieser Hinsicht eine erste Annäherung an das Thema

und macht die Probleme und Herausforderungen dazu deutlich. Sie zeigt andererseits auch erste Ansatzpunkte, um weiteren Fragestellungen gezielter nachgehen zu können. Sie bietet damit aus Sicht der Autorin eine Basis, dieses Thema weiter und differenzierter zu durchdringen.

## 8 Abkürzungen

AÄGP	Allgemeine Ärztliche Gesellschaft
Anz.	Anzahl nur in Grafiken
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BKJPP	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
DAK	eine Deutsche Krankenkasse, ehemals Deutsche Angestellten Krankenkasse
DGAP	Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie
DGIP	Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V.
DKPM	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V.
DPG	Deutsche Gesellschaft für Psychologie
DPV	Deutsche Psychoanalytische Vereinigung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab, nur in Basistabelle
FAW	Facharztweiterbildung nur in Grafiken
Fortb.	Fortbildung nur in Grafiken
GEK	Gesundheitsersatzkasse
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KIGGS	Jugendgesundheitssurvey des Robert Koch Instituts
LZK	Lernzielkatalog nur in Grafiken
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SGB	Sozialgesetzbuch
stat.	stationär nur in Grafiken und Basistabellen

## 9 Webverzeichnis

- 1 <https://www.zukunftsinstitut.de/artikel/trends-grundlagenwissen/>
- 5 <http://www.dgvt-fortbildung.de/interaktive-fortbildung/archiv-der-fachartikel/archiv/egger-jw-2008-das-biopsychosoziale-krankheitsmodell-in-der-praxis/>
- 6 <http://www.hontschik.de/chirurg/aim.htm>
- 7 [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/20130628-MWBO\\_V6.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/20130628-MWBO_V6.pdf)
- 9 [http://www.kbv.de/media/sp/Gutachten\\_Psychosomatik\\_Zwischenbericht.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Gutachten_Psychosomatik_Zwischenbericht.pdf)
- 10 <http://www.psychosoziale-lage.de/>
- 12 [http://www.barfrankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenempfehlung\\_psychische\\_Erkrankungen.pdf](http://www.barfrankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenempfehlung_psychische_Erkrankungen.pdf)uelle: (BAR)
- 12 [http://www.kbv.de/media/sp/Praesentation\\_Kruse\\_Herzog.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Praesentation_Kruse_Herzog.pdf)
- 14 <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbvi/1.html>
- 15 [https://www.gmkonline.de/\\_beschluesse/Protokoll\\_80-GMK\\_Top1002\\_Anlage1\\_Psychiatrie-Bericht.pdf](https://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage1_Psychiatrie-Bericht.pdf)
- 18 [www.dkpm.de](http://www.dkpm.de) 2016
- 19 <https://www.dgpm.de/de/wir-ueber-uns/satzung/>
- 20 [https://de.wikipedia.org/wiki/Allgemeine\\_%C3%84rztliche\\_Gesellschaft\\_f%C3%BCr\\_Psychotherapie](https://de.wikipedia.org/wiki/Allgemeine_%C3%84rztliche_Gesellschaft_f%C3%BCr_Psychotherapie)
- 21 [http://www.dgpt.de/fileadmin/download/DGPT-Satzung\\_Stand\\_Oktober\\_2015.pdf](http://www.dgpt.de/fileadmin/download/DGPT-Satzung_Stand_Oktober_2015.pdf)
- 22 <http://www.dgppn.de/mitglieder.html>
- 65 <http://www.vr-elibrary.de/doi/pdf/10.13109/zptm.2003.49.4.441>
- 67 [http://www.koerperpsychotherapie-dgk.de/DKPM\\_2005\\_final\\_programme.pdf](http://www.koerperpsychotherapie-dgk.de/DKPM_2005_final_programme.pdf) Seite 13,25-49,51-53
- 69 <http://www.med.uni-magdeburg.de/fme/prst/pmi2006/29.shtml> Seite 1
- 78 [http://www.deutscher-psychosomatik-kongress.de/wp-content/uploads/2015/03/02\\_Psycho-2015\\_Abstractbuch.pdf](http://www.deutscher-psychosomatik-kongress.de/wp-content/uploads/2015/03/02_Psycho-2015_Abstractbuch.pdf) Seite 24-28,31-36,38-52,56-73, Umschlagseite 1
- 79 [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/MLogbuch-28-FA-Psychosomatische\\_Medizin\\_und\\_Psychotherapie.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/MLogbuch-28-FA-Psychosomatische_Medizin_und_Psychotherapie.pdf)
- 80 <http://www.medizinstudium.uni-freiburg.de/lehrende/Lernzielkataloge/Psychosomatik.pdf>
- 81 [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/226540/publicationFile/16425/med\\_reha\\_erwachsene\\_psycho.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/226540/publicationFile/16425/med_reha_erwachsene_psycho.pdf) Seite 14-15
- 82 <https://de.wikipedia.org/wiki/Prim%C3%A4rforschung>
- 83 [https://de.wikipedia.org/wiki/Gleitender\\_Mittelwert](https://de.wikipedia.org/wiki/Gleitender_Mittelwert)

84	<a href="http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/essstoerung.html">http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/essstoerung.html</a>	
85	<a href="http://www.bzga-essstoerungen.de/index.php?id=44">http://www.bzga-essstoerungen.de/index.php?id=44</a>	
113	<a href="http://www.professionalabstracts.com/dgpmkpm2015/programme-dgpmkpm2015.pdf">http://www.professionalabstracts.com/dgpmkpm2015/programme-dgpmkpm2015.pdf</a>	Seite 12
115	<a href="http://www.schattauer.de/en/magazine/subject-areas/journals-a-z/.../download.html">www.schattauer.de/en/magazine/subject-areas/journals-a-z/.../download.html</a>	
116	<a href="http://klinikum.uni-muenster.de/fileadmin/ukminternet/daten/kliniken/psychosomatik/weiterbildung/arbeitskreis_geronto/15-405_AT">http://klinikum.uni-muenster.de/fileadmin/ukminternet/daten/kliniken/psychosomatik/weiterbildung/arbeitskreis_geronto/15-405_AT</a>	
136	<a href="http://www.professionalabstracts.com/dgpmkpm2015/programme-dgpmkpm2015.pdf">http://www.professionalabstracts.com/dgpmkpm2015/programme-dgpmkpm2015.pdf</a>	Seite 3
137	<a href="http://transplantation-cbf.charite.de/patienten/transplantation/historie_der_transplantationsmedizin/">http://transplantation-cbf.charite.de/patienten/transplantation/historie_der_transplantationsmedizin/</a>	
138	<a href="http://www.klinikumessen.lvr.de/de/nav_main/erwachsene/klinik_fuer_psychosomatische_medizin_und_psychotherapie/ambulanz_6/spezialsprechstunde_psychosomatik_bei_organtransplantationen/psychosomatik_bei_organtransplantation.html">http://www.klinikumessen.lvr.de/de/nav_main/erwachsene/klinik_fuer_psychosomatische_medizin_und_psychotherapie/ambulanz_6/spezialsprechstunde_psychosomatik_bei_organtransplantationen/psychosomatik_bei_organtransplantation.html</a>	
151	<a href="https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/basis-informationen-krebs-allgemeine">https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/basis-informationen-krebs-allgemeine</a>	
152	<a href="https://www.krebsinformationsdienst.de/wegweiser/iblatt/iblatt-Psychoonkologie.pdf">https://www.krebsinformationsdienst.de/wegweiser/iblatt/iblatt-Psychoonkologie.pdf</a>	
153	<a href="http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2015/krebs_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile">http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2015/krebs_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile</a>	
154	<a href="https://www.mh-hannover.de/31766.html">https://www.mh-hannover.de/31766.html</a>	
168	<a href="http://www.professionalabstracts.com/dgpmkpm2015/programme-dgpmkpm2015.pdf">http://www.professionalabstracts.com/dgpmkpm2015/programme-dgpmkpm2015.pdf</a>	Seite 2,10
185	<a href="http://www.kbv.de/html/10258.php">http://www.kbv.de/html/10258.php</a>	
186	<a href="http://www.professionalabstracts.com/dgpmkpm2015/programme-dgpmkpm2015.pdf">http://www.professionalabstracts.com/dgpmkpm2015/programme-dgpmkpm2015.pdf</a>	Seite 20,98
198	<a href="http://www.professionalabstracts.com/dgpmkpm2015/programme-dgpmkpm2015.pdf">http://www.professionalabstracts.com/dgpmkpm2015/programme-dgpmkpm2015.pdf</a>	Seite 75
213	<a href="http://www.rehaklinik.de/wecos/download/infobaseplus-aktuelles/0/1477/2225/1/Frau_Anderssen_Reuster_Achtsamkeit_Bad_Oeynhausen">http://www.rehaklinik.de/wecos/download/infobaseplus-aktuelles/0/1477/2225/1/Frau_Anderssen_Reuster_Achtsamkeit_Bad_Oeynhausen</a>	
214	<a href="http://www.dissoziation-und-trauma.de/literatur/anderssen-reuster-hrsg-achtsamkeit-in-psychotherapie-und-psychosomatik">http://www.dissoziation-und-trauma.de/literatur/anderssen-reuster-hrsg-achtsamkeit-in-psychotherapie-und-psychosomatik</a>	
216	<a href="https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-2006-940036">https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-2006-940036</a>	Seite 132
220	<a href="http://www.professionalabstracts.com/dgpmkpm2015/programme-dgpmkpm2015.pdf">http://www.professionalabstracts.com/dgpmkpm2015/programme-dgpmkpm2015.pdf</a>	Seite 4
221	<a href="http://www.professionalabstracts.com/dgpmkpm2015/programme-dgpmkpm2015.pdf">http://www.professionalabstracts.com/dgpmkpm2015/programme-dgpmkpm2015.pdf</a>	Seite 51

- dgpmkpm2015.pdf
- 222 <http://www.psychosomatik-ukd.de/patienteninformation/poliklinik/konsiliar-und-liaisondienst/>
- 223 <https://www.rbk.de/standorte/robert-bosch-krankenhaus/abteilungen/psychosomatische-medizin/informationen-fuer-patienten-und-angehoerige/konsiliar-und-liaisondienst.html>
- 224 <https://www.dgppn.de/karriere/zertifizierungen/zertifikat-konsiliardienst.html>
- 225 [http://www.dkpm.de/de/forschung/ag/konsiliar-liaison\\_psychosomatik.php?thisID=56h](http://www.dkpm.de/de/forschung/ag/konsiliar-liaison_psychosomatik.php?thisID=56h)
- 230 <http://www.repromedizin.de/dgrm-informationen/geschichte.html> Zeitschrift Psychosomatik: Reproduktionsmedizin November 1998, Volume 14, Issue 4, pp 275-281
- 231 <http://www.professionalabstracts.com/dgpmkpm2015/programme-dgpmkpm2015.pdf> Seite 18,24
- 240 <http://www.fachklinik-furth.de/Pathologisches-Gluecksspiel.aspx>
- 241 <http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psy-wis/article/view/86/329>
- 244 <http://www.professionalabstracts.com/dgpmkpm2015/programme-dgpmkpm2015.pdf>
- 264 <http://www.psychosomatik-ukd.de/patienteninformation/storungsbilder/traumafolgestoerungen/>
- 265 <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1394401>
- 266 <http://www.psych1.phil.uni-erlangen.de/forschung/internetbasierte-therapie/>
- 267 <https://www.dgpm.de/de/aktuelles/nachrichten/nachricht/wirksamkeit-der-online-psychotherapie-therapiekontakt-bleibt-wichtig/>
- 280 <http://jahrestagung2015.dgpt.de/index.php>
- 284 <http://www.dgpt.de/wissenschaft-forschung/kongresse-2015-1965/>  
[http://www.psychologie.uni-mannheim.de/cip/Tut/seminare\\_wittmann/meta\\_fribourg/sources/MESTA-Abschlussbericht-Leseprobe.pdf](http://www.psychologie.uni-mannheim.de/cip/Tut/seminare_wittmann/meta_fribourg/sources/MESTA-Abschlussbericht-Leseprobe.pdf)
- 286 <http://www.kiggs-studie.de/deutsch/home.html>
- 287 <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/28909/umfrage/in-krankenhaeusern-diagnostizierte-faelle-von-anorexie-und-bulimie>
- 293 [http://www.lpk-bw.de/fachportal/fachbeitraege/fb\\_pdf/nuebling\\_et\\_al\\_versorgung\\_ptj2014.pdf](http://www.lpk-bw.de/fachportal/fachbeitraege/fb_pdf/nuebling_et_al_versorgung_ptj2014.pdf) Seite 389
- 294 <http://www.repromedizin.de/dgrm-informationen/geschichte.html>
- 298 [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2015/Stat15AbbTab.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2015/Stat15AbbTab.pdf) Blatt 5-6
- 299 [https://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger\\_bundesweiter\\_Gesundheitsreport\\_2015-1585948.pdf](https://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2015-1585948.pdf)



300	<a href="https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611147004.pdf?__blob=publicationFile">https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611147004.pdf?__blob=publicationFile</a>		
301	<a href="http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/aerztliche-psychotherapie-heuft.pdf">http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/aerztliche-psychotherapie-heuft.pdf</a>	Seite 28	
302	<a href="https://klinik-windach.de/wp-content/uploads/2013/05/Psychosomatik_Die_BKK_2013_04.pdf">https://klinik-windach.de/wp-content/uploads/2013/05/Psychosomatik_Die_BKK_2013_04.pdf</a>		
303	<a href="http://www.eapm.eu.com/about-eapm.html">http://www.eapm.eu.com/about-eapm.html</a>		
304	<a href="http://www.aerzteblatt.de/archiv/61138">http://www.aerzteblatt.de/archiv/61138</a> , PP 7, Ausgabe 2008	Seite 335	
305	<a href="http://www.vpk.info/pdf/Psychoguide%20klein%20Homepage%20Seite%201%20und%202.pdf">http://www.vpk.info/pdf/Psychoguide%20klein%20Homepage%20Seite%201%20und%202.pdf</a>		
306	<a href="https://www.dgppn.de/fileadmin/congress/Downloads_2015/DGPPN2015_Programm_1029___FINAL.pdf">https://www.dgppn.de/fileadmin/congress/Downloads_2015/DGPPN2015_Programm_1029___FINAL.pdf</a>	Seite 15-30	
307	<a href="https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/ePDF-DGPPN2014_Programm_Buch_1105.pdf">https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/ePDF-DGPPN2014_Programm_Buch_1105.pdf</a>	Seite 28-46	
309	<a href="http://www.fr-online.de/campus/sportsucht-laufen--bis-es-wehtut,4491992,30516672.html">http://www.fr-online.de/campus/sportsucht-laufen--bis-es-wehtut,4491992,30516672.html</a>		
310	<a href="http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2015/">http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2015/</a>		
312	<a href="https://www.dgppn.de/kongress.html">https://www.dgppn.de/kongress.html</a>	ohne Seitenangabe, Kongressarchiv	
313	<a href="https://www.yumpu.com/de/document/view/6139501/psychische-erkrankungen-in-der-lebensspanne-dgppn/209">https://www.yumpu.com/de/document/view/6139501/psychische-erkrankungen-in-der-lebensspanne-dgppn/209</a>		
314	<a href="http://www.bkjpp-jahrestagung.de/xconfig/upload/files/_bkjpp-jahrestagung_2016_fuer_web.pdf">http://www.bkjpp-jahrestagung.de/xconfig/upload/files/_bkjpp-jahrestagung_2016_fuer_web.pdf</a>	Programmheft Seite 36/37	
315	<a href="http://www.kinderpsychiater.org/bag/allgemeines/">http://www.kinderpsychiater.org/bag/allgemeines/</a>		
316	<a href="http://www.bvkj.de/der-bvkj/">http://www.bvkj.de/der-bvkj/</a>		
317	<a href="http://www.dgkj.de/service/seite/1/">http://www.dgkj.de/service/seite/1/</a>		
318	<a href="http://dgkjp.de/gemeinsame-kommissionen/kommission-psychoomatik">http://dgkjp.de/gemeinsame-kommissionen/kommission-psychoomatik</a>		
319	<a href="http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2015/Stat15Tab03.pdf">http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2015/Stat15Tab03.pdf</a>		
320	<a href="http://www.pr.uni-freiburg.de/pm/2008/Psychosomatik-Programm">http://www.pr.uni-freiburg.de/pm/2008/Psychosomatik-Programm</a>		
321	<a href="http://www.pr.uni-freiburg.de/pm/2008/Psychosomatik-Programm">statistic_id520497_anzahl-beschaefigte-in-der-nicht-aerztlichen-psychotherapie-in-deutschland-bis-2015.xlsx</a>		

## 10 Literaturverzeichnis

- |    |  |                                 |
|----|--|---------------------------------|
| 2  | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 20   | Seite 44                        |
| 3  | Platon griechischer Philosoph, 428/27 v. Chr. Bis 348/47 v.Chr.  |                                 |
| 4  | Josef Egger 2005, 16 Jahrgang, Nr. 2, Psychologische Medizin   | Seite 3                         |
| 8  | Herzog W, Beutel ME, Kruse J (Hrsg.) (2013): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute. Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland   |                                 |
| 11 | Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2008): Psychotherapeutische Versorgung, Gesundheitsbericht des Bundes , Heft 41, 2008  |                                 |
| 13 | Barghaan, Harfst, Koch & Schulz, 2005 . Psychotherapeutische Versorgung. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), Praxis der Psychotherapie (3. ed., S. 25-32). Stuttgart: Georg Thieme Verlag |                                 |
| 16 | Zaudig M: Fünfzig Jahre psychosomatische Krankenhausbehandlung 2004. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 50:355-375                                      |                                 |
| 17 | Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1   |                                 |
| 23 | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr.4   | Seite 9                         |
| 24 | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 6  | Seite 48,49                     |
| 25 | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 6  | Seite 2,11                      |
| 26 | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 7  | Seite 9-11                      |
| 27 | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr.7   | Seite 15                        |
| 28 | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 8  | Seite 11,12                     |
| 29 | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr.8   | Seite 18                        |
| 30 | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr.9   | Seite 26,27                     |
| 31 | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr.10  | Seite 20                        |
| 32 | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr.11  | Seite 12                        |
| 33 | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 12   | Seite 8                         |
| 34 | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr.12  | Seite 14, 21                    |
| 35 | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr.14  | Seite 18 bis 21                 |
| 36 | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr.15  | Seite 38,45                     |
| 37 | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr.16  | Seite 11,15                     |
| 38 | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr.17  | Seite 5                         |
| 39 | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr.18  | Seite 27,28                     |
| 40 | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 19   | Seite 12,13                     |
| 41 | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 20   | Seite 14                        |
| 42 | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 20   | Seite 94,95,<br>Deckblatt       |
| 43 | Programmheft der 38. Arbeitstagung des DKPM  | Seite 10-20,<br>Umschlagseite 1 |
| 44 | Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V. Jägerstr. 51, 10117 Berlin via pdf   | Seite 5,<br>Umschlagseite 1     |

45	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 23	Seite 18,20
46	Programmheft der 40. Arbeitstagung des DKPM	Seite 10-21, Umschlagseite 1
47	Programmheft der 41. Arbeitstagung des DKPM	Umschlagseite 1, ohne Seitenangabe
48	Programmheft der 42. Arbeitstagung des DKPM	Seite 14-29, Umschlagseite 1
49	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V. Jägerstr. 51, 10117 Berlin via pdf	
50	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 27	Seite 129,135-136
51	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 28	Seite 31
52	Programmheft der 45. Arbeitstagung des DKPM	Seite 19-34, Umschlagseite 1
53	Programmheft der 46. Arbeitstagung des DKPM	Seite 6-13, Umschlagseite 1
54	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) via pdf	Seite 4,5, Umschlagseite 1
55	Hermann Staats: "Das zentrale Thema der Stunde"	Seite 136
56	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) via pdf	Seite 2,3, Umschlagseite 1
57	Programmheft der 48. Arbeitstagung des DKPM	Seite 14-22
58	Programmheft der 49. Arbeitstagung des DKPM	Seite 12-16,19-23, Umschlagseite 1
59	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) via pdf	Seite 2-5, Umschlagseite 1
60	Programmheft der 50. Arbeitstagung des DKPM	Seite 22,27-29,33-35
61	Programmheft der 51. Arbeitstagung des DKPM	Seite 20,22,24,26,27,29- 31,35,40,42-45
62	Programmheft des 9. Kongress der DGPM	Seite 3-5, Umschlagseite 1
63	Programmheft des 10. Kongress der DGPM	ohne Seitenangabe, Umschlagseite 1
64	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) via pdf	ohne Seitenangabe, Umschlagseite 1
66	Programmheft des 12. Kongress der DGPM	ohne Seitenangabe, Umschlagseite 1
68	Programmheft des 13. Kongress der DGPM	ohne Seitenangabe, Umschlagseite 1
70	Programmheft der 58. Jahrestagung des DKPM und 15. Jahrestagung der DGPM	ohne Seitenangabe, Umschlagseite 1
71	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) via pdf	Seite 14-16,26- 35,40-49, Umschlagseite 1
		Seite 21-25,30- 33,38-41

- |     |   |   |
|-----|---|---|
| 72  | Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) via pdf  | Seite 30-37,44-57,64-77,<br>Umschlagseite 1       |
| 73  | Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) via pdf  | Seite 22-31,37,40-44,48-61,67,<br>Umschlagseite 1 |
| 74  | Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) via pdf  | Seite 13,15-16,18,21-24,26-40,<br>Umschlagseite 1 |
| 75  | Programmheft der Veranstaltung der DGPM   | Seite 5-7,<br>Umschlagseite 1                     |
| 76  | Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) via pdf  | Seite 23-35,38-40,46-61,<br>Umschlagseite 1       |
| 77  | Hauptprogramm Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  | Seite 26-46,51-65,<br>Umschlagseite 1             |
| 86  | Swanson, S. A., et al. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. Arch Gen Psychiatry. 68(7):714–23. |   |
| 87  | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 7   | Seite 63-64                                       |
| 88  | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 14  | Seite 21  |
| 89  | Programmheft der 35. Arbeitstagung des DKPM   | Seite 17,18                                       |
| 90  | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 20  | Seite 94,95                                       |
| 91  | Programmheft der 38. Arbeitstagung des DKPM   | Seite 13,20                                       |
| 92  | Programmheft der 41. Arbeitstagung des DKPM   | ohne Seitenangabe,<br>Symposium 2                 |
| 93  | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 25  | Seite 14  |
| 94  | Programmheft der 42. Arbeitstagung des DKPM   | Seite 11  |
| 95  | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 26  | Seite 76,77                                       |
| 96  | Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 29  | Seite 56  |
| 97  | Programmheft der 45. Arbeitstagung des DKPM   | Seite 20  |
| 98  | Programmheft der 48. Arbeitstagung des DKPM   | Seite 17  |
| 99  | Programmheft der 49. Arbeitstagung des DKPM   | Seite 15  |
| 100 | Programmheft der 50. Arbeitstagung des DKPM   | Seite 34  |
| 101 | Programmheft der 51. Arbeitstagung des DKPM   | Seite 49  |
| 102 | Programmheft des 9. Kongress der DGPM   | ohne Seitenangabe,<br>Rubrik S3                   |
| 103 | Programmheft der 56. Jahrestagung des DKPM  | Seite 13,41,43                                    |
| 104 | Programmheft der 58. Jahrestagung des DKPM und 15. DGPM Jahrestagung  | Seite 13,15                                       |
| 105 | Programmheft der 59. Jahrestagung des DKPM und 16. DGPM Jahrestagung  | Seite 027,030,033                                 |
| 106 | Programmheft der 60. Jahrestagung des DKPM und 17. DGPM Jahrestagung  | Seite 43,69,72                                    |

107	Programmheft DGPPN Kongress	Seite 39
108	Programmheft der 61. Jahrestagung des DKPM und 18. DGPM Jahrestagung	Seite 13
109	Programmheft der 62. Jahrestagung des DKPM und 19. DGPM Jahrestagung	Seite 13,15,16
110	Programmheft der 63. Jahrestagung des DKPM und 20. DGPM Jahrestagung, Kurzprogramm	Seite 3
111	Programmheft der 64. Jahrestagung des DKPM und 21. DGPM Jahrestagung, Kurzprogramm	Seite 19
112	Programmheft der 65. Jahrestagung des DKPM und 22. DGPM Jahrestagung	Seite 19
114	gender-spezifische Störungen und Ressourcen im Alter, 15. Wissenschaftliche Arbeitstagung Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie Februar 2015	
117	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 6	Seite 72
118	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 11	Seite 12-14
119	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 15	Seite 38, 45
120	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 20	Seite 104-105
121	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 23	Seite 73,76
122	Programmheft der 40. Arbeitstagung des DKPM	Seite 16
123	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 24	Seite 21
124	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 26	Seite 30
125	Programmheft der 42. Arbeitstagung des DKPM	Seite 17
126	Programmheft der 45. Arbeitstagung des DKPM	Seite 10
127	Programmheft der 46. Arbeitstagung des DKPM	Seite 9
128	Programmheft der 48. Arbeitstagung des DKPM	Seite 42
129	Programmheft der 50. Arbeitstagung des DKPM	Seite 34
130	Programmheft der 58. Jahrestagung des DKPM und 15. DGPM Jahrestagung	Seite 15
131	Programmheft DGPPN Kongress	Seite 40
132	Programmheft der 61. Jahrestagung des DKPM und 18. DGPM Jahrestagung	Seite 57-60
133	Programmheft der 62. Jahrestagung des DKPM und 19. DGPM Jahrestagung	Seite 15
134	Programmheft der 63. Jahrestagung des DKPM und 20. DGPM Jahrestagung	Seite 3
135	Programmheft der 64. Jahrestagung des DKPM und 21. DGPM Jahrestagung	Seite 24
139	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 19	Seite 85
140	Programmheft der 38. Arbeitstagung des DKPM	Seite 16
141	Programmheft der 40. Arbeitstagung des DKPM	Seite 19
142	Programmheft der 41. Arbeitstagung des DKPM	ohne Seitenangabe, Symposium 5
143	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 26	Seite 25
144	Programmheft der 42. Arbeitstagung des DKPM	Seite 29
145	Programmheft der 51. Arbeitstagung des DKPM	Seite 37
146	Programmheft der 56. Arbeitstagung des DKPM	Seite 51
147	Programmheft der 59. Jahrestagung des DKPM und 16. DGPM Jahrestagung	Seite 039

148	Programmheft der 60. Jahrestagung des DKPM und 17. DGPM Jahrestagung	Seite 74
149	Programmheft der 61. Jahrestagung des DKPM und 18. DGPM Jahrestagung	Seite 43
150	Programmheft der 64. Jahrestagung des DKPM und 21. DGPM Jahrestagung	Seite 25,59
155	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 9	Seite 66
156	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 19	Seite 85
157	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 21	Seite 49
158	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 22	Seite 70,93
159	Programmheft der 41. Arbeitstagung des DKPM	ohne Seitenangabe, Symposium 6
160	Programmheft der 45. Arbeitstagung des DKPM	Seite 26
161	Programmheft der 50. Arbeitstagung des DKPM	Seite 26,30,35
162	Programmheft der 56. Jahrestagung des DKPM	Seite 29
163	Programmheft der 58. Jahrestagung des DKPM und 15. DGPM Jahrestagung	Seite 13,14
164	Programmheft der 60. Jahrestagung des DKPM und 17. DGPM Jahrestagung	Seite 44
165	Programmheft der 61. Jahrestagung des DKPM und 18. DGPM Jahrestagung	Seite 17,35,37,41
166	Programmheft der 64. Jahrestagung des DKPM und 21. DGPM Jahrestagung, Kurzprogramm	Seite 32
167	Programmheft der 65. Jahrestagung des DKPM und 22. DGPM Jahrestagung	Seite 20,27,45,51,55
169	Mitteilungen an die Mitglieder	Seite 33
170	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 8	Seite 11,12
171	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 10	Seite 21
172	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr.16	Seite 67
173	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr.18	ohne Seitenangabe
174	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 20	Seite 23-25,30-31
175	Programmheft der 40. Arbeitstagung des DKPM	Seite 7,13,18
176	Programmheft der 45. Arbeitstagung des DKPM	Seite 30,31,34
177	Programmheft der 48. Arbeitstagung des DKPM	Seite 8,13
178	Programmheft der 48. Arbeitstagung des DKPM	Seite 7,9,14,15
179	Programmheft der 6. Jahrestagung der DGPM	Seite 3
180	Programmheft der 49. Arbeitstagung des DKPM	Seite 10
181	Programmheft der 51. Arbeitstagung des DKPM	Seite 16,35
182	Programmheft der 56. Jahrestagung des DKPM und 13. DGPM Jahrestagung	Seite 31,32
183	Programmheft der 59. Jahrestagung des DKPM und 16. DGPM Jahrestagung	Seite 028,034
184	Programmheft der 60. Jahrestagung des DKPM und 17. DGPM Jahrestagung	Seite 36,46,53,56
187	Programmheft DGPPN Kongress	Seite 196
188	Programmheft der 64. Jahrestagung des DKPM und 21. DGPM Jahrestagung, Kurzprogramm	Seite 34
189	Programmheft der 65. Jahrestagung des DKPM und 22. DGPM Jahrestagung	Seite 33

190	Programmheft der 35.Arbeitstagung des DKPM	Seite 8
191	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr.18	Seite 66
192	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 20	Seite 26-29
192	Programmheft der 41. Arbeitstagung des DKPM	ohne Seitenangabe, Symposium 1
193	Programmheft der 45.Arbeitstagung des DKPM	Seite 31,33
194	Programmheft des 11. Kongress der DGPM	ohne Seitenangabe
195	Programmheft der 6. Jahrestagung der DGPM	Seite 3
196	Programmheft der 51. Arbeitstagung des DKPM	Seite 24
197	Programmheft der 61. Jahrestagung des DKPM und 18. DGPM Jahrestagung	Seite 19
199	Programmheft der 63. Jahrestagung des DKPM und 20. DGPM Jahrestagung, Kurzprogramm	Seite 24
200	Programmheft der 62. Jahrestagung des DKPM und 20. DGPM Jahrestagung, Kurzprogramm	Seite 18,40
201	Mitteilungen an die Mitglieder Nr. 15	Seite 38,45
202	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 20	Seite 94
203	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 18	Seite 61
204	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 30	Seite 3
205	Programmheft der 46. Arbeitstagung des DKPM	Seite 7
206	Programmheft der 65. Jahrestagung des DKPM und 22. DGPM Jahrestagung	Seite 71
207	Programmheft der 58. Jahrestagung des DKPM und 15. DGPM Jahrestagung	Seite 27
208	Programmheft der 64. Jahrestagung des DKPM und 21. DGPM Jahrestagung, Kurzprogramm	Seite 23
209	Programmheft der 61. Jahrestagung des DKPM und 18. DGPM Jahrestagung	Seite 24,26
210	Programmheft der 62. Jahrestagung des DKPM und 19. DGPM Jahrestagung	Seite 13,15
211	Programmheft der 65. Jahrestagung des DKPM und 22. DGPM Jahrestagung	Seite 18
212	Programmheft der 45. Arbeitstagung des DKPM	Seite 32,33
215	Ulrike Anderssen-Reuster (Hrsg.): Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Haltung und Methode,Stuttgart 2007,22011	
217	PiD - Psychotherapie im Dialog 2006; 7(3): 235-240 DOI: 10.1055/s-2006- 940036	
218	Programmheft DGPPN Kongress	Seite 34,40
219	Programmheft der 65. Jahrestagung des DKPM und 22. DGPM Jahrestagung	Seite 30
226	Mitteilungen an die Mitglieder	Seite 23
227	Programmheft der 65. Jahrestagung des DKPM und 22. DGPM Jahrestagung	Seite 16
228	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 26	Seite 38
229	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 2	Seite 43-46
232	Programmheft der 51.Arbeitstagung des DKPM	Seite 42
233	Programmheft der 50.Arbeitstagung des DKPM	Seite 24
234	Programmheft der 45. Arbeitstagung des DKPM	Seite 23,24,28

235	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 25	Seite 14,60
236	Programmheft der 41. Arbeitstagung des DKPM	ohne Seitenangabe, Symposium 11
237	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 18	Seite 79
238	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 16	Seite 22
239	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 21	Seite 22
242	Programmheft DGPPN Kongress	Seite 117,141,170
243	Programmheft DGPPN Kongress	Seite 36
245	Programmheft der 65. Jahrestagung des DKPM und 22. DGPM Jahrestagung	Seite 27
246	Programmheft der 64. Jahrestagung des DKPM und 21. DGPM Jahrestagung, Kurzprogramm	Seite 17
247	Programmheft der 60. Jahrestagung des DKPM und 17. DGPM Jahrestagung	Seite 32
248	Programmheft der 62. Jahrestagung des DKPM und 17. DGPM Jahrestagung	Seite 36
249	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr.16	Seite 37
250	Programmheft der 41. Arbeitstagung des DKPM	ohne Seitenangabe, Symposium 3
251	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 26	Seite 31
252	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 30	Seite 20
253	Programmheft DGPPN Kongress	Seite 37,38
254	Programmheft der 47. Arbeitstagung des DKPM	Seite 12
255	Programmheft der 48. Arbeitstagung des DKPM	Seite 12
256	Programmheft der 58. Jahrestagung des DKPM und 15. DGPM Jahrestagung	Seite 15
257	Programmheft der 62. Jahrestagung des DKPM und 19. DGPM Jahrestagung	Seite 25
258	Programmheft der 49. Arbeitstagung des DKPM	Seite 19
259	Programmheft der 63. Jahrestagung des DKPM und 20. DGPM Jahrestagung	Seite 3
260	Programmheft der 65. Jahrestagung des DKPM und 22. DGPM Jahrestagung	Seite 34,37
261	Programmheft der 64. Jahrestagung des DKPM und 21. DGPM Jahrestagung	Seite 28,30
262	Programmheft der 51. Arbeitstagung des DKPM	Seite 20
263	Programmheft der 56. Jahrestagung des DKPM und 13. DGPM Jahrestagung	Seite 28,29
268	Programmheft der 59. Jahrestagung des DKPM und 16. DGPM Jahrestagung	Seite 035
269	Programmheft DGPPN Kongress	Seite 42
270	Programmheft der 62. Jahrestagung des DKPM und 19. DGPM Jahrestagung	Seite 30,36
271	Programmheft DGPPN Kongress	Seite 126
272	Programmheft der 63. Jahrestagung des DKPM und 20. DGPM Jahrestagung	Seite 5,34,36
273	Programmheft der 65. Jahrestagung des DKPM und 22. DGPM Jahrestagung	Seite 22,60
274	Programmheft DGPPN Kongress	Seite 17
275	Programheft der DGPT Jahrestagung	Seite 3
276	Programmheft der 66. Jahrestagung des DKPM und 23. DGPM Jahrestagung	Seite 17,36



277	Programmheft der 65. Jahrestagung des DKPM und 22. DGPM Jahrestagung	Seite 38,45,53,62
278	Programmheft der 64. Jahrestagung des DKPM und 21. DGPM Jahrestagung	Seite 22,23
279	Programmheft der 45. Arbeitstagung des DKPM	Seite 42-48
281	Programmhefte der 60.- 66. Arbeitstagung des DKPM und der 17. -22. DGPM Jahrestagung	Rubrik Fortbildungen
282	Programmhefte der 62., 63., 65., 66. Arbeitstagung des DKPM und der 18., 19., 21., 22. DGPM Jahrestagung	
283	Programmhefte DGPPN Kongresse 2011, 2012, 2014, 2015	
285	Programmhefte der 63.-65- Jahrestagung des DKPM und 21. - 23. DGPM Jahrestagung	
288	Jacobi, F. et al. (2013). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung	
289	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Der Nervenarzt; 85:77–87	Seite 77-87
290	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr.13	Seite 55, 61-71, Deckblatt
291	Programmheft der 35. Arbeitstagung des DKPM	Seite 7,10-20, Deckblatt
292	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 29	Seite 50,56
295	Zeitschrift Psychosomatik: Reproduktionsmedizin November 1998, Volume 14, Issue 4, pp 275-281	
296	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 21	Seite 20-29
297	Mitteilungen an die Mitglieder des DKPM Nr. 21	Seite 49
308	DGPPN Kongress Programm	Seite 43-56
311	DGPM Programmheft 9. Kongreß	Seite 2

# Anhang

## Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt meinem Doktorvater,

Herrn Prof. Dr. Thomas Loew, der mir die Möglichkeit gab, diese Arbeit zu schreiben.

Ganz besonderen Dank schulde ich der DGPM-Geschäftsstelle in Berlin, die mich mit Programmheften, so weit vorhanden, versorgte.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei meinem Ehemann, Görg Petershagen, dafür bedanken, dass er mir die Freiräume schuf, die ich für die Erstellung dieser Arbeit benötigte.









