

Dan Georgescu

Weiterbildung in Konsiliarpsychiatrie in der Schweiz

Blick zurück nach vorn

Training in consultation psychiatry in Switzerland – A historical perspective with an outlook to the future

► **Abstract** The paper deals with the history and the future of consultation-liaison (C-L) psychiatry in Switzerland, with emphasis on the evolution of the postgraduate training requirements. To this end we have analyzed the curricula for resident training from 1931 to the present, have singled out and discussed the recommendations relevant for C-L psychiatry. In view of their increasing importance, we have also considered the situation of child and adolescent psychiatry

Eingegangen: 26. März 2007
Akzeptiert: 19 April 2007

Dr. med. D. Georgescu (✉)
Psychiatrische Klinik Königsfelden
Postfach 432
5201 Brugg, Switzerland
E-Mail: Dan.Georgescu@pdag.ch

and geriatric psychiatry. In addition, we take a look at the goals set forth in the education of medical students that are essential for the C-L psychiatry specialization. The effect that international recommendations for residency training programs have had on Swiss developments is also considered.

Several reasons supporting the creation of added curricula and certifications within psychiatry are presented.

► **Key words** history – training – consultation-liaison psychiatry – subspecialization – Switzerland

► **Zusammenfassung** Der Beitrag befasst sich mit Geschichte und Zukunft der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie (KL-Psychiatrie) in der Schweiz, insbesondere aus der Perspektive der Entwicklung der Weiterbildungsrichtlinien. Zu diesem Zweck werden die Weiterbildungs-

programme seit 1931 bis heute untersucht und die für die KL-Psychiatrie relevanten Bestimmungen dargestellt und diskutiert. Entsprechend ihrer wachsenden Bedeutung werden auch der kinder- und jugendpsychiatrische und der gerontopsychiatrische Bereich angemessen berücksichtigt. Außerdem werden die während des Medizinstudiums vermittelten Lernziele, die für die spätere Weiterbildung in KL-Psychiatrie essentiell sind, herausgestrichen. Schließlich wird auch der Einfluss internationaler Weiterbildungsempfehlungen auf die nationalen Entwicklungen erörtert.

Argumente für die Bildung von Zusatzcurricula und -qualifikationen in der Psychiatrie werden diskutiert.

► **Schlüsselwörter** Geschichte – Weiterbildung – Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie – Subspezialisierung – Schweiz

Einleitung

Geschichte und Zukunft der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie (KL-Psychiatrie) in der Schweiz waren bereits Gegenstand von Publikationen [4, 23]. Vorliegender Beitrag bringt eine neue Perspektive ein – die der Entwicklung der Weiterbildungsrichtlinien. Der kinderpsychiatrische und der gerontopsychiatrische Bereich werden entsprechend ihrer wachsenden Bedeutung angemessen berücksichtigt.

Betrachtet man die Entwicklung der Weiterbildung in einem Fachgebiet über mehrere Jahrzehnte, so gewinnt man einen guten Eindruck auch über seine Gesamtentwicklung. Im Verlauf der Zeit werden gewisse Arbeitsfelder oder Methoden unterschiedlich betont, neue kommen hinzu, andere verlieren an Bedeutung. Die Expansion wissenschaftlicher Erkenntnisse und die stetig sich verändernden sozioökonomischen Rahmenbedingungen, wie z.B. die demographische Entwicklung oder die Ressourcenverteilung, prägen die Entwicklung eines Faches maßgeblich. Darüber hinaus werden Wei-

terbildungsrichtlinien in Ländern wie der Schweiz, in denen das Gesundheits- und Ausbildungswesen weniger *ex cathedra* gesteuert werden, auch von berufspolitischen Interessen der Fachverbände stark beeinflusst. Wenn beispielsweise eine diagnostische Kompetenz, eine therapeutische Methode oder gar eine Krankheit von mehreren Disziplinen beansprucht wird, dann schlägt sich das auch im Weiterbildungscurriculum der betroffenen Fächer nieder. Ausdruck davon sind gestiegene und präziser formulierte Anforderungen im umkämpften Bereich.

Auseinandersetzungen über den Stellenwert von Spezialbereichen, Methoden u.a. werden auch innerhalb eines Fachgebiets ausgetragen. Auch dies wirkt sich auf die Curricula aus und umgekehrt. Denn: „Letztendlich bestimmt jedoch die Weiterbildung [...] als wichtigster Faktor das Fach „Psychiatrie und Psychotherapie“ [25]. So bestehen mehrere Möglichkeiten, den Status eines Teilbereichs durch Weiterbildungsbestimmungen aufzuwerten:

- Anforderungen, die sich an den Weiterbildungskandidaten richten: Formulierung von Lernzielen im Weiterbildungsprogramm (WBP), Forderung nach einer Rotation bzw. nach einer Anzahl Unterrichts- und Supervisionsstunden in der entsprechenden Fachrichtung und nach einer Quote spezifischer Prüfungsfragen
- Anforderungen, die sich an die Weiterbildungsstätte richten: Nachweis eines bestimmten Angebots ist Bedingung für den Erhalt der Weiterbildungsberechtigung
- Subspezialisierungen: Schaffung von *zertifizierten* Zusatzqualifikationen zum Facharztstitel; diese weisen eine entsprechende Kompetenz in einem Gebiet nach und können u. U. einkommensrelevant sein

Die Verbindung der Schweizer Ärzte (Foederatio Medicorum Helveticorum FMH) unterscheidet hinsichtlich der Zusatztitel die *Schwerpunkte* von den *Fähigkeitsausweisen* [22]. Als Schwerpunkte werden Spezialisierungen *innerhalb* eines Fachgebietes bezeichnet. Die Fähigkeitsausweise hingegen sind *fächerübergreifend*. Sie gelten als Bestätigung für strukturierte und kontrollierte Weiterbildungsgänge, welche von ihrem Umfang oder ihrer Bedeutung her den Anforderungen eines Facharztstitels nicht genügen, oder für eine Zusatzqualifikation in bestimmten Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethoden.

Anders als in der amerikanischen Psychiatrie, wo entsprechende Zusatztitel seit nunmehr bald 50 Jahren eingeführt wurden, blieb diese Entwicklung in der Schweiz bis vor kurzem auf die somatische Medizin begrenzt. So wurden bis anhin 44 Facharztstitel, 28 Schwerpunkte und 26 Fähigkeitsausweise geschaffen. Der erste psychiatrische Schwerpunkt (Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie) wurde nach langjährigen Ausein-

andersetzungen inner- und außerhalb der Fachgesellschaft erst 2006 in Kraft gesetzt. Zwar war sechs Jahre zuvor das Fähigkeitsprogramm „Psychosomatische und Psychosoziale Medizin“ eingeführt worden. Diese Fachrichtung versteht sich jedoch als eine „fächerübergreifende ärztliche Denk- und Arbeitsweise“. Eine „Abgrenzung zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsindikationen“ wird im WBP ebenfalls formuliert [19]. Somit kann diese Zusatzweiterbildung nicht der Psychiatrie zugeordnet werden, umso mehr, da lediglich rund 10% der Titelträger Psychiater sind.

Die psychiatrische Weiterbildung vor Einführung der KL-Psychiatrie im Curriculum

Besonders erwähnenswert, da folgenreich bis heute, war die frühe Trennung der verwandten Fächer Neurologie und Psychiatrie. Diese geschah bereits vor dem ersten Weltkrieg, früher also als in anderen europäischen Ländern. Die Neugründung des „*Neurologen Verein*“ 1908 durch Monakow und Dubois und deren Abgrenzung vom 1864 gegründeten „*Verein der Schweizerischen Irrenärzte*“ erfolgte nicht zuletzt wegen der Auseinandersetzung um die Psychoanalyse [32]. C. G. Jung gab sich ganz kämpferisch: „Den Psychiaterverein haben wir. Die Konkurrenz, der Neurologenverein ist ein Schutz und Trutzbündnis Monakow-Dubois. Das Programm (das ungeschriebene) beider Vereine wird sein: Freud und „Antifreud“ [28]. Die beiden Fächer gingen fortan getrennte Wege. Die Schweizer Psychiatrie verstand sich „in der Folge stets nicht nur als neurobiologische, sondern auch [oder *insbesondere*, Anm. d. Aut.] als psychotherapeutische Medizin“, die sich um die Integration psychosozialer Gesichtspunkte bemühte [24]. Die Psychotherapie wurde so zentral für die berufliche Identität der Schweizer Psychiater, dass ihr Fachverband in den 1950er Jahren wiederholt die Anerkennung des Doppeltitels Psychiatrie und Psychotherapie beantragte, was Anfang der 1960er Jahre schließlich gelang.

Mit der *Regelung der Spezialistenfrage* von 1931 wurden von der Schweizerischen Ärztekammer erstmals Weiterbildungsbestimmungen für das Fach Psychiatrie festgelegt [10]. Die Dauer der „genossenen Spezialausbildung“ wurde auf drei Jahre festgelegt, „und zwar in einer oder mehreren Heilanstalten oder Kliniken, die anerkanntermaßen für diese Fachausbildung genügend Gewähr bieten“. Die nachfolgende *Regelung* von 1939 erhöhte die Anforderungen: „1 Jahr innere Medizin plus 3 Jahre Ausbildung in einer psychiatrischen Anstalt“ [11]. Diese Anforderungen an die Kandidaten finden sich unverändert im *Reglement zur Erlangung des Spezialarztstitels FMH* von 1954 [12]. Einzige wichtige Erneuerung waren die Anerkennungsverfahren der *Weiterbildungsstätten*.

Hingegen war das nächste *Reglement zur Erlangung*

des *Spezialarzttitels FMH* von 1964 ein Meilenstein in der Geschichte der Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie – wie das Fachgebiet mittlerweile hieß. Die Mindestdauer der Fachweiterbildung betrug nun fünf Jahre, „wovon 4 Jahre Psychiatrie und 1 Jahr Innere Medizin, einschließlich Ausbildung in Psychotherapie“ [13]. Neu war das obligatorische ambulante Weiterbildungsjahr. Mit jeder späteren Revision des *Reglements* stiegen die Bedeutung der ambulanten Tätigkeit und die Anforderungen an die Psychotherapieausbildung – ein Trend, der auch in den Weiterbildungsprogrammen zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie festzustellen war.

Die KL-Psychiatrie wird Teil des Weiterbildungscurriculums

Im Zuge des Aufbaus von sozialpsychiatrischen Versorgungsstrukturen kam es ab den 1960er Jahren zur Gründung einer Vielzahl von psychiatrischen Ambulatorien. Diese wurden „gemeindenah“ in den kantonalen oder regionalen Hauptorten angesiedelt und kamen häufig auf das Terrain des lokalen Allgemeinspitals zu liegen, wodurch sich der Kontakt zur Somatik intensivierte. Zur selben Zeit wurden in Genf und später in Lausanne die ersten psychosomatischen Einrichtungen bzw. Liaison-Teams an Universitätsspitalern gegründet, die vom Geist der psychosomatischen und der Balint-Bewegung durchdrungen waren. Das psychosomatisch-psycho-soziale Modell prägte auch später manche universitäre KL-Dienste, außerhalb dieser vermochte es aber weniger zu überzeugen [4]. Eine Etablierung der psychosomatischen Medizin wie in Deutschland nach der Approbationsordnung von 1972 gelang in der Schweiz nicht. Die abweichende Entwicklung ist in erster Linie auf den traditionell sehr hohen Stellenwert der Psychotherapie in der Schweizer Psychiatrie zurückzuführen. Es sei hier erwähnt, dass auch die Initiativen zur Einrichtung des Faches Psychosoziale Medizin von Vertretern der poliklinischen Psychiatrie ausgingen [3].

1985 hielten die psychosomatische Medizin und die KL-Psychiatrie Einzug ins WBP. Die Psychosomatische Medizin wurde obligatorischer Bestandteil des theoretischen Basisunterrichts, während die *Konsiliartätigkeit in der somatischen Medizin* zu den fakultativ angebotenen Themen vorgeschlagen wurde [14].

Die KL-Psychiatrie im Lernzielkatalog

Das nächste, gründlich revidierte Programm wurde 1998 in Kraft gesetzt [17]. Die Anforderungen waren stark gestiegen, sowohl hinsichtlich des Umfangs des theoretischen Unterrichts als auch in Bezug auf Supervision, Selbsterfahrung und Gutachten. Die Dauer der

klinischen Weiterbildung wurde auf sechs Jahre erhöht: Fünf Jahre fachspezifische Weiterbildung plus ein „Fremdjahr“ in der klinisch-somatischen Medizin. Neu mussten die Kandidaten eine zweiteilige Facharztprüfung bestehen. Ein umfassender Lernzielkatalog wurde erstellt, in dem für den Bereich der *Konsiliar- und Liaisonpsychiatrischen Tätigkeit* folgende *Einstellungen und Fertigkeiten* gefordert wurden:

Der Psychiater-Psychotherapeut

- ist in der Lage, sich in ein nicht-psychiatrisches Behandlungsteam zu integrieren, dessen Bedürfnisse wahrzunehmen und auf sie einzugehen
- kann sich vermittelnd zwischen dem Erleben und dem Verhalten der Patienten und dem der nicht-psychiatrisch Behandelnden einschalten
- erfasst und integriert die medizinischen und psychosozialen Aspekte von Fragestellungen in anderen Fachbereichen
- erfasst allfällige Probleme der behandelnden Bezugspersonen (Arzt, Pflegepersonal)
- erfasst die Beziehungsproblematik eines nicht-psychiatrischen Kollegen mit dessen Patienten und kann ihn diesbezüglich beraten.

Nachstehende *Kenntnisse in Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie und Psychosomatik* wurden genannt:

- bio-psycho-soziale Modelle von Krankheit allgemein, insbesondere die Rolle psychosozialer Faktoren bei Prädisposition, Auslösung und Verlauf (Stresstheorien, Krankheitsbewältigung)
- psychosoziale Aspekte und psychologische oder psychiatrische Folgen somatischer Krankheiten und spezieller Krankheitssituationen für Patienten, Angehörige und Behandelnde; insbesondere chronische Krankheiten und Behinderungen, chronische Schmerzsyndrome, terminale Krankheiten, Krebsleiden, AIDS, Folgen schwerer physischer und/oder psychischer Traumata, Intensiv- und Transplantationsmedizin, Reproduktionsmedizin, Hospitalismus sowie deren spezielle Behandlung
- durch körperliche Krankheiten und medizinische Behandlungen bedingte psychiatrische Krankheitsbilder (symptomatische Psychosen, endokrine Psychosyndrome) und deren somatisch-psychiatrische Behandlung
- Explorationsmodelle, Krankheitskonzepte und therapeutische Verfahren für somatoforme und funktionelle Störungen, psychosomatische Krankheiten im eigentlichen Sinne und anderer Verhaltensstörungen, die mit körperlichen und psychischen Beschwerden einhergehen
- Konzepte, Schwerpunkte und Organisation der verschiedenen behandelnden Teams der somatischen Medizin, verschiedener medizinischer Disziplinen und ihrer speziellen Belastungen und Anforderungen.

Die gegenwärtige Lage und die Revision des Weiterbildungsprogramms

Die bisherigen Ausführungen verdeutlichen die wachsende Bedeutung der KL-Psychiatrie in der Facharztweiterbildung. Ein Blick auf die gegenwärtige *Ausbildung* der Medizinstudenten zeigt, dass auch auf diesem Niveau Fortschritte gemacht wurden. Die Schweizerische Medizinische Interfakultätskonferenz formuliert in ihrem Lernzielkatalog eine Reihe von Kenntnissen, Fertigkeiten und Haltungen, die für die spätere Weiterbildung in KL-Psychiatrie fundamental sind [26]. Vermittelt werden diese Lerninhalte in zwei Fächern: Psychiatrie und Psychosoziale Medizin.

Im Rahmen des *psychiatrischen* Unterrichts werden Basiskompetenzen im Bereich der psychiatrischen Anamneseerhebung, Diagnosestellung, Behandlungsmethoden, rechtlichen Aspekte und vieles mehr erworben. In der *Psychosozialen Medizin*, obligatorisches Unterrichts- und Prüfungsfach seit 1982, werden Lerninhalte wie z.B. Arzt-Patient-Beziehung, Kommunikation, Übertragung und Gegenübertragung, Krankheitskonzepte des Patienten und des Arztes vermittelt.

Das aktuelle WBP im Fach Psychiatrie und Psychotherapie stammt aus dem Jahr 2001 [20]. Insgesamt unterscheidet es sich nur geringfügig vom früheren Programm; die Bestimmungen, welche die KL-Psychiatrie betreffen, blieben unverändert. Seit über drei Jahren arbeitet die Ständige Kommission für Weiter- und Fortbildung – in der auch ein Vertreter der Kandidaten mitwirkt – der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) an der Revision des Programms. Voraussichtlich wird das neue WBP, nach Prüfung durch die verschiedenen Gremien, 2008 in Kraft gesetzt.

Einen bedeutenden Einfluss auf die Revisionsarbeit hatten die Empfehlungen der *Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)* [31]. Die Einführung der KL-Psychiatrie in den *Common trunk*, welcher die obligatorisch zu erlernenden Basiskenntnisse und -fertigkeiten bezeichnet, vermochte ihren Stellenwert zu festigen. Die Empfehlungen der *World Psychiatric Association (WPA)*, in denen der Weiterbildung in KL-Psychiatrie eine ebenfalls große Aufmerksamkeit geschenkt wurde, hatten einen geringeren Einfluss auf die Revisionsarbeit [33]. Indessen wurden die von der *European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP)* erstellten *European Guidelines for Training in Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics* kaum rezipiert [30].

Auch im künftigen Programm bleibt die KL-Psychiatrie ein wichtiger Bestandteil des Curriculums. Hinsichtlich der *Konsiliar- und Liaisonpsychiatrischen Tätigkeit* werden folgende *Einstellungen und Fertigkeiten* genannt:

Der Psychiater-Psychotherapeut

- kann andere medizinische Disziplinen diagnostisch und therapeutisch beraten hinsichtlich somatisch kranker Patienten, die zusätzlich ein psychiatrisches Problem haben bzw. deren somatische Symptome Ausdruck einer psychischen Störung sind (z. B. somatoforme Störungen)
- kann neben Beratungen auch Liaisonfunktionen anbieten: Teilnahme an Visiten und Stationsbesprechungen, Schulung der Ärzte und des Stationspersonals, Unterstützung und ggf. auch Supervision des medizinischen Teams
- trägt zur Optimierung von Kommunikationsprozessen innerhalb des Spitals und zwischen stationären und ambulanten Versorgern bei
- fördert den Ausbau der psychiatrischen Angebote mit dem Ziel einer optimalen Erfassung und Behandlung psychisch kranker Patienten in medizinischen Einrichtungen
- trägt zur Verbesserung der psychiatrischen und kommunikativen Kompetenz des medizinischen Personals durch Fortbildungsangebote und Fallbesprechungen bei.

Ferner wird der Erwerb folgender *Kenntnisse* im Bereich der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie und der Psychosomatik gefordert:

- Charakteristika der psychiatrischen Untersuchung und Diagnostik im KL-Dienst (inkl. Bed-side-Testung, Screening)
- Spezifische Dokumentationsinstrumente im KL-Dienst
- Rolle des KL-Psychiaters im medizinischen Umfeld: Verantwortlichkeiten und Grenzen, systemische Analyse der Konsilsituation und der Liaison-tätigkeit
- Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung im KL-Dienst
- Management von spezifischen Krisensituationen im KL-Dienst (Suizidversuche, Aggressionen, Opfer von Unfällen oder Gewalt)
- Mitwirkung in interdisziplinären Spezialsprechstunden (Schmerz, Gastric banding, Onkologie, Sexualstörungen etc.)
- Eingehende Kenntnisse der KL-typischen Krankheitsbilder: somatoforme Störungen, Essstörungen, Delirien, posttraumatische Belastungsstörungen, dissoziative Störungen etc.
- Psychosomatische und somatopsychische Wechselwirkungen, Coping-Strategien und -Ressourcen, Verhaltensmedizin, Salutogenese
- Wirkung der körperlichen Erkrankung, der somatischen Behandlung und des Spitalaufenthaltes auf das psychische Befinden (somatopsychischer Aspekt)
- Organisation und Qualitätssicherung von KL-Diensten und medizinisch-psychiatrischen Stationen
- Ethische und forensische Aspekte der KL-Tätigkeit.

Die KL-Psychiatrie in der Weiterbildung der Kinder- und Jugendpsychiater

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie erfuhr in der Schweiz eine weitgehend eigenständige und international wegweisende Entwicklung. In den 1920er Jahren verfügte sie schon über ihre ersten Versorgungseinrichtungen, rund 40 Jahre später wurden die ersten kinderpsychiatrischen KL-Dienste geschaffen. Bereits 1953 hatte die Ärztekammer die Aufnahme der Kinderpsychiatrie unter die Gebiete der „Heilkunde welche als Spezialitäten anerkannt werden“ beschlossen [12]. Gegenwärtig verfügt sie über Ordinariate an allen medizinischen Fakultäten sowie über spezifische Einrichtungen in sämtlichen Kantonen.

Der konsiliarärztlichen Tätigkeit wurde in den kinderpsychiatrischen Weiterbildungsrichtlinien stets eine grosse Bedeutung beigemessen. So wurde schon im WBP von 1985 festgehalten, dass der Spezialarzt FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie fähig sein muss, „für Behörden bzw. Institutionen aus dem Bereich der Fürsorge, der Medizin, der Schulen und der Rechtsprechung eine kompetente konsiliarärztliche Tätigkeit zu leisten“ [15]. Zu diesem Zweck wurde ein ausführlicher Lernzielkatalog erstellt und eine einjährige Rotation in der Pädiatrie verlangt. Die Bedeutung der Arbeit in pluridisziplinären Teams inner- und ausserhalb der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen wurde unterstrichen. Zudem wurde von den Weiterbildungsstätten der Kategorie A (höchste Anerkennung) die „Zusammenarbeit mit einem Kinderspital im praktisch-klinischen Bereich“ als eine der Anerkennungsbedingungen verlangt.

Mit der Einführung des WBP von 1995 stieg die Dauer der reglementarischen Weiterbildung von fünf auf sechs Jahre, die Anforderungen an die Psychotherapie-Weiterbildung wurden erhöht und eine Facharztprüfung wurde eingeführt [16]. Hervorgehoben wurden wieder die Bedeutung der konsiliarärztlichen Tätigkeit sowie die Kenntnisse psychosomatischer und somato-psychischer Störungen. Neu mussten auch die tiefer eingestuften Weiterbildungsstätten der Kategorie B eine „praktische und regelmässige Zusammenarbeit mit einem Kinderspital“ vorweisen. Alle diese Bestimmungen wurden auch im WBP von 2000 übernommen [18].

Im gegenwärtigen WBP, das letztes Jahr in Kraft gesetzt wurde, wird der KL-Psychiatrie ein hoher Stellenwert eingeräumt [21]. Sie zählt zu denjenigen „wichtigen Themenkreisen“, von welchen „die Grundsätze der Anwendung (neben Wissen)“ verlangt werden. Darüber hinaus wird der Liaisonpsychiatrie ein eigenes Unterkapitel gewidmet, in dem sie in Abgrenzung zur Konsiliar-tätigkeit definiert wird: „Die liaisonpsychiatrische Arbeit versteht sich als engmaschige institutionalisierte Zusammenarbeit mit medizinischen oder anderen Institutionen, welche die Teilnahme an gemeinsamen Be-

sprechungen, Visiten, Teaching und anderes mehr umfasst.“ Die an die Weiterbildungsstätten gestellten Anforderungen im KL-Bereich blieben unverändert.

Die KL-Psychiatrie im Schwerpunktprogramm Alterspsychiatrie

Das Verhältnis der KL-Psychiatrie zur Gerontopsychiatrie, deren Überschneidungen und gegenseitige Bereicherung waren bereits Gegenstand eingehender Analysen [9, 27]. Für eine kompetente KL-Tätigkeit ist gerontopsychiatrisches Wissen und Können Bedingung, und umgekehrt.

Es bestehen gewisse Parallelen in der Entwicklung der beiden Nachbardisziplinen in der Schweiz. Die erste gerontopsychiatrische Einrichtung wurde im welschen Landesteil aufgebaut, und zwar durch Wertheimer in Prilly bei Lausanne in den 1970er Jahren. Nur wenige Jahre zuvor waren in derselben Region die ersten KL-Dienste geschaffen worden. Die Errichtung des ersten gerontopsychiatrischen KL-Dienstes (1992, Lausanne) und die rege Publikationstätigkeit auf dem Gebiet der Geronto-KL-Psychiatrie waren weitere Verdienste Wertheimers [5, 6, 7, 8]. Dieser Teilbereich wurde aber im Unterschied zur KL-Psychiatrie von den theoretischen „psychiatrisch-psychosomatischen“ Richtungsstreitigkeiten kaum berührt.

Wie oben erwähnt anerkannte die Ärztekammer die Alterspsychiatrie und -psychotherapie als Schwerpunkt im Jahre 2005. Es war das Resultat jahrelanger Bemühungen der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie SGAP, einer der SGPP angegliederten Fachgruppe. Die Bedeutung der KL-Tätigkeit wird im WBP dadurch unterstrichen, dass Anforderungen in diesem Bereich sowohl an die Kandidaten als auch an die Institutionen, die eine Weiterbildungsberechtigung auf dem Gebiet anstreben, gestellt wurden [20]. Die konsiliarische Kompetenz wurde als eine der beiden Weiterbildungsziele genannt und die alterspsychiatrische Konsiliar- und Liaison-tätigkeit wurde im Lernzielkatalog aufgeführt. Darüber hinaus wurde das Vorhandensein eines Konsiliar- und Liaison-dienstes für Spitäler oder Heime als obligatorisches Kriterium für die Anerkennung einer ambulanten gerontopsychiatrischen Weiterbildungsstätte respektive als fakultatives Kriterium für die Anerkennung im stationären Bereich gefordert. Gerade diese an die Institutionen gerichtete Bedingung führte zur Eröffnung neuer gerontopsychiatrischer KL-Dienste.

Auch ein Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonspsychiatrie?

Ein erster loser Zusammenschluss der Schweizer KL-Psychiater aus allen Landesteilen ergab sich 1990 in Form einer Arbeitsgruppe, die sich halbjährlich zum fachlichen und informellen Austausch traf. Aus ihr heraus wurde im Jahr 2001 die Schweizerische Gesellschaft für KL-Psychiatrie (SSCLP) gegründet. Im darauf folgenden Jahr erfolgte die Angliederung der neuen Gesellschaft an die SGPP.

Unterstützt durch das im Jahre 2000 erschienene Positionspapier der universitären psychiatrischen Fachvertreter, in dem die Entwicklung der KL-Psychiatrie als einer der drei Schwerpunkte (neben Gerontopsychiatrie und Forensische Psychiatrie) im Rahmen des Gesamtfachs „Psychiatrie und Psychotherapie“ empfohlen wurde [2], beschloss der SSCLP-Vorstand Anfang 2004, das strategische Ziel eines eigenen Schwerpunktes zu verfolgen. Inzwischen wurde ein WBP erstellt, welches bereits durch zuständige Gremien geprüft und angepasst wurde. Dieses sieht eine zweijährige klinische Weiterbildung im KL-Bereich vor. Zur Aneignung der im Lernzielkatalog enthaltenen Kenntnisse und Fertigkeiten müssen darüber hinaus 80 Stunden theoretischer Unterricht sowie gleich viele Stunden spezifische Fachsupervision nachgewiesen werden. Außerdem muss der Kandidat die Ausfertigung von mindestens 300 konsiliarischen Untersuchungen unter adäquater Supervision sowie mindestens 10 team- oder fallbezogene psychotherapeutische Beratungen auf Stationen somatischer Spitäler, in Rehabilitationseinrichtungen und in Alten- und Pflegeheimen dokumentieren. Die Prüfung besteht zum einen aus einem Kolloquium, im Rahmen dessen der Kandidat zu drei aus einer Liste von 100 vorgelegten Konsilien befragt wird. Zum anderen muss eine schriftliche Arbeit (Case report, wissenschaftliche Publikation etc.) zu einem KL-spezifischen Thema vorgelegt werden. Ebenfalls im Programm enthalten sind ein Leitbild der KL-Psychiatrie und eines des KL-Psychiaters.

Ob die Bemühungen um einen eigenen Schwerpunkt schließlich zum Ziel führen werden, kann gegenwärtig nicht vorausgesagt werden. Im Schweizer System ist dies hauptsächlich von der Fähigkeit der Initianten abhängig, die Vertreter anderer medizinischer Disziplinen, vor allem aber auch die des Faches Psychiatrie und Psychotherapie dafür zu gewinnen und dabei mehr oder minder berechnete Befürchtungen, insbes. betr. die Abrechnungsmöglichkeiten der psychiatrischen „Generalisten“, abzubauen.

Wie weiter?

Die bisherigen Ausführungen verdeutlichen, dass die Weiterbildung in KL-Psychiatrie über die Jahre stetig an

Bedeutung gewonnen hat, und zwar in sämtlichen psychiatrischen Weiterbildungsrichtlinien (Psychiatrie/ Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie/ psychotherapie, Gerontopsychiatrie/ psychotherapie). Dies wurde bisher sowohl durch erhöhte Anforderungen an die Weiterbildungskandidaten als auch über die Kriterien der Weiterbildungsberechtigung der Institutionen erreicht. Die Bildung gerontopsychiatrischer KL-Dienste nach der Einführung des Schwerpunktes belegt einmal mehr den rückwirkenden Einfluss der Curricula auf die Entwicklung der Versorgungsstrukturen. Die Aufwertung und Anerkennung der KL-Disziplin innerhalb der psychiatrischen Gemeinschaft wird auch durch ihre Wahl als Themenschwerpunkt der Jahresversammlungen der SGAP (2003) respektive der SGPP (2006) verdeutlicht.

Trotz der bereits gemachten Fortschritte sind sich die meisten Schweizer Experten auf dem Gebiet der psychiatrischen Weiterbildung einig, dass eine Schwerpunktbildung innerhalb des Faches „Psychiatrie/ Psychotherapie“ der weiteren Entwicklung der Weiterbildung dient, und stimmen somit dem 1997–1999 entwickelten Konzept der DGPPN und dem amerikanischen Modell zu [25, 29]. Dafür sprechen in erster Linie die enorme Wissenszunahme in der Psychiatrie sowie die gestiegenen Qualitäts- und Professionalisierungsansprüche. Der einzelne Psychiater kann in einem derart komplexen und vielschichtigen Gebiet weder klinisch noch wissenschaftlich die Übersicht behalten und die angemessene Kompetenz besitzen [1, 25]. Außerdem trägt eine Subspezialisierung der Binnendifferenzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen Rechnung, wo in den letzten Jahrzehnten in zunehmendem Maße spezialisierte Angebote und entsprechende Behandlungseinheiten entstanden sind [25]. Die Bildung von zertifizierten Schwerpunkten bietet aber auch den Vorteil, dass umfangreiche und weiterbildungsmäßig aufwändige Teilgebiete in ihrer Bedeutung anerkannt werden und damit mögliche Gefühle der Fremdbestimmung und dadurch bedingte Spaltungstendenzen vermieden werden können. Die Schaffung von Schwerpunkten mit Reibungsfläche zu fremden Disziplinen (z.B. Gerontopsychiatrie zu Geriatrie und Neurologie) stärkt zudem nicht nur die Position des entsprechenden Arbeitsfeldes, sondern auch die des Gesamtfaches. Schließlich kann die Bildung eines Schwerpunktes die in diesem Bereich Tätigen näherbringen, sie für gemeinsame Projekte gewinnen und ihre berufliche Identität fördern. In der Schweiz hat der Schwerpunkt Alterspsychiatrie die Kontakte zwischen den Landesteilen, zwischen Universitäten und nichtuniversitären Einrichtungen sowie zwischen Spitalärzten und Niedergelassenen gefördert. Unabhängig vom Ausgang der aktuellen Bemühungen um einen KL-Schwerpunkt haben diese bereits ähnlich positive Auswirkungen wie im Falle der Gerontopsychiatrie gehabt.

Literatur

- Berger M (2006) Die Psychiatrie auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis. In: Schneider F (Hrsg) *Entwicklungen in der Psychiatrie*. Springer, Heidelberg, S 19–25
- Brenner HD, Ferrero F (Hrsg) (2000) *Aktuelle Lage und zukünftige Entwicklung der Psychiatrie und Psychotherapie in der Schweiz*. Positionspapier der Fachvertreter universitärer Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosozialen Medizin.
- Buddeberg C (Hrsg) (2004) *Psychosoziale Medizin*, 3. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Caduff F, Georgescu D (2004) Consultation-Liaison Psychiatry in Switzerland. In: Diefenbacher A (ed) *Consultation-Liaison Psychiatry in Germany, Austria and Switzerland*. Karger, Basel, Freiburg, Paris, London, New York, pp 25–30
- Camus V, de Mendonça Lima CA, Simeone I, Wertheimer J (1994) Geriatric psychiatry liaison-consultation: The need for specific units in general hospitals. *Int J Geriatr Psychiatry* 9:933–935
- Camus V, Porchet A (1999) Quality assurance programmes in geriatric psychiatry consultation-liaison. *Curr Opin Psychiatry* 12(Suppl 1):397
- Camus V, Porchet A, Wertheimer J (1999) Consultation-liaison en psychiatrie de la personne âgée. In: Léger JM, Clément JP, Wertheimer J (Hrsg) *Psychiatrie du sujet âgé*, Flammarion, Paris, S 531–539
- Camus V, Viret C, Porchet A, Ricciardi P, Bouzourene K, Burnand B (2003) Effect of changing referral mode to C-L Psychiatry for non cognitively impaired medical inpatients with emotional disorders. *J Psychosom Res* 54:579–585
- Diefenbacher A (2002) Zum Verhältnis von Konsiliarpsychiatrie und Gerontopsychiatrie. In: Gutzmann H, Hirsch RD, Teising M, Kortus R (Hrsg) *Die Gerontopsychiatrie und ihre Nachbardisziplinen*. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Bd 3., Berlin, Bonn, Frankfurt, Saarbrücken, S 545–556
- FMH (1931) *Regelung der Spezialistenfrage*. *Schweiz Ärztezeitung* 12:500–501
- FMH (1939) *Die Regelung der Spezialistenfrage*. *Schweiz Ärztezeitung* (Separatausdruck)
- FMH (1953) *Die neuen Spezialisten-Vorschriften*. *Schweiz Ärztezeitung* 34: 461–472
- FMH (1963) *Reglement zur Erlangung des Spezialarztstitels FMH*. *Schweiz Ärztezeitung* 44:597–616
- FMH (1985) *Spezialarzttitel FMH für Psychiatrie und Psychotherapie*. Weiterbildungsprogramm und Ausführungsbestimmungen. *Schweiz Ärztezeitung* 66:749–750
- FMH (1985) *Spezialarzttitel FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Weiterbildungsprogramm. *Schweiz Ärztezeitung* 66:2127–2132
- FMH (1994) *Facharzt FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. Weiterbildungsprogramm. *Schweiz Ärztezeitung* 75:1982–1988
- FMH (1998) *Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie*. Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 1998. *Schweiz Ärztezeitung* 79(Suppl 1): 51S–59S
- FMH (2000) *Facharzt FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. Weiterbildungsprogramm. *Schweiz Ärztezeitung* 81:1900–1907
- FMH (2005) *Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (APPM)*. Fähigkeitsprogramm vom 1. Januar 2000 (letzte Revision: 15. 12. 2005). www.fmh.ch/de/data/pdf/psychosomatische_medizin_d.pdf
- FMH (2006) *Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie inkl. Schwerpunkt Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie*. Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2001. www.fmh.ch/de/data/pdf/psychiatrie_07_2004_version_internet_d.pdf
- FMH (2006) *Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2006. www.fmh.ch/de/data/pdf/kjpp_version_internet_d1.pdf
- FMH (2006) *Weiterbildungsordnung (WBO) vom 21. Juni 2000 (letzte Revision. 19. Mai 2006)*. www.fmh.ch/de/data/pdf/wbo_januar_2007_d.pdf
- Georgescu D, Caduff F (2002) *Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in der Schweiz: Aktueller Stand und Perspektiven*. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 153: 12–24
- Hell D (2004) *Kurze Geschichte der Schweizer Psychiatrie*. *Bulletin der SGPP* 1:12
- Hohagen F (2000) *Zum Stand der Weiterbildungsdiskussion in Psychiatrie und Psychotherapie*. *Nervenarzt* 71: 513–517
- Joint Conference of Swiss Medical Faculties (SMIFK) (2002) *Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training*. www.smifk.ch/
- Lipowski ZJ (1983) *The need to integrate liaison psychiatry and geropsychiatry*. *Am J Psychiatry* 140:1003–1005
- McGuire W, Sauerländer W (Hrsg) (1974) *Sigmund Freud – CG Jung*. Briefwechsel, S Fischer, Frankfurt a. M
- Saß H (1999) *Schwerpunktbildung im Rahmen des Gebietes „Psychiatrie und Psychotherapie“*. *Nervenarzt* 70: 486–487
- Söllner W, Creed F (2007) *European guidelines for training in consultation-liaison psychiatry and psychosomatics: Report of the EACLPP Workgroup on Training in Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics*. *J Psychosom Res* 62:501–509
- UEMS Section for Psychiatry/European Board of Psychiatry (2003) *Charter on Training of Medical Specialists in the EU (Chapter 6): Requirements for the Specialty of Psychiatry*. www.uemspychiatry.org/board/reports/Chapter6-11.10.03.pdf
- Wieser A (2000) *Rezeption und Diskussion der Psychoanalyse innerhalb des Vereins Schweizerischer Irrenärzte von 1903 bis 1913*. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 151(Suppl):20–33
- WPA (2002) *World Psychiatric Association Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry*, Yokohama