

I. EINLEITUNG

1 Woher? – Zur Geschichte der (Richtlinien-) Psychotherapie in Deutschland

KLAUS LIEBERZ 

Ziemlich genau 50 Jahre nach dem Inkrafttreten der sog. Richtlinien-Psychotherapie wurde mit der 2017 erfolgten und in Kraft tretenden Veränderung deutlich, dass die bis dahin in diesem Versorgungsbereich geltenden »Spielregeln« weitgehend aufgehoben werden sollten. Die Veränderung betraf insbesondere das sog. Gutachterverfahren (GAV) und ließ bereits zu diesem Zeitpunkt erkennen, dass es der politische Wille wesentlicher Akteure in diesem Feld war, das bis dahin mit der RLPT verbundene GAV als Instrument externer Qualitätssicherung aufzugeben (Lieberz 2018). Für die Sachkundigen war es deshalb auch nicht so verwunderlich, dass das GAV im Jahr 2019 mit Beschluss des Deutschen Bundestages endgültig abgeschafft wurde. Damit verbunden ist auch das bisher mit dem GAV verbundene Privileg der Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung entfallen. Auch die Psychotherapeuten unterliegen damit auf begründeten Antrag in Zukunft der üblichen Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen. Bemerkenswert war allerdings der überfallartige Charakter, mit dem dieses Vorhaben durch die entscheidenden politischen Instanzen gebracht wurde (BPTK 2019). An die Stelle des GAV soll nun eine andere Form externer Qualitätssicherung treten, ohne dass bisher auch nur Konturen dafür gezeichnet und in einer breiteren wissenschaftlichen Öffentlichkeit diskutiert worden wären.

Auch wenn über die geeignete Form der Qualitätssicherung im Rahmen der Psychotherapie im Allgemeinen, der RLPT im Besonderen, sicherlich kontrovers diskutiert werden kann, wird aus meiner Sicht die »unrühmliche Versenkung« des GAV, welches im Übrigen seinerzeit auf Wunsch der Krankenkassen etabliert wurde, seiner Bedeutung und seinen Verdiensten für die psychotherapeutische Versorgung in diesem Lande nicht gerecht. Eine solche Vorgehensweise produziert Misstrauen und lässt, unter politisch offenbar als günstig erachteten Bedingungen, die Durchsetzung sehr einseitiger machtpolitischer Interessen erahnen.

Wenn eine Sache über 50 Jahre Bestand hat und dabei auch zur Meisterung einschneidender Veränderungen beigetragen hat, dann lohnt es sich gewiss, einen Blick in die Vorgeschichte zu werfen und die Vor- und Nachteile dieses »Instrumentes« abzuwägen. Bei den einschneidenden Ereignissen denke ich an die mit

der deutschen Wiedervereinigung verbundene Integration ostdeutscher ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten oder auch an die mit dem sog. »Psychotherapeutengesetz« verbundene Einbindung zahlreicher psychologischer Psychotherapeuten in die Patientenversorgung. Dies ist auch deshalb hier von besonderer Bedeutung, weil die diesem Buch zugrunde liegende Untersuchung zwischen 2007 und 2012 erfolgte und sich auf Psychotherapieanträge im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie unter den zu dieser Zeit geltenden Bedingungen nach diesen beiden Großereignissen bezieht. Deshalb ist das GAV Dreh- und Angelpunkt der hier vorgelegten Fragestellungen und Auswertungsbemühungen. Bei Beginn des MARS-Projektes war für mich als KBV-Gutachter deutlich spürbar, dass seitens einiger Krankenkassen erhebliche Anstrengungen unternommen wurden, um das GAV abzuschaffen. Diese Bemühungen fanden dann schließlich auch Ausdruck in dem von der TK durchgeführten und finanzierten Forschungsprojekt (Wittmann et al. 2011). Dieses ließ erkennen, dass die »subjektive Beurteilung« des Therapieantrages durch einen erfahrenen Fachkollegen des Therapeuten von einer »verobjektivierenden« Vermessung des Patienten und des Therapieprozesses mit Rückmeldeverfahren an den Therapeuten ersetzt werden sollte. In dem von Forschungsbemühungen nicht sehr reichen Feld der Psychotherapieforschung im gegebenen Rahmen war dies ein begrüßenswerter Vorstoß, der am Ende allerdings an seiner »unausgesprochenen« Zielsetzung (Abschaffung des GAV) und seiner methodischen Einseitigkeit scheiterte. Das Projekt hatte mit anderen Worten erhebliche »Schlagseite«; es war in recht einseitiger Weise von Denk- und Verhaltensmustern verhaltenstherapeutischer Art beeinflusst und spiegelte einen »Zeitgeist« wider, den man heute bereits als überholt kennzeichnen kann (Bowe 2008). Letztlich war es ein Versuch, auf diesem Wege das Problem der »Mengensteuerung« in der Versorgung anzugehen.

Dass einige Vertreter der Krankenkassen enttäuscht waren über das in dieser Hinsicht »unbrauchbare« Instrument des GAV, ist nachvollziehbar, zumal es auch auf anderen Wegen nicht einfach ist, dem zweifellos zunehmenden Kostendruck in diesem Versorgungsbereich z. B. durch Begrenzung der Anzahl an Psychotherapeuten oder Erhöhung der zeitgleich in Behandlung befindlichen Patienten zu begegnen. Absehbar ist deshalb, dass das jetzt noch neu zu entwickelnde Qualitätssicherungsinstrumentarium allenfalls ein »Zugeständnis« darstellt, um das sich zwischenzeitlich entwickelte Regelwerk nicht wieder aufschnüren zu müssen. Als Qualitätssicherungsmaßnahme wird es deshalb aber nicht mehr als ein »Feigenblatt«, eine »Mogelpackung« werden und sein. Wenn die Qualitätssicherung sich zwischenzeitlich nicht in die entsprechenden gesetzlichen Vorschriften »eingeschlichen« hätte, könnten Therapeuten und wohl auch die Krankenkassen gut darauf verzichten. Den Therapeuten würde dies das Leben erleichtern, den Krankenkassen geht es verständlicherweise vor allem um eine Kostenreduktion auch für psychotherapeutische Leistungen (Klose und Uhlemann 2006). Dies ist

grundsätzlich nur auf folgenden Wegen erreichbar: a) *weniger* Psychotherapeuten oder *andere* Psychotherapeuten, b) schlechtere Bezahlung, also *billigere* Psychotherapeuten, c) weniger Patienten durch kürzere Therapien, z.B. Kurzzeittherapien, d) andere Therapien, z.B. mehr Gruppentherapie, oder e) eine politisch gewollte Rationierung psychotherapeutischer Leistungen, ggf. auch unter Diskriminierung psychisch Kranker.

Ob die Abschaffung oder »Abspeckung« einer externen Qualitätssicherung im psychotherapeutischen Bereich für die Patienten hilfreich ist, sei einmal dahingestellt. Auf jeden Fall ist damit das Problem eines qualitätsgesicherten psychotherapeutischen Vorgehens nicht aus der Welt geschafft. Natürlich ist es in erster Linie eine Angelegenheit der Psychotherapeuten und ihrer wissenschaftlichen Fachgesellschaften selbst, hier für angemessene und geeignete Zugänge zu sorgen. Denn ohne eine solche Qualitätssicherung wird gerade im weiten Feld der »Psychotherapie« schnell ein Absturz in minderqualifizierte Vorgehensweisen erfolgen.

Vor diesem Hintergrund lohnt es sich zunächst, einen Blick in die Vor- und Entwicklungsgeschichte der Psychotherapie im Allgemeinen und der RLPT im Besonderen zu werfen. Die folgende Übersicht soll dazu dienen, die zeitliche Einordnung der Geschehnisse besser nachvollziehen zu können. Dabei sind zwei Entwicklungslinien gesondert zu betrachten, zum einen die praktische Versorgung der Kranken, zum anderen die dafür geschaffenen organisatorischen Voraussetzungen und Bedingungen. Natürlich sind diese beiden Aspekte nicht voneinander zu trennen, sollen hier aber der Übersichtlichkeit halber gesondert beschrieben werden.

Von besonderer Bedeutung erscheint der im Jahre 1926 durchgeführte 1. Allgemeine Kongress für Psychotherapie in Baden-Baden. Angesichts erster Bemühungen um eine wissenschaftliche Fundierung psychotherapeutischer Bemühungen und der durch die Ereignisse des 1. Weltkrieges belegten Notwendigkeit psychotherapeutischen Wirkens war der Kongress geprägt von der Enttäuschung vieler psychotherapeutisch interessierter und tätiger Ärzte an der Psychiatrie im Lande. Es wurde die Notwendigkeit gesehen, sich vom »Mainstream« der Psychiatrie im Lande abzukoppeln und eine eigenständige psychotherapeutische Vertretung und ärztlich-psychotherapeutische Gesellschaft zu gründen. Deshalb sprach Schultz (1925, 1927) auch von der »Schicksalsstunde der Psychotherapie« in Deutschland. Diese Bestrebungen mündeten schließlich in der 1927 erfolgten Gründung der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (Winkler 1977, Studt 1996, Lieberz 2000, Zeller 2001). Der Kongress selbst stand ganz im Zeichen heute sehr modern klingender Fragen, die mit dem Begriff der Qualitätssicherung zu verbinden sind. Das Bemühen ging darum, mit dem naturwissenschaftlich-technischen Siegeszug in der Medizin Schritt zu halten und gleichzeitig den Patienten als »Subjekt« in die Medizin einzuführen (v. Weizsäcker 1940) – ein bis heute wärender schwieriger Balanceakt.

Abbildung 1 Psychotherapie in der Medizin

1920	Psychoanalytisches Ambulatorium Berlin
1926	Schicksalsjahr der Psychotherapie (JH Schultz) Gründung der AÄGP
1946	Institut für Psychopathologie und Psychotherapie (VAB)
1957	Einführung des Zusatztitels Psychotherapie in die WBO
1967/71	Einführung der Psychotherapie in den Leistungskatalog der Krankenkassen
1970	Einführung des Faches Psychosomatik und Psychotherapie in die ärztliche Ausbildung
1978	Einführung des Zusatztitels Psychoanalyse in die WBO
1987	Einführung Fachkunde Psychosomatische Grundversorgung, Einführung der Verhaltenstherapie in die RLPT
1990	Deutsche Wiedervereinigung, Integration der ostdeutschen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten ins Versorgungssystem
1992	Einführung des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin
1998	sog. »Psychotherapeutengesetz«

A. Kronfeld (1927a, b) formulierte die entscheidende Frage so: »Wie kann sich die Psychotherapie als Wissenschaft und ärztliche Kunst vor der Entwertung zur Modesache schützen?« Die Diskussion drehte sich dabei im Wesentlichen um drei entscheidende strukturelle Voraussetzungen einer qualitätsgesicherten Arbeit. Zum einen war klar, dass nur eine ordentliche existenzielle Absicherung und attraktive Bezahlung ausreichenden und vor allem qualifizierten Nachwuchs anziehen würde. Des Weiteren standen Fragen einer angemessenen Aus-, Weiter- und Fortbildung des ärztlich-psychotherapeutischen Nachwuchses auf der Tagesordnung bis hin zur Forderung eines eigenständigen Facharztes. Daneben machte man sich Gedanken um die Möglichkeiten der Etablierung der Psychotherapie in der Hochschulmedizin und in Wissenschaft und Forschung (Lieberz 2000, 2008).

Beeindruckend ist zu sehen, wie diese Themen der Strukturqualität in den folgenden Jahrzehnten weiterverfolgt und weitgehend auch bis heute recht erfolgreich umgesetzt wurden. Daran änderte auch die zwischenzeitliche Unterbrechung der psychotherapeutischen Agenda im sog. Dritten Reich nichts. Immerhin konnte in dieser Zeit, trotz des erzwungenen Exodus einer sehr großen Zahl von Psychotherapeuten, eine Keimzelle psychotherapeutisch aktiver Kolleginnen und Kollegen »überwintern« und in der Folge, nach dem Krieg, entscheidende Anstöße zur weiteren Entwicklung in Deutschland geben.

Hier kommt nun die oben erwähnte versorgungspraktische Entwicklungslinie ins Spiel. Bereits im Jahre 1920 wurde in Berlin das erste psychoanalytische Privat-Ambulatorium eröffnet, an dem in der Folge zahlreiche, späterhin namhafte Psychotherapeuten tätig waren. Die hier gemachten Erfahrungen waren von großer Bedeutung und tiefem Einfluss auf die Modalitäten der Krankenversorgung

wie auch der Aus- bzw. Weiterbildung des psychotherapeutischen Nachwuchses. Die recht kurze, aber nachhaltige Wirkung dieser ambulatorischen Tätigkeit fand dann nach dem Kriege ihren Niederschlag in der 1946 erfolgten Gründung des Instituts für Psychopathologie und Psychotherapie (später, seit 1957, Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen der AOK Berlin) in Berlin, dessen Trägerschaft von der VAB (Versicherungsanstalt Berlin) übernommen wurde (Dührssen 1987, 1994, Rüger und Bell 2004, Rüger 2016). Diese Konstellation erwies sich als außerordentlich wirkungsvoll. Damit war erstmals eine psychotherapeutische Krankenversorgung in öffentlicher Hand etabliert. Darüber hinaus aber bot diese Einrichtung die einmalige historische Gelegenheit, noch vor Ausdifferenzierung des Krankenkassensektors die Wirksamkeit der an diesem Institut praktizierten analytischen Psychotherapie an einem weitgehend unselektierten Krankengut zu untersuchen (Dührssen 1994). Die Ergebnisse dieser am Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen durchgeführten Langzeituntersuchungen wurden von Dührssen (1962) und Dührssen und Jorswieck (1965) vorgestellt. Über 1000 Patienten konnten in diese Untersuchungen eingebunden werden, und es wurde überzeugend dargelegt, dass die durchgeführten Behandlungen nicht nur aus der Sicht der Patienten und Therapeuten mit guten Ergebnissen und längerfristiger Wirksamkeit beendet werden konnten. Zudem konnte in einer vergleichenden Untersuchung mit unbehandelten Wartelistenpatienten wie auch nicht in Psychotherapie befindlichen Krankenkassenmitgliedern objektiviert werden, dass die durchgeführten Behandlungen auch in wirtschaftlicher Hinsicht sehr vorteilhaft waren.

Bei der psychotherapeutisch behandelten Stichprobe verringerte sich die Zahl der Krankenhaustage fünf Jahre nach Abschluss der Behandlung sehr signifikant, während bei der unbehandelt gebliebenen Wartelisten-Stichprobe keine Besserung in diesem Punkt verzeichnet werden konnte. Darüber hinaus zeigte der Vergleich mit einer altersentsprechenden Zufallsstichprobe von Versicherten, dass die psychotherapeutisch behandelten Patienten sogar deutlich unter dem entsprechenden Wert für die Allgemeinversicherten lagen.

Auf der Grundlage dieser wissenschaftlichen Erkenntnisse wurden dann auf Anregung führender Vertreter der AOK Berlin Verhandlungen zur Einführung der Psychotherapie in den Leistungskatalog der Krankenkassen, hier zunächst der Ortskrankenkassen, vorgenommen. Diese Verhandlungen mündeten 1967 in einer entsprechenden Vereinbarung zwischen dem Bundesverband der Ortskrankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Im Jahr 1970 schlossen sich dann auch die Ersatzkassen dieser Vereinbarung an. Die Verhandlungen waren begleitet von erheblichen Widerständen aufseiten zahlreicher psychoanalytischer Psychotherapeuten, die sich damit in der freien Ausgestaltung ihrer Tätigkeit eingeschränkt und bevormundet fühlten (Dührssen 1987, 1994, Rüger 2004, 2016). Gleichwohl gelang es mit diesem sozialpolitischen Sprung nicht nur, die Krankenversorgung breiter Bevölkerungskreise zu verbessern, sondern auch den

Psychotherapeuten selbst erstmals eine halbwegs gesicherte Existenzgrundlage zu bieten. Dies war somit eine erste Erfüllung der oben aufgezeichneten qualitätssichernden Maßnahmen, nämlich eine ausreichende und dauerhaft angelegte existenzielle Basis als Voraussetzung für die Heranziehung eines größeren und qualifizierten therapeutischen Nachwuchses.

Darüber hinaus wiesen diese Entwicklungen auf die enge Verzahnung von empirisch-wissenschaftlicher Grundlegung und sozialpolitischer Verankerung des psychotherapeutischen Wirkens hin. Diese wissenschaftliche Fundierung entspricht nicht nur den frühen Diskussionen um die Notwendigkeit der Abgrenzung der Psychotherapie von der »Kurpfuscherei«, sie bleibt die notwendige Korrektur zur stetigen »Gefahr eines Abdriftens in die »subjektive Evidenz« des einzelnen Therapeuten« (Bowe 2008, Lieberz 2016). Eine der entscheidenden Schwachstellen in der Konzeption der Richtlinien-Psychotherapie ist allerdings, dass bis heute keine begleitende wissenschaftliche Evaluation konstituiert wurde, sei es in direkter Verbindung mit diesem Regelwerk oder durch eine externe, besonders zu fördernde Versorgungsforschung.

Die Psychotherapie-Richtlinien wurden im Laufe der Jahre fortwährend weiterentwickelt (Rüger und Bell 2004, Bell und Rüger 2007, Bowe 2008, Dahm 2008). Wesentliche Meilensteine waren dabei die von sozialgerichtlicher Seite erzwungene Erweiterung der Behandlungstätigkeit auch auf die chronisch Kranken. Zudem wurde 1987 das Spektrum der Behandlungsangebote durch die sog. Verhaltenstherapie als wissenschaftlich fundiertes Verfahren in der Psychotherapie erweitert. Die folgenden Jahre waren dann gekennzeichnet durch einschneidende politische Veränderungen (deutsche Wiedervereinigung) und Entscheidungen (sog. Psychotherapeutengesetz). Die damit verbundenen Veränderungen und Erweiterungen auch im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie weisen auf die enge Verschränkung von sozialpolitischen, berufspolitischen und wissenschaftspolitischen Umständen hin. Mit diesen Veränderungen war eine Ausweitung der Anzahl an Psychotherapeuten, insbesondere an psychologischen Psychotherapeuten, verbunden. Auch diese politische Entscheidung wäre allerdings ohne grundlegende wissenschaftliche Anstrengungen wie z.B. die Mannheimer Kohortenstudie (Schepank 1987, Franz et al. 2000, Lieberz et al. 2011) nicht denkbar gewesen.

1. Diese Ergebnisse ermöglichten denn auch die Ausdehnung des psychotherapeutischen Behandlungsangebotes. So waren 1980 zur psychotherapeutischen Versorgung 1 600 ärztliche Psychotherapeuten, 550 psychologische Psychotherapeuten und 430 Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zugelassen.
2. Ende 2006 waren bereits 4 484 ärztliche Psychotherapeuten und 15 433 psychologische Psychotherapeuten (einschließlich KJP), das heißt, insgesamt 19 917 Psychotherapeuten an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung beteiligt. Rein statistisch standen den seelisch Kranken im Jahr 2018 schließlich ins-

gesamt 27 103 Psychotherapeuten zur Verfügung. Unter diesen befanden sich 20 801 psychologische Psychotherapeuten. Daneben gab es 6 302 Psychotherapeuten mit ärztlichem Hintergrund (DGPPN 2019, Kassenärztliche Bundesvereinigung 2018). Folgt man der Gutachterstatistik aus dem Jahr 2019, dann wurden über 200 000 Anträge im Rahmen der RLPT gestellt, davon etwa 190 000 ausschließlich als Einzeltherapie und knapp 4 000 ausschließlich als Gruppentherapie, weitere ca. 12 000 Anträge als Kombinationstherapien von Einzeltherapie mit Gruppentherapie oder umgekehrt. Die meisten Anträge waren mit knapp 144 000 Umwandlungsanträge zur Langzeittherapie, während ungefähr 45 000 Erstanträge zur Langzeittherapie gestellt wurden. Folgt man den in diesem Buch im Vordergrund stehenden Daten für die psychodynamischen Behandlungsformen, dann wurden ca. 5 000 Anträge auf AP und 57 000 Anträge auf TfP gestellt. Trotz dieser beeindruckenden Versorgungsleistung im Rahmen der RLPT sollte aber nicht vergessen werden, dass drei Viertel der psychotherapeutischen Leistungen außerhalb der RLPT erfolgen (Multmeier und Tenckhoff 2014). Dieser Überblick lässt jedenfalls erkennen, dass die RLPT ein »Erfolgsmodell« ist und zur Entwicklung einer weltweit einmaligen Versorgungssituation psychisch Kranker beigetragen hat. Es ist deshalb auch nicht überraschend, dass mit diesem Aufschwung und der Ausweitung der beteiligten Akteure weitere Interessenten in dieses Feld drängen. Wie Bell und Rüger bereits 2007 anmerkten, wird mit der zunehmenden Interessenvielfalt und Anzahl der Beteiligten »das System immer komplexer«, und die RLPT droht praktisch an ihrem Erfolg zu scheitern.

Diesem Blick auf die Entwicklung hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung mit gutachterpflichtigen Langzeittherapien soll nun der zuvor bereits angedeutete Aspekt der Qualifizierung des zunächst ärztlichen und später auch psychologischen Nachwuchses an die Seite gestellt werden. Außerordentlich beeindruckend im Rückblick ist, mit wieviel Weitblick und welcher Zielstrebigkeit die Gründergeneration der Psychotherapie in Deutschland ein weltweit einmaliges Aus-, Weiterbildungs- und Versorgungssystem aufgebaut hat. In Zehnjahresschritten wurde, trotz vieler Schwierigkeiten und Widerstände auch aus den eigenen Reihen, eine Etappe nach der anderen eingeläutet und umgesetzt. Hinsichtlich der Verbreitung und Etablierung der Psychotherapie in der Ärzteschaft wurden dabei die bereits während des Kongresses 1926 sichtbaren Linien der Ausbreitung und der Vertiefung der Psychotherapie mit all ihren Spannungen sichtbar. Wie Winkler (1977) beschreibt, wurden unmittelbar nach dem Krieg zunächst die früheren Bemühungen um eine organisatorische Konsolidierung der ärztlichen Psychotherapie wieder aufgegriffen und die AÄGP unter der Leitung von E. Kretschmer neu konstituiert. Kongressaktivitäten wurden entfaltet, Psychotherapie-Kurse an verschiedenen Kliniken durchgeführt und schließlich mit der Gründung der Lindauer

Psychotherapie-Wochen eine bis heute äußerst fruchtbare »Psychologisierung des Arztes« eingeleitet und ausgebaut. Auch die Begründung der »Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie« 1951 trug zum Austausch und zur Etablierung psychotherapeutischen Wirkens bei. Schließlich begannen bereits in den fünfziger Jahren erste Verhandlungen zur Einführung einer Zusatzbezeichnung »Psychotherapie« in die ärztliche Weiterbildungsordnung, was dann im Jahre 1957 erfolgreich umgesetzt werden konnte (Winkler 1977, Dührssen 1994). Diese Bemühungen dienten der Verbreitung der Psychotherapie in der Ärzteschaft und der Einbettung der Psychotherapie in das medizinische Versorgungssystem. Sie waren aber auch darauf ausgerichtet, den Ärzten aller Fachrichtungen einen niedrighschwelligem Zugang zur Psychotherapie zu eröffnen und die Methodenvielfalt in der Psychotherapie zu erhalten und zu fördern. Hierher gehörte auch die Benennung der Kliniken und Institute, die als psychotherapeutische Weiterbildungsstätten fungieren konnten.

Der weiteren Verankerung der Psychotherapie in der Medizin sollte dann die 1987 eingeführte »Psychosomatische Grundversorgung« (PSMGV) dienen. Auch hierbei ging es zuvörderst darum, psychotherapeutisches Basiswissen als Aufgabe der Ärzte in die Primärversorgung einzuführen (Janssen 2017). Die psychosomatische Grundversorgung hat trotz einiger Schwierigkeiten zweifellos eine erfolgreiche Entwicklung genommen. So gehen Janssen und Menzel (2012) davon aus, dass zwischenzeitlich über 60 000 Ärzte diese Qualifikation erworben haben. Dies zeigt, dass auf ärztlicher Seite großes Interesse an integrativen Behandlungskonzepten besteht, freilich ist die Umsetzung durch abrechnungstechnische Schwierigkeiten bis heute recht holperig. Die PSM-GV wurde bei ihrer Einführung mangels einer passenden Alternative als Teil der RLPT behandelt, führt hier aber seither ein Schattendasein und ist im Laufe der Zeit nicht weiter verändert und den Entwicklungen angepasst worden.

All diese Aktivitäten dienten auch der Bildung von Allianzen für die nächsten ins Auge gefassten Schritte. Hierzu gehörte die oben beschriebene, wissenschaftlich begründete existenzielle Absicherung der Psychotherapeuten und die breite psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung. Der nächste, ebenfalls bereits 1926 diskutierte Schritt sollte dann der als notwendig erachteten Vertiefung der psychotherapeutischen Kenntnisse und Erfahrungen folgen, legte dabei aber auch die der psychotherapeutischen Gemeinschaft innewohnenden Interessengegensätze und Spannungen frei. Bereits 1970 kam es zu Veränderungen in der Approbationsordnung für Ärzte. Die Fächer der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie wurden als Pflichtfächer in die vorklinische Ausbildung aufgenommen (Dührssen 1994). Ein obligates Praktikum der Psychosomatischen Medizin war im klinischen Studienabschnitt abzuleisten. Die damit verbundenen Unterrichtsverpflichtungen konnten von den seinerzeit bestehenden psychiatrischen Kliniken nicht erfüllt werden, zumal der alte Zwist insbesondere

zwischen Teilen der Hochschulpsychiatrie und den ärztlichen Psychotherapeuten auch nach dem Krieg bald wieder aufgelebt war (Winkler 1977). Der daraufhin in Gang gesetzte Aufbau psychotherapeutisch-psychosomatischer Abteilungen an den Universitäten verlief nicht ohne Widerstände und Schwierigkeiten und kann bis heute als nicht abgeschlossen gelten, da die sich in epidemiologischen Untersuchungen darstellende Krankheitslast in der Bevölkerung keine Entsprechung in der Ausgestaltung der Lehrstühle und Abteilungen findet (Hoffmann et al. 1990). Als schwierig erwiesen sich dabei die sehr unterschiedlichen Auffassungen unter den Psychotherapeuten selbst. Manche sahen in der Psychosomatischen Medizin eher ein Querschnittsfach, welches deshalb keiner eigenen Vertretung bedürfe, sondern besser in der Inneren Medizin, der Gynäkologie oder Orthopädie »versenkt« werden sollte. Andere hingegen waren der Auffassung, dass die Psychotherapie und psychosomatische Medizin ohne einen eigenständigen Facharzt und ohne eine eigene Fachvertretung an den Fakultäten kein hinreichendes eigenständiges Gewicht in der Medizin und Versorgungslandschaft würde erlangen können. Die psychiatrischen Fachvertreter ihrerseits erhoben den Anspruch auf die Vertretung »der Psychotherapie«, obwohl nur die wenigsten von ihnen sich in der Entwicklung dieses Bereiches engagiert hatten (Janssen 2017, Psychiatrie-Enquete 1975). Es war und ist bis heute eine Machtfrage, die der Entwicklung der Psychotherapie/Psychosomatischen Medizin im medizinischen Bereich im Wege steht und sich weniger an inhaltlichen Gesichtspunkten orientiert (Janssen 2017, Melchinger et al. 2006, Studt 1996). Trotz einiger Einschränkungen bleibt aber festzuhalten, dass die Etablierung der Psychotherapie an den Medizinischen Fakultäten möglich war, und damit die Voraussetzungen für weitere Fortentwicklungen gegeben sind (Ploeger und Neises 2006).

Parallel zu diesen schrittweisen Verankerungen im Hochschulbereich wurde die Etablierung einer Facharztqualifikation zielstrebig weiterverfolgt. Ein Zwischenschritt wurde mit der Einführung der Zusatzbezeichnung »Psychoanalyse« in die WBO 1978 getan, der den doch weiterhin eher geringen Anforderungen, die mit dem Erwerb der ZB Psychotherapie verbunden waren, eine verbesserte und vertiefte Qualifikation an die Seite stellte. Freilich war diese ZB auch Ausdruck der Tatsache, dass es zu diesem Zeitpunkt nicht möglich war, einen eigenständigen Facharzt durchzusetzen. Trotz aller Interessengegensätze und Widerstände gelang es aber schließlich auf dem Ärztetag 1992, einen Beschluss zur Einführung eines Facharztes für Psychotherapeutische Medizin zu erreichen (auf dem Ärztetag 2003 umbenannt in Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie). Dies wäre sicher nicht möglich gewesen ohne den entschiedenen Einsatz der Kollegen aus den neuen Bundesländern, die schon früher einen Facharzt für Psychotherapie erkämpft hatten (Dührssen 1994, Janssen 2017).

Wie sich allerdings in der Folge schnell zeigen sollte, waren mit der Einführung des Facharztes die alten Interessengegensätze natürlich nicht aufgelöst und

beseitigt. Stattdessen wurde rasch deutlich, dass sich die Fachärzte im Spannungsfeld zwischen den anderen ärztlichen Disziplinen, insbesondere der Psychiatrie, und – nach dem sog. Psychotherapeutengesetz – den psychologischen Psychotherapeuten bewegten, und dass die Machtkämpfe und die verteilungspolitischen Auseinandersetzungen weitergeführt wurden und bis heute anhalten (Janssen und Menzel 2012, Melchinger et al. 2006, Messer und Palmowski 2014). Bald sollte auch klar werden, dass der ärztliche Nachwuchs für diesen Facharzt begrenzt ist, und wohl auch begrenzt bleiben wird (Bühren et al. 2007, Janssen und Menzel 2012). Dies gilt aus meiner Sicht auch dann, wenn die Zulassungsbeschränkungen und Auswahlbestimmungen für ein Medizinstudium sich in Zukunft verändern sollten und soziale Kompetenzen des Nachwuchses ein größeres Gewicht erhalten. Des Weiteren sahen und sehen sich die Fachärzte in der Ausgestaltung ihres Fachgebietes sehr beschränkt und eingengt durch mangelnde angemessene Vergütungsstrukturen. So bewegen sie sich einerseits zwischen den Ärzten, die im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung tätig werden und den Ärzten verschiedenster Disziplinen mit einer ZB Psychotherapie, die sich bei geringerem Qualifikationsniveau, aber gleichem Vergütungsniveau wie die Fachärzte im Rahmen der RLPT bewegen. Diese ungünstigen Bedingungen befeuerten die innerärztlichen Rivalitätskämpfe und führten zur Einführung der sog. Fachspezifischen Psychotherapie in die WBO für die »Zusatztitler«. Es war der Versuch, den Behandlungsrahmen dieser Ärzte zugunsten der Fachärzte zu begrenzen. Dieses Vorgehen hat nichts daran ändern können, dass der Bewegungsspielraum eines Facharztes für Psychosomatische Medizin weiterhin sehr eingeschränkt ist und die angedachte Breite in der Behandlung nicht abbilden kann. So ist die durchschnittliche Facharztpraxis bis heute darauf angewiesen, sich mit einem großen Teil des Behandlungsangebotes im Rahmen der RLPT zu bewegen (Messer und Palmowski 2014). Damit stehen sie dann wieder in direkter Berührung mit den psychologischen Psychotherapeuten, die zur Aufrechterhaltung ihrer Praxen auf die Möglichkeiten der RLPT viel mehr angewiesen sind. Dieser »Mehrfrontenkrieg« ist nach Lage der Dinge nicht zu gewinnen, der Nachwuchs bleibt überschaubar, die fachärztliche Praxis begrenzt und unbefriedigend und die Vergütung bescheiden (Bühren et al. 2007).

Die Entwicklung in den letzten zwei Jahrzehnten war in besonderem Maße von den hier skizzierten Entscheidungen geprägt. Immerhin befindet sich »die Psychotherapie« aufgrund der beschriebenen verdienstvollen Errungenschaften und der Integration in das medizinische Versorgungssystem in einer gefestigten Position. So stehen sowohl auf der ärztlichen als auch auf der psychologischen Seite aktuell Konsolidierungsbemühungen sowie Abgrenzungs- und Autonomiekämpfe im Vordergrund. Auch wenn sich zwischenzeitlich »die Psychiatrie« der Psychotherapie gegenüber weiter geöffnet hat und psychotherapeutisches Basiswissen in die Weiterbildung integriert hat, bleiben die Gegensätze zu den anderen ärztlichen Psy-

chotherapeuten, insbesondere wegen des aufrechterhaltenen Machtanspruches, weiter bestehen und schwächen insgesamt die zwischenzeitlich ohnehin zahlenmäßig geringe ärztliche Seite der Psychotherapie. Die psychologischen Psychotherapeuten sind infolge der fortschreitenden Professionalisierung und ihres zunehmenden Übergewichtes in der RLPT um weitere Aufwertung bemüht, wobei allerdings auch hier Rivalitäten und Machtkämpfe insbesondere zwischen den psychodynamisch tätigen und den verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Therapeuten ein Fortschreiten erschweren. Der aktuell von psychologischer Seite betriebene Versuch, einen Ausbildungsgang zum »Psychotherapeuten« einzurichten, ist aufgrund der eher weniger guten Erfahrung der Integration psychologischer Psychotherapeuten in den medizinischen Alltag, vor allem in den klinischen Einrichtungen, nachvollziehbar. Es ist absehbar, dass auch dieser Schritt keine wesentlichen Veränderungen mit sich bringen wird.

Festzustellen bleibt, dass die hier aufgezeichnete erfolgreiche Entwicklung der Psychotherapie in Deutschland nur durch das weitblickende Zusammenspiel sozialpolitischer, berufspolitischer und wissenschaftlicher Bemühungen zustande kommen konnte. Aufgebaut worden ist ein dreistufiges psychotherapeutisches Versorgungssystem (Janssen 2017), bei dem die RLPT keineswegs den einzigen Behandlungszugang darstellt. Der überwiegende Teil der Patienten mit psychischen Problemen wird außerhalb der RLPT behandelt (Heuft et al. 2011, Kruse und Herzog 2012, Kruse et al. 2013). Freilich ist die RLPT bis heute als »Herzstück« der psychotherapeutischen Versorgung in unserem Lande anzusehen. Die fehlende wissenschaftliche Begleitevaluation ist einer der wesentlichen Schwachpunkte. Um die Schwierigkeiten, einige Einblicke in diese »Blackbox« der RLPT zu bekommen, soll es im Folgenden gehen.