

## 3 Wohin? – Fazit und Ausblick: Qualitätssicherung auf neuen Wegen

KLAUS LIEBERZ 

### 3.1 Der Bedarf

Wenn wir mit JH. Schultz das Jahr 1927 (Gründung der AÄGP) als »Schicksalsjahr der Psychotherapie« in Deutschland betrachten wollen, dann kann das Jahr 1967 mit der Einführung der Richtlinien-Psychotherapie in den Leistungskatalog der Krankenkassen sicher als »Sternstunde« der Psychotherapie in Deutschland gelten. Wenn man bedenkt, dass zwischen diesen beiden Ereignissen nur ein Zeitraum von 40 Jahren liegt, auch noch unterbrochen von Unterbrechungen und Verwerfungen durch die Nazidiktatur und den Zweiten Weltkrieg, dann kann man nur überrascht und erstaunt sein, in welcher kurzen Zeit sich die Psychotherapie in Deutschland hat entwickeln, gesellschaftlich verankern und sozialmedizinisch integrieren können. Diese bemerkenswerte Geschwindigkeit der Verankerung in Gesellschaft und Versorgungssystem ist sicher nicht nachvollziehbar ohne die Anstöße durch die äußeren Großereignisse, nämlich einen fast 30-jährigen Krieg am Anfang des 20. Jahrhunderts und das damit verbundene körperliche und seelische Elend. Es dürfte kaum eine Familie in Deutschland gegeben haben, die nicht direkt oder indirekt unter den Folgen dieser Ereignisse gelitten hätte, was die Bereitschaft der Bevölkerung und der Entscheidungsträger zur Öffnung gegenüber psychosozialen Hilfestellungen sicher enorm begünstigt hat. Hinzu kam zweifellos dann die Gunst der Stunde, nämlich die Implantation in das medizinische Versorgungssystem zum Zeitpunkt eines enormen wirtschaftlichen Aufschwungs.

Letztendlich wäre diese Entwicklung aber nicht denkbar gewesen ohne die zielstrebige Verfolgung der vor fast 100 Jahren formulierten Zielsetzungen. Dazu gehörte, wie im Eingangskapitel beschrieben, die Etablierung einer entsprechenden Strukturqualität im Rahmen der Medizin. Dieser Schutz gegenüber der immerwährenden Gefahr einer Verflachung und eines Abdriftens psychotherapeutischer Bemühungen in »niedere Gewässer« kann als der Grundgedanke all dieser Anstrengungen angesehen werden. Hierzu gehörte die Bindung der psychotherapeutischen Tätigkeit an eine wissenschaftliche Ausbildung im Rahmen der Medizin oder heute auch der Psychologie. Welchen Schwierigkeiten die Psychothera-

pie in ihren Abgrenzungsbemühungen gegenüber der »Scharlatanerie« (Kronfeld 1926) gegenübersteht, macht z. B. das aus dem Jahr 1939 (!) stammende »Heilpraktikergesetz« deutlich. Dieses ist ein Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (= Approbation oder staatliche Zulassung) und es ist mit den entsprechenden zwischenzeitlichen Anpassungen bis heute gültig. Ein solches Gesetz wäre aber kaum denkbar, wenn nicht ein entsprechender Versorgungsbedarf bestände.

Wenn wir die Ergebnisse der Mannheimer Kohorten-Studie (MKS) sowie einiger Folgeuntersuchungen zugrunde legen, dann können wir davon ausgehen, dass zirka 20 bis 25 % der erwachsenen Stadtbevölkerung als psychisch krank und behandlungsbedürftig angesehen werden können (Schepank 1987, 1990, Franz et al. 2000, Lieberz et al. 2011, Angst et al. 2016, Meyer et al. 2000, BPTV 2021). Diese Untersuchungen haben auch die auf Eysenck (1952) zurückgehende Behauptung widerlegt, dass bei psychischen/psychosomatischen Erkrankungen im Verlauf eine hohe Spontanheilungsquote gegeben ist. Vielmehr ist im Langzeitverlauf davon auszugehen, dass im Erwachsenenalter bei wechselndem Symptombild über die Jahre mit einer recht stabilen Beeinträchtigungsschwere gerechnet werden muss. Wie Schepank (1990) freilich deutlich gemacht hat, ist nicht davon auszugehen, dass sich aus dieser recht konstanten Anzahl an Kranken eine entsprechende Behandlungsbedürftigkeit ergibt. Vielmehr ist im Bereich der Psychotherapie mit einem Behandlungskorridor zu rechnen. Angesichts der im Bereich von psychischen Erkrankungen gegebenen dimensional (mehr oder weniger) Einschätzung der Krankheitsschwere besteht auf beiden Seiten dieses Korridors eine mehr oder minder breite Übergangszone. Im Übergangsbereich zum Gesunden entdecken wir die neugierigen, vielleicht nur passager beeinträchtigten Personen, auch solche mit esoterischen oder mystischen Neigungen. Hier finden wir aber auch recht viele somatisch Kranke, die in einer Psychotherapie eine zusätzliche Hilfe, oftmals auch einen Hoffnungsgeber suchen. Hierher gehören auch die ängstlich-misstrauischen Menschen, die trotz bereits ausgeprägter Beschwerden nur mühsam den Weg in eine Psychotherapie finden. Am anderen Ende dieses Korridors finden wir dann eher die sehr schwer persönlichkeitsgestörten Personen, die entweder keine Krankheitseinsicht besitzen, deren Krankheitsbild sich über die Jahre verfestigt oder gar somatisch fixiert hat, aber auch solche, die, ihren Abhängigkeitsbedürfnissen folgend, jahrelang ohne wesentlichen Erfolg in psychotherapeutischer Behandlung verbringen können. Diese Kranken bedürfen dann entweder einer langjährigen, eher stützenden Betreuung unter Einschluss stationärer Behandlungsepisoden bei immer zu gewärtigen Krisenepisoden. Sie sind mit psychotherapeutischen Mitteln im eigentlichen Sinne nicht mehr zu erreichen und zu »heilen«, allenfalls so gut wie möglich zu stabilisieren. Schepank schätzt auf Grundlage der MKS-Daten, dass etwa 4 % der Menschen einer intensiven, d. h. stationären Psychotherapie bedürften. Weitere 15 % (zwischen 10 und 20 %) wären nach seiner Einschätzung mit

einer intensiven ambulanten Psychotherapie erreichbar und gut auszubalancieren. Eine weniger gestörte Gruppe von Personen von etwa 10 % wäre aus seiner Sicht mit kurzfristigen oder weitmaschigen Behandlungsangeboten stabilisierbar. Bei weiteren 25 % der Bevölkerung könnte eine allgemeinmedizinische Betreuung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung ein hinreichendes Ergebnis erzielen.

### 3.2 Inanspruchnahmeverhalten und Psychotherapieakzeptanz

Hingewiesen wurde bereits darauf, dass der Weg in eine sachgerechte psychotherapeutische Behandlung auch heute noch lang ist und mitunter mehrere Jahre dauert, weil die Motivation und die Einsicht in die Notwendigkeit eines solchen Schrittes immer erst reifen müssen und die Hemmschwelle, insbesondere für bestimmte Bevölkerungsgruppen, z. B. Männer, hoch ist (Mack et al. 2014). Als Gründe für eine mangelnde Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfestellung werden individuelle und soziale Barrieren aufgeführt. Zu den individuellen Hindernissen zählen folgende Faktoren: mangelnde Kenntnis über Behandlungsmöglichkeiten, ein Motivationsdefizit, ein rein somatisches Krankheitskonzept, Schonungsverhalten, Stigmatisierungsangst, interkulturelle Probleme und ein hohes Alter. Als soziale Barrieren werden benannt: unzureichende Erkennung psychischer Störungen durch Ärzte, regionales Fehlen von Versorgungsangeboten und in manchen Regionen auch Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz (BPtV 2021). Die ganz überwiegende Anzahl an Menschen mit psychischen, psychosomatischen und somatopsychischen Störungen sucht zunächst ärztliche Hilfe auf allgemeinmedizinischer oder fachärztlicher Ebene (Heuft et al., Kruse und Herzog 2012). Gerade die Allgemeinmediziner sind die »Gatekeeper« des Versorgungssystems. Ihre psychotherapeutische Qualifikation und Tätigkeit z. B. im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung ist von entscheidender Bedeutung. Wenn wir mit Janssen und Menzel (2012) von über 60 000 (!) Ärzten mit einer Qualifikation in der psychosomatischen Grundversorgung ausgehen können, dann hat sich diese Eingangsstufe zur adäquaten ganzheitlichen und psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung durchgesetzt, allerdings ist die Weiterentwicklung der psychosomatischen Grundversorgung in den letzten Jahrzehnten versäumt worden. Nach Angaben der KBV (2019) haben 14 % der befragten Personen (repräsentative Versichertenbefragung) in den letzten drei Jahren wegen eines seelischen Problems ärztliche oder psychologische Hilfe benötigt (Männer 11 %, Frauen 18 %). Diese Angaben beruhen auf einer Selbsteinschätzung der Befragten und lassen deshalb diejenigen außer Acht, die ihre Beschwerden somatisch attribuieren und von daher der Gefahr einer Fehlbehandlung unterliegen. Wie sich weiter zeigt, wird das Aufsuchen einer psychotherapeutischen Behandlung von auch in diesem Buch immer wieder

beschriebenen Einflussfaktoren wie Geschlecht, Versicherungsstatus, Bildung und regional unterschiedlicher psychotherapeutischer Zugänglichkeit bestimmt.

Franz (2000) hat die Schwierigkeiten und die Einflussfaktoren auf die Psychotherapieakzeptanz ausführlich dargestellt. Er sah das häufig bemühte YAVIS-Stereotyp (präferenzuelle Versorgung von besser ausgebildeten, jüngeren Mittelschichtpatienten) durch die Ergebnisse der Mannheimer Studie nicht bestätigt. Durch eine wenig aufwendige Motivierung konnte er eine Verzehnfachung der Inanspruchnahme von Psychotherapie bei entsprechend beeinträchtigten Probanden feststellen. Auch bei Unterschichtangehörigen, Älteren und Männern sah er eine überraschend große Bereitschaft zur Psychotherapie, wenn ein entsprechendes Angebot, am besten von einer Vertrauensperson wie z. B. dem Hausarzt, unterbreitet wurde. Er sah im Überwiegen der YAVIS-Patienten in der realen Versorgung eher einen »Effekt psychotherapieaversiver Barrieren innerhalb des medizinischen Versorgungssystems, gegen dessen Fehlsteuerungstendenzen in der Indikationsstellung sich diese (YAVIS-)Patienten noch am ehesten durchsetzen können.«

Man könnte also heute, 50 Jahre nach der Einrichtung der Richtlinien-Psychotherapie und anderen Verankerungsschritten der Psychotherapie, ein solches Gesetz wie das HPG deshalb auch weniger als stete Bedrohung ansehen, sondern vielmehr als eine Ermahnung und Herausforderung an eine wissenschaftlich fundierte Psychotherapie. Es bedarf eben der stetigen pragmatischen Besinnung auf die Möglichkeiten und Bereitschaften breiter Bevölkerungsschichten, sich an eine »ernsthafte« Veränderungsaufgabe heranzutrauen. Folgt man den Angaben im Psychotherapie-Report (DpT 2021), dann nehmen auch heute immer noch weniger als ein Drittel der Patienten mit psychischen Störungen irgendeine Form fachspezifischer Behandlung in Anspruch.

Nun ließe sich freilich einwenden, dass sich in der Zwischenzeit die Erfolge der psychotherapeutischen Bemühungen herumgesprochen haben und ein wesentlicher Grund für die über die Jahre zunehmende und anhaltend hohe Nachfrage nach Psychotherapie in Deutschland sind. Auch ist die Inanspruchnahmerate von Psychotherapie zwischen 2015 und 2020 weiter gestiegen, und die direkten oder indirekten Kosten für psychische/psychosomatische Störungen sind von erheblicher Bedeutung. Trotz des insgesamt immer noch recht geringen Anteils der Kosten für die (vorwiegend ja ambulant ausgerichtete) psychotherapeutische Versorgung, gemessen am Gesamtaufwand für die Gesundheitsversorgung in diesem Land, lassen sich deshalb auch Bemühungen um eine Kostenreduzierung in diesem Versorgungsbereich erkennen. Dabei wird in der RLPT eher »am schwächsten Glied der Kette«, nämlich den Patienten und dem Behandlungsangebot angesetzt (z. B. eher mehr diagnostische Leistungen, Akutversorgung, KZT, Gruppentherapie). Da aber bekanntlich mit der Zahl der Ärzte/Psychotherapeuten auch die Kosten steigen, wäre eine bessere Steuerung des Versorgungsgrades auf den verschiedenen Ebenen des psychotherapeutischen Versorgungssystems wohl weiterführend (Ausbau

der psychosomatischen Grundversorgung und der fachärztlichen Versorgungsebene, regionale Bedarfssteuerung).

Folgen wir nun den in diesem Buch dargelegten Ergebnissen im psychodynamischen Zweig der RLPT, dann ist zusammenfassend nochmals festzuhalten.

1. Die Rahmenbedingungen, hier dargestellt am Unterschied zwischen GKV-Versicherten und Beihilfeversicherten, bedingen eine erhebliche Vorselektion des Krankenguts. Selbst im Bereich der RLPT ist von einer positiven Patientenselektion auszugehen. Die Patienten, die die Mühen und Anstrengungen einer LZT auf sich nehmen, sind in besonderem Maße motiviert. Welche Patienten dann in diesem Rahmen die Behandlung vorzeitig beenden, ist allerdings nicht bekannt. Wir wissen lediglich, dass die zur Verfügung stehenden Behandlungskontingente nicht ausgenutzt werden (BpT 2022). Weder im Bereich der Beihilfe noch im Bereich der RLPT lässt sich eine Patientenselektion nach dem YAVIS-Prinzip feststellen. Die in Deutschland gegebenen Versicherungsbedingungen sorgen für eine zumindest altersmäßig breitere Aufstellung bei den Patienten, auch wenn eine gewisse soziale Vorselektion, insbesondere nach Geschlecht und Bildungsstatus, festzustellen ist. Je weiter wir in der Versorgungskette zurückgehen, desto eher wird sich die Zusammensetzung in der Patientengruppe annähern. Welche Auswahlmechanismen letztlich den oft langen Weg in eine LZT bahnen, bleibt unklar, auch wenn, wie von Franz (2000) beschrieben, die aufgezeigten individuellen und sozialen Barrieren von diesen Patienten leichter überwunden werden können.
2. Psychotherapie, auch in der RLPT, ist »Frauensache«. Drei Viertel der Patienten sind Frauen, zwei Drittel der Behandler sind Frauen. Bei diesem seit Jahrzehnten relativ gleichförmigen Befund ist nicht davon auszugehen, dass die mangelnde Einbeziehung von Männern in die psychotherapeutische Versorgung allein durch verbesserte Motivationsmaßnahmen aufzufangen sein wird. Die oft beschriebene und beklagte größere Distanz und Sachorientierung von Männern könnte in der Annäherung an die Aufgabe einer Psychotherapie immerhin dazu führen, dass Männer, zumindest initial und bewusst weniger Wert auf das Geschlecht des Therapeuten legen. Sie bringen, wie häufig beschrieben und in der Praxis alltäglich bestätigt, »ihr Auto« in die Werkstatt und erwarten eine schnelle und kostengünstige Reparatur. Denkbar wäre also, dass diese Art »männlicher« Herangehensweise dazu führt, dass wir bei Männern, jedenfalls auf kurze Sicht, eine weniger geschlechtsgebundene Vorstellung finden nach dem Motto: »Ist mir egal, Hauptsache der Schaden wird schnell behoben!« Die gleichförmigen Ergebnisse hinsichtlich der Geschlechterpräferenz in der Therapeutenwahl unter verschiedenen Rahmenbedingungen deuten nicht in diese Richtung. Zu prüfen bliebe deshalb, ob die hier festgestellte Geschlechterpräferenz bei Männern zumindest auf kurze Sicht weniger bedeutsam ist, im Laufe

der Zeit aber letztlich das Bedürfnis nach einer geschlechtsspezifischen Identifikation mit dem Therapeuten doch Platz greift.

3. Insbesondere ältere Männer aus unteren sozialen Schichten sehen häufig wenig Nutzen im psychotherapeutische »Gequatsche«. Sie begegnen dem drohenden und zunehmenden sozialen Abwertungsdruck eher mit einer »Flucht nach vorn« und streben dann, unter Nutzung psychosomatischer Beschwerden, z. B. eine Frühberentung an. Abgesehen von der anderen Morbiditätsstruktur bei den Männern, einem anderen Hilfesuch- und Kommunikationsverhalten, ist von einer »Diskriminierung« männlicher Patienten auszugehen, welches sich zum einen auf die einseitige geschlechtliche Zusammensetzung bei den Psychotherapeuten bezieht, aber wohl auch auf die bis heute zu wenig auf Männer und ihre Denk- und Verhaltensmuster zugeschnittenen Behandlungsangebote. Zu fragen ist, ob die aktuell bestehenden Therapiemöglichkeiten unzureichend auf diese Patientengruppe (insbesondere sozial schwache Männer) zugeschnitten sind oder ob nicht andere, schrittweise Zugangswege unter besserer Berücksichtigung der stärkeren Handlungsorientierung von Männern entwickelt werden müssen (Lieberz 2011).
4. Die Diagnostik ist unzulänglich. Eine Diagnostik unter Zugrundelegung aktueller Klassifikationssysteme, z. B. der ICD 10, ist oberflächlich und unzureichend; sie lässt kaum eine hinreichende Einschätzung der Beeinträchtigungsschwere zu. Dieser seit langem diskutierte Sachverhalt wird aus verschiedenen Gründen bis heute ignoriert, insbesondere weil hier auch auf Behandlerseite erhebliche Interessengegensätze bestehen. Wie sich auch in dieser Studie zeigt, greifen die psychodynamisch orientierten Therapeuten nur bedingt auf eine Diagnostik nach der ICD zurück, wenn sie es tun, wird zumeist nur eine Hauptdiagnose angegeben. Die Beschreibung des Krankheitsbildes im Bericht lässt dann freilich erkennen, dass das Beschwerdebild sehr viel breiter angelegt ist. Monosymptomatische Beschwerdebilder sind im Bereich psychischer/psychosomatischer Beschwerden eher die Ausnahme. Welche ICD-Diagnose präferiert wird, hängt wahrscheinlich auch von der therapeutischen Ausrichtung der Behandler ab. Eine verfahrensinterne wie vor allem auch eine verfahrensübergreifende Diagnostik und Differenzialindikation ist auf dieser Grundlage jedenfalls nicht darstellbar.
5. Die verfahrensinterne Differenzialindikation folgt weniger den klinischen Parametern wie der Beeinträchtigungsschwere oder der biografischen Risikobelastung; am ehesten spielen noch Vorbehandlungen in der Entscheidungsfindung eine Rolle.
6. Entscheidend für die Therapiewahl sind vor allem die zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen des Behandlers.
7. Etwa ein Viertel der Patienten können nach ihrem Beeinträchtigungsgrad und ihrer biografischen Risikobelastung als schwer gestört angesehen werden.

8. Am besten lassen sich noch bei der Auswahl der Patienten für eine AP klinisch nachvollziehbare Entscheidungswege ausmachen (eher jüngere, recht gut gebildete, auch männliche Patienten mit mittelgradiger (meist depressiver) Beeinträchtigung, bei begrenztem Ausmaß persönlichkeitsstruktureller Beeinträchtigungen und nicht zu hohem Misstrauenspegel. Hier können Untergruppen die Befunde nivellieren.
9. Die Biografie mit ihren wesentlichsten belastenden Auswirkungen für die Persönlichkeitsentwicklung wird unzureichend erfasst, sei es dadurch, dass hier Einseitigkeiten in der Erfassung von Belastungsmomenten zum Tragen kommen oder dass die Berichterstattung im Rahmen des GAV die Darstellung erschwert. Es ist wohl davon auszugehen, dass dieser Befund zumindest teilweise ein Artefakt durch die erforderliche Berichterstattung widerspiegelt und mangelnde Informationen den Erfordernissen der praktischen Abläufe in der Psychotherapiepraxis geschuldet sind. Erkennbar wird jedenfalls, dass sich nicht wenige Psychotherapeuten doch auch schwer tun bei der Aufgabe, die gewonnenen biografischen Eindrücke in eine hinreichend nachvollziehbare Behandlungspraxis zu übersetzen. Anzunehmen ist, dass derartige Schwierigkeiten mit zunehmender Erfahrung geringer werden. Dennoch bleibt der bedenkliche Eindruck bestehen, dass die Erfahrung allein solche Lücken nicht beseitigen wird.
10. Prognose und Wirtschaftlichkeit einer Behandlung kommen bei der Indikationsentscheidung kaum zum Tragen.

Von besonderer Bedeutung erscheinen uns solche Variablen, die aus verschiedenen Gründen im Rahmen der RLPT keine oder nur eine untergeordnete Rolle spielen. Dazu gehören:

1. Die Frage der Therapeutenwahl und der Zuweisung. Auch die hier vorgelegten Untersuchungsergebnisse lassen erkennen, dass eine Vielzahl von Variablen Einfluss auf die Wahl des Therapeuten gewinnt. Neben der regionalen Zugänglichkeit spielt dabei sicher auch die persönliche Erreichbarkeit in vertretbarer Entfernung und der damit verbundene Aufwand eine Rolle. Sodann ist aber die hier hervorgehobene geschlechtsspezifische Präferenz sicher bedeutungsvoll. Sie dürfte mit zunehmender Dauer der Behandlung an Gewicht gewinnen. Welche Rolle der Zuweisungsmodus im Zeitalter des Internet und bei der gegebenen sozialen Selektion der Patienten spielt, wäre weiter abzuklären, insbesondere auch unter Berücksichtigung des Therapieverlaufs. Die angebotene psychotherapeutische Methodik spielt wahrscheinlich eher eine untergeordnete Rolle, zumal es den meisten Patienten schwerfallen dürfte, im Vorfeld die Feinheiten des Vorgehens zu differenzieren. Sicher sind noch weitere Einflüsse zu bedenken. Die hier aufgeführten Variablen stellen auch keine Reihung nach der eingeschätzten Gewichtung dar.

2. Die Person des Therapeuten selbst
3. Die Einschätzung der Beeinträchtigungsschwere (unregelmäßig; wenn, dann am ehesten recht global nach der OPD)

### 3.3 Qualitätssicherung und Forschung

Die hier vorgestellten Daten wurden im Rahmen des mit der Richtlinien-Psychotherapie verbundenen GAV als externem Qualitätssicherungsinstrument gewonnen. Dieser Zugang ist zweifellos nicht mehr als ein »Blick durch das Schlüsselloch«. Die damit verbundenen Einschränkungen wurden ausführlich dargestellt. Dennoch ergeben sich einige interessante Einblicke, die angesichts der zumindest recht guten internen Validität des eingesetzten Instrumentariums nicht gering zu schätzen sind. Ein Datensatz in diesem Umfang ist bisher jedenfalls nicht vorgestellt worden, und er wird auch für die Zukunft, außerhalb des GAV, als Referenzgröße von bleibender Bedeutung sein.

Mit der letzten Revision der RLPT deutete sich bereits der Abschied aus dem GAV als Qualitätssicherungsinstrument an. Zwischenzeitlich ist die Abschaffung des GAV im »Hauruckverfahren« auf der politischen Ebene vollzogen worden. Über die Hintergründe dieses Vorgehens lassen sich nur Vermutungen anstellen. Vielleicht stand der Gedanke Pate, dass man, wenn man einen Sumpf austrocknen will, nicht die Frösche fragen darf. Fragt sich nur, wer hier »die Frösche« sind, und wer das GAV als »Sumpf« ansehen könnte.

Die mit der anstehenden Ablösung des GAV verbundenen Nachteile wurden früher bereits von mir aufgezeigt und diskutiert (Lieberz 2018). Dabei stand vor allem die Sorge vor einer, durch eine mangelhafte wissenschaftliche Grundlage, unzureichenden Orientierung der Entscheidungsträger auf den verschiedenen politischen Ebenen im Vordergrund. An diesem Sachverhalt hat sich bis heute nichts geändert. Einige erweiterte Einblicke in den psychodynamischen Versorgungszweig der RLPT wurden mit den hier vorgelegten Daten gegeben. Zum verhaltenstherapeutischen Zweig in der RLPT liegen am ehesten noch mit der TK-Studie Forschungsergebnisse vor. Diese an sich bemerkenswerte Initiative krankte indes an der Tatsache, dass sie von einer großen Krankenkasse finanziert wurde, inhaltlich einseitige Schwerpunkte auf die verhaltenstherapeutische Ausrichtung von Psychotherapie aufwies und die politische Zielsetzung (Abschaffung des GAV) durch alle Ritzen schimmerte. Zudem wurde mit der Implementierung eines aufwendigen Rückmeldesystems der fragwürdige Versuch unternommen, großflächig den Therapieprozess einzufangen. Mit dem Scheitern dieser Studie wurde offenbar der Entscheidungsdruck auf die politische Ebene verlagert und schließlich so groß, dass man glaubte, nicht länger warten oder gar geeignete Studien von unabhängigen Institutionen in Auftrag geben zu können. Meine Vorbehalte gegenüber der

Revision der RLPT und der sich ankündigenden Abschaffung des GAV habe ich seinerzeit mit folgendem Eindruck zusammengefasst: »Festzuhalten bleibt für mich, dass bei der aktuellen »Reform« der RLPT die Eigendynamik des Geldes den Weg gewiesen hat und mit Macht den Raum ergreift, den die Mängel in der wissenschaftlichen Begründung unseres Vorgehens lassen.«

Vielleicht gaben die bei der letzten Veränderung der RLPT gemachten Erfahrungen aber auch den Anstoß für diesen politischen Schritt. In diesem Aushandlungsprozess wurde noch mal deutlich, dass sich die Diskussion jenseits wissenschaftlich-inhaltlicher Gesichtspunkte bewegte und lediglich die verschiedensten Interessen miteinander verhandelt wurden. Die Bewertung des Ergebnisses ist naturgemäß vom Standpunkt des Betrachters abhängig. Auf jeden Fall aber ist zu sagen, dass eine breite fachliche Diskussion etwaigen Veränderungen des gesetzlichen Regelwerks vorausgehen oder sie jedenfalls begleiten sollte, dass also die »gesetzlichen Änderungen« den inhaltlichen folgen und nicht umgekehrt.

Ich möchte meine etwas pessimistisch klingende Sicht auf die Dinge mit einigen konkreten Beispielen versehen. Wir haben nach wie vor ein erhebliches Problem in der fachgerechten Diagnostik der zur Behandlung anstehenden Störungen. Die frühere, stark von psychoanalytischen Vorstellungen geprägte, eher »belletristische« Form der Diagnostik war mit wissenschaftlichen Ansprüchen nicht vereinbar und wurde zurecht revidiert. Das im Wesentlichen von US-amerikanischer Dominanz geprägte psychiatrisch-klassifikatorische Vorgehen war insofern ein Fortschritt, gleichzeitig aber auch in seiner »Oberflächlichkeit« der kleinste (nicht mal gemeinsame) Nenner. Die Orientierung an einem überholten medizinischen Krankheitsmodell des 19. Jahrhunderts (ein Keim – eine Krankheit, ein Gen – eine Krankheit, ein Trauma – eine Krankheit) und einer symptomorientierten psychiatrisch-psychopharmakologischen Herangehensweise (ein Symptom – ein Medikament) steckt jedenfalls einen engen Rahmen. (Die Verbindung zwischen den Vätern des DSM und der Pharmaindustrie ist ja zwischenzeitlich hinreichend belegt). Zudem handelt es sich um eine Diagnostik jenseits von Biografie und Entwicklung, was den begrenzten Nutzen dieser Art von Diagnostik für Psychotherapeuten jeder Provenienz mit sich bringt. Gleichwohl hat sich diese Klassifikation durchgesetzt und entfaltet, ungeachtet aller kritischen Einschränkungen in Forschung und Praxis, eine bedenkliche Eigendynamik (BpTV 2021). Wie sollen auf einem solchen brüchigen diagnostischen Fundament verlässliche therapeutische Ergebnisse vorgelegt werden? In Verbindung mit einem unpassenden und überzogenen Anspruch hinsichtlich der empirischen Absicherung von Therapieergebnissen (s. Kapitel III.2) ist die Psychotherapieforschung in weiten Teilen jedenfalls in »schweres Wasser« geraten. Forschung und Praxis laufen zudem ohne viel Bezug nebeneinanderher; was beforscht wird, interessiert keinen Praktiker, und was den Praktiker interessiert, wird nicht beforscht (Tschuschke und Freyberger 2015). Eine Ausnahme bildet dabei durchaus die Situation in Deutschland, wo sich, und

damit komme ich auf die Richtlinien zurück, in Ansätzen eine Psychotherapieforschung etabliert hat, die auf dem Boden des hier gegebenen Versorgungsrahmens, jedenfalls im psychodynamischen Bereich, wichtige Anstöße hat geben können.

Neben den zwischenzeitlich eingeführten Veränderungen hinsichtlich der Gruppentherapie, auf die ich an anderer Stelle (Lieberz 2018) bereits eingegangen bin, spielen auch die Entscheidungen zur sog. Traumatherapie (EMDR) eine nicht unerhebliche Rolle. Diese sind den eigentlichen Verhandlungen zur Veränderung der RLPT vorausgegangen. Die Erfahrungen hierzu belegen nochmals das Primat der Politik in einem doch an sich wissenschaftlich fundierten Fachgebiet. Dieses hat freilich seine eigenen Gesetzmäßigkeiten. Die Integration dieser Methodik in einen psychodynamischen Behandlungsplan ließ jedenfalls keine wissenschaftliche Fundierung erkennen, allenfalls die persönliche Evidenz einiger Kliniker reichte als Begründung (Lieberz 2014). Insofern sind die Entscheidungen zur Traumatherapie ein weiteres Beispiel politisch motivierter Vorgehensweise, diesmal zur Befriedigung einzelner laut rufender Therapeutengruppen.

Kommen wir also auf die berechtigte Frage zurück, wie die Abschaffung des GAV als Qualitätssicherungsmaßnahme motiviert sein könnte. Hier ist zunächst an die Interessen zumindest einiger Krankenkassen, wie z. B. der Techniker-Krankenkasse zu denken. Dieses Interesse scheint mir nicht allein, wie man es von »einem Kassenwart« ja auf jeden Fall erwarten würde, finanzieller Natur zu sein. Mindestens ebenso bedeutsam dürften wohl Machtinteressen sein, die zum einen auf die eher lästig gewordene Beteiligung der Psychotherapeuten in Form des GAV abzielen, zum anderen aber wohl auch von einem eigenen Gestaltungswillen beiseelt sind, z. B. regionalisierte Versorgungskonzepte mit einer besseren Verzahnung verschiedener Versorgungsbereiche (Klinik und ambulante Krankenversorgung) und dem gezielten Einkauf »passender« Gruppen von Psychotherapeuten. Gegen solche Modellvorstellungen ist ja an sich nichts zu sagen, wenn sie nicht mit einseitigen Abhängigkeiten verbunden und von einer unabhängigen wissenschaftlichen Begleitung flankiert wären.

Während man also bei einigen Treibern auf der Seite der Krankenkassen ein halbwegs strategisches Vorgehen annehmen kann, sieht die Sache auf Seiten der Psychotherapeuten wesentlich ungeordneter und ungezielter aus. Grundsätzlich können die Therapeuten ohne ein, von den Krankenkassen seinerzeit als Vorbedingung eingeführtes GAV (oder ähnliches), natürlich gut leben; es würde ihnen das Leben etwas leichter machen. Wenn das GAV von der Mehrheit der Psychotherapeuten bis heute aber zumindest geduldet wurde, dann geschah dies mit Blick auf die Vorteile (vorgezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung) und vielleicht auch in dem Bewusstsein, dass dieses Vorgehen ein »Mitspracherecht« beinhaltete und die Entscheidung über die Notwendigkeit einer Behandlung auf fachlich-inhaltlichen, (mehr oder weniger) nachvollziehbaren und diskutierbaren Erwägungen beruhte, und damit nicht allein von »der Willkür« des Leistungsträgers abhängig

war. Sicher gab es auch immer einige wenige Therapeuten, die sich eher über die vermeintliche gutachterliche »Willkür« erregten als über die im Hintergrund stehende eines anonym waltenden Krankenkassensachbearbeiters, auf welcher Ebene auch immer. Dieser von persönlichen Empfindlichkeiten gespeiste Widerstand dürfte allerdings nur eine schmale Gruppe von Psychotherapeuten umfassen.

Kollektive Widerstände ergeben sich am ehesten wohl aus einer gerade bei Psychologen vorzufindenden geisteswissenschaftlichen Einstellung mit dem Drang, nicht nur etwaige Ungerechtigkeiten in diesem Verfahren anzuprangern, sondern überhaupt die Sinnhaftigkeit eines solchen Vorgehens in Frage zu stellen. Dabei ist häufig die Vorstellung verbreitet, dass eine »objektive« Überprüfung mit Hilfe etwaiger Fragebögen o. Ä. als akzeptabler empfunden wird als die doch zumeist wohlmeinende Zweitmeinung eines erfahrenen Kollegen. Für den durchschnittlichen ärztlichen Psychotherapeuten dürften solche Argumente wenig nachvollziehbar sein, da Ärzte gemeinhin von früh auf in ihrem Sozialisationsprozess mit der Zweitmeinung eines erfahrenen Ober- oder Chefarztes groß werden, und in der Regel dies auch als beruhigend und weiterführend erleben, jedenfalls solange, bis sie »erwachsen« sind und »auf eigenen Beinen laufen können.« Kein Arzt käme wohl auf die Idee, dass er mit der Approbation und auch der gerade erlangten Facharztqualifikation schon diesen Grad an fachlicher Kompetenz und Sicherheit erlangt hätte. Hier stoßen unterschiedliche berufliche Sozialisationswege, vor allem zwischen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, aufeinander.

Am gewichtigsten scheint mir jedoch ein Prozess zu sein, der mit der erfolgreichen Entwicklung der RLPT selbst eng verknüpft ist. Die mit der RLPT verbundenen Vorteile einer gesicherten und planbaren Berufsausübung haben im Laufe der Jahrzehnte dazu geführt, dass die verschiedensten Gruppen von Psychotherapeuten unter diesen festen Schirm drängten, was menschlich verständlich ist, aber in eine berufspolitische Sackgasse führt. Während die Verhaltenstherapie seit jeher »ein weites Herz« besitzt und die verschiedensten Techniken und Methodiken ohne große Mühe unter ihrem Dach versammelt, haben psychodynamische/psychoanalytische Psychotherapeuten offenbar große Schwierigkeiten, sich ihrer gemeinsamen Wurzeln bewusst zu sein und sich unter diesem Schirm zusammenzufinden. So sind tiefenpsychologische Psychotherapeuten darum bemüht, aus diesem, ja auch nicht immer einheitlichen, Vorgehen eine eigenständige Therapie-richtung zu machen, dann oft verbunden mit der Vorstellung, das tiefenpsychologische Vorgehen, wie die VT, durch die verschiedensten Techniken, z. B. EMDR, anzureichern, ohne die Sinnhaftigkeit oder den Erfolg dieses Vorgehens wissenschaftlich auch nur ansatzweise zu belegen. Wenn also EMDR als Entspannungsverfahren eine gewisse Wirksamkeit entfalten kann, heißt das lange nicht, dass die Einbindung einer solchen Technik, jenseits persönlicher Evidenz, weiterführend ist (Lieberz 2014). Dies zeigt, wie das Zusammenwirken von politischen Maßnahmen mit Veränderungen in der Zusammensetzung der Psychotherapeuten als

Gesamtgruppe wie auch mit sich verändernden Präferenzen im therapeutischen Vorgehen verbunden ist, und, zur Abwehr von Nachteilen z. B. für die psychodynamischen Verfahren zu deren Verwässerung beiträgt.

So scheinen die unterschiedlichen Gruppen von Therapeuten in ihrem Bemühen um Eingliederung in die RLPT in zunehmendem Maße eine »Identitätspolitik« zu verfolgen. Sie sehen sich beispielsweise weniger als psychodynamische Psychotherapeuten, sondern vielmehr als Psychoanalytiker, Tiefenpsychologen, Gruppentherapeuten, Traumathologen, Gesprächstherapeuten, Familientherapeuten usw. Jede dieser Gruppierungen hat sodann mit dem Einzug in die RLPT als »eigenständigem Verfahren« auch den Anspruch auf »eigene Gutachter« erhoben, natürlich mit dem Verweis auf den historisch gewachsenen verfahrensgebundenen Begutachtungsvorgang. So beanspruchten also bald »die Tiefenpsychologen« ihre eigenen Gutachter, dann die Gruppentherapeuten usw. Es ist klar, dass diese Art selbstbezogenen Verhaltens die Gemeinsamkeit im Rahmen der RLPT, hier in Form des GAV, sprengen muss. In einem so diffusen Feld wie der »Psychotherapie« ist es unmöglich, für jede Modifikation eigene Gutachter zu bestellen. So haben die Therapeuten selbst auf dem Wege der Selbstverwirklichung den Rahmen gesprengt. Dies gilt zunächst für das GAV; ob darüber hinaus die RLPT Bestand haben kann, bleibt abzuwarten.

Nun spricht an sich nichts dagegen, sich um andere Formen der Qualitätssicherung zu bemühen und entsprechende Vorgehensweisen zu entwickeln. Wie das in der Praxis aussehen könnte, ist bisher nicht erkennbar. Zur Rettung der RLPT wird sicher ein Instrumentarium, wohl in Form des einen oder anderen Fragebogens, als qualitätssicherndes Feigenblatt gefunden werden. Wünschenswert wäre, wenn dabei aus den Erfahrungen mit dem GAV einige Lehren gezogen werden würden. Das GAV hatte seine Stärken in der vor Beginn oder zum Anfang der Behandlung erstellten Beurteilung. Von daher konnte es für die weitere Konzipierung und den Verlauf der Therapie wertvolle Anregungen geben. Die Schwäche des GAV lag darin, auf Grundlage des qualitativ sehr unterschiedlich ausfallenden Therapeutenberichtes den Therapieprozess und die damit verbundenen Erfolgsaussichten einzuschätzen. Zudem gab es keinen Abschlussbericht oder eine Abschlusserhebung, so dass eine nachträgliche Abgleichung zwischen Anfangs- und Abschlussbefund nicht möglich war. Dies spricht aus meiner Sicht dafür, dass es vorteilhaft wäre, wenn man sich in Zukunft im Rahmen der externen Qualitätssicherung in der RLPT darauf beschränken würde, einige Daten zur Strukturqualität in Bezug auf den Patienten und den Therapeuten (Regionalität, Art und Größe der Praxis, Überweisungsmodus, Geschlecht und Alter des Therapeuten, Soziodemografie des Patienten, Vorbehandlungen, Diagnosen) zu erheben. Außerdem wäre es wahrscheinlich konsensfähig, wenigstens ein symptomorientiertes Abschlussergebnis mit Hilfe eines entsprechenden Symptomfragebogens festzuhalten. Der Versuch, die Prozess- und Ergebnisqualität im weiteren Sinne in diesem

Rahmen einzufangen, würde die Versorgungspraxis überfrachten und überfordern, zumal damit dann ein verfahrensspezifisches Instrumentarium notwendig würde. Dieser Teil der Qualitätssicherung gehört nicht in die versorgungspraktischen Abläufe; sie ist vielmehr Gegenstand einer begleitenden Beforschung seitens unabhängiger Einrichtungen.

Wie in diesem Buch dargelegt, setzt die Beforschung des Therapieprozesses in diesem naturalistischen Rahmen allerdings voraus, dass die verschiedenen Verfahren hier ihre eigenen Wege gehen und nicht vorschnell dem Traum von einer »Einheitspsychotherapie« nachhängen. Für die psychodynamischen Verfahren heißt dies, dass sie sich auf ihr ureigenstes Spezifikum konzentrieren, nämlich die Patient-Therapeut-Interaktion. Wie in Kapitel III.2 bereits beschrieben, bedarf es dafür allerdings einer erheblichen Umorientierung in der psychodynamisch angelegten Forschung. Die stets allgegenwärtige Ergebnisforschung sollte etwas mehr in den Hintergrund treten, nicht nur wegen der Schwierigkeit, über einen längeren Therapiezeitraum alle auf das Ergebnis Einfluss nehmenden Variablen auch nur zu erfassen und angemessen zu berücksichtigen. Stattdessen sollte der Fokus stärker auf den Ausbau einer Grundlagenforschung ausgerichtet werden, die sich wesentlichen Fragen z. B. der Therapeutenwahl, des Anbindungsprozesses, des Therapieprozesses und der Themenschwerpunkte widmen sollte. Allerdings ist mir bewusst, dass diese veränderte Ausrichtung nicht einfach und vor allem auch nicht zügig voranschreiten wird. Dafür bestehen aktuell im Forschungssektor aversive Finanzierungsbedingungen, die einseitig einer pseudowissenschaftlichen empiristischen Forschung (nicht einer empirischen Forschung) den Weg bahnt. Dafür wäre es außerhalb dieser Forschungsbedingungen vor allem notwendig, die Therapeuten »mit ins Boot« zu holen. Die Beforschung der Patient-Therapeut-Interaktion unter naturalistischen Bedingungen setzt eine viel stärkere Einbeziehung von Therapeutenvariablen voraus. Netzwerke wären zu knüpfen, in deren Mittelpunkt dann entsprechende Forschungseinrichtungen ständen. Eine für Forschungszwecke ausreichende Zahl interessierter Therapeuten wäre dabei einzubinden und, natürlich gegen entsprechende Bezahlung, an der Forschung zu beteiligen. Wie das TK-Modell gezeigt hat, sind bei entsprechender Fragestellung und bei entsprechender Vergütung sicher auch viele Therapeuten bereit, sich in einen solchen Forschungsverbund einzugliedern. Freilich ist bei psychodynamisch Psychotherapeuten damit zu rechnen, dass diese empirischen Forschungsansätzen nicht unbedingt aufgeschlossen gegenüberstehen. Die Bereitschaft wird sich auch dadurch möglicherweise in Grenzen halten, dass die Therapeuten dann eine viel größere Selbstoffenheit einbringen müssten. Dennoch bin ich so optimistisch, anzunehmen, dass die psychodynamisch orientierten Psychotherapeuten ihren Selbstschutz etwas zurückstellen würden, weil sie wissen, dass auf lange Sicht sonst die gesamte Verfahrensausrichtung in Frage gestellt würde.