

# Brauchen wir Gutachter speziell für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie?

Sabine Schäfer

## Schlüsselwörter

Gutachter, Psychotherapierichtlinien, Qualitätssicherung, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie, Psychodynamische Psychotherapie

## Zusammenfassung

Der Einzug der Psychotherapie in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Jahre 1967 mündete in einem von Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gemeinsam verfassten Regelwerk, den Psychotherapie-Richtlinien (PT-R). Die PT-R regeln unter anderem die Beantragung einer Psychotherapie, welche eng mit dem Gutachterverfahren verknüpft ist. Gutachter sollen anhand schriftlicher Berichte der antragstellenden Psychotherapeuten beurteilen, ob eine beantragte Psychotherapie die Kriterien der Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit erfüllt. Eine Besonderheit fällt im Regelwerk der PT-R auf: Um als Gutachter für die Prüfung von Anträgen auf Kostenübernahme von tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien (TfP) berufen zu werden, muss der Bewerber neben einer Aus- bzw. Weiterbildung in TfP zusätzlich auch in Analytischer Psychotherapie (AP) ausgebildet sein. Die Frage, ob es gerechtfertigt oder gar notwendig ist, für die tiefenpsychologisch arbeitenden Kolleginnen und Kollegen eigene Gutachter im System der Richtlinienpsychotherapie zu erwirken – und zwar solche, die wie ihre Berichte schreibenden Kollegen „nur“ in diesem Verfahren ausgebildet sind – wird hier aus unterschiedlichen Blickwinkeln diskutiert: Im Fazit wird festgestellt, dass – egal aus welcher Perspektive dieser Sachverhalt betrachtet wird – eigene Gutachter mit TfP-Fachkunde für die TfP-Kollegen unabdingbar sind.

## Keywords

Reviewer, psychotherapy regulations, psychodynamic therapy, analytic therapy, quality assurance.

## Summary

The Psychotherapy-Regulations (PT-R) were formulated together by the central federal association of the health insurance funds and the head institution of the authorized physicians in 1967 as psychotherapy was implemented in the German Federal Health System. Amongst other things, the PT-R regulate the application of a psychotherapy, which is achieved by a review process. Viewing a written record of the patient, a reviewer judges if the applied psychotherapy responds to the criteria: necessity, cost-effectiveness and expediency. One of the idiosyncrasies of the PT-R is that in order to become a reviewer for psychodynamic psychotherapy, the reviewer must be qualified in both psychodynamic and analytic psychotherapy. This article deals with the question, if it is justifiable or even necessary that the psychodynamic psychotherapists receive their own reviewers, that are “exclusively” educated in psychodynamic psychotherapy. This notion is examined from different angles related to e.g. the regulations of the PT-R, to the history of psychotherapy in the German health system, to different theoretical considerations and to different pragmatic issues. As a final conclusion it is stressed that it is indispensable to have independent and specific reviewers for the *colleagues working with a psychodynamic approach*.

## Do we need special reviewers to examine psychodynamic cases?

PDP 2011; 10: 131–146

## Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in den Psychotherapie-Richtlinien

Um sich einer Antwort auf unsere Frage anzunähern, wollen wir uns anschauen, wie die derzeit gültigen PT-R die TfP strukturell in das System der gesetzlichen Krankenversicherung einbetten. Die Autoren der PT-R scheinen eine Notwendigkeit zu sehen, die TfP von anderen Verfahren abzugrenzen: Zusätzlich zur Verhaltenstherapie (VT) werden die TfP und die AP in der PT-R gemeinsam unter der Kategorie „Psychoanalytisch begründete Verfahren“ als zweites bzw. drittes Verfahren dieser Richtlinie (hier beginnt schon die fachliche Auslegung) zusammen aufgelistet, wie die folgenden Auszüge aus der PT-R belegen (siehe Kasten).

Für die Beantwortung der Frage, ob es sich um zwei eigenständige Verfahren handelt, soll an dieser Stelle festgehalten werden, dass es in § 14a der PT-R offensichtlich für notwendig gehalten wird, die TfP anhand einiger Sonderformen weiter aufzugliedern.

Der Trend, zwischen den Verfahren TfP und AP zu unterscheiden, setzt sich fort: Sowohl im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) als auch in der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) finden sich für alle drei Verfahren eigene Abrechnungsziffern: die EBM-Ziffer 35210 und GOP-Ziffer 863 für die AP, die EBM-Ziffer 35200 und GOP-Ziffer 861 für die TfP und die EBM-Ziffer 35220 und GOP-Ziffer 870 für die VT. Analog existieren für die Verfahren auch getrennte Abrechnungsziffern für die Kinder- und Jugendlichen- sowie die Gruppenpsychotherapie.

Die PT-R regelt auch die erforderlichen Qualifikationen der Gutachter, die im Rahmen der Antragstellung einer Psychotherapie tätig sind. Als Gutachter für die TfP und für die AP werden bisher ausschließlich solche Psychotherapeuten als ausreichend qualifiziert betrachtet, die beide KV-anerkannten Ausbildungen in den Psychothera-

pieverfahren (also beide „Fachkunden“) besitzen. So gibt es zur Bewertung der TfP-Anträge keine Gutachter, die ausschließlich die KV-Anerkennung der Fachkunde zur TfP haben. Im Gegensatz hierzu wird für diese Gutachter jedoch keine Fachkunde in Verhaltenstherapie (VT) für erforderlich gehalten.

Problematisch ist hierbei, dass Gutachter mit der geforderten doppelten Fachkunde in AP und TfP in der Regel ihre Ausbildung an psychoanalytischen Instituten absolviert haben, die den Stellenwert (und die angenommene Überlegenheit) der AP betonen und der TfP häufig die Rolle der „minderwertigen kleinen Schwester“ zuweisen. Sollte die Bevorzugung eines Verfahrens nicht bereits bei der Wahl des Ausbildungsinstituts zum Tragen kommen, dürfte – je nach verfahrensideologischem Standpunkt des jeweiligen Instituts bzw. des jeweiligen Ausbilders – die grundsätzliche Einschätzung, was die AP und was die TfP ausmacht und was diese beiden Verfahren jeweils zu leisten vermögen, sehr unterschiedlich ausfallen. Dies soll im Folgenden näher betrachtet werden.

Die eigene Herkunft, die, zugespitzt ausgedrückt, auch die Wirkung einer ideologischen Kinderstube für den analytischen/tiefenpsychologisch fundierten Gutachter entfalten könnte, könnte zu Loyalitätskonflikten führen, wenn im Rahmen einer Begutachtung die Entscheidung ansteht, in welchem Fall eine TfP und in welchem eine AP indiziert ist. Zumindest klagen Kolleginnen und Kollegen mit Fachkunde TfP häufig darüber, dass „ihre“ Gutachter in verschiedenen Fällen einen Wechsel zu einer AP vorgeschlagen hätten – was dann meist einen Behandlerwechsel nach sich ziehen würde – während die jeweiligen Behandler und auch die Patienten das tiefenpsychologisch fundierte Setting als „richtige“ Indikation betrachten. Sicherlich wäre es spannend, die Daten dahingehend zu sichten, in wie vielen Stellungnahmen der Gutachter einen Wechsel von TfP zu AP und in wie vielen von AP zu TfP empfiehlt. Auch im aktuellen Kommentar zu der PT-R wird bei der Differenzialindikation zwischen TfP und AP von einer Konkurrenzsituation gesprochen: „Bei konkurrierenden Methoden ist demnach der Methode Vorzug zu geben,

## PT-R § 13 Behandlungsformen

Folgende Behandlungsformen sind anerkannte Psychotherapieverfahren im Sinne dieser Richtlinie. Ihnen liegt ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung zugrunde, und ihre spezifischen Behandlungsmethoden sind in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt:

1. Psychoanalytisch begründete Verfahren
2. Verhaltenstherapie

### **PTR § 14 Psychoanalytisch begründete Verfahren**

1. Diese Verfahren stellen Formen einer ätiologisch orientierten Psychotherapie dar, welche die unbewusste Psychodynamik neurotischer Störungen mit psychischer oder somatischer Symptomatik zum Gegenstand der Behandlung machen. Zur Sicherung ihrer psychodynamischen Wirksamkeit sind bei diesen Verfahren übende und suggestive Interventionen auch als Kombinationsbehandlung grundsätzlich ausgeschlossen.

2. Als psychoanalytisch begründete Psychotherapieverfahren gelten im Rahmen dieser Richtlinie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie.

### **PTR § 14a Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**

1. Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasst ätiologisch orientierte Therapieformen, mit welchen die unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer

Konflikte und struktureller Störungen unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden.

2. Eine Konzentration des therapeutischen Prozesses wird durch Begrenzung des Behandlungszieles, durch ein vorwiegend konfliktzentriertes Vorgehen und durch Einschränkung regressiver Prozesse angestrebt. Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gelangt auch in jenen Fällen zur Anwendung, in denen eine längerfristige therapeutische Beziehung erforderlich ist.

3. Als Sonderformen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie können folgende Psychotherapiemethoden zur Anwendung kommen:

1. Kurztherapie
2. Fokalthherapie
3. Dynamische Psychotherapie
4. Niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung.

### **PTR § 14b Analytische Psychotherapie**

Die analytische Psychotherapie umfasst jene Therapieformen, die zusammen mit der neurotischen Symptomatik, den neurotischen Konfliktstoff und die zu Grunde liegende neurotische Struktur der Patientin oder des Patienten behandeln und dabei das therapeutische Geschehen mit Hilfe der Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsanalyse unter Nutzung regressiver Prozesse in Gang setzen und fördern.

die ein entsprechendes Behandlungsziel mit weniger Aufwand erreichen kann.“ (Faber, Haarstrick 2009, S. 44). Dies würde eigentlich implizieren, dass einer TfP-Behandlung in den Fällen der Vorzug zu geben wäre, wenn beide Verfahren eine Option darstellen. Es bleibt festzuhalten, dass in derartigen Konkurrenzsituationen die Entscheidungen stets nur von einer Seite der Konkur-

renz – hier nur von den Analytikern – getroffen werden.

Auch die renommierte Psychoanalytikerin Eva Jaeggi greift dieses Thema der Entwertung der TfP durch Psychoanalytiker auf (hier in einem Interview mit Dagmar Kumbier):

„[...] Und das spricht auch dafür, dass die Ausbildung [in TfP] nicht unbedingt in einem psycho-

analytischen Institut gemacht wird. Im Prinzip ist dies natürlich denkbar und nach einigem Zögern haben sich die Institute ja auch meist darauf eingelassen. Meine Bedenken gelten solchen Instituten, wo noch immer Psychoanalytiker ausbilden (und solche sind meiner Meinung nach in der Mehrzahl), die in der TfP eine „kleine Schwester“, ja eine „Stiefschwester“ sehen. Da wird dann bei schlechtem Therapieerfolg sehr rasch gesagt, dass dieser Fall eigentlich eine Analyse braucht, was sehr oft nichts anderes ist als eine abwertende Rationalisierung des Therapeuten, der mit einem Patienten nicht zurechtkommt“ (Kumbier 2009, S. 22).

Da die Gründe für die geltenden PT-R durch historische Entwicklungen bedingt sein könnten, werden diese im Folgenden etwas näher unter die Lupe genommen.

## Historischer Hintergrund

1956 wurde auf dem 59. Deutschen Ärztetag die **Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“** in die ärztliche Weiterbildungsordnung eingeführt (Bühren 2010). Erst 1967 fand die Psychotherapie mit der Etablierung der „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung“ Einzug in das GKV-System. Zunächst einmal nur für die Primärkassen, ab 1971 auch für alle Ersatzkassen. Eine Fachkunde „Psychotherapie“ konnte im damals rein ärztlichen Gesundheitssystem nur von Ärzten erworben werden. Diese war im GKV-System – bis zur Einführung des Delegationsverfahrens für verhaltenstherapeutische Behandlungen 1987 – ausschließlich psychoanalytisch ausgerichtet.

Im Vorfeld dieser Entwicklung wurden unter dem Begriff „Psychoanalyse“ neben der klassischen Psychoanalyse Sigmund Freuds auch andere Verfahren, vor allem die Analytische Psychotherapie nach C.G. Jung und die individualpsychologisch orientierte Psychotherapie nach Alfred Adler, aufgefasst. Mit Einzug der Psychoanalyse in das GKV-System wurde unter kontro-

vers-divergenter Diskussion in Fachkreisen schließlich die klassische „tendenzlose Psychoanalyse“ (Gattig 2002; Rüger, Bell 2004) von der „Analytischen Psychotherapie“ unterschieden: Erstere wies eine weitergehende Zielsetzung auf, die über das Ausmaß einer Krankenbehandlung hinausging und gewissermaßen auch Elemente einer Persönlichkeitsentwicklung umfasste. Letztere sollte sich auf die Behandlung von psychischen Erkrankungen beschränken. Vermutlich aus diesem Grund wird in den Richtlinien nicht von Psychoanalyse gesprochen, sondern lediglich von **„Analytischer Psychotherapie“ (AP)**.

Walter-Theodor Winkler, damals Chefarzt des Landeskrankenhauses in Gütersloh, prägte den Begriff der **„tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie“ (TfP)** und stellte ihn auf dem Deutschen Ärztetag 1966 erstmals vor: Von Eric Berne und der Transaktionsanalyse angeregt, suchte er eine „kleine Psychotherapie“ für den Praxisalltag und für eine zügigere Ausbildung von Ärzten. Die „kleine Psychotherapie“ wurde als Zusatzbezeichnung im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung eingeführt, die dann von Hausärzten und Fachärzten erworben werden konnte, um Psychotherapien jenseits der AP abrechnen zu können. Mit dem Zusatztitel „Psychotherapie“ erwarben die Kollegen ihre Fachkunde in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Die Fachkunde konnte an psychoanalytischen Instituten oder auch modular über „LiLaLü“ erworben werden. Damit war die Weiterbildung durch bestimmte Veranstaltungsmodule anlässlich der drei großen deutschen Psychotherapiekongresse in Lindau, Langeoog und Lübeck gemeint. Ursprünglich waren die Anforderungen für die Weiterbildung zum „Zusatztitel“ für Ärzte sehr gering, über Novellierungen der Weiterbildungsordnungen wurde schließlich nach und nach etwas mehr gefordert. Diese Änderungen der ärztlichen Musterweiterbildungsordnungen zogen immer auch Änderungen in den PT-R nach sich.

In der ärztlichen Weiterbildungsordnung ist im Erwerb der Fachkunde Analytische Psychotherapie bis heute die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als „kleine Psychotherapie“ inkludiert.

So fanden sich im Gesundheitssystem neben den ärztlichen Kollegen, die an psychoanalytischen Instituten als Psychoanalytiker ausgebildet worden waren und damit weit mehr als die sozialrechtlich geforderte Fachkunde nach PT-R erworben hatten, auch diese sogenannten „Zusattitler“. Diese beiden sehr unterschiedlichen Ausbildungsstränge führen im ärztlichen Kammersystem bis heute zu der KV-anerkannten Fachkunde in einem der beiden „psychoanalytisch begründeten Verfahren“ und berechtigen den Arzt letztlich auch zur sozialrechtlichen Anerkennung seiner psychotherapeutischen Kenntnisse.

Um diese unterschiedlichen Ausbildungen auch in der Außendarstellung abzubilden, wurde **1978** in Abgrenzung zu den tiefenpsychologisch ausgebildeten Ärzten mit dem Zusattitel „Psychotherapie“ der Zusattitel „Psychoanalyse“ eingeführt. So konnten sich diejenigen Psychotherapeuten, die eine psychoanalytische Ausbildung durchlaufen hatten, sich mit ihrem Verfahren deutlicher von den Zusattitlern „abgrenzen“.

Mit Blick auf die Historie fand genau genommen bereits mit Einführung der „Zusattitler“ eine Ausdifferenzierung der beiden Fachkunden TfP und AP statt. Die TfP wurde aus dieser Entwicklung heraus von den analytisch ausgebildeten Kollegen als „kleine Psychotherapie“ betrachtet, die AP hingegen als „große Psychotherapie“. Dabei wurde davon ausgegangen, dass die Ausbildung in AP automatisch auch die Ausbildungsinhalte der TfP umfasste. Dieser Logik folgend erschien es schlüssig, dass in den PT-R vor dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) die Gutachter im Antragsverfahren eine Ausbildung in Analytischer Therapie nachweisen sollten. Ein Arzt mit Fachkunde „Psychotherapie“ war mit seiner ärztlichen Weiterbildung „nur“ in TfP als Gutachter nicht zulässig. Zur damaligen Zeit wies insbesondere die Theorie der TfP auch ein deutlich geringeres Ausmaß an Differenziertheit auf.

Der Erwerb jeglicher oben dargestellter Fachkunde für den Zusattitel „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ war bis zum PsychThG ausschließlich an KV-anerkannten Ausbildungsinstituten für Psychoanalyse möglich. Bemerkenswert ist hier, dass selbst noch 1996 nur zwei der 43 KV-

anerkannten Institute für die Ausbildung in AP und TfP in ihrem Namen neben der Psychoanalyse auch die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie aufführten (Faber, Haarstrick 1996)!

Die Dozenten und Supervisoren für die TfP kamen ausschließlich aus psychoanalytischen Abteilungen oder Ausbildungsinstituten. Eva Jaggi äußerte sich 2009 in einem Interview sehr klar: *„Die ‚TfP‘ als eine ‚kleine Schwester‘ der Psychoanalyse zu bezeichnen, kann zu großen Missverständnissen führen. ‚Klein‘ ist sie höchstens in Bezug auf ihre Frequenz, meist auch auf ihre Dauer. Als Methode ist sie weltweit die am meisten verwendete, die den Bedürfnissen des Großteils der Menschen angemessen ist. Wenn wir davon ausgehen, dass die Psychoanalyse (wie gesagt: mit all ihren inzwischen bestehenden Variationen) als Theorie uns alle begleitet, dann teilt sie diese Erbschaft mit sehr vielen Therapieformen. Von der Seite der Therapietechnik her ist sie viel variabler als die hochfrequente Analyse, was übrigens offenbar zu ihrer Wirksamkeit beiträgt, wenn man sieht, wie gut sie im Vergleich mit der Verhaltenstherapie (die ja schon lange sehr methodenvariabel arbeitet) abschneidet“* (Kumbier 2009, S. 21).

**1972** kamen dann über das sogenannte „Delegationsverfahren“ auch Diplom-Psychologen in das System. Somit war Psychotherapie nicht länger nur ärztlich, allerdings im Rahmen des GKV-Systems immer noch psychoanalytisch orientiert. Erst **1989** mit der Wiedervereinigung des geteilten Deutschlands gab es eine weitere Entwicklung der Anerkennung der TfP als „großes“ und potentes Verfahren über alle Indikationen hinweg: Die psychotherapeutisch ausgebildeten Kollegen aus der damaligen DDR wurden in das System der Richtlinien-Psychotherapie überführt. Nach Rüger und Bell (2004, S. 140) waren die Kollegen in der DDR *„psychodynamisch (nicht psychoanalytisch!) ausgebildete Psychologen“*. Diese Differenzierung seitens der Autoren gibt Anlass zum Nachdenken. Rüger und Bell sehen diese Integration als Initiation der TfP als *„gewisses Präjudiz für das spätere Psychologische Psychotherapeutengesetz [...] die dort festgeschriebene eigenständige und von einer psy-*

choanalytischen Weiterbildung unabhängige Weiterbildung zum tiefenpsychologisch fundierten Psychologischen Psychotherapeuten“ (ebd.).

Diplom-Psychologen konnten in psychodynamischen Verfahren bis zum Inkrafttreten des PsychThG 1999 nur als Delegations-Psychotherapeuten mit einer Analytischen Ausbildung im GKV-System mitarbeiten. Auch hier war in der Ausbildung in AP automatisch die TfP als „kleine Psychotherapie“ eingeschlossen. Eine Ausbildung analog der ärztlichen Weiterbildung zum „Zusatztitler Psychotherapie“ mit dem Ziel der TfP-Fachkunde war „Nicht-Ärzten“ nicht möglich. PP und KJP hatten erst ab dem PsychThG die Möglichkeit, die TfP-Fachkunde zu erwerben.

Im Zuge der rechtlichen Anerkennung des Berufes und der Ausbildung von PP und KJP mit Inkrafttreten des PsychThG 1999 wurde analog zur ärztlichen Weiterbildung auch für diese neuen Berufsgruppen die TfP als eigenständiges Verfahren mit eigener Fachkunderegelung etabliert, welches zur Approbation führt. Anders als in der ärztlichen Weiterbildung ist für PP und KJP in ihrer Ausbildung im Erhalt einer Fachkunde in Analytischer Psychotherapie die TfP *nicht* per se inkludiert. Dies bedeutet, dass seit dem PsychThG ein PP oder KJP, der zu seiner AP-Fachkunde auch die in TfP zusätzlich wünscht, diese durch die sogenannte „verklammerte Ausbildung“ erwerben muss. Hier werden beide Fachkunden umfänglich gelehrt, wobei durch die starke theoretische Nähe der Verfahren einige redundante Inhalte in der Ausbildung entfallen.

In der Folge dieser Entwicklung gibt es seitdem viele staatlich zugelassene Ausbildungsinstitute, die die TfP als eigenständiges, modernes und wirksames Verfahren vollumfänglich lehren. Darüber hinaus stehen heute verschiedene Lehrbücher zur Verfügung, die eine eigenständig konzipierte TfP hervorheben, wie z.B. Jaeggi/Riegels, Wöller/Kruse und Reimer/Rüger.

Die fachliche und gesundheitspolitische Auseinandersetzung in Bezug auf die unterschiedlichen Konzepte und Vorstellungen von Psychoanalyse, Analytischer Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie ist weiterhin sehr divergent und kann noch nicht als ab-

geschlossen betrachtet werden. Hinderlich waren bei dieser Entwicklung eines neuen Selbstverständnisses der TfP sicherlich die vielfältigen Interessen, die diese Debatte mitbestimmen:

„Nach wie vor hat sie [die TfP] um ihren Rang als eigenständiges Verfahren zu kämpfen. Viele Psychoanalytiker betonen nach wie vor ihren Charakter als von der Psychoanalyse abgeleitetes Verfahren und kämpfen mit zum Teil hohem Einsatz um die Definitions- und Ausbildungsmacht über die TfP [...]. Dies ist vor dem Hintergrund der enormen Bedeutung des Verfahrens in der ambulanten und stationären Versorgungsrealität sicherlich verständlich, allerdings scheint es bei diesem Bemühen weniger um die Wertschätzung der TfP und um die Weiterentwicklung dieses Verfahrens zu gehen als um die Angst vor einem weiteren Bedeutungsverlust der Psychoanalyse. Von Seiten der TfPler dagegen wird von einer ‚breiteren‘ Konzeption der TfP ausgegangen: Diese sei [nach Eva Jaeggi] mehr und anderes als eine bloße Anwendung der Psychoanalyse und ‚ihre Eigenständigkeit steht außer Frage‘ [...].“ (Kumbier 2008, S. 243).

Letztlich könnte auch eine Differenzierung der Qualifikationswege eine Rolle in diesen Entwicklungen gespielt haben. Der Erwerb der Fachkunde zur Psychotherapie bei den ärztlichen Kollegen über deren Weiterbildungsordnung ihrer jeweiligen Ärztekammer und bei den PP und KJP „unterscheiden sich inhaltlich und in ihren Rahmenbedingungen nicht unerheblich. Außerdem weisen die Standards der psychotherapeutischen Weiterbildung der drei Facharztgebiete (Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) ebenfalls deutliche Unterschiede in ihrer jeweiligen Weiterbildungsordnung auf.“ (Rüger, Bell 2004, S. 138). Denkbar wäre auch, dass die Einführung des Gutachterverfahrens in die Psychotherapierichtlinien, die laut Rüger und Bell eine Bedingung der damaligen Krankenkassen war, insbesondere auf eine supervisorische Überwachung der Psychotherapien der ärztlichen „Zusatztitler“ in TfP durch die in AP weitergebildeten Ärzte abzielte.

In dieser gesundheitspolitischen Auseinandersetzung dürfen die fachpolitischen Interessen nicht außer Acht gelassen werden. Hier eine Befürchtung aus der Sicht eines psychoanalytischen Fachverbandes, der die Vermengung unterschiedlicher Interessenlagen zwischen den Vertretern der verschiedenen Verfahren verdeutlicht:

*„Eine derartige Methodenäquivalenz wäre für die psychoanalytischen Therapien ein gefährliches Ergebnis, denn wenn tatsächlich alle Therapien gleich gut wären, ließe sich nur schwer begründen, warum die psychoanalytischen Langzeitbehandlungen, die teurer und aufwändiger sind, für die Versorgung dennoch unentbehrlich sind. Als mögliche gefährliche Konsequenz aus dieser Methodikäquivalenz könnte die Forderung abgeleitet werden, allen Psychotherapieverfahren gleiche – und auf dem Hintergrund der bisherigen Langzeitbehandlungen deutlich reduzierte – Kontingente zu bewilligen.“ (Münch 2008, S. 18)*

Es ist mehr als wünschenswert, die grundsätzliche Problematik der Auffassung darüber abzuklären, was das jeweilige Verfahren (im Fokus stehen hierbei die TfP und die AP) zu leisten vermag, um fundierte Antworten auf die eingangsgestellten Fragen zu finden.

Die Entwicklung einer allgemein anerkannten Auffassung unter den Psychotherapeuten aller Berufsgruppen und Lehrenden an Aus- und Weiterbildungsinstituten oder gar eine Einigung scheint in fachwissenschaftlichen Kreisen immer noch schwierig.

## Fachliche Diskussion wird kontrovers geführt

Als Hilfestellung zur Entscheidung, ob eigenständige TfP-Gutachter notwendig sind, können Argumente aus einer fachwissenschaftlichen Gegenüberstellung abgeleitet werden. Diese könnten aufzeigen, welche inhaltlichen und methodischen Überlappungen und Unterschiede zwischen der TfP und der AP bestehen.

**Steht das Verfahren TfP auf eigenen, kompetenten Beinen in allen Indikationsbereichen,**

**müsste die Kompetenz des Gutachters in dem Verfahren, welches zur Anwendung kommen soll, reichen. Überlappt sich die TfP weitgehend mit der AP, wären hier auch viele Kernpunkte zwischen den Verfahren identisch. In beiden Fällen würde sich die doppelte Fachkunde bei den Gutachtern für die TfP erübrigen. Nur dann, wenn die TfP nicht auf eigenen Beinen und deshalb nicht ohne psychoanalytische Ausbildung stehen kann, erfordert eine ausreichend gute Fallbewertung die doppelte Fachkunde des Gutachters.** Eine Bejahung des Sachverhaltes der Uneigenständigkeit würde eine Entwertung der TfP-Ausbildung und Behandlungspraxis implizieren. Die große Anzahl der erfolgreich in der GKV arbeitenden tiefenpsychologisch fundiert aus- und weitergebildeten Kollegen beweisen allerdings die Eigenständigkeit ihres erlernten Verfahrens.

## Auseinandersetzungen um die Begriffe „AP“, „PDP“ und „TfP“

In einer ersten Annäherung an diese fachlichen Auseinandersetzungen wenden wir uns unterschiedlichen Äußerungen zu begrifflichen und konzeptuellen Ansätzen von TfP und AP zu. Der Begriff „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ findet sich nur in Deutschland und muss in engem Zusammenhang mit der Integration der Psychotherapie innerhalb des GKV-Systems in Deutschland verstanden werden. International finden wir für Abkömmlinge bzw. Weiterentwicklungen der Psychoanalyse nach Freud den Begriff „Psychodynamische Psychotherapie“ (PDP). Doch auch der international geläufige Begriff „Psychodynamische Psychotherapie“ wird in der Fachliteratur in Deutschland unterschiedlich bestimmt und bewertet.

Hierzu beispielhaft einige Zitate, die die verschiedenen Verwendungen, Begrifflichkeiten und Definitionen aller psychodynamischen Verfahren kommentieren:

a) „Der WBP [Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie] sieht keine wissenschaftliche Grundlage für eine Unterscheidung zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie als zwei getrennte Verfahren. Diese Unterscheidung ist lediglich sozialrechtlich bedingt und eine Besonderheit der Bundesrepublik Deutschland. Von daher sieht der WBP auch keine Rechtfertigung für unterschiedliche Ausbildungsgänge und Ausbildungsinstitute. Die vertiefte Ausbildung im Sinne des §1 Absatz 1 Satz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Psychologische Psychotherapeuten bzw. für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollte einheitlich in dem Verfahren Psychodynamische Psychotherapie erfolgen.“ (Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen vom 11.11.2004, abrufbar unter: [www.wbpsychotherapie.de](http://www.wbpsychotherapie.de))

b) „Der Begriff ‚tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie‘ ist nur in Deutschland geläufig. Er wurde 1967 durch die Einführung der Richtlinien zur Differenzierung der Therapieverfahren in der Krankheitsbehandlung geschaffen. In den meisten anderen Ländern wird das damit bezeichnete Therapieverfahren als ‚Psychodynamische Psychotherapie‘ bezeichnet. Da 2005 der wissenschaftliche Beirat das Etikett ‚Dynamische Psychotherapie‘ als Oberbegriff für alle Therapieformen, die sich auf die psychoanalytische Theorie berufen, vorgeschlagen hat, kann man derzeit in Deutschland dieses international gebräuchliche Wort nicht nutzen, ohne Begriffsverwirrung zu schaffen.“ (Jaeggi, Riegels 2008, S. 47)

c) „International wurde meist von ‚psychodynamischer Psychotherapie‘ gesprochen, um die Therapieform zu bezeichnen, die unsere Richtlinien-Psychotherapie ‚tiefenpsychologisch fundiert‘ nennt“. [...] „Analytisch orientierte Psychotherapie‘ ist im deutschen Sprachraum ein häufig benutzter synonyme Begriff für ‚tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie‘.“ (Wöller, Kruse 2005, S. 7)

d) „Damals wurden auf Vorschlag von Theodor Winkler unter dem Begriff ‚tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie‘ die in die Versor-

gung eingeführten psychoanalytisch begründeten Behandlungsverfahren zusammengefasst, die sich von der analytischen Psychotherapie durch eine niedrigere Behandlungsfrequenz und ein anderes Behandlungssetting unterscheiden. Die Behandlungen sind in der Regel auf ein wichtiges Teilziel (Fokus) beschränkt [...]. Die entsprechenden Behandlungskonzeptionen werden üblicherweise, insbesondere auch international, als ‚psychodynamisch‘ bezeichnet.“ (Rüger, Bell 2004, S. 128)

e) „Nach einer mündlichen Mitteilung zieht es Hoffmann heute vor, das von ihm ursprünglich als ‚Niederfrequente psychoanalytische Langzeittherapie‘ [...] beschriebene Verfahren als ‚Niederfrequente psychodynamische Langzeittherapie‘ zu bezeichnen. Es wäre damit den ‚psychodynamischen‘ Verfahren (in Abgrenzung zu den ‚psychoanalytischen‘ Verfahren) zugeordnet, wobei Hofmann für die erstgenannten Verfahren den Begriff der ‚Psychodynamischen Psychotherapie‘ wegen seiner internationalen Verbreitung für geeigneter hält als den der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie [...]“. (Wöller, Kruse 2005, S. 9 Fußnote)

f) „Es gibt vielmehr eine sehr gute Evidenzlage auch für die psychoanalytisch begründeten Psychotherapien, die international als ‚psychodynamische‘ Psychotherapie bezeichnet werden; der Begriff der psychodynamischen Psychotherapie ist in Deutschland wegen seiner teilweisen Identifizierung mit der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie sehr problematisch.“ (Münch, DGPT 2008)

g) „Es ist schwer, einen Vergleich mit der PA zu ziehen. Erstens gibt es wenig Arbeiten zur Erfolgskontrollforschung der Langzeitanalyse, sodass Vergleiche sehr schwierig sind, zweitens ist schon durch die erheblich längere Dauer ein Vergleich schwierig. Drittens sind bei den wenigen deutschen Vergleichsstudien, die es gibt, meist Psychoanalytiker in ihrer Arbeit als Tiefenpsychologen und als Analytiker verglichen worden. Das aber bedeutet, wenn man die oft wenig sinnvolle Ausbildung zum tiefenpsychologischen Therapeuten in den analytischen Instituten bedenkt, in den meisten Fällen, dass diese Therapeuten von



der TfP nicht überzeugt sind und sehr viel lieber Langzeitanalysen machen. Wie wir wissen, beeinflusst dies das Ergebnis infolge der hohen Suggestibilität der Patienten sehr stark. In Schweden, wo man den Vergleich machen konnte (weil es dort psychodynamische Therapeuten gibt), schnitten die Psychoanalytiker in den Psychodynamischen Therapien wesentlich schlechter ab als die dafür ausgebildeten Psychodynamischen Therapeuten.“ (Kumbier 2009, S. 21)

Diese exemplarisch aufgeführten, definitorischen Umschreibungen der Begriffe implizieren in der Zusammenschau verschiedene Positionierungen des Verhältnisses beider Verfahren zueinander und zugleich auch eine Reihe von Problemen, die sich im Rahmen einer Gegenüberstellung beider Verfahren ergeben. In Anbetracht dieser Divergenzen wäre eine fachliche Auseinandersetzung und Abstimmung, insbesondere unter den Fachgesellschaften, ob die TfP ein „Schmalspurverfahren“ der AP darstellt, die AP eine von vielen Durchführungsformen der Psychodynamischen Psychotherapie darstellt, ob beide Verfahren zu einem zusammen gefasst gehören oder ob jedes Verfahren für sich selbst steht, wünschenswert.

Um derartige Fragestellungen zu beantworten, wird generell auf eine Operationalisierung eines Verfahrens zurückgegriffen. Unter Operationalisierung versteht man in diesem Sinne eine „Messbarmachung“ von zunächst theoretischen Konstrukten der TfP bzw. AP. Konkret bedeutet das, dass die Kernannahmen beider Verfahren herausgearbeitet werden.

Grundsätzlich können wir vorab davon ausgehen, dass diejenigen, die sich an einer Operationalisierung versuchen, eine große Schnittmenge beim Indikationsspektrum und der Behandlungsmethodik beider Verfahren vorfinden werden, da beide Verfahren gemeinsame Wurzeln haben.

Um aufzuzeigen, wie die TfP sich seit 1967 in ihrer Handhabung und Potenz weiter entwickelt hat, sei hier beispielhaft – ohne die noch ausstehende fachliche Diskussion und Konsentierung vorwegzunehmen – meine Operationalisierung einer potenten TfP aus dem Jahr 2009 dargestellt, die ich gerne zur Diskussion stellen würde. Aufbauend auf der Definition der tiefenpsycholo-

gisch fundierten Psychotherapie in der momentan gültigen Version der PT-R (Faber & Haarstick, 2009) habe ich – im flankierenden Austausch mit tiefenpsychologisch fundierten Experten (vgl. auch Richter, Loew et al 2002) – 2009 eine Operationalisierung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie entwickelt, der dem aktuellen Stand des Verfahrens entspricht. Um die Lesbarkeit zu erhöhen, habe ich die wenigen Passagen, die direkt noch aus der PT-R stammen, nicht speziell gekennzeichnet. Im Zentrum der folgenden Ausführungen stehen die Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie sowie das Störungsverständnis, die angenommenen Wirkmechanismen, die Therapieziele und -planung sowie einige Gedanken zum Setting und das therapeutische Vorgehen.

In welchem Verhältnis die AP zu dieser Operationalisierung der TfP steht, soll hierbei nicht ausgeführt werden, da die Operationalisierung der AP meines Erachtens den Psychoanalytikern vorbehalten bleiben sollte. Für Kenner der AP dürfte es bei der Betrachtung der folgenden Operationalisierung deutlich werden, dass die moderne TfP eine beachtliche Weiterentwicklung erfahren hat, sodass heute gut von einem eigenständigen Verfahren gesprochen werden kann.

## A) Persönlichkeitstheorie/ Entwicklungstheorie und Störungsverständnis

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasst ätiologisch orientierte Therapieformen, mit denen die unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte und struktureller Störungen unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden.

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie orientiert sich an dem Theoriesystem und der Krankheitslehre der Psychoanalyse. Grundannahme der auf der psychoanalytischen Theorie basierenden Verfahren ist, dass unbewusste Fak-

toren das menschliche Denken, Handeln und Fühlen zentral beeinflussen und langanhaltend auch strukturell prägen können. Auf Grund der Unvereinbarkeit von Impulsen, Wünschen, Handlungsintegrationen und (sozialer) Anforderungen kann ein unbewusster Konflikt entstehen, der die Bewältigungsfähigkeiten des Individuums überfordert und symptomatischen Charakter annimmt.

**Klinisch relevant** sind vor allem diejenigen unbewussten Abläufe, die an verinnerlichte und zu persönlichkeitsstypischen Verhaltens- und Erlebensmustern verfestigte Beziehungserfahrungen geknüpft sind. Persönlichkeit ebenso wie manifeste psychische Störungen sind Ergebnisse von lebensgeschichtlich verankerten innerpsychischen Regulierungsprozessen. Früh entstandene, unangemessene Konfliktlösungsversuche überdauern und schränken die individuelle Lebensgestaltung erheblich ein und können zu psychischer Anfälligkeit und nachfolgender Dekompensation im Rahmen auslösender Lebenskonstellationen führen, die in psychischen Erkrankungen münden können.

Neben diesen neurotischen Konflikten wird der fehlende Zugang zu grundlegenden psychischen Funktionen – bedingt durch strukturelle Defizite bzw. unzureichend entwickelte Ich-Funktionen – als weitere Ursache von psychischen Erkrankungen angenommen. Hier seien beispielhaft die mangelnde Fähigkeit zur Objekt- und Selbstwahrnehmung und/oder zur Steuerung der Affekt- und Selbstwertregulation genannt. Diese Defizite können auf unterschiedliche Faktoren zurückgeführt werden:

a) Lebenskonstellationen, die geprägt sind von früher, anhaltender Deprivation oder Traumatisierung(en)

b) Mangelnde Entwicklungsmöglichkeiten von basalen (insbesondere sozial relevanten) Fähigkeiten, wie z.B. Empathie, Reflexionsfähigkeit oder Impulskontrolle.

Psychische Störungen resultieren in der Regel aus einer Kombination von neurotischen Konflikten und/oder aktuellen Auswirkungen struktureller Defizite bzw. Schwächen der Ich-Funktionen.

## B) Wirkmechanismen

Eine **allgemeine Grundvoraussetzung** für einen gelungenen Therapieprozess ist die von empathischem Verständnis und wohlwollender Unterstützung getragene therapeutische Grundhaltung und Beziehungsgestaltung, die zu einer guten Patient-Psychotherapeuten-Passung führen sollte.

Konflikte, Strukturdefizite und Abwehrmechanismen des Patienten manifestieren sich in der unbewussten Wiederholung (Inszenierung) in der therapeutischen Beziehung und werden damit – unter **Nutzung des Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehens von Abwehr und Widerstand** – der therapeutischen Bearbeitung zugänglich gemacht.

Das **Beziehungsangebot variiert von passiv-übertragungsfördernd bis zu aktiv-anleitend**, je nach persönlichen Lebensumständen des Patienten, Störungsbild, Fortgang des Therapieprozesses und Behandlungsfokus. Die spezifische Psychotherapeut-Patient-Beziehung wird dynamisch reguliert, geeignete Interventionen werden an die Änderungserwartungen und -bereitschaften des Patienten sowie an seiner Störungsmanifestationen angepasst. Je stärker die Symptomatik auf strukturellen Störungsaspekten basiert, desto aktiv-unterstützender sowie aktiv-rückmeldender ist das Beziehungsangebot des Psychotherapeuten auszurichten.

Durch diese Variationen des Beziehungsangebotes soll eine hinreichend veränderungswirksame Bearbeitungstiefe erreicht und aufrechterhalten werden. Diese sollten auf den gezielten Einsatz verfahrensbezogener Interventionen sowie die über die klassischen psychoanalytischen Interventionen hinausgehenden störungsspezifischen Methoden und Techniken abgestimmt werden. Der Umgang mit Regression muss hinsichtlich Tiefe und zeitlicher Erstreckung dem jeweiligen Setting flexibel angepasst werden. Diese flexible Handhabung sollte auf die Heilung oder Linderung von Krankheiten unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit möglichst wirksam und versorgungsrelevant ausgerichtet sein.

## C) Therapieziele und -planung

Es lassen sich in der TfP zwei Therapieziele beschreiben:

a) die Wiederherstellung eines in Frage gestellten psychischen Gleichgewichts, der durch äußere Belastungsereignisse bzw. aktualisierter innerer Konflikte auf dem Boden einer innerpsychischen Disposition und spezifischer, psychisch-struktureller Fähigkeiten dekompenziert ist.

b) die Bearbeitung lebensgeschichtlich verankerter überdauernder, unbewusster, neurotischer Konflikt- und Beziehungskonstellationen sowie die Entwicklung einer stabilen Verfügbarkeit über strukturelle Funktionen (z.B. bei sogenannten strukturellen Störungen).

e) Flexibler, reflektierter Umgang mit **unterschiedlichen Settings (Dyade, Paar, Gruppe)** auch in ihrer Kombination

f) Variation von Sitzen und Liegen

g) In der Regel wird im Sitzen mit einer **Behandlungsfrequenz von 1–2 mal in der Woche** gearbeitet.

h) Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gelangt **auch in jenen Fällen zur Anwendung, in denen eine längerfristige therapeutische Beziehung** erforderlich ist, z.B. bei Patienten mit ausgeprägten strukturellen Störungen.

Als **Sonderformen** der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie können folgende Psychotherapiemethoden zur Anwendung kommen:

1. **Kurztherapie**

2. **Fokalthherapie**

3. **Dynamische Psychotherapie**

4. **Niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung.**

## D) Therapeutisches Vorgehen/Setting

a) **Im Vordergrund stehen in der Regel konfliktzentriertes Vorgehen bei aktuellen Konflikten und gezielter Arbeit an strukturellen Defiziten.**

b) **Fokussierung des Behandlungszieles:** Gemeinsam mit dem Patienten wird das Behandlungsziel auf den aktuellen Konflikt mit dem darunter liegenden unbewussten Konflikt (z.B. neurotischen Objekt- und Selbstrepräsentanzen) und der dahinterliegenden strukturellen Störung festgelegt. Dabei findet insbesondere die Begrenzung des Leistungsumfanges Beachtung.

c) **Multimodaler Zugang** zu psychodynamischen Prozessen z.B. auch über andere als verbale Kommunikationsformen, Anregung und psychodynamische Nutzung von Inszenierungen und freie Assoziation auch im Rahmen der Anwendung von kreativer Medien (Malen, therapeutisches Sandspiel, Bewegung, etc.).

d) **Flexible Variation des Beziehungsangebotes** von passiv-übertragungsfördernd bis zu aktiv-anleitend (s.o.)

Dieser Operationalisierung der TfP wäre nun diejenige der AP gegenüber zu stellen. Diese Arbeit und daran anschließend die Konsentierung der Operationalisierungen sind von den Fachgesellschaften noch zu leisten.

Nach diesem Einblick in die fachliche Diskussion, soll nun der Blick auf den Teil der PT-R gerichtet werden, der die Qualifikation und Bestellung von Gutachtern regelt.

## Wie man Gutachter wird

Im Folgenden werden sowohl die Kriterien und die Auswahl als auch das Prozedere der Benennung von Gutachtern beschrieben.

Gutachter und Obergutachter werden – nach Rücksprache und im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen – von der KBV benannt. Alle fünf Jahre (Dauer der Amtszeit) werden – nach Ausscheiden eines Gutachters – neue Gutachter benannt bzw. wird die Amtszeit der bereits Benannten verlängert. Die neu zu besetzenden Ämter werden im Deutschen Ärzteblatt bzw. in dessen PP Ausgabe etwa ein Jahr im

Voraus ausgeschrieben. Die letzte Ausschreibung erfolgte in Heft 24 vom 13. Juni 2008. Die letzte Benennung von Gutachtern fand im Frühjahr 2009 statt. An dieser Stelle sei erwähnt, dass sich Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erst seit 1999 im Rahmen dieser Nachbesetzungen als Gutachter bewerben konnten. Um als Gutachter in Betracht zu kommen, müssen bestimmte Voraussetzungen gegeben sein. So bestimmt die Psychotherapie-Richtlinie die formalen Bedingungen: Ein Bewerber, beispielsweise aus den Reihen der Psychologischen Psychotherapeuten, muss approbiert sein und die Fachkunde in VT oder die doppelte in TfP und AP besitzen. Darüber hinaus ist der Nachweis zu erbringen, dass der Bewerber mindestens fünf Jahre im jeweiligen Verfahren und hier auch fünf Jahre als Dozent sowie als Supervisor tätig war. Letztere Eigenschaft muss zum Zeitpunkt der Bewerbung noch vorliegen. Die PT-R fordern zudem, dass der Bewerber mindestens drei Jahre an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung teilgenommen hat und zum möglichen Beginn der Gutachter Tätigkeit in der Regel noch nicht älter als 55 Jahre ist. Für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten gelten entsprechende Regelungen. Nach dem Eingang der Bewerbungen werden vier Bewerberlisten erstellt – jeweils eine Liste für Verhaltenstherapie, Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche, sowie für die psychoanalytisch begründeten Verfahren (=TfP und AP), Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche. Die Auswahl aus diesen Bewerberlisten erfolgt anhand einiger übergeordneter Kriterien, die in §12 (6) der Psychotherapie-Vereinbarungen (PT-V) beschrieben werden:

- Regionalverteilung
- Geschlechtsverteilung
- Verteilung ärztliche Psychotherapeuten/Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Erfahrungen mit Begutachtungen von Psychotherapie im Rahmen einer Tätigkeit für den MDK

- Besondere Erfahrungen und/oder Zusatzqualifikation in einem speziellen Fach- oder Vertiefungsgebiet (z.B. Gruppentherapie) oder in einem speziellen Aufgabenfeld (z.B. sozialmedizinische Begutachtung)
- Altersverteilung
- Tätigkeit in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung
- Bereitschaft und Möglichkeit, die für die sachgerechte Begutachtung notwendige Zeit im jeweils erforderlichen Umfang zur Verfügung zu stellen
- Wartezeit auf der Bewerberliste
- Keine herausgehobene Position in Berufsverbänden der Psychotherapie
- Bei Weiterbestellung als Gutachter darf in der Regel kein höheres Lebensalter als 68 Jahre bestehen. Laufende Fälle sollen abschließend bearbeitet werden können.

## Strukturelle Betrachtung – der Status quo

Nun ist klar, nach welcher Verfahrensweise die Gutachter ausgewählt werden, wie aber sieht die Zusammensetzung der Gutachter im GKV-System konkret aus?

Dazu sei hier zunächst auf die ausführlichen Auswertungen der Gutachterstatistik und -listen in *Psychotherapie Aktuell* 2/2010 (Schäfer 2010b) hingewiesen und auf die Aus- und Bewertungen der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geführten Statistiken zu den Zahlen von Zugelassenen in *Psychotherapie Aktuell* 1/2010 (Schäfer 2010a).

Bei der Gesamtbetrachtung der oben genannten detaillierten Auswertungen fällt auf, dass beim Vergleich von Gutachtern zu KV-zugelassenen Psychotherapeuten fast die Hälfte aller Gutachterplätze von ärztlichen Psychotherapeuten besetzt sind. Im Gegensatz dazu macht der Anteil der niedergelassenen Ärztlichen Psychotherapeuten noch nicht einmal ein Viertel an der Gesamtheit der niedergelassenen Kollegen aus! Dieses (Un-)Verhältnis findet sich auch in der Zu-

sammensetzung der Gutachter für TfP/AP: Hier setzen sich die Gutachter für TfP/AP zu 51% aus Ärzten und zu 48% aus PP zusammen. In der Niederlassung sieht das anders aus: 32% ärztliche Psychotherapeuten stehen 51% PP und 17% KJP mit Fachkunde AP/TfP gegenüber.

Diese unverhältnismäßige Dominanz der ärztlichen Psychotherapeuten unter den Gutachtern könnte dadurch entstanden sein, dass bis zum PsychThG alle Gutachter einen ärztlichen Grundberuf hatten und im Rahmen der 5-jährlichen Nachbesetzungen dieses Verhältnis bislang kaum verändert wurde. Darüber hinaus könnte es auch damit zusammenhängen, dass die ärztlichen Kollegen im Zuge ihrer Weiterbildung in AP-Fachkunde die der TfP bis heute direkt mit erwerben. Dies ist, wie bereits ausgeführt, bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufwändiger: Diese müssen beide Ausbildungen separat durchlaufen, da laut PsychThG die Fachkunde AP nicht die Fachkunde für TfP beinhaltet. Hier bietet das PsychThG für PP/KJP nur die „verklammerte Ausbildung“ mit ihren kleinen Einsparungen als Alternative an.

Weiter wird anhand der KBV-Statistik (Abb. 1 und 2) deutlich, dass die 52% aller Gutachter mit doppelter Fachkunde TfP/AP aus nur 8% aller KV-zugelassenen Psychotherapeuten mit beiden Fachkunden rekrutiert werden können. Das heißt, diese kleine Gruppe von 8% der niedergelassenen „Leistungserbringer“ stellen 52% aller Gutachter insgesamt (d.h. für alle Richtlinienverfahren) und stellen 100% aller Gutachter für die psychoanalytisch begründeten Verfahren.

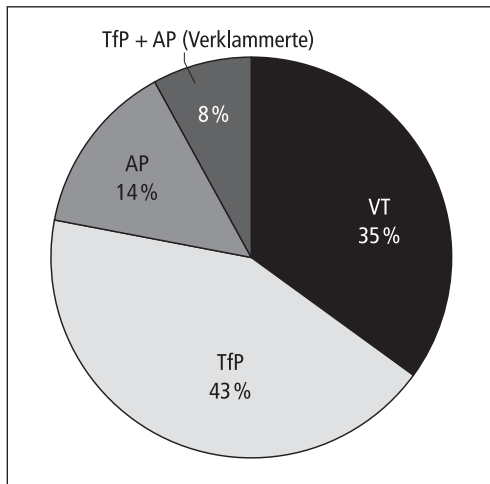
Mit Fokus auf unsere Fragestellung scheint sich hier der Umstand zu bestätigen, dass auf Grund des sehr unterschiedlichen Erwerbes der „Doppelten Fachkunde“ in AP und TfP, hier die ärztlichen Psychotherapeuten strukturell bevorzugt sind, die Voraussetzungen für den Status eines Gutachters für analytisch begründeten Verfahren zu erhalten. Weiter wurde hier herausgearbeitet, dass nur ein ganz geringer Anteil der KV-zugelassenen Psychotherapeuten beide Fachkunden besitzt (8%) und hier als potenzieller Gutachter in Frage kommt. 57% aller nieder-

gelassenen „Leistungserbringer“ haben nur jeweils eine Fachkunde, die in TfP oder AP.

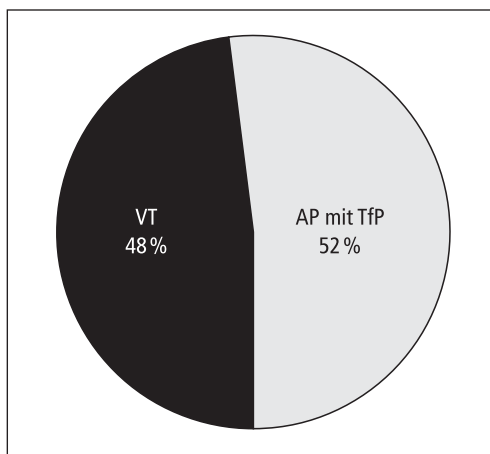
## Fazit

Ausgangspunkt der folgenden Überlegungen sind die Regelungen bezüglich der Aufgaben der Gutachter laut PT-R. Das Gutachterverfahren soll die Umsetzung des in §12 (1) SGB V niedergeschriebenen Wirtschaftlichkeitsgebots für den Bereich der ambulanten Psychotherapie sicherstellen. Dieser Paragraph besagt: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Gutachter haben auch *nicht* die Aufgabe der Indikationsstellung zu einem spezifischen Verfahren, da in der Richtlinie keine verfahrensbezogene Zuordnung der Behandlungskompetenz zu einzelnen Störungsgruppen stattfindet. Außerdem haben die verschiedenen Verfahren zwischenzeitlich auch eigene Behandlungskonzeptionen für die unterschiedlichen Störungen entwickelt, wie die Begutachtung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie belegt. Dies impliziert, dass jedes Verfahren für die Behandlung aller Störungen angewandt werden kann. Dass nur ein Gutachter mit doppelter Fachkunde entscheiden kann, welches der beiden Verfahren notwendig, wirtschaftlich und für den Patienten zielführend ist, soll dennoch das Argument sein, die diese doppelte fachliche Qualifikation der Gutachter begründet. Folgt man der zu Grunde liegenden Logik, müsste der Gutachter dann auch Kenntnisse in Verhaltenstherapie, also in allen drei Richtlinienverfahren vorweisen: Nur dann könnte gemäß dieser Argumentation sichergestellt werden, dass dem Patienten und der Behandlung seiner Erkrankung das angemessenste Richtlinienverfahren zukommt. Sicherlich spannend wäre die Sichtung der Daten entsprechend der Frage, in wie vielen Stellungnahmen der Gut-



**Abb. 1** Verteilung der Verfahren in der niedergelassenen Psychotherapeutenchaft über alle Berufsgruppen 2008 (Quelle: KBV-Grunddaten 2009)



**Abb. 2** Verteilung der Verfahren unter den Gutachtern 2009 (Quelle: Gutachter-Listen 2009)

achter einen Wechsel von TFP zu AP und in wie vielen von AP zu TFP empfohlen wird.

Die Ausgangsfrage war weiterhin, ob die analytische Fachkunde heute noch Voraussetzung für die Begutachtung von TFP-Anträgen zu sein hat. Die Regelung in der PT-R bejaht diese Frage seit 1967.

Hierfür lassen sich jedoch keine stichhaltigen fachlichen Gründe finden:

Die TFP hat sich mittlerweile als hochpotentes Verfahren für alle Indikationsbereiche – auch bei der Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen bewährt. Dies belegen sowohl die von der Deutschen Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT) vorgelegte Übersicht über die Wirksamkeitsstudien (Richter, Loew et al, 2002) als auch die vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie gesichteten empirischen Studien. Diesem Sachstand hat auch das PsychThG 1999 Rechnung getragen und die TFP als wirksames, eigenständiges Verfahren in das System integriert. So erscheint es hinfällig, dass ein Gutachter für die Begutachtung eines TFP-Antrages „Zusatzkenntnisse“ in analytischer Fachkunde haben muss. Auch unter diesem Gesichtspunkt müsste dieser Gutachter – wie schon argumentiert – auch die VT-Fachkunde besitzen.

Unbestritten steht das Verfahren TFP auf stabilen fachlichen Beinen in allen Indikationsbereichen. Auch aus diesem Grund sollte hier die fachliche Kompetenz des Gutachters bezüglich des Verfahrens, welches zur Anwendung kommen soll, völlig ausreichend sein. Auch wenn sich die TFP weitgehend mit der AP überlappen würde, wären viele Kernpunkte der Verfahren identisch, sodass auch in diesem Fall kraft seiner TFP-Kompetenz und -Berufspraxis ein „einfach“ ausgebildeter TFP-Gutachter hinreichend kompetent für die Begutachtung von TFP-Fällen wäre.

Es findet sich von fachlicher Seite her kein Anhaltspunkt dafür, dass die TFP-Fallbewertung und -begutachtung nur im Zusammenhang mit einer Ausbildung in AP vorgenommen werden kann. Nur dann wäre das geforderte Vorliegen einer doppelten Fachkunde bei Gutachtern berechtigt.

Diese Argumente können also in dieser Diskussion um die doppelten Anforderungen an die Gutachterqualifikation für die TFP nicht überzeugen.

Gerade auch deshalb bleibt zu fragen, warum es damals keine Anpassung in den Richtlinien gegeben hat, als die Kollegen der damaligen DDR mit ihrer dort jahrzehntelang bewährten psychodynamischen Psychotherapie in das GKV-System integriert wurden? Spätestens jedoch, nachdem die TFP als eigenständiges Verfahren 1999 im PsychThG aufgenommen wurde, hätte eine An-

passung stattfinden müssen. In diesen vergangenen 12 Jahren hat sich die TfP einmal mehr im deutschen Gesundheitswesen als das angewandte Verfahren neben der Verhaltenstherapie in seiner Eigenständigkeit bewährt. Eine Anerkennung dieses Status wäre vonnöten. Mit der Integration von PP und KJP in die GKV wurden – neben den bereits etablierten Qualitätsanforderungen der ärztlichen Weiterbildung – hohe Ausbildungsstandards für den Erwerb der Fachkunde vorgegeben. Die Qualifikation zur Fachkunde nimmt heute qualitativ und quantitativ eine völlig andere Form an, als zu der Zeit als das Gutachterverfahren eingerichtet wurde.

Die anstehende geforderte Umsetzung nach eigenen TfP-Gutachtern muss „als Nebenprodukt“ zur Folge haben, dass mehr Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als Gutachter benannt werden. Damit wird implizit auch dem bestehenden Kriterium der Ausgewogenheit der Grundberufe bei der Benennung der Gutachter in größerem Ausmaß Rechnung getragen (siehe hierzu auch Schäfer (2010) „Das Gutachterverfahren in der Richtlinienpsychotherapie“ in Psychotherapie Aktuell 2/2010, S. 14–19).

Abschließend sei noch einmal auf den Stellenwert des Konzepts der Allegianz (d.h. der Wichtigkeit der inneren Orientierung des Therapeuten an seinem Behandlungsverfahren) hingewiesen: Die Bewertung der Verfahren AP und TfP, die für gewöhnlich in der ideologisch gefärbten „Kinderstube“ des Aus- oder Weiterbildungsinstituts geprägt wird, kann die Auffassung des Psychotherapeuten über sein eigenes Verfahren prägen. Insofern kann die doppelte Fachkunde den Gutachtern bei der Ausübung ihrer Tätigkeit im Weg stehen. Eva Jaeggi weiß um diese Problematik, blickt aber zuversichtlich in die Zukunft der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (Kumbier 2009, S. 22):

*„Schwierig wird die Ausbildung von TfPlern nur dann, wenn sehr strenge Psychoanalytiker als Supervisoren und Lehrtherapeuten eingesetzt werden. Das verunsichert die Kandidaten. Aber der Engpass an Supervisoren wird bald behoben sein, weil eigens ausgebildete TfPler schon bald*

*die Ausbildung übernehmen können. Dasselbe hoffe ich übrigens auch von einer neuen Generation von Gutachtern.“*

## Ausblick

Wünschenswert und notwendig sind darüber hinaus Änderungen der bestehenden Regelungen in unterschiedlichen Gremien und Institutionen unserer Profession und der für uns relevanten gesundheitspolitischen Gremien:

a) Dringend notwendig ist eine zeitnahe, fachliche Konsentierung einer bzw. zweier Operationalisierungen zur AP und TfP durch die Fachgesellschaften! Dies mit An- und Einpassung an den internationalen Standard und der Begrifflichkeiten dieser Verfahren.

b) Wünschenswert wäre auch die Angleichung der ärztlichen Weiterbildung und der Ausbildungsrichtlinien für PP und KJP des PsychThG. Die beiden Wege unserer Berufsgruppen, die sozialrechtlichen Grundlage zu erreichen, Psychotherapie auf Kosten der Krankenkassen abzurechnen, haben sehr unterschiedliche Parameter. Für Ärzte wird der Weg über die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern vorgeschrieben und der für PP und KJP durch die im PsychThG verankerten Ausbildungsregelungen bestimmt. Die Strukturen, Inhalte und Umfänge der Ausbildungsrichtlinien der PP und KJP und die Weiterbildungsordnungen der Ärzte könnten mehr aneinander angepasst werden. Allerdings sei hier angemerkt, dass Veränderungen in den Regelungen von Weiterbildungsordnungen generell leichter über die Kammern an aktuelle Bedingungen anzupassen sind. Dagegen sind Veränderungen des PsychThG – wie aktuell zu erfahren – ein sehr langwieriges und aufwändiges Unterfangen.

c) Anpassung der Psychotherapierichtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss auf Grund der konsentierten Erkenntnisse. Anpassung der PT-R und der PTV wären dann die Folge der Änderungen und Konsentierungen unter a und b.

## Literatur

- Bühren A (2010). (Bedrohte) Ärztliche Psychotherapie als Richtlinienpsychotherapie: Gut für alle psychischen Erkrankungen? Vortrag gehalten anlässlich des DGPPN Hauptstadtsymposiums 2010. Abzurufen unter: <http://www.dgppn.de/veranstaltungen/hauptstadtsymposium/achtshauptstadtsymposium.html> [2011–04–04]. FaberFR, Dahm A, Kallinke D (Hrsg) (1999). Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 5. Aufl. München: Urban & Fischer.
- FaberFR, Haarstrick R (Hrsg) (1996). Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 4., aktualisierte und ergänzte Aufl. München: Urban & Fischer.
- Gattig E (2002). Die Ethik der psychoanalytischen Methode. Vortrag gehalten am 30. Oktober 2002. Abzurufen unter: [http://www.mip-halle.de/forum/Forumvortr/Vortrag\\_Gattig.htm](http://www.mip-halle.de/forum/Forumvortr/Vortrag_Gattig.htm) [2011–04–04].
- Hebel-Haustedt K (2009). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: wo steht sie – wo geht sie hin? Psychotherapie Aktuell 1/2009, 20–24.
- Jaeggi E, Riegels V (2008). Techniken und Theorie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Stuttgart: Klett Cotta.
- Kumbier D (2008). Weder Volkslied noch Sonate. Schwierigkeiten einer Identitätsbildung als tiefenpsychologische Psychotherapeutin. Psychodynamische Psychotherapie 2008 7, 240–249.
- Kumbier D (2009). Eva Jaeggi zu ihren Bemühungen um ein besseres Verständnis der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Psychotherapie Aktuell 2/2009, 20–22.
- Münch K (2008). Die Bedeutung der empirischen Wirkungsforschung für die Sicherung der Psychoanalyse als Ausbildungsverfahren. Artikel anlässlich der Forumsveranstaltung auf der Jahrestagung der DGPT, Bonn, 19. September 2008. Abzurufen unter: <http://www.dgpt.de/dokumente/Forum%20der%20AG%20Ausbildung.pdf>.
- Richter R, Loew TH, Calatzis A, Krause S (2002). Kontrollierte Wirksamkeitsstudien zur Psychodynamischen Psychotherapie. Psychodynamische Psychotherapie. 2002;1:19–36.
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). In der Fassung vom 19. Februar 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009; Nr. 58: S. 1399.
- Reimer C, Rüger U (2003). Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien. Heidelberg: Springer.
- Rüger U, Bell K (2004). Historische Entwicklung und aktueller Stand der Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2004, 50, 127–152.
- Rüger U, Dahm A, Kallinke D (Hrsg) (2009). Faber Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 8., aktualisierte und ergänzte Aufl. München: Urban & Fischer.
- Schäfer S. (2010a). Aktuelle Statistiken der KBV aus dem Blickwinkel der Psychotherapeuten. Psychotherapie Aktuell 1/2010, 5–9.
- Schäfer S. (2010b). Das Gutachterverfahren in der Richtlinienpsychotherapie. Psychotherapie Aktuell 2/2010, 14–19.
- Sonnenmoser M (2009). Psychotherapie in der DDR: Versunkene Welt. Deutsches Ärzteblatt PP 8, 115.
- Wöller W, Kruse J (2005). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden. 2. überarbeitete u. erweiterte Aufl. Stuttgart: Schattauer.

## Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Sabine Schäfer  
 Stellvertretende Vorsitzende  
 Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPTV)  
 Praxis für Psychotherapie  
 Tobelwasenweg 10  
 73235 Weilheim  
 E-Mail: [sabineschaefer@dptv.de](mailto:sabineschaefer@dptv.de)  
 Internet: [www.dptv.de](http://www.dptv.de), [www.praxis-schaefer.de](http://www.praxis-schaefer.de)