



Psychodynamische
Psychotherapie

Forum der tiefenpsychologisch
fundierten Psychotherapie



Kinder- und Jugend- lichenpsychotherapie und -psychosomatik

DFT

Deutsche Fachgesellschaft für
Tiefenpsychologisch fundierte
Psychotherapie / Psychodynamische
Psychotherapie (DFT) e.V.

 **Schattauer**

www.pdp-online.info
© Klett-Cotta Verlag, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

Herausgegeben von Carsten Spitzer,
Annegret Boll-Klatt, Sebastian Euler,
Thomas H. Loew, Rainer Richter

50 Jahre Psychotherapie-Richtlinie und der »Faber/Haarstrick-Kommentar«

Eine Diskussion der veränderten Praxis-Anforderungen an die Fallkonzeption im Gutachterverfahren

Ingo Jungclaussen, Lars Hauten

Zusammenfassung

Die zum 1.4.2017 in Kraft getretene Reform der Psychotherapie-Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wird in ihren Auswirkungen auf die Praxis der Fallkonzeption ambulanter Psychotherapien im Gutachterverfahren dargestellt und diskutiert.

Hierzu wird ein vierschrittiges Vorgehen angewandt. Nachdem die (veränderten) Rahmenbedingungen des Gutachterverfahrens gemäß PTRL und deren Auslegung nach dem »Faber/Haarstrick-Kommentar« dargestellt werden, folgt eine Illustration der Anforderungen (am Beispiel von Punkt 4 einer nach dem neuen Berichtleitfaden (PTV3) erstellten Fallkonzeption) entlang aller drei in der GKV zugelassenen Psychotherapieverfahren. Ergebnisse einer explorativen Pilot-Studie zur Rezeption bzw. Akzeptanz der neuen Fallkonzeption gemäß PTRL-Reform bei Gutachtern und bei Behandlern werden vorgestellt. Die Autoren sprechen sich in der Zusammenschau für eine Stärkung der LZT in der Regelversorgung aus und sehen die Neu-Bestellung der Psychotherapie-Gutachter 2018 als Chance für die Verbesserung eines interkollegialen Dialogs im Gutachterverfahren.

Schlüsselwörter

Gutachterverfahren; Psychotherapie-Richtlinie; »Faber/Haarstrick-Kommentar«; Bericht an den Gutachter; Fallkonzeption

Abstract

50 years Psychotherapy Directive and the »Faber/Haarstrick-Commentary«. A discussion of the changed practice requirements to case conception in the assessment process: Implications of the changes in the Psychotherapy Directive of the Federal Joint Committee (G-BA), that came into effect April 2017, on the case conception within the evaluation process are discussed. A four step process is applied. First, the (changed) framework of the assessment process following the Psychotherapy Directive and its Commentary (»Faber/Haarstrick-Kommentar«) are explained. Then, the new requirements on the case conception are illustrated with an example along all psychotherapy approaches accepted by the statutory health insurance. Outcomes of an exploratory study investigating reception and acceptance by assessors and therapists alike are presented. The authors recommend a consolidation of long term psychotherapy within the regular health insurance. The new commissioning of psychotherapy assessors in 2018 is viewed as an opportunity to improve communication between therapists and assessors.

Keywords

psychotherapy assessment; psychotherapy-directive; »Faber/Haarstrick-Commentary«; case conception; outpatient psychotherapy

Einleitung

Das über 50-jährige Bestehen der Richtlinien-Psychotherapie (im Folgenden: PTRL) in Deutschland seit 1967 sowie die Zäsur durch die Strukturreform der ambulanten Psychotherapie 2017 wird im vorliegenden Beitrag zum Anlass genommen, die neuen Anforderungen an die Fallkonzeption (Bericht an den Gutachter) konkret darzustellen und zu diskutieren. Dabei wird ein Bezug hergestellt zum »Faber-Haarstrick-Kommentar«, welcher seit Einführung der PTRL eine Schnittstelle zwischen den Richtlinien-Vorgaben und ihrer praktischen Umsetzung darstellt.

Die Betrachtung der veränderten Anforderungen an die Fallkonzeption im Gutachterverfahren erfolgt in vier Schritten:

- Darstellung des untergesetzlichen Normen-Rahmens (PTRL)
- Auslegung der Neuregelungen (11. Faber-Haarstrick-Kommentar)
- Illustration der neuen Anforderungen (Fall-Beispiel zu Punkt 4 des Berichts)
- Rezeption der Änderungen (Gutachter- und Therapeuten-Befragung)

Psychotherapie-Richtlinie und Fallkonzeption

Die Psychotherapie-Richtlinie und der G-BA

Richtlinienänderungen zur Fall-darstellung im Gutachterverfahren seit dem 1.4.2017

Für die Fallkonzeption sind folgende Änderungen der PTRL relevant:

- **Gliederung:** Für alle drei Verfahren gilt eine einheitliche Gliederung (PTV3); der Bericht soll zwei Seiten lang sein.
- **Bericht:** Die KZT wird grundsätzlich ohne Bericht an den Gutachter durchgeführt. Bei Fortführungsanträgen liegt die Notwendig-

keit von Begutachtungen im Ermessen der Krankenkasse.

- **Kontingente:** Änderung (Zusammenlegung) der Stundenkontingente und Bewilligungsschritte.
- **Biografie:** Die Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung in einem eigenen Punkt wurde in PTV3 ersatzlos gestrichen. Die für die aktuelle Störung relevanten biografischen Daten sollen in den neuen Punkt 4 (Psychodynamik/Verhaltensanalyse) integriert werden.
- **Krankheitsverständnis:** Das Krankheitsverständnis des Patienten ist explizit zu beschreiben.
- **Beziehungsmuster:** Für die analytisch begründeten Verfahren TP und AP ist unter Punkt 4 (Psychodynamik) eine Beschreibung dysfunktionaler Beziehungsmuster gefordert.
- **Zielsetzung:** Im Behandlungsbericht ist deutlich zu machen, welche therapeutischen Zielsetzungen wie mit dem Patienten explizit vereinbart wurden.
- **Kooperation:** Die Notwendigkeiten und Möglichkeiten interdisziplinärer Zusammenarbeit soll im Behandlungsantrag erörtert werden. Dies kann als eine konsequente Weiterentwicklung des »bio-psycho-sozialen« Krankheitsbegriffes aufgefasst werden: Ein holistisches Störungsverständnis verlangt ein multiprofessionelles Behandlungskonzept.
- **Rezidivprophylaxe:** Es wird die Möglichkeit geschaffen, einen Teil des bewilligten Behandlungskontingentes aufzusparen, um es nach Beendigung der Richtlinien-Psychotherapie zur Verhinderung von Rückfällen anzuwenden.
- **Gutachtergruppen:** Es wird eine zusätzliche TP-Gutachtergruppe bestellt, zusätzlich zu den bisherigen AP/TP- und VT-Gutachtern. Dabei mussten sich die Gutachter für alle Gutachtergruppen neu bewerben

Eine weiterführende Darstellung und Diskussion der Änderungen findet sich bei Jungclausen (2018) sowie Jungclausen & Hauten (2017a, 2017b).

Infokasten: Die Psychotherapie-Richtlinie und der G-BA:

Die PTRL regelt die Anwendung der ambulanten Psychotherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Hierbei legt sie fest, bei welchen psychischen Erkrankungen ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung hat. Ferner regelt die PTRL, welche psychotherapeutischen Verfahren und Methoden in welchem Umfang zur Behandlung von psychischen Erkrankungen zur Anwendung kommen dürfen. Die Richtlinien stellen eine untergesetzliche Norm dar, d. h. sie sind für alle GKV-Beteiligten bindend.

Als vor 50 Jahren 1967 die erste Psychotherapie-Richtlinie verabschiedet wurden, handelte es sich hierbei um zwei Seiten Text im Bundesanzeiger. Das heutige Regelwerk umfasst 30 Seiten. Für die praktische Umsetzung der Psychotherapie bedarf es zusätzlich eines Vertrages zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern (GKV-Spitzenverband und KBV); dieses Vertragswerk (die »Psychotherapie-Vereinbarung«) als Anlage zum »Bundesmantelvertrag-Ärzte« (BMV-Ä) umfasst noch einmal 27 Seiten. Der Herausgeber der PTRL ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als oberstes beschlussgebendes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern. Er ist besetzt von einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie jeweils fünf Vertretern der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und der Leistungserbringer (DKG, KBV, KZBV). Der G-BA unterliegt der Rechtsaufsicht durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die vom G-BA formulierten Richtlinien unterliegen einem stetigen Wandel; verschiedene Interessen sowie neue Erkenntnisse müssen berücksichtigt werden zur Bewertung der Nützlichkeit, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit therapeutischer oder diagnostischer Maßnahmen. Am Beispiel der Neufassung der PTRL wird deutlich, dass der G-BA auch politische Vorgaben umsetzt: Die Änderung im Gutachterverfahren in der PTRL folgten dem Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD von 2013, in dem vereinbart wurde, das »Antrags- und Gutachterverfahren zu entbürokratisieren« (Bundesregierung 2013, S. 75).

Im Zuge der Reform kam es zu einer Reihe von Änderungen auch im Gutachterverfahren, u. a. wurde die Gliederung des Berichts an den Gutachter (PTV3), auf dessen Basis über die Kostenübernahme einer Behandlung entschieden wird, neu strukturiert.

Abb. 1 Infokasten zur Bedeutung der PTRL und des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Die Auslegung der Psychotherapie-Richtlinien durch den »Faber/Haarstrick-Kommentar«

Die PTRL sind als Norm abstrakt verfasst. Ihre Anwendung auf den Einzelfall soll im Rahmen des Gutachterverfahrens geprüft werden. Dafür bedarf es einer Auslegung. Für Behandler und Gutachter dient dazu traditionell der »Faber-Haarstrick-Kommentar« als Referenz. Inzwischen liegt die 11. Auflage vor (Dieckmann, Dahm & Neher 2018).

Kommentierung der PTRL-Neufassung im 11. »Faber/Haarstrick-Kommentar«

Der 11. Auflage des »Faber/Haarstrick« vom Okt. 2017 kommt eine besondere Stellung zu, da nur sechs Monate nach der Reform eine rasche Auslegung der Neuerungen erfolgte.

Der »Faber/Haarstrick-Kommentar« moniert, dass verfahrensspezifische Besonderheiten in der vereinheitlichten Neugliederung des Berichts (PTV3) zu wenig berücksichtigt wurden. Um diesen Besonderheiten gerecht zu werden, kommentiert der »Faber/Haarstrick« die Berichtsgliederung für alle Verfahren ausführlich, was ein Novum in der Geschichte des Kommentars ist.

Die Richtlinien-Änderungen zum Fallbericht kommentieren die »Faber/Haarstrick«-Autoren wie folgt:

- **Anamnese und Biografie:** Die Autoren des »Faber/Haarstrick-Kommentars« betonen, dass in allen drei Verfahren die Berücksichtigung der Anamnese sowie ein Verständnis

Infokasten: Zur Bedeutung des »Faber/Haarstrick-Kommentars«

Der Kommentar ist nach den beiden bereits verstorbenen und maßgeblich an der Einführung der Psychotherapie in der GKV und der Entwicklung der PTRL beteiligten Erst-Autoren Franz Rudolf Faber (1919–2010) und Rudolf Haarstrick (1919–1997) benannt. Er ist für viele mit der 50-jährigen Geschichte der ambulanten Psychotherapie in Deutschland verbunden. Bereits 1967 und 1976 legten die Autoren »Erläuterungsschriften« zur PTRL vor; seit 1989 (Faber & Haarstrick) gibt es den »Kommentar Psychotherapie-Richtlinien« in Buchform (seinerzeit der PTRL-Reform von 1987 folgend, in welcher die VT Bestandteil der Richtlinienversorgung wurde).

Über eine rein »reaktive« Auslegung der untergesetzlichen Norm hinaus nutzt der Kommentar jedoch auch seinen fachlichen Spielraum, um neue oder noch ungeklärte Anforderungen der Versorgungsrealität aufzufangen. Die im Kommentar formulierten Interpretationen finden dann zuweilen eine Berücksichtigung in den folgenden PTRL-Novellierungen. Hierzu zwei Beispiele.

Traumatherapeutische Modifikationen

Traumafolgestörungen sind in 10 % aller psychotherapeutischen Behandlungsfälle relevant (vgl. Rudolf, 2010). Dennoch war es lange nicht von den Richtlinien abgedeckt, eine Traumatherapie in der ambulanten Richtlinien-Therapie durchzuführen. Dem »Faber/Haarstrick« kommt insofern eine Vorreiter-Rolle zu, als dass in der 9. Auflage (Rüger et al. 2011) erstmalig für eine Posttraumatische Belastungsstörung traumatherapeutische Interventionen als Modifikation tiefenpsychologisch fundierter Behandlungskonzepte unter bestimmten Voraussetzungen zulässig vorgeschlagen wurden (vgl. Jungclaussen 2012a, 2012b). Seit der Anerkennung von EMDR als zulässige Methode durch den G-BA 2014 ist es nach dem »10. Faber/Haarstrick« in allen drei Verfahren möglich, traumabezogene Behandlungsmodifikationen in der Falldarstellung vorzulegen (Rüger, Dahm, Dieckmann, & Neher 2015).

Strukturbezogene Modifikationen:

Die Möglichkeit zur Behandlung von strukturellen Störungen (vgl. Rudolf 2004) mit einer TP wurde zuerst in der 6. Auflage des »Faber/Haarstrick« (Rüger, Dahm & Kallinke 2003) erörtert, bevor 2009 die Indikationskriterien der PTRL für die TP dahingehend geändert wurden. In der aktuellen 11. Auflage des »Faber/Haarstricks« gibt es zur »strukturbezogenen Modifikation tiefenpsychologischer Psychotherapie« ein eigenes Unterkapitel (Dieckmann, Dahm & Neher 2018).

Abb. 2 Infokasten zur Bedeutung des »Faber/Haarstrick-Kommentars« in den PTRL

der Biografie unerlässlich ist. Eine Untergliederung von Punkt 4 des Antragsberichtes wird vorgeschlagen.

- **Berichtslänge:** Die Autoren vertreten die Auffassung, dass komplexe Fälle eine ausführlichere Berichtlegung über zwei Seiten hinaus begründen können.
- **OPD-2:** Die Autoren schlagen im Bereich der psychoanalytisch begründeten Verfahren eine Verwendung der OPD-2 an mehreren Stellen ausdrücklich vor: Diagnostik, Strukturniveau, Psychodynamik und Behandlungsplanung. Die Darstellung der dysfunktionalen Beziehungsmuster folgt ebenfalls der Logik der OPD-2, nach der die in Achse II (Beziehung)

zu diagnostizierenden zwischenmenschlichen Phänomene a priori einen Behandlungsfokus darstellen.

- **Zielsetzung:** Darüber hinaus klären die Autoren die Frage, wie die in PTV3 geforderte zu vereinbarende Zielsetzung mit dem Patienten in den psychoanalytisch begründeten Verfahren zu verstehen ist. Da sich die Psychodynamik weitgehend auf unbewusste Prozesse bezieht, können nur die bewussteinfähigen Therapieziele mit dem Patienten besprochen werden. Die therapeutischen Zielsetzungen, welche sich auf das Unbewusste des Patienten beziehen, sollen in Form von Foki formuliert werden.

- **Behandlungsplanung:** Für alle drei Verfahren wird die Notwendigkeit einer sorgfältigen, individuellen und konkreten Behandlungsplanung betont. Das wird inhaltlich u.a. damit begründet, dass sich die Indikation zu einem Behandlungsverfahren schwerpunktmäßig aus der Zielsetzung (und nicht aus der Diagnose) ergibt
- **Rezidivprophylaxe:** Die Autoren stellen die Rezidivprophylaxe in einen Zusammenhang mit der für alle Verfahren notwendigen Begrenzung und der damit notwendigen sorgfältigen Planung des Behandlungsendes. Die Rezidivprophylaxe kann nach dieser Lesart dazu verwendet werden, systematisch geplant die Behandlung »auszuschleichen«. Folgerichtig sollen schon frühzeitig im Antragsverfahrens Angaben zur Rezidivprophylaxe gemacht werden. Leider wird in diesem Zusammenhang die Gefahr eines von Behandler und Patient gemeinsam agierten Widerstandes gegen die Konfrontation mit dem Abschied nicht erörtert.
- **Überweisungskontext:** Die Autoren unterstreichen die Notwendigkeit, den Überweisungskontext zu erörtern.
- **Differenzial-Indikation:** Die Autoren unterstreichen die Notwendigkeit, bei der Differenzial-Indikation den Aspekt der Wirtschaftlichkeit auch auf den Behandlungsumfang zu beziehen. Dies greift die seit 1.7.17 gültige Psychotherapie-Vereinbarung auf, in welcher der Zusammenhang von Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit mit dem Behandlungsumfang unterstrichen wird.
- **Behandlungsplan und Prognose:** Es wird vorgeschlagen, diesen Berichtspunkt in zwei Unterabschnitte zu untergliedern.
- **Strukturbezogene Psychotherapie:** Diese behandlungstechnische Modifikation der TP wurde mit einem eigenen Kapitel ausführlich beschrieben.
- **Teilbefürwortungen:** Den Gutachtern wird vorgeschlagen, im Zweifelsfalle eine Teilbefürwortung gegen die Möglichkeit einer neuen Begutachtung im Obergutachten abzuwägen.

Zusammenfassende kritische Würdigung des »Faber / Haarstrick-Kommentars«

Die 11. Auflage des »Faber / Haarstrick-Kommentars« kann durch die konkrete Kommentierung des neuen Berichtleitfadens mit Blick auf die Fallkonzeption als Nachschlagewerk verwendet werden. Einige grundlegende Punkte bedürfen noch weiterer Elaboration in folgenden Auflagen. Zu nennen wäre hier z. B. eine genauere Ausführung zur Akutbehandlung und dem Konsiliarverfahren; eine Klärung von dimensionalem und kategorialen Strukturbegriff mit Blick auf DSM-5 und ICD-11; eine ausgewogene Diskussion zur »Rhythmik« der Behandlungsplanung angesichts der neuen Kontingent-Stückelung. Im Bereich der psychodynamischen Verfahren sind »traditionelle« psychoanalytische Konzepte unterbetont und die Konzepte der OPD-2 tonangebend (z. B. tauchen die Begriffe »genetische Rekonstruktion; Fixierungen; phasentypische Schwellensituationen« nicht mehr auf). Eine weiterführende Diskussion unter Berücksichtigung praxisrelevanter Aspekte hierzu findet sich bei Hauten & Jungclaussen (2018).

Darstellung der neuen Berichtsanforderung im Verfahrensvergleich – anhand einer Illustration von Punkt 4

Im Folgenden sollen die neuen Anforderungen der Fallkonzeption im Rahmen des Antragsberichtes anhand eines Fallbeispiels für alle drei Verfahren dargestellt werden. Da sich viele Fragestellungen um den neuen Gliederungspunkt 4 ranken, wird die Darstellung auf diesen Punkt 4 im Antrag beschränkt. Eine ausführliche Diskussion der Fallkonzeptions-Anforderungen aus psychodynamischer Sicht sowie des Gutachterverfahrens findet sich bei Jungclaussen (2018).

Die besondere Herausforderung in dem neu strukturierten Fallkonzept gemäß PTV3 besteht darin, lebensgeschichtliche Daten nur noch soweit in den Bericht einzuflechten, wie diese zum ätiologischen Verständnis der aktuellen Störung (Psychodynamik/Verhaltensanalyse) erforderlich sind. Eine kritische Diskussion bzw.

VT alte Berichtsgliederung	TP/AP alte Berichtsgliederung	VT/TP/AP neue Berichtsgliederung seit 1.4.17
<ol style="list-style-type: none"> 1. Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik 2. Lebensgeschichtliche Entwicklung des Patienten und Krankheitsanamnese 3. Psychischer Befund zum Zeitpunkt der Antragstellung 4. Somatischer Befund bzw. Konsiliarbericht 5. Verhaltensanalyse 6. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung 7. Therapieziele und Prognose 8. Behandlungsplan 9. Umwandlung <ol style="list-style-type: none"> a) Womit wurde die Kurzzeittherapie begründet? b) Welches sind die Gründe für die Änderung der Indikation und Umwandlung in Langzeittherapie? c) Welchen Verlauf hatte die bisherige Therapie? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spontanangaben des Patienten 2. Kurze Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung 3. Krankheitsanamnese 4. Psychischer Befund zum Zeitpunkt der Antragstellung 5. Somatischer Befund bzw. Konsiliarbericht 6. Psychodynamik der neurotischen Erkrankung 7. Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung 8. Behandlungsplan und Zielsetzung der Therapie 9. Prognose der Psychotherapie 10. Umwandlung <ol style="list-style-type: none"> 1) Welches sind die Gründe für die Änderung der Indikation und die Umwandlung in Langzeittherapie? 2) Welchen Verlauf hatte die bisherige Therapie? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relevante soziodemographische Daten 2. Symptomatik und psychischer Befund 3. Somatischer Befund/Konsiliarbericht 4. Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte (ggf. auch zur Lebensgeschichte der Bezugspersonen), zur Krankheitsanamnese, zum funktionalen Bedingungsmodell (VT) bzw. zur Psychodynamik (TP, AP) 5. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung 6. Behandlungsplan und Prognose 7. Zusätzlich erforderliche Angaben bei einem Umwandlungsantrag

Tab. 1 Tabellarischer Vergleich der alten und neuen Berichtsgliederung im Gutachterverfahren für alle drei Richtlinien-Therapieverfahren

entsprechende Vor- und Nachteile dieses Vorgehens finden Sie bei Jungclausen & Hauten (2017a, 2017b)

Eine Gegenüberstellung der alten und der neuen Gliederungen ist in Tabelle 1 zu sehen.

Kontrastierende Methoden der Fallkonstruktion bzw. Modellbildung sind in Abbildung 3 dargestellt.

Fallbeispiel TP (»bottom-up«)

Die Frühgenese ist gekennzeichnet von förderlichen Entwicklungsbedingungen, so dass im Kern intakte Strukturfunktionen erworben werden konnten. Allerdings schien

die Mutter (+20, Lehrerin) der Patientin mit dem Wiedereintritt in den Beruf (Pat. damals 2 J.) belastet und überfordert, fühlte sich vom beruflich viel abwesenden Vater (+24, Beamter) nicht unterstützt. Enttäuschungswut der Patientin aufgrund der defizitären Zuwendung und Versorgung wurden von der Mutter streng begrenzt, eigene Wünsche nach einem »Mehr« an Zuwendung wurden seitens der Patientin schuldhaft verarbeitet. Der Grundkonflikt um Versorgung und Schuld konnte so nicht altersadäquat gelöst werden, was die Ausbildung einer depressiven Neurosenstruktur begünstigte. Die Patientin entwickelte ein Beziehungsmuster nach dem Schema »Ich muss fleißig und folgsam sein, dann hat Mama mich auch

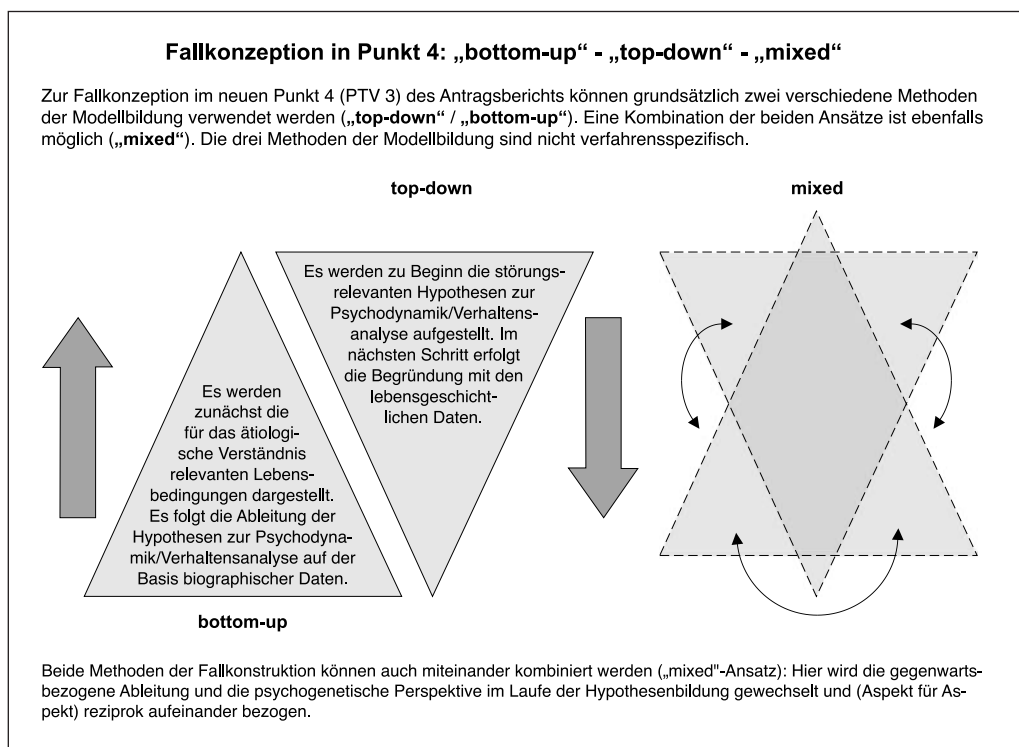


Abb. 3 Darstellung der Fallkonzeption für Punkt 4 (PTV3) nach der »top-down«, »bottom-up« sowie »mixed«-Methode.

lieb und weint nicht«. Im weiteren Lebensverlauf entwickelte die Patientin eine entsprechende Kompensationsstrategie, indem sie die Rolle der Versorgerin einnahm, sich dabei vornehmlich reifer Abwehrmechanismen bediente (z. B. Verdrängung, altruistische Abtretung, Reaktionsbildung). Als Auslöser für die jetzige Dekompensation ist die Reha-Maßnahme im Anschluss an eine OP vor ca. vier Monaten zu sehen. Dadurch gerieten lange unbewusste Wünsche nach eigener Versorgung, nach Gepflegtwerden in Versuchung. Zugleich wurde eine massive Wut darüber aktiviert, dies ihr Leben lang nicht erhalten zu haben, sich immer nur für andere eingesetzt zu haben. Erneut geraten Versorgungswünsche und Schuld miteinander in Widerstreit, sodass es zum aktuell wirksamen unbewussten Konflikt kommt: Sie möchte eigentlich auch einmal all die

Fürsorge erfahren, die sie anderen hat zuteil werden lassen, kann sich dies aber aufgrund strenger Über-Ich-Anforderungen nicht »leisten«. Darüber hinaus zeigt sich in der zunehmenden Verselbständigung des Sohnes ein weiteres aktualgenetisches Moment: Sie wird einer Abwehr beraubt, indem sie die Rolle der fürsorglichen Mutter verliert. Im umgrenzten depressiven Symptom zeigt sich der kompromisshafte Lösungsversuch zwischen Wunsch und Abwehr: Die eigentlich an das Objekt gerichtete Enttäuschungswut über das unbefriedigte Versorgungsbedürfnis wendet sie ersatzweise gegen das eigene Selbst. Mit Blick auf die fokale depressive Konfliktthematik ist die Störung aus psychodynamischer Sicht inhaltlich abgrenzbar und unter dem Druck des Auslösers aktuell wirksam, sodass die Indikation für eine TP deutlich wird.

Fallbeispiel AP (»top-down«)

Bei der Patientin ist psychodynamisch wirksam, dass auf der Grundlage mehrerer ungelöster Grundkonflikte aus dem oralen und analen Konfliktfeld zentrale Lebensbereiche auf überdauernde Weise durch repetitive verfestigte dysfunktionale neurotische Muster des Erlebens und Verhaltens geprägt sind: Hier ist vor allem die umspannende komplexe schuldhaftige Verarbeitung der verdrängten eigenen Versorgungs- und Autonomiebedürfnisse durch mangelnde Zuwendung und Bestätigung der genannten Bedürfnisse zu nennen. Diese Muster ziehen sich wie ein roter Faden durch das Leben der Patientin und ermöglichen keine Weiterentwicklung. Neben oralen werden auch anale Fixierungen im Sinne eines »masochistischen Triumphes« deutlich: Sie erleidet in vielen Lebensbereichen auf depressive Weise einen emotionalen Mangel, macht aber gleichsam ihr persönliches Umfeld (Ehemann, Ärzte, Freunde, Familie) wegen ihrer Leiden sehr hilflos und besorgt. Dadurch hat auch ihr Umfeld einen »Preis« dafür zu zahlen, dass sie ihr nicht das geben, was sie doch so dringend braucht. Die aggressive Tönung in diesem überdauernden Verhalten verweist dabei psychodynamisch auf zwei Quellen der Aggression: Zum einen ist sie Ausdruck des strengen Über-Ichs, eine Strafe für ihre unbewussten großen ungestillten Versorgungswünsche, zum anderen ist sie als gegen das Selbst gewendete Enttäuschungsaggression zu verstehen. Störungsauslösend wirkt sich die erlebte Zuwendung und Pflege in der vergangenen Reha-Maßnahme im Anschluss an eine OP vor vier Monaten aus, durch die lang abgewehrte Versorgungswünsche in Versuchung geraten. Antagonistisch werden dabei sowohl Schuldgefühle für die eigenen Versorgungsansprüche als auch eine massive Enttäuschungswut aktiviert, die in eine depressive Symptomatik münden. Auch wenn durch die Verarbeitung der ak-

tuell zurückliegenden Reha-Maßnahme ein gewisses auslösendes Moment in der Störungsentstehung erkennbar ist, überwiegen in der Ätiopathogenese die über Jahrzehnte ausgebauten neurotischen (Abwehr-)Muster. Darüber hinaus ist die Störung aufgrund der verschränkten Grundkonflikte um Versorgung und Autonomie vielschichtig, so dass zusammenfassend die Indikation einer AP deutlich wird.

Lebensgeschichtlich bedeutsam ist, dass die Mutter (+20, Lehrerin) der Pat. mit dem Wiedereintritt in den Beruf (Pat. war 2 J.) sehr belastet und überfordert war und vom beruflich viel abwesenden Vater (+24, Beamter) nicht unterstützt wurde. Trotz und Wut der jungen Patientin wurden von der Mutter streng begrenzt, eigene Wünsche nach einem »Mehr« an Zuwendung wurden seitens der Patientin schuldhaft verarbeitet. Der orale Grundkonflikt um Versorgung und Schuld konnte so nicht altersadäquat gelöst werden, was die Ausbildung einer depressiven Neurosenstruktur mit dependenten Anteilen begünstigte und die nachfolgende anale Entwicklungsaufgabe der Autonomie neurotisch löste. Die Patientin entwickelte ein Beziehungsmuster nach dem Motto »Ich muss fleißig und folgsam sein, dann hat Mama mich auch lieb und weint nicht«. Weiter begünstigt wurde diese neurotische Entwicklung, nachdem es zur Trennung vom Vater aufgrund einer Affäre kam (Pat. 12 J.). Seitdem funktionierte die Mutter-Tochter-Dyade immer mehr unter Parentifizierung der Patientin, sodass die Herausbildung einer reifen erwachsenen weiblichen Identität während und nach der Adoleszenz zusätzlich beeinträchtigt blieb. Im weiteren Lebensverlauf entwickelte die Patientin eine entsprechende Kompensationsstrategie, indem sie sowohl beruflich und privat unter Freunden als auch familiär die Rolle der Versorgerin einnahm, sich dabei vornehmlich reifer, aber verfestigter Abwehrmechanismen bediente: Verdrängung, altruistische Abtretung, Reaktions-

bildung, Wendung gegen das Selbst, aber auch Idealisierung und Verleugnung, teils Somatisierung. In zentralen Lebensbereichen blieb die Patientin unbefriedigt und fühlte sich tief in ihrem Selbst immer leer bzw. falsch.

Fallbeispiel VT (»mixed«)

S/Situation: Wenig soziale Förderung und Unterstützung bei der kindlichen Entwicklung aufgrund von Überforderungsgefühlen der Mutter; Trennung der Eltern, folgend Parentifizierung durch Mutter, mit einhergehendem Beziehungsverlust zum Vater; Hilflosigkeit gegenüber der Zu- und Abwendung der Mutter; kompensatorische Anpassung, um Bindung zu sichern, durch Fixierung auf Mutter; Entwicklung eines eingeschränkten Handlungsspielraums und Sozialkompetenz (mangelnde Konfliktfähigkeit). Auslöser für die aktuelle Symptomatik erscheint die Bandscheiben-Operation im vergangenen Herbst mit folgender AU. Durch die AU verlor die Patientin die Möglichkeit, den Selbstwert zu stabilisieren und negative Gefühle wie Enttäuschung, Ärger, Stress durch kompensatorisches Handeln abzumildern.

O/Organismus: Keine stabile Selbstwertentwicklung durch Mangel an kindgerechter Zuwendung; Entwicklung eines überhöhten Leistungsanspruch (Alltags- und Arbeitsleben), um Bindungen zu sichern und Minderwertigkeitsgefühle zu kompensieren, im Zuge dessen wenig Abgrenzungsfähigkeit; Vermeidung von Konflikten durch Zurückstellen eigener Bedürfnisse; Entwicklung eines unsicheren Persönlichkeitsstils.

R/Mikroebene:

Situation: Die Patientin beginnt Hausarbeiten, führt diese aber nicht zu Ende. Sie setzt sich auf ihr Sofa. **Kognition:** »Wie soll das bloß alles weitergehen? Es macht alles keinen Sinn. Es dreht sich alles im Kreis ...«. **Emotion:** Ohnmacht, Hoffnungslosigkeit, Trauer. **Physiologie:** Magendrücken, Druck

auf der Brust, Erschöpfung, Müdigkeit. **Verhalten:** Die Patientin bleibt sitzen und weint.

Verhaltensexzess: Die Patientin entwickelt permanent Schuldgefühle, nicht genug für ihre Familie/andere getan zu haben. Sie verliert sich in Grübelschleifen über den Verlauf der Zukunft.

Verhaltensdefizit: Die Patientin kann sich gegenüber Dritten nicht abgrenzen, sie ist nicht in der Lage, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen oder überhaupt zuzulassen und für deren Erfüllung einzustehen. Ihr gelingt es nicht, die Grübelschleifen vorzeitig zu beenden, ihr gelingt es nicht, ressourcenorientiert zu handeln.

C_kurz / Konsequenzen: Kurzfristig erreicht die Patientin durch das angepasste und aufopfernde Verhalten eine Stabilisierung des Selbstwertes und das Gefühl, als Person angenommen und akzeptiert zu werden. Negative Gefühle wie Unsicherheit und Angst werden durch Vermeidung von Konflikten mit befürchteter einhergehender Abwertung ihrer Person vermieden (c-).

C_Jang / Konsequenzen: Aufgrund des unsicheren Persönlichkeitsstils der Patientin kommt es zur verstärkten Übernahme von Aufgaben. Dies führt zu weniger Aus- und Ruhezeiten, wodurch sich Erschöpfungszustände und Überforderungsgefühle weiter mehren (c-). Sie stellt ihr Bedürfnisse hinter die der Familie und anderer (c+) und verstärkt somit die Überzeugungen von Minderwertigkeit (c-). Selbstzweifel und Ohnmachtsgefühle bezüglich der Situation und ihres Verhaltens nehmen zu (c-). Ein depressiv gefärbter Rückzug mit selbstabwertenden Gedanken ist die Folge (c-).

Pilot-Studie

Mit der Umsetzung der Strukturreform in die Praxis des Berichtewesens sind die Gruppe der niedergelassenen Psychotherapeuten auf der einen und die Gutachter auf der anderen Seite betraut.

Ein Ansatz zur Erforschung der Umsetzung und Akzeptanz der Neufassung der PTRL (mit einer sehr allgemeinen Fragestellung) ist die bis Anfang Dezember 2017 von der Bundespsychotherapeutenkammer durchgeführte bundesweite Online-Befragung (in Kooperation mit der Universität Hamburg und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf), deren Ergebnisse zum Zeitpunkt der Letztkorrektur des Beitrags noch nicht vorlagen.

Zur Klärung der Frage, mit welchen Methoden die Rezeption und Umsetzung der veränderten Anforderungen im Gutachterverfahren unter behandelnden Psychotherapeuten sowie unter Gutachtern empirisch beforscht werden kann, wurde von März bis Mai 2017 als explorative Pilotstudie eine Gutachter- und Behandler-Befragung durchgeführt. Unser Ansatz war, nicht die Strukturreform als solche zu beforschen, sondern die Rezeption der Reform speziell im Bereich der Fallkonzeptionen zu erheben. In dieser ersten Exploration kamen sowohl qualitative als auch quantitative Forschungsmethoden zum Einsatz. Eine umfassendere Folge-Untersuchung ist für einen Zeitpunkt geplant, zu dem hinreichend Erfahrungen mit der Umsetzung der Reform in Form von Behandlungsanträgen und darauf bezogenen gutachterlichen Stellungnahmen nach neuem Muster (PTV3) vorliegen.

Qualitative Gutachter-Befragung

Fragestellung

Die Fragestellung lautete, wie die Änderungen in der Fallkonzeption gemäß PTV3 von den Gutachtern im Vergleich zur alten Regelung im Vorfeld bewertet wurden. Schwerpunkt der Betrachtung war hier die Frage, ob und wenn ja inwiefern die Änderungen den Auftrag der Gutachter, also die Begutachtung der beantragten Therapie in Hinblick auf die Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der beantragten Behandlung (vor allem Indikation und Prognose), verändern würden.

Methodenauswahl: Die Fragestellung bestand auch darin, geeignete qualitative Methoden zur Untersuchung der o.g. Fragestellungen im Rahmen eines explorativen Forschungsansatzes zu untersuchen.

Methode

Zur Untersuchung der o.g. Fragestellung wurde ein zweistufiges Vorgehen gewählt: Zum ersten wurden zwei fiktive Fallberichte sowohl in Form der neuen als auch in Form der alten Berichtsgliederung erstellt. Es handelte sich also um zwei identische Fälle, die für TP und AP entlang der zwei unterschiedlichen formellen Gliederungen vor und nach der PTRL-Reform dargestellt wurden. Die Fallkonzeptionen nach neuem Leitfaden wurden für alle drei Verfahren konstruiert. Zusätzlich wurde ein Fragenkatalog zu den Änderungen der PTRL und den Auswirkungen auf die Fallkonzeption an die Gutachter formuliert. Vor Inkrafttreten der geänderten PTRL wurde ausgewählten Gutachtern sowohl der oben beschriebene Fall in beiden Formen zu einer »fiktiven Begutachtung« als auch der Fragenkatalog zur Beantwortung im März 2017 vorgelegt. Die methodische Entscheidung, nicht einen flächendeckenden quantitativen Fragebogen zu verwenden, folgte dabei der Überlegung, dass als Schwerpunkt eine vertiefte und fallorientierte Auseinandersetzung im Fokus stand.

Stichprobe

Es wurden Gutachter aus dem Bereich der analytisch begründeten Therapieverfahren ausgewählt. Mit o.g. Zielsetzung einer vertieften Auseinandersetzung war auch die Limitierung verbunden, dass nur wenige Gutachter erreicht werden konnten, dafür aber mit einer gründlichen Auseinandersetzung gerechnet werden durfte. Den Gutachtern wird an dieser Stelle für ihr Engagement und ihre Einsichten besonders gedankt. Von den 24 im März 2017 angeschriebenen Gutachtern haben 8 mitgearbeitet (Rücklaufquote 33 % Prozent). Das sind knapp 10 % der für unsere Fragestellung mit psychodynamischem Schwerpunkt relevanten Gutachter bzw. knapp 5 % der gesamten Gutachterschaft.

Auswertung

Die Daten in Form der Rückmeldungen der Gutachter wurden mit Hilfe der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet.

Ergebnisse

In der Gesamtauswertung der Ergebnisse zum Fall und zum Fragenkatalog war zu konstatieren, dass die vorgelegten Fallberichte wohl von allen Gutachtern zu einer positiven Stellungnahme (Befürwortung) geführt hätten. Allerdings waren die Einschätzungen zur Qualität der Berichte heterogen – während einige Gutachter der Konzeption vollumfänglich folgen konnten, hatten andere eher Bedenken und hätten zunächst nur ein Teilkontingent bewilligt.

Insgesamt und von den konkreten Fallbegutachtungen abstrahiert zeigten die Gutachter auch mit Blick auf die Antworten auf die Fragen ein ausgewogenes Bild an Haltungen zu den Änderungen in der Fallkonzeption nach neuer PTRL:

- **Verkürzte Gesamtgliederung:** Die Lesbarkeit der Fallberichte wird nicht nur durch die Verkürzung, sondern vor allem durch den neuen logischen Aufbau der Berichte erhöht.
- **Neuer Punkt 4:** Ein ggf. zu starkes Auslassen anamnestisch-biografischer Daten wird als sehr kritisch beurteilt.
- **Alter Punkt 2 und 6 (TP/AP):** Auf der anderen Seite wurde mit Blick auf die alte Gliederung eine zu große Vergangenheitsbezogenheit durch eine zu ausführliche Darstellung der Lebensgeschichte ebenfalls als problematisch erachtet.
- **Neuer Punkt 4:** Von den Gutachtern wurde durch die Zusammenlegung von biografischen Daten und Psychodynamik in Punkt 4 auch die Chance für ein höheres Maß an Stringenz und Bezogenheit gesehen, was für ein verbessertes Fallverständnis hilfreich sein kann. Wenn es indes nicht gelingt, besteht die Gefahr einer wenig psychodynamischen, linear-deterministischen Störungsvorstellung.
- **Plausibilitätsprüfung:** Sind die Angaben zur Biografie zu knapp gehalten, dann wird eine

Prüfung der Plausibilität psychodynamischer Hypothesen erheblich erschwert.

- **Fortführungsberichte:** Kritisch beurteilt wird der potenzielle Wegfall von Fortführungsberichten, weil so die Prozessqualitäts-Sicherungsfunktion des Berichtewesens beschnitten wird.

Zusammenfassung der Gutachter-Befragung

In der Zusammenschau entsteht das Bild, dass die Gutachter die Änderungen in den PTRL durchaus kritisch und mit Sorge hinsichtlich eines negativen Einflusses auf die Qualität der Berichte (und damit auch der Behandlungen) betrachten, dass sie andererseits aber auch das Potenzial zu einer Verbesserung der Fallkonzeptionen durch eine Verdichtung und größere Stringenz der Berichte entdecken. Eine eindeutig ablehnende Haltung war bei den befragten Gutachtern zur Frage der optionalen Fortführungsberichte zu verzeichnen.

Quantitative Therapeuten-Befragung

Fragestellung

In der nachfolgend dargestellten quantitativen Befragung niedergelassener Psychotherapeuten bestand die Fragestellung darin, wie diese die Änderungen der Berichterstellung in der Praxis beurteilen.

Bis auf eine Frage war der Forschungs-Ansatz explorativ. Es wurde dabei eine ungerichtete Hypothese formuliert: »Therapeuten, die bereits mindestens einen Bericht nach der neuen Gliederung verfasst haben, unterscheiden sich in ihrer Haltung zu den Anforderungen des neuen Gliederungspunktes 4 des PTV3 (also die Zusammenlegung von Biografie und Psychodynamik/Verhaltensanalyse) von solchen Therapeuten, die noch keinen Bericht nach der neuen Gliederung verfasst haben.« (Untersucht an Item 3 des Fragebogens).

Therapeutenbefragung (n = 61) Ergebnisse deskriptiv (Auswahl)		
Fragebogen-Item: Stimmen Sie der folgenden Aussage zu?	»eher ja« oder »ja«	»eher nein« oder »nein«
»Die neue Gliederung des Antragberichts erscheint mir arbeitsverkürzend«	76,3 %	23,7 %
»Die neue Anforderung unter Punkt 4 im Bericht (d. h. die direkte Verknüpfung von Hypothesen zur Psychodynamik/Verhaltensanalyse mit den lebensgeschichtlichen Daten, neu nur noch in einem Punkt) wird mir gut gelingen.«	67,8 %	32,2 %
»Der neue Hinweis zum Vereinbaren gemeinsamer Therapieziele mit dem Patienten ist gut mit meiner bisherigen Arbeitsweise vereinbar.«	82,5 %	17,5 %
»Dass nach einer LZT bis zur Höchstgrenze neu nur noch ein Behandlungsabschnitt erforderlich sein wird, erscheint mir sinnvoll.«	91,5 %	8,5 %
»Sollte kein Fortführungs-Bericht mehr von der Kasse angefordert werden, werde ich voraussichtlich häufiger als früher für meine Patienten das Maximalkontingent beantragen.«	43,4 %	56,6 %
»Man hätte das Gutachterverfahren als Form der Qualitätssicherung vollständig durch den Einsatz von psychometrischen Tests (d. h. Therapieerfolg wird durch Symptom-Veränderungsmessung erfasst) ersetzen sollen.«	8,5 %	91,5 %
»Man hätte das Gutachterverfahren ersatzlos streichen sollen	25,4 %	74,6 %

Tab. 2 Statistik der Ergebnisse zur Therapeutenbefragung

Methode

Die Befragung erfolgte per Fragebogen im Anschluss an eine im Mai 2017 in Berlin durchgeführte Informationsveranstaltung zur Reform der PTRL. Der Fragebogen kann von den Autoren angefordert werden.

Stichprobe

Die Stichprobe (N = 61) umfasste Psychotherapeuten aus dem Raum Berlin.

Auswertung

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte mit SPSS. Der SPSS-Datensatz als *.sav-Datei kann bei den Autoren angefordert werden.

Ergebnisse und Interpretation

Die Ergebnisse der Befragung werden in Tabelle 2 dargestellt. Die vollständige Ergebnisdarstellung des Fragebogens, eine ausführliche Stichprobenbeschreibung sowie die statistischen Angaben zur Hypothesentestung können von den Autoren angefordert werden.

Die deskriptiven Ergebnisse lassen sich wie folgt interpretieren:

- **Neue Herausforderungen und Arbeitszeitverkürzung:** Die befragten Therapeuten waren optimistisch, dass die neue Fallkonzeption eine bewältigbare Herausforderung darstellt und dass sich die neue Berichtsvorlage positiv im Sinne einer Arbeitszeitverkürzung auswirken wird.

- **Berichtslänge:** Skeptisch waren die Behandler, ob sich die Fallkonzeption auf zwei Seiten wird unterbringen lassen.
- **Therapieziele:** Die neu geforderte Darstellung von mit dem Patienten transparent vereinbarten Therapiezielen war für die befragten Therapeuten in hohem Maße gut mit ihrer bisherigen Praxis zu verbinden.
- **Testdiagnostik:** Durch die prominente Anforderung der Nennung testdiagnostischer Ergebnisse in PTV3 sehen sich die Behandler jedoch nicht zu einer Änderung ihres bisherigen Umgangs mit Testdiagnostik bewegt.
- **Abschaffung GA-System:** Eine Abschaffung des Gutachtersystems wird von den Therapeuten nicht bevorzugt. Auch den vollständigen Austausch des Gutachterverfahrens mit psychometrischen Tests halten die Befragten für nicht sinnvoll.
- **Fortführungsberichte und Behandlungskontingente:** Sehr positiv erlebten die Therapeuten die Zusammenlegung der Fortführungskontingente sowie den potenziellen Wegfall der Fortführungsberichte. Ein »automatisches Ausschöpfen« der Maximalkontingente war für viele damit aber nicht verbunden.
- **KZT und LZT:** Zur Frage, ob die Berichtsbefreiung für die KZT zu einer besseren Versorgung für alle führt, sowie zur Frage, ob häufige KZTs zulasten der LZT gehen, waren die befragten Therapeuten unterschiedlicher Meinung, bei etwa hälftiger Aufteilung der Haltungen.
- **Punkt 4:** Bezogen auf die Frage, ob durch den Wegfall der Biografie als eigener Berichtspunkt Hypothesen zur Psychodynamik/Verhaltensanalyse im Bericht schwerer fallen, gab es ein gemischtes Bild. Ca. 2/3 der Befragten waren der Meinung, dass sie Punkt 4 gut meistern werden. (siehe Antwort zu Item 3)

Ergebnis des Hypothesentests

Die o.g. Hypothese (Therapeuten, die bereits mindestens einen neuen Bericht verfasst haben, unterscheiden sich von Therapeuten, die noch keinen neuen Bericht verfasst haben, in der

Frage, ob ihnen die Anforderungen von Punkt 4 gut gelingen werden) konnte angenommen werden: Therapeuten, die mindestens einen oder bis zu fünf neue Berichte verfasst haben, stimmten der Aussage, dass ihnen die Herausforderung von Punkt 4 gelingen wird, signifikant häufiger mit »eher ja« oder » ja« zu als mit »eher nein« oder »nein«.

Zusammenfassung der Therapeuten-Befragung

Da es sich um eine kleine und nicht repräsentative Stichprobe handelt, können die Ergebnisse nur als eine erste ausschnittartige Tendenz/als erstes Stimmungsbild interpretiert werden.

Aus dem Hypothesentest lässt sich schlussfolgern, dass die Vorbehalte gegenüber den neuen Anforderungen an die Fallkonzeption im Zuge der Richtlinienreform (hier getestet an dem zentralen Punkt 4) abnehmen, wenn die Behandler sich praktisch mit dem neuen Leitfaden auseinandersetzen.

In der Gesamtschau entsteht das Bild, dass sich die befragten Psychotherapeuten gegenüber den Änderungen in den PTRL ähnlich differenziert und ambivalent in Bezug setzen wie die Gutachter. Der Aspekt der möglichen Zeitersparnis wird deutlich begrüßt, die neuen Anforderungen an die Berichterstellung werden überwiegend als bewältigbare Herausforderung betrachtet. Eine Abschaffung des Gutachtersystems wird nicht präferiert. Die Kontingentzusammenfassung und der Wegfall von Fortführungsberichten hingegen wird im Gegensatz zu den Gutachtern begrüßt.

Schlussbetrachtungen

Die 50-jährige Geschichte der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung als Leistung der GKV ist von Beginn an spannungsvoll. Im Sinne einer Auseinandersetzung um gerechte Ressourcenverteilung wird diesbezüglich die Frage behandelt: Was kann, was darf, was muss als Behandlungsmaßnahme zulasten der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten durchgeführt werden?

Die PTRL stecken zu dieser Frage den normativen Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung auf einem abstrakten Niveau ab. Der »Faber/Haarstrick-Kommentar« legt diese Normen für den Praxisalltag seit Einführung der Psychotherapie-Richtlinien aus und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Konkretisierung der PTRL in der Praxis. Kritische Stimmen weisen indes darauf hin, dass es sich beim »Faber/Haarstrick-Kommentar« nicht um eine offizielle Verlautbarung oder ein Regelwerk seitens der KBV handelt, dass also die fachliche Autorität des Kommentars nicht unhinterfragbar ist, sondern auch andere Auslegungen der Richtlinien denkbar sind.

In einem synoptischen Vergleich der PTRL-Reform und des »Faber-Haarstrick-Kommentars« wird deutlich, dass sich auch hier Spannungsverhältnisse abbilden. Einige wichtige Änderungen der PTRL zielen nicht nur auf größere Flexibilität der Versorgung und »Entbürokratisierung« ab, sondern sie eröffnen auch einen größeren »gutachterfreien Korridor«, also Behandlungen, die ohne systematisierte schriftliche Fallkonzeption durchgeführt werden können. Dieser »Korridor« entsteht durch die generelle Abschaffung der Berichtspflicht für KZT, durch die Einführung der Akutbehandlung, durch die Zusammenlegung der Kontingentschritte sowie durch die fakultative Begutachtung bei Fortführungsanträgen.

Hierzu betont der »Faber/Haarstrick-Kommentar« kontrastierend die Wichtigkeit der biografisch-anamnestischen Darstellung, ohne deren Berücksichtigung keine ätiologische Orientierung im Sinne der PTRL deutlich werden kann. Darüber hinaus betont der Faber/Haarstrick-Kommentar in seiner Auslegung der Rezidivprophylaxe den Aspekt des »Ausschleichens« einer Therapie, wodurch die Bedeutung längerfristig ausgerichteter Behandlungen betont wird.

Der vorliegende Beitrag illustriert die sich aus der Norm und ihrer Auslegung abgeleiteten inhaltlich-methodischen Anforderungen an die Fallkonzeption im Gutachterverfahren an Ausschnitten konkreter Antragsberichte. Es wurde zum einen mit Blick auf die demonstrierten Beispiele als auch mit Blick auf die gutachterlichen

Rückmeldungen und die Befragung der Therapeuten verdeutlicht, dass eine verdichtete Darstellung sowohl biografische als auch psychodynamische bzw. verhaltensanalytische Aspekte verbinden kann.

Im Rahmen einer Pilotstudie konnten erste Hinweise zur Rezeption und zum Umgang mit diesen durch die PTRL-Reform angestoßenen neuen Anforderungen an die Fallberichte bei Gutachtern und Behandlern gewonnen werden. Die Gutachter sahen in den Neuformulierungen Risiken und Chancen. Aufgrund einer reduzierten Möglichkeit zur Prozess-Qualitätssicherung wurde hingegen die Reduzierung von Berichten zu Fortführungsanträgen kritisch beurteilt. In diesem Punkt befinden sich die Gutachter im Dissens mit den Behandlern, welche die Arbeitserleichterung durch die Kontingentzusammenfassung sowie die fakultative Berichtenanforderung bei Fortführungsanträgen eindeutig positiv bewerteten. Dies jedoch, ohne das Gutachterverfahren als solches in Frage zu stellen, und mit einer ähnlich differenzierten Bezugnahme auf die neuen Herausforderungen an die Fallkonzeption.

Während die Veränderung der Rahmenbedingungen »von oben nach unten« verläuft, dabei auch wirtschaftliche und politische Vorgaben sowie Fragen der Evidenzbasierung zu berücksichtigen hat, findet die tatsächliche Versorgung jedoch an der »Basis« statt: An psychischen Erkrankungen leidende Menschen wenden sich zunächst an die Leistungserbringer, die ihnen eine Psychotherapie anbieten. Im zweiten Schritt werden die für eine Kostenübernahme notwendigen Behandlungskonzepte dann von den Gutachtern auf ihre Kompatibilität mit den bestehenden Normen geprüft.

Zwischen kürzeren und schneller zu beginnenden auf der einen und längeren Behandlungen auf der anderen Seite steht das Gutachterverfahren. Der Gutachter ist damit bei Langzeitbehandlungen die Verbindungsstelle zwischen Behandler und Kostenträger. Der Dreh- und Angelpunkt in der Kommunikation zwischen

Gutachtern und Psychotherapeuten ist dabei die Fallkonzeption.

Vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen lässt sich aus den bisherigen Untersuchungen vor allem Folgendes folgern:

- Für eine flächendeckende Versorgung mit qualitativ hochwertiger Langzeit-Psychotherapie ist die Konzeption und Weiterentwicklung anspruchsvoller Fallberichte notwendig.
- Die Ausgestaltung dieser Fallkonzeptionen findet im Praxisfeld statt, innerhalb der Kommunikation zwischen Therapeuten und Gutachtern.

Vor diesem Hintergrund sind diese beiden Gruppen – Gutachter und Therapeuten – besonders gefordert, in einen konstruktiven und kritischen Dialog miteinander zu treten: Die Aufrechterhaltung des hohen Standards psychotherapeutischer Versorgung in Deutschland sowie deren Verbesserung ist eine gemeinsame Aufgabe von Psychotherapeuten und Gutachtern. Die Neustrukturierung der Gutachterschaft seit dem 1.1.2018 bietet einen guten Anlass dafür, einen ebenso qualifizierten wie wertschätzenden kommunikativen Stil untereinander zu pflegen. Der vorliegende Artikel soll hierzu einen Beitrag leisten.

Literatur

- Bundesregierung (2013). Koalitionsvereinbarung. Verfügbar unter: https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf?__blob=publicationFile [12.12.2017]
- Dieckmann, M., Dahm, A. & Neher, M. (2018). Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 11., aktualisierte und ergänzte Auflage auf der Basis der aktuell gültigen Psychotherapie-Richtlinie (Stand Frühjahr 2017). Unter Mitarbeit von Annette Streeck-Fischer und Martin H. Schmidt. München: Elsevier.
DOI 10.1016/B978-3-437-22865-0.00012-2.
- Faber, F. & Haarstrick, R. (1989). Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. Gutachterverfahren in der Psychotherapie. Psychosomatische Grundversorgung. Unter Mitwirkung von Dieter Kallinke. 1. Auflage, dritte Fassung. Neckar-sulm/München: Jungjohann Verlagsgesellschaft.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2017). www.g-ba.de. Psychotherapie-Richtlinie: verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-11-24_iK-2017-02-16.pdf [12.12.2017]
- Hauten, L. & Jungclaussen, I. (2018). Klassiker in neuem Gewand – Der 11. »Faber/Haarstrick-Kommentar Psychotherapie-Richtlinien« – What's new? In: Projekt Psychotherapie. Das Magazin des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten e.V. Heft: 01/2018.
- Jungclaussen, I. (2012a). Willkommene Modifikation – Im neuen Richtlinien-Kommentar steckt eine kleine Revolution. Traumatherapeutische Interventionen sind jetzt in einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie zulässig. Projekt Psychotherapie 1/3, 14–15.
- Jungclaussen, I. (2012b). Aktueller Faber/Haarstrick Kommentar: Stille Öffnung der Tiefenpsychologie zugunsten traumatisierter Patienten. VPP Aktuell 6, 12–14. http://www.vpp.org/meldungen/12/120328_faber.html [12.12.2017]
- Jungclaussen, I. (2018). Handbuch Psychotherapie-Antrag. Psychodynamisches Verstehen und effizientes Berichtschreiben in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Unter redaktioneller Mitarbeit von Martina Stang und Lars Hauten. (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Jungclaussen, I. & Hauten, L. (2017a). Hilfreicher Stachel. Denkanstöße zum Umgang mit dem neuen Bericht an den Gutachter. Projekt Psychotherapie. Das Magazin des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten e.V. Heft: 02/2017: 10–11.
- Jungclaussen, I. & Hauten, L. (2017b). Dank Strukturreform schneller in ambulante Psychotherapie? Konsequenzen für Zukunft und Qualität der psychotherapeutischen Versorgung. Report Psychologie 42(7/8), 306–310.

Korrespondenzadressen

Psy-Dak Psychodynamische Didaktik
Dipl.-Psych. Ingo Jungclaussen
Goldlackstraße 14
40627 Düsseldorf
E-Mail: info@psy-dak.de

Dipl.-Psych. Lars Hauten
Bergmannstr. 5
10965 Berlin
E-Mail: mail@praxis-hauten.de