

Besonderheit in Deutschland

Jeder Patient hat Anspruch auf eine **ausreichende** und **zweckmäßige** medizinische **und psychotherapeutische** Behandlung, die allerdings **wirtschaftlich** sein muss.

Warum und wozu eigentlich Richtlinientherapie?

Richtlinienpsychotherapie: Das klingt nach Fremdbestimmung, nach Einschränkung von Kreativität und Freude. Das Buch will das Gegenteil beweisen. Denn sichere Rahmenbedingungen und eine klare Orientierung schaffen oft erst die Voraussetzungen dafür, dass die Begegnung von Patient und Therapeutin⁴ den gewünschten nachhaltigen Veränderungs- und Heilungsprozess in Gang setzen kann, und zwar in angemessener Zeit. Psychotherapie muss die Entwicklungschancen und Entwicklungsaufgaben, die sich aus der individuellen Symptomatik und dem besonderen Leidensdruck jedes Einzelfalls psychischer Krankheit ergeben, erkennen und nutzen. Zuverlässige Indikations- und Kontraindikationskriterien sind dabei ebenso wichtig wie eine realistische Einschätzung der Ressourcen und Defizite des Patienten, damit Psychotherapie für Therapeutin und Patient nicht zur Frustveranstaltung wird. Sie verhindern die Enttäuschung und den Schaden, die überzogene Erwartungen an die Therapie, die Überschätzung des Patienten und ungeeignete Therapieversuche zwangsläufig mit sich bringen. Sie verhindern auch, dass Kassenpsychotherapie zum Fass ohne Boden für die Versichertengemeinschaft wird.

Die deutsche Richtlinienpsychotherapie verdient den ihr oft entgegengebrachten Groll nicht. Sie ist – das wird oft übersehen – ein weltweit einzigartiges Privileg, von dem Patienten und Therapeuten in gleicher Weise profitieren. Ein kurzer Blick zurück in die Geschichte der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland

4 „Der Patient“ steht sowohl für männliche als auch weibliche Patienten. „Die Therapeutin“ steht sowohl für weibliche als auch für männliche Therapeuten.

macht das deutlich. Bis 1967 wurden psychotherapeutische Leistungen von den Krankenkassen schlicht und einfach nicht bezahlt. Erst einer großen Studie von Annemarie Dührssen gelang der Durchbruch (Details siehe Seite 52). Die Wirksamkeit von Psychotherapie und auch ihre wirtschaftlichen Vorteile konnten so eindrucksvoll demonstriert werden, dass – trotz der damaligen Übermacht organmedizinischer und biologischer Krankheitsmodelle – die Vertreter der Krankenkassen und die Funktionäre der Ärzteschaft überzeugt werden konnten, Psychotherapie (damals zunächst nur die analytische Psychotherapie) endlich in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufzunehmen.

Der Preis für diesen Fortschritt waren die ersten Psychotherapie-Richtlinien von 1967, an denen Dührssen federführend mitwirkte. Die Richtlinien mussten zum einen zwischen dem biologischen und ätiologischen Krankheitsbegriff der Reichsversicherungsordnung und dem psychodynamischen Begriff seelischer Krankheit vermitteln (Faber/Haarstrick 1996). Zum anderen mussten sie dem Gebot des Sozialgesetzbuches genügen, dass Krankenbehandlung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sei. Es musste sichergestellt sein, dass die Leistungspflicht der Kassen für psychotherapeutische Leistungen nicht ausufert. Nirgendwo sonst auf der Welt werden so viele Psychotherapiesitzungen pro Patient zu Hundert Prozent von den Kassen finanziert. Psychotherapeuten sind im Gesundheitssystem nicht allein. Das Geld, das für die Psychotherapie ausgegeben wird⁵, kann an die anderen Leistungserbringer im budgetierten kassenfinanzierten Gesundheitssystem nicht mehr verteilt werden.

Derzeit sind neben analytischer Psychotherapie nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie als Richtlinienverfahren anerkannt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das oberste deutsche Beschlussgremium der Selbstverwaltung der Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen, hat der Gesprächspsychotherapie zwar eine gesicherte Indikation für depressive Störungen zugesprochen, die Gesprächspsychotherapie jedoch nicht als Richtlinienverfahren anerkannt. Außerdem sind ausdrücklich nicht anerkannt: Gestalttherapie, Logotherapie, Psychodrama, Respiratorisches Biofeedback und Transaktionsanalyse. Die systemische Psychotherapie steht zwar derzeit noch auf dem Prüfstand, ob sie die Voraussetzungen als Richtlinienverfahren erfüllt (vor allem muss der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit für ein breites Spektrum von Krankheitsbildern erbracht werden). Doch schon jetzt erlauben die Richtlinien ein paar- oder familientherapeutisches Setting: Behandlungen von Indexpatienten

5 Die Ausgaben für ambulante Psychotherapie betragen nach Angabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Jahr 2010 1,5 Milliarden Euro gegenüber 660 Millionen Euro im Jahr 1999.

können auch in Doppelstunden mit Einbeziehung von Partner und/oder Familie durchgeführt werden.

Die sogenannten humanistischen Verfahren, die laut der Arbeitsgemeinschaft humanistischer Psychotherapie die Gesprächspsychotherapie, Körperpsychotherapie, Gestalttherapie, Emotionsfokussierte Therapie, Existenzanalyse, Transaktionsanalyse, Psychodrama, Focusing und Integrative Psychotherapie umfassen, bleiben also von den Weihen der Richtlinientherapie ausgeschlossen. Entsprechend verbittert klingt die Kritik: Jürgen Kriz wirft in seinem Vortrag „Sinn und Unsinn von Richtlinientherapie – Grundlagen der Humanistischen Psychotherapie“ dem Gemeinsamen Bundesausschuss „eine Zementierung ehemals sinnvoller Konzepte“ vor, welche „die Patienten zunehmend von Teilen passungsgerechter Behandlung abschneidet und ihnen ideologisch bedingt bestimmte Behandlungsformen vorschreibt“. Diese Einseitigkeit sei „weder durch den Stand der Psychotherapieforschung noch durch die internationale Entwicklung und Differenzierung von Behandlungsmöglichkeiten zu begründen, sondern lediglich durch berufspolitische Machtinteressen“⁶. Es ist nicht die Aufgabe dieses Buches, die Machtstrukturen hinter den Bestimmungen der Psychotherapie-Richtlinien und den Psychotherapie-Vereinbarungen zu untersuchen. Aber es sticht schon ins Auge, dass z. B. ausschließlich Psychoanalytiker Gutachter für das Kassenantragsverfahren für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie werden können.

In der Praxis der Richtlinientherapie findet man freilich die von Kriz beklagte Einseitigkeit nicht. Die meisten Kassenpsychotherapeutinnen denken überhaupt nicht daran, sich durch die Richtlinien (wenn sie ihren Inhalt überhaupt kennen) in ihrer therapeutischen Freiheit einschränken zu lassen. Unorthodox und in aller Offenheit (z. B. in Praxisbroschüren, in der Supervision oder Intervision) wenden sie die psychotherapeutischen Konzepte, Methoden und Techniken an, mit denen sie die besten Erfahrungen gemacht haben und von denen sie sich für ihre Patienten den größten Nutzen erwarten. Die von Kriz geforderte „Pluralität“ und die „Konvergenz psychotherapeutischer Konzepte“, die „Befunde aus Gehirnforschung, Evolutionspsychologie, Entwicklungspsychologie (u. a. Bindungstheorie), System- und Selbstregulationstheorien etc. in die Theoriediskurse“ einbezieht und „daraus differenzierte Vorgehensweisen entwickelt“, scheint in der Landschaft der deutschen Kassenpsychotherapie längst realisiert, wenn auch nicht in der von Kriz geforderten institutionalisierten Form.

6 Der Vortrag wurde auf dem Symposium „Zwischen Mythos und Manual – Zukunft der Psychotherapie“ zum 20-jährigen Bestehen des VPP im BDP, Berlin, am 9.9.2013 gehalten.