

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 Frustration 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 50). 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.

Seit 2019 ist neben analytischer Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und Verhaltenstherapie auch die systemische Psychotherapie 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, weil der wissenschaftliche Nachweis für die Wirksamkeit bei Angststörungen bislang nicht ausreichend erbracht sei. Nicht anerkannt sind ferner: Körperpsychotherapie, Gestalttherapie, Logotherapie, Psychodrama, Respiratorisches Biofeedback und Transaktionsanalyse.

Die sogenannten humanistischen Verfahren, die laut der Arbeitsgemeinschaft humanistischer Psychotherapie die Gesprächspsychotherapie, Körperpsychotherapie,

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.

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.

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.

Die Vielfalt von Konzepten, die von Kassenpsychotherapeutinnen angewendet werden, führt dazu, dass zum Teil recht unterschiedliche Vorstellungen über die Ziele bestehen, die mit der Psychotherapie erreicht werden sollen, oder etwa auch über die Frage, wie abstinente man sich als Therapeutin Patienten gegenüber verhalten soll. So strebt z. B. Körperpsychotherapie in der Regel eine tiefgreifende Veränderung des Körperselbst und damit der gesamten Persönlichkeit des Patienten an. Ein solches Ziel ist nicht richtlinienkonform. Mit dem Geist der Richtlinien dürften auch Verletzungen der psychoanalytischen Abstinenzregel kaum vereinbar sein, die von namhaften Körperpsychotherapeuten tendenziell als heilsam angese-

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.

hen werden. Wie unvereinbar z. B. bestimmte körpertherapeutische und psychoanalytische Grundsätze sind, zeigt folgendes Zitat von Alexander Lowen, der eine der Galionsfiguren der Körperpsychotherapie ist:

„Viele Patienten verlieben sich in ihren Analytiker. Das wird analytisch als eine Übertragung ihrer unbewussten Gefühle für Vater oder Mutter auf den Analytiker angesehen. Es kommt jedoch häufig vor, dass diese Liebe jahrelang anhält“ und „bei der Lösung der Probleme des Patient nur wenig Fortschritte gemacht werden. (...) Da kein körperlicher Kontakt mit dem Analytiker erlaubt ist, wird das Liebesgefühl vergeistigt. Der Analytiker wird idealisiert. Der Patient lebt in einer Illusion. (...) Man kann den Hänger vermeiden, wenn der Analytiker ein zugängliches, menschliches Wesen ist, das der Patient berühren, beobachten und auf das er reagieren kann. Dann verwandelt sich das Liebesgefühl rasch in ein sexuelles Gefühl (...). In dieser Form kann man das Gefühl analysieren und die Übertragung auflösen. Liebe, die biologisch erfüllt wird, ist nicht illusorisch. Sie hat Substanz, die aus der körperlichen Befriedigung stammt, welche die Beziehung bietet. Sie hat Tiefe, da sie in der Realität erprobt worden und durch Lust verstärkt worden ist. (...) Leben und Wohlergehen von Lebewesen werden von biologischen Handlungen bestimmt, nicht von abstrakten Gefühlen. Sexualität ist befriedigend. Gestillt werden kann man genießen. Berührung ist beruhigend. Kontakt ist warm. Der Körper ist verlässlich. (...) Wenn man das Paradies irgendwo anders als auf der Erde und in der Realität des täglichen Lebens sucht, führt es zum Tod. Das Göttliche in menschlicher Form ist die Ekstase des Orgasmus.“⁷ In solchen Aussagen werden die Grenzen der von Kriz gewünschten Konvergenz verschiedener psychotherapeutischer Konzepte und ihrer vollständigen Integration in die kassenfinanzierte Krankenbehandlung sichtbar.

Was bedeutet das alles für die einzelne Kassenpsychotherapeutin, die Techniken aus den Nicht-Richtlinienverfahren beherrscht, mit denen sie gute Erfahrungen gemacht hat und auf die sie nicht verzichten will? Lassen sich im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapiepraxis z. B. körpertherapeutische, gestalttherapeutische, psychodramatische, systemische oder andere nicht streng richtlinienkonforme Techniken einsetzen, wenn sie in die übergeordnete und ordnende Matrix der Richtlinienbestimmungen eingebettet sind? Auf solche Fragen wird im dem vorliegenden Buch einzugehen sein. Zunächst aber sei die übergeordnete Matrix dargestellt, die durch die Psychotherapie-Richtlinien vorgegeben ist.

7 Lowen, A. (1980). Liebe und Orgasmus. Persönlichkeitserfahrung durch sexuelle Erfüllung. München: Kösel.