

Die zwei Bedingungen für eine Kassen-Psychotherapie

Wolfgang Palm

Die Psychotherapie soll als ein Angebot in der kassenärztlichen Versorgung für alle zugänglich sein, die sie benötigen. Doch wer den Zugang sucht, hat - neben der Voraussetzung, dass man mit der ausgewählten TherapeutIn auch zwischenmenschlich klar kommen möchte - zwei Bedingungen zu erfüllen. Die erste gleicht einem Tor, nach dessen Durchschreiten man auf einmal eine *psychische Diagnose* hat. Die zweite gleicht eher einer Prüfstrecke; sie wird in den Richtlinien *probatorische Sitzungen* genannt. Sei 01.04.2018 gibt es allerdings eine 12-stündige Akuttherapie ohne solche Probesitzungen (1). Die erste Bedingung ist gesundheitsbürokratischer Art, die zweite lässt sich vom grundlegenden Wesenszug einer Psychotherapie her begründen.

Der Weg durch das Diagnose-Tor ist nicht zu umgehen, denn auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen dürfen nur *Krankheiten* behandelt werden! Also hat psychisches Leiden eine *Krankheit* zu sein, falls nicht, kann es keine Therapie auf Kosten der Kassen geben. Solches verfügte vor Jahren ein hochrichterliches Urteil. Nun ist die Streiterei darüber, ob psychisches Leiden eine Krankheit sei oder nicht, so alt wie die Psychotherapie, ein Zankapfel zwischen Psychologen und Psychiatern, und ziemlich unergiebig, solange sie nur abstrakt-begrifflich geführt wird. Mit anderen Worten, die Frage ob es psychische Krankheiten gibt und wie sie eingeteilt werden können, ist eher uninteressant, spannender hingegen ist die Frage, *wie* eine psychische Krankheit *festgestellt* wird. Das Ergebnis eines Feststellungsprozesses wird in der Medizin als *Diagnose* bezeichnet. Soll nun die Psychotherapie wie die Medizin eine empirische Basis haben, also nicht auf intuitiver Eingebung, Hellseherei, Akrakadabra, Tiefeneinführung u.ä. beruhen, so ist der Feststellungsprozess ein *Messprozess*, dessen Ergebnisse in eine Diagnose überführt werden. Und genau hier liegt der sprichwörtliche Hund begraben, nämlich im fundamentalen Unterschied zwischen dem *medizinischen* und dem *psychologischen* Feststellungsprozess, der in der Alltagspraxis leider allzu oft schwimmt.

Falls man geneigt ist, Messprozesse sehr großzügig zu definieren, kann auch ein Abtasten einer Bauchdecke mit den Fingern noch als Messvorgang gelten. Doch schließlich muss man eine Grenze setzen, sofern nämlich nur noch Worte oder Sätze zu anderen Worten oder Sätzen zugeordnet werden. Worte und Sätze sind keine Messinstrumente! Zum Vergleich: die Weiterverarbeitung von Messdaten durch Zuordnung zu mathematischen Funktionen gilt nicht als *Messung*, sondern als *Berechnung*. Doch zur Feststellung *psychischer Krankheiten* stehen lediglich Worte und Sätze zur Verfügung, begleitet von Eindrücken und Einschätzungen des Psycho-Diagnostikers. Die Verwendung von Fragebögen ändert nichts daran, weil diese auch nur aus Worten (fachsprachlich : Items) bestehen, die bestimmten statistischen Prozeduren unterworfen wurden. Dieses wortzentrierte Vorgehen ist in den einschlägigen Klassifikationssystemen (2) zwar detaillreicher ausgeführt und mit Hinweisen versehen, diese ändern jedoch an dem grundlegenden Problem dieser Art von Diagnostik nichts: Sie ordnet Worte und Sätze einer PatientIn in ein Klassifikationssystem von Worten ein. Spracherkennungsprogramme, welche aus Wortwahl und Tonfall Kriterien für psychische Diagnosen erstellen, sind die konsequente Weiterentwicklung dieser Art von Diagnostik. Bei Stellenausschreibungen werden sie bereits zur BewerberInnenauswahl eingesetzt.

Woraus bestehen die Diagnosekriterien für *psychische Krankheiten*? Aus Listen von Eigenschaftswörtern, die einer Kategorie zugeordnet sind, einem verbaler Hut also, in dem bestimmte Eigenschaftswörter versammelt sind. Über deren Messung steht weder im ICD noch im DSM (2) irgendetwas Substantielles. Diese Kategorien werden in erlauchten Gremien mit hochkarätiger Besetzung ausgehandelt, der

Weltgesundheitsorganisation oder der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft, nach der von einem niederländischen Psychiater verpöhteten BOGSAT-Methode: A Bunch Of Guys Sitting Around A Table. Eine *psychische Krankheit* gibt es, weil diese Kriterien existieren, weil die Grammatik und Semantik unserer Sprache es erlaubt, solche Kategorien und deren Eigenschaften zu bilden! Beim Diagnostizieren werden diese Kriterien auf Gesprächsinhalte angewendet, d.h. Sätze werden auf Sätze angewendet; die Wahrscheinlichkeit von PatientInnenaussagen muss dabei vorausgesetzt werden. Auch Sensibilität und Erfahrung beim Diagnostizieren ändern daran nichts. Die psychische Diagnostik gründet in Worten, besteht aus Worten und ist unabhängig von diesen Worten nicht festzustellen, egal welchen Tiefsinn man damit zu sagen vermeint. Wer glaubt, dass die Diagnosekriterien im ICD Kap. F oder im DSM tatsächlich Wesenheiten bedeuten, die im Leib hausen und sich in Symptomen äußern, glaubt im Grunde an den Teufel im Leib!

Das mag Ihnen, liebe LeserIn, in einem Zeitalter seltsam, ja unglaublich vorkommen, in dem es für alles und jedes 'wissenschaftliche Erkenntnisse' gibt, wird doch auf den Gebieten der Psychiatrie und der Psychologie seit mehr als hundert Jahren eifrig geforscht. Doch diese Forschung hat bislang an der Art der Erzeugung psychischer Krankheiten durch Worte und Sätze nichts geändert. Damit ist nun keinesfalls gemeint, dass Ihre schlechten emotionalen Zustände, ihre grüblerischen Gedanken, ihre Antriebslosigkeiten, ihre Lustlosigkeiten, Ihre Ängste und Ihre Schmerzen ohne medizinische Gründe nichts anderes seien als bloße Worte. Darum geht es hier jedoch nicht, sondern lediglich darum, ob Ihre psychischen Leidenszustände als *Krankheit* oder als *Lebensprobleme* einzustufen sind. Für die praktische Ausübung von Psychotherapie ist diese Unterscheidung nutzlos. Doch nur die Behandlung Ihrer *Krankheit* darf von Ihrer Krankenkasse bezahlt werden. Genau an dieser Stelle beginnt der allzu verständliche Opportunismus der Psychotherapeutenverbände und der Kammern. Sie wollen sich zur wissenschaftlich fragwürdigen Einstufung psychischen Leidens als Krankheiten schon lange nicht mehr äußern. Man will sich nicht den ökonomischen Ast ansägen, auf dem man sitzt. Aber verschobene Schwierigkeiten sind keine gelösten Schwierigkeiten, sie kommen an anderer Stelle wieder zum Vorschein.

Die verschobene Schwierigkeit begegnet Ihnen, falls Sie unvorbereitet zu der gesundheitsbürokratisch erzeugten Sprechstunde kommen, ggf mit einer psychischen Diagnose von der HausärztIn, die vielleicht eine Depression diagnostiziert hat. Falls Sie davon ausgehen sollten, eine PsychotherapeutIn wüsste nun bereits, was mit Ihnen los ist und welche Art der Behandlung durchzuführen ist, befinden sie sich gründlich im Irrtum, dem Irrtum der psychischen *Krankheitsdiagnostik*. Die Diagnosekriterien eröffnen keinen Zugang zu Ihrem Leiden, kein Verständnis Ihres Leidens, keine Einsicht in die Zusammenhänge in denen Ihr Leiden steht und keinen Blick auf die Vorgeschichte der Entstehung Ihres Leidens. Die Diagnosekriterien sind lediglich für Ihre Krankenkasse und die Abrechnungsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung da. Diesen Zugang zu Ihrem Leiden müssen Sie selbst eröffnen, indem sie darüber sprechen, falls es sein muss ausführlich und in mehreren Sitzungen - bevor es bei mir zu einer Diagnose für Ihre Kasse kommt.

Doch allein damit ist es nicht getan, in diesem Prozess des über sich selbst Sprechens begeben sie sich auf die Prüfstrecke. Der Überfluss an redundanten Texten, der im Internet über Psychotherapie zu lesen ist, legt die Betonung auf die als wirksam geltenden Therapiemethoden, nicht auf die Selbstveränderung. Dadurch wird der Eindruck erzeugt, dass Psychotherapie eine Sammlung von Techniken, Tipps und Tricks sei, die durch die TherapeutIn geliefert würden, wodurch man Gedanken, Gefühle und Verhalten ändert, im Grunde also eine Manipulationsmethode sei, mit der man jeden in die gewünschte Form bringen kann. Das ist der zweite fundamentale Irrtum. Psychorater gibt es massenweise, auch Internetprogramme zur Selbstveränderung; wem dies hilft, der braucht keine Therapie bei einer niedergelassenen Psycho-

therapeutIn. Der medienbasierte Betrieb auf diesem Gebiet, das sich auch Online-Psychotherapie nennt, wird sich voraussichtlich enorm ausweiten. Auch die Krankenkassen sind aus Kostengründen an der Umleitung von Therapiesuchenden auf Internetportale heftig interessiert, liegen allerdings noch an einer gesetzlichen Leine. Und selbstverständlich gibt es inzwischen Studien, die belegen, dass die Internetpsychotherapie mindestens so erfolgreich ist wie die klassische face-to-face Psychotherapie. Aus meiner Sicht gibt es keinen stichhaltigen Grund, warum man diese Angebote nicht ausprobieren sollte, zumal deren Nutzung nicht von einer psychischen *Krankheitsdiagnose* abhängt, die evtl. einige Nachteile im nachtherapeutischen Leben zur Folge hat (bei Verbeamtungen, bei Versicherungen u.a.).

Es gibt beispielsweise hervorragende Ratgeber für Leute, die keine Selbstorganisation aufbringen (Prokastination, ADHS). Wieso helfen diese nur ein oder zweimal und danach nicht mehr? Wieso führen die einschlägigen Medikamente nicht auf einer Handlungsebene zu einer durchgreifenden Veränderung? Der Versuch, diese und ähnliche Fragen zu beantworten, führt zu dynamischen psychologischen Begriffen. Der hier zu nennende heisst *Therapiemotivation*. Leiden allein ist keine *Therapiemotivation*. Die klassische Formel für Motivation lautet nach Heckhausen: $Motivation = Anreiz * Motiv * Erwartung$. Sie lässt sich abändern zu $Therapiemotivation = Leidensdruck * Änderungsbereitschaft * Zielerwartung$. Ein Produkt ist bekanntlich = null, sobald einer der Faktoren = null wird. Hoher *Leidensdruck* ist also ein Anreiz eine Psychotherapie zu suchen - mehr aber nicht. Der zweite Faktor heisst *Änderungsbereitschaft*, nicht Anstrengungsbereitschaft. Letztere ist zwar für jene nötig, die im Chaos sitzen und zur Selbstorganisation kommen müssen, um ihrem Leben eine Richtung zu geben - nicht aber für jene, die noch nachts im Bett bis in den Schlaf hineinden nächsten Tag für die Firma im Kopf vorbereiten. Loslassen ist das Gegenstück zu Anstrengung. Generell ist in der *Änderungsbereitschaft* ein überdauerndes Motiv zu sehen, in Richtung besserer Selbststeuerung, die ihrerseits den Handlungs- und damit den Freiheitsspielraum vergrößert und stabilisiert. Das ist m.E. der Sinn des alten Freudschen Satzes: "Wo Es war soll Ich werden!" Um eines solchen 'höheren' Zieles willen ist es notwendig Frustrationen auszuhalten und zu überwinden und sich mit Ängsten auseinanderzusetzen sowie die Risiken zu akzeptieren, die mit jeder Entscheidung zu einem bestimmtem Handeln unvermeidlich einher gehen. Die *Änderungsbereitschaft* muss bei einer PatientIn zu Therapiebeginn mindestens soweit vorhanden sein, dass daran angeknüpft werden kann, um sie durch die Erfahrung von Erfolg zu weiten und zu stabilisieren. Schließlich ist mit *Zielerwartung* die Konkretisierung potentiell realisierbarer Ziele gemeint, die durch Handeln im Alltag auch zu erreichen sind, die für das eigenen Leben längerfristig als gut, als nützlich und sinnvoll bewertet werden, die jedoch nicht allein kurzfristig durch den Druck sozialer Umstände erzeugt werden. *Therapiemotivation* in diesem Sinne ist eine kontinuierliche Motivation zur Selbstveränderung im psychotherapeutischen Prozess und eine unerlässliche Voraussetzung dafür, dass die therapeutischen 'Techniken' überhaupt erst zweckgemäß 'wirken' können.

(1) Die Psychotherapie-Richtlinien, in denen die Unterscheidungen zwischen Therapieverfahren, Richtlinien-Therapie, Akuttherapie und probatorischen Sitzungen durchgeführt werden, gelten bundesweit für alle gesetzlichen Krankenkassen. In Baden-Württemberg gibt es darüber hinaus noch einen kassenfinanzierte Psychotherapie durch die sog 'Selektivverträge', die einige gesetzliche Kassen mit dem MEDI-Ärzteverbund abgeschlossen haben. Diese sind in ihrer Handhabung unbürokratischer als die Richtlinientherapie.

(2) ICD F = Internationales Klassifikationssystem von Krankheiten, Kapitel F; derzeit gültig ist der ICD 10.

DSM = Diagnostisches und statistisches Manual der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft; derzeit gültig ist der DSM 5.