

„Arztbrief“

Von Julian S. Bielicki und Daniel Gutmann

Sehr geehrter Herr Doktor,

vielen Dank für die Überweisung Ihrer Patienten zur Psychotherapie.

Womöglich wundern Sie sich, warum ich ca. vier von fünf Patienten, die Sie mir schicken, nicht zur Psychotherapie annehme, wodurch Aufwand und Kosten verursacht werden. Das könnten wir besser machen. Dazu möchte ich hier ein paar Tipps geben:

Zum Einen gibt es als Kassenleistung im Wesentlichen die Verhaltenstherapie, die sogenannte tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie bzw. Psychoanalyse. Dann gibt es noch einige andere Verfahren, aber die macht praktisch keiner, daher werde ich sie hier nicht erwähnen. Außerdem gibt es noch die psychopharmakologische Behandlung, Entspannungstechniken wie Autogenes Training und andere, und Hypnose, die praktisch auch niemand mehr macht, oder die Tagesklinik oder stationäre Psychotherapie. Das sind im Großen und Ganzen die psychotherapeutischen Mittel, die von der Kasse bezahlt werden. Ich mache die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, und wenn eine Verhaltenstherapie oder Psychoanalyse indiziert ist, muss ich den Patienten dahin verweisen. Aber wie unterscheiden die sich voneinander?

Erstens unterscheiden sie sich historisch. Die Psychoanalyse war als Erste da, mit einer langwierigen und kostspieligen Ausbildung. Viele Ärzte wollten aber auch Psychotherapie machen, ohne dass sie Psychoanalytiker waren. Dafür hat die KV eine Zusatzbezeichnung eingeführt, für die der Arzt nach einem Bausteinprinzip mal hier mal dort an Kursen teilnehmen und so die Zulassung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie erwerben konnte, abgeleitet aus psychoanalytischen Verfahren. Dann kamen die Psychologen und wollten auch Therapie als Kassenleistung betreiben, wozu sie mit den Mitteln der Verhaltenstherapie auf dem Feld der Kassenleistung aufmarschiert sind und mit vielen Untersuchungen bewiesen haben, dass die Verhaltenstherapie auch hilft. Und sie wurden dann von der KV zugelassen mit dem Argument, dass es nicht genügend analytische und tiefenpsychologische Therapeuten gibt. So hat die Verhaltenstherapie den Fuß in die Kassenleistung bekommen, der immer mehr anschwellt und die Tür immer mehr aufging, bis sie mit dem Psychotherapie-Gesetz von 1999 rechtlich gleichwertig in der Kassenleistung wie die tiefenpsychologischen Therapeuten geworden sind. (Zugleich wurden dadurch andere Psychotherapieformen, wie Gesprächstherapie, Gestalttherapie, Transaktionsanalyse und andere praktisch abgemurkst.) Vorher gab es eine Ausbildung in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie nur für Ärzte, - wenn Psychologen daran teilnahmen, wurde es von der KV nicht anerkannt. So hat sich geschichtlich ergeben, dass Ärzte die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie machten und die Psychologen die Verhaltenstherapie, so ähnlich wie zum Beispiel in Schlesien, wo ein Katholik ein Pole war und ein Protestant Deutscher. Früher wusste man: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – ein Arzt, Verhaltenstherapie – ein Psychologe. In den letzten Jahren vermischt sich das, ähnlich wie in Schlesien.

Interessen, Neigungen und Hobbys als Differential-Kriterium

Die psychoanalytische Methode, deren kleiner Bruder (oder: deren kleine Schwester) die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist, braucht für ihre Arbeit relativ komplexe und differenzierte Denk- und Reflektionsvorgänge, Vorgänge, die zu kulturellen Leistungen zählen. Die Verhaltenstherapie dagegen geht von einem Modell aus, das eher einem Schaltplan für elektrische Geräte gleicht. Und so kann die Verhaltenstherapie Menschen helfen, die eher viel machen als viel denken, und die analytische bzw. tiefenpsychologisch fundierte Therapie kann Menschen helfen, die mehr denken als handeln. Ob sie also einen Patienten zum Verhaltenstherapeuten schicken oder zum analytischen/tiefenpsychologisch fundierten Therapeuten, können Sie selbst bereits im Gespräch mit dem Patienten klären, nämlich indem sie ihn nach seinen Interessen und Hobbys fragen. Hat er kein Hobby, dann ist es eine andere Sache, die wir später erörtern. Sagt er, dass seine Hobbys Sport, Joggen, Kraftsport, etc. also mechanische Bewegungen sind, dann gehört er zur Verhaltenstherapie. Bei Leuten, die als Hobby Lesen, Kunst, Musik, im Allgemeinen Kultur nennen, da ist die analytische/tiefenpsychologisch fundierte Therapie zuständig. Bei der Analyse gibt es nur das Problem, so berichten die Patienten, dass die Analytiker mit den Patienten nicht sprechen. Aber das ist eine andere Sache. Darüber ein anderes Mal mehr. Zunächst haben Sie jetzt eine Handhabe für das Problem, ob eine Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zu empfehlen ist. Ist der Patient auf Handlungen aus: Verhaltenstherapie - steht er mehr auf Kultur: analytische bzw. tiefenpsychologisch fundierte Therapie. Wenn der Patient gar keine Hobbys hat, dann ist entweder der Psychiater für ihn zuständig oder Sie können ihm mit Psychopharmaka helfen. Ein weiteres Unterscheidungskriterium ist der Grad der Vermeidung von Anstrengung bei Patienten.

Psychotherapie ist Arbeit. Und für beide Seiten anstrengend.

Psychotherapie ist Arbeit. Und anstrengend. Hält Ihr Patient schon die durchschnittliche Anstrengung nicht aus, die ein normaler Mensch täglich erfährt, dann kann ihm eine Psychotherapie auch nicht helfen. Eine Psychotherapie ist für tatkräftige Menschen, die fleißig, emsig ihre Probleme produzieren, denn genauso fleißig und emsig können sie diese Probleme dann auch wieder beheben. Von Nichts kommt Nichts. Wenn einer im normalen Leben für Beziehung, Freundschaft, Arbeit zu schwach ist, dann ist er auch für eine Psychotherapie zu schwach. Eine andere Sache ist es mit den Simulanten, von denen es mehr gibt, als dass man sich traut, es zu benennen. Sie wissen es, ich weiß es und andere wissen es auch. Dafür gibt es sogar eine Diagnose nach ICD 10: F68.1 artifizielle Störung. Es kommen zu Ihnen viele Menschen, die ihren Lebensunterhalt gerade durch die Tatsache bestreiten, dass sie arbeitsunfähig sind. Ob es um Sozialhilfe oder Arbeitslosenhilfe oder Rente oder was auch immer geht, haben Sie eine Menge von Patienten, die von Ihnen einfach eine Arbeits-, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsbescheinigung haben wollen. Bei solchen Patienten wird natürlich eine Psychotherapie nicht helfen, denn ihr Anliegen ist nicht, dass sie als gesund diskriminiert werden. Also die brauchen Sie mir auch nicht zu schicken, denn das kostet ja viel Geld. Diese AU/BU/EU-Bescheinigungen von Ihnen tragen dazu bei, dass die Wirtschaft dieses Landes es nicht mehr kann, so viele sind es. Und so etwas spricht sich herum. Wenn ich einen solchen Patienten annehme, der z.B. eine Haushaltshilfe bezahlt haben will, weil er und seine Frau und alle Erwachsenen im

Haushalt depressiv seien, dann stehen morgen zehn solcher Kandidaten da mit derselben Straßenanschrift. Diese unnötigen Untersuchungen und Quasi-Behandlungen kosten sehr viel Geld und die wirtschaftlichen Folgen, dass diese Leute von der Arbeit befreit sind und trotzdem Geld von uns bekommen, sind immens. Also ich mache es nicht mit. Ich mag meine Patienten, die ehrlich eine Meise haben, Simulanten mag ich nicht.

Die meisten können nicht mehr erzählen

Für die Psychoanalyse schließlich ist jemand geeignet, der imstande ist, im Liegen, ohne dass er den anderen sieht und ohne dass der Andere mit ihm spricht, eine Stunde lang vor sich hin zu schwätzen (genaugenommen 50 Minuten). Die meisten Menschen können allerdings nichts mehr schildern, sie reden viel, aber erzählen wenig. Einen Sachverhalt zu schildern fällt den meisten schwer, oder sie können es gar nicht und so jemand hält es auf der Liege des Analytikers nicht aus. Wenn ihm das Erzählen schwerfällt, dann soll er was *machen* in der Verhaltenstherapie. Die Indikation für Psychoanalyse oder tiefenpsychologisch fundierte Therapie hängt praktisch von der Tatsache ab, dass die tiefenpsychologisch fundierte Therapie grundsätzlich nur 100 Sitzungen zur Verfügung hat, die Psychoanalyse hingegen bis zu 300, und dass die tiefenpsychologisch fundierte Therapie im Sitzen stattfindet, die Psychoanalyse im Liegen, so dass einfach, wenn für die Psychotherapie ein langer seelischer Auf- und Umbau notwendig ist, dann geht es nur in der Psychoanalyse, denn sonst müsste der Pat. den Rest der Therapie in der tiefenpsychologisch fundierten Therapie selbst bezahlen. Methodisch gibt es m.E. grundsätzlich keinen Unterschied, obgleich natürlich jeder sich und die eine wie die andere Schule hervorheben will, wie besonders sie wäre, aber das ist sie nicht, sondern es sind wie zwei Kellner im selben Restaurant, wobei der eine draußen bedient und der andere drinnen, und drinnen gibt es auch Kaffee in Tassen und draußen nur im Kännchen. Dann gibt es noch die Gruppentherapie, aber die ist aufgrund der bürokratischen Behinderungen durch die PT-Richtlinien am Aussterben. Praktisch finden Sie kaum einen Therapieplatz als Kassenleistung in einer Gruppe, dann muss man den Patienten schon in die Tagesklinik oder in die psychosomatische Kur oder die stationäre Psychotherapie schicken. Oder der Patient muss selbst zahlen.

Psychotherapeuten sind keine Seelentröster

Jetzt passen Sie auf, das ist sehr wichtig: Eine Psychotherapie ist nicht dafür da, wenn jemandem was Schlimmes passierte, denn eine Psychotherapie ist für Leute da, die eigentlich keinen Grund hätten, sich solche Sorgen zu machen oder Angst zu haben und doch haben sie die. Das nennt man neurotisch. Wenn jemand aber zu mir kommt, der, sagen wir, seit zehn Jahren schwerer Alkoholiker ist und lanzeitarbeitslos und aidskrank und es geht ihm schlecht, dann kann ich nichts machen außer ihm zu sagen, dass er allen Grund hat, dass es ihm schlecht geht. Psychotherapeuten sind keine Seelentröster, dafür gibt es Seelsorger, Freunde, Familie, Johannes B. Kerner und andere. Okay, es hat sich ein Teil der Psychologen auf traumatische Erlebnisse spezialisiert und jetzt haben wir es im Leistungskatalog für Therapien drin, aber zu oft winken Opfer von Verkehrsunfällen diesen Psychologen ab, die sich anbieten wie fliegende Teppichhändler. Es ist auch ausdrücklich in den PT-Richtlinien ausgeschlossen („Äußere Belastungsfaktoren, seien sie auch in der allgemeinen Erfahrung von großem Gewicht, machen den Patienten nicht ohne weiteres seelisch krank.“). Wenn einem etwas sehr Schweres

passiert, da haben wir die Diagnose der akuten Belastungsreaktion, posttraumatischen Belastungsstörung oder der Anpassungsstörungen, aber da braucht man keine Psychotherapie, sondern der Betroffene muss sich erholen. Also den können sie ruhig krankschreiben, er muss sich erholen, viel schlafen, eventuell Beruhigungsmittel nehmen, eventuell auch stationäre Psychiatrie, aber meist reicht es, wenn er für einige Wochen seine Ruhe hat.

Und außerdem gibt es noch Einige, die ich meist gleich wieder wegschicken muss: Süchtige zum Beispiel, solange sie nicht abstinent sind. Alkoholiker sollten vorher einen stationären Entzug gemacht haben, mindestens sechs Monate abstinent sein und eine Anonyme-Alkoholiker-Gruppe besuchen. Und bitte: Keine Verbrecher – dagegen gibt es keine Therapie (obgleich es auch von vielen angeboten wird, aber was wird nicht angeboten?). Und bitte keine Leute, denen die Arbeit keinen Spaß macht oder die sich beklagen, dass die Arbeit sie müde macht. Das können Sie denen ja auch selbst erklären, dass jede Arbeit müde macht und dass in keinem Arbeitsvertrag etwas davon stünde, dass die Arbeit Spaß machen wird. Und dem Arbeitgeber macht es auch keinen Spaß, Arbeitslohn zu zahlen.

Ach ja, noch etwas zu den Diagnosen: Depressionen und Ängste. Die hat jeder Patient. Eine Angstneurose und eine Depression sind aber etwas Besonderes. Ansonsten, ob es eine hysterische Neurose oder eine Persönlichkeitsstörung ist: jeder Patient hat Ängste und Depressionen. Aber das schreibe ich Ihnen schon in meinem Bericht, was der Pat. genau hat, denn das wäre jetzt zu viel für Sie. Diese Unterscheidung ist nämlich gar nicht so einfach.

Und auf die Überweisung schreiben Sie bitte „Psychotherapeut“, und nicht „Psychiater“, „Neurologe“, „Psychologe“ oder „Psychopath“ (was auch bereits vorgekommen ist).

Ja, lieber Herr Doktor, das war´s dann wohl im Wesentlichen.

Mit kollegialen Grüßen

Julian S. Bielicki / Frankfurt am Main
Dipl.Psych., Dipl.Ing.
Psychologischer Psychotherapeut

Hans-Thoma-Str.5
60596 Frankfurt am Main

www.jsbielicki.com

Daniel Gutmann M.A. / Bischofsheim
www.daniel-gutmann.de