

## 2 Die Richtlinien-Psychotherapie: Therapeutenbericht und Gutachterverfahren

KLAUS LIEBERZ 

### 2.1 Einleitung

Das 1967 mit der Richtlinien-Psychotherapie auf Wunsch der Krankenkassen eingeführte Gutachterverfahren (GAV) ist ein externes Qualitätssicherungsinstrument auf der Basis eines Peer-Review-Verfahrens. Danach ist der Therapeut vor Beginn der Behandlung (oder nach der KZT, falls eine Fortführung vorgesehen ist) gehalten, in einem Bericht an einen Gutachter, der ihm zunächst nicht bekannt ist und ihm seitens der Krankenkasse zugeteilt wird, die »Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit« der vorgesehenen Behandlung zu begründen. Die damit verbundenen Schwierigkeiten sind eingangs bereits skizziert worden. Letztlich soll das GAV dem interkollegialen Austausch dienen und dazu beitragen, dem Patienten die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Der damit verbundene Vorteil des zweifellos recht aufwendigen Vorgehens liegt in der gleichzeitigen und vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung, die den Therapeuten vor möglichen rückwirkenden Regressansprüchen schützt. Außerdem gewährleistet diese fachgerechte Diskussion eine weitgehende Unabhängigkeit vom Kostenerstatter, hier also der Krankenkasse. Diese trifft zwar letztlich die Entscheidung über die Kostenübernahme der Behandlung, hält sich aber erfahrungsgemäß in aller Regel an das gutachterliche Votum (Ausnahmen bestätigen die Regel). Für einige Therapeuten ist dieses Verfahren nicht so leicht zu akzeptieren, da sie in dieser »TÜV-Regel« eine erniedrigende und bevormundende Prozedur sehen, die ein Gefühl von Abhängigkeit und Ausgeliefertsein gegenüber dem begutachtenden Kollegen beinhaltet. Zudem haben sich Widerstände immer wieder daraus ergeben, dass der Aufwand im Rahmen dieses Verfahrens groß und die Bezahlung des Berichtes gering ist. So bewegte sich die Einstellung der Therapeuten über die Jahrzehnte hin zwischen einer Tolerierung des Verfahrens, aber auch seiner Bekämpfung oder manches Mal auch einer Unterwerfung.

Im psychodynamischen Zweig des Verfahrens hat es über die Zeit doch einige Bemühungen gegeben, dem Vorwurf der »gutachterlichen Willkür« zu begegnen. Dazu gehört auch die Entwicklung einer Kriterienliste seitens einer Arbeitsgruppe

der DGPT (s. Anhang), in welcher das Vorgehen des Gutachters transparent dargestellt wird (Rudolf et al. 2002a, Rudolf und Jakobsen 2002b, Rudolf und Schmutterer 2003, Lieberz und Seiffge 2011). Ein Blick auf die Zahl der Obergutachten/Zweitgutachten im psychodynamischen Bereich der RLPT zeigt, dass dem offenbar über die Zeit gewachsenen Druck auf die Gutachter zwischen 2007/2009 und 2018/2019 dadurch Rechnung getragen wurde, dass prozentual weniger Zweitgutachten eingeholt wurden und der Anteil an Ablehnungen im Zweitgutachterverfahren sich deutlich reduzierte (Lieberz und Seiffge 2011, KBV 2019). Dabei dürfte sich im Laufe der Jahre an der grundsätzlichen Einschätzung der Gutachter wenig geändert haben. Bei etwa 4 % Ablehnungen im ersten Durchgang bleibt nach aller Erfahrung und langjähriger ausführlicher Diskussion im Gutachterkreis wohl die Tatsache bestehen, dass etwa 25 % der Anträge mangelhaft sind und beanstandet werden müssten. Wenn die Ablehnungsquote über die Jahre dennoch recht niedrig bleibt, dann weist dies darauf hin, dass Gutachter und Therapeuten informelle Wege nutzen, um die aufgekommenen Zweifel aus dem Wege zu räumen. Zum anderen kommt in diesem gutachterlichen Vorgehen auch die Tatsache zum Ausdruck, dass die Gutachter die Schwierigkeiten des Verfahrens und die Notwendigkeiten in den Praxen kennen und diesen mit ihrem Vorgehen Rechnung tragen.

Als Grundlage des Therapeutenberichtes dient eine ausführliche Erhebung der Krankengeschichte des Patienten im Rahmen einer biografischen Anamnese und einiger nachfolgender probatorischer Sitzungen, ggf. auch einer KZT. Der Therapeutenbericht ist Teil der Krankengeschichte und Ausgangspunkt der Therapie. Er soll im Rahmen des GAV dazu dienen, dass der Therapeut vor Beginn der Behandlung sein bisher gewonnenes Verständnis des Patienten überprüft, einen für den Patienten in seiner aktuellen Lebenssituation passenden Therapieplan entwickelt und seine Vorstellungen durch eine schriftliche Darlegung konkretisiert und präzisiert. Inhaltlich ist vorgegeben, dass der Therapeut sich zunächst um eine Darstellung der Indikation (Symptomatik, Komorbiditäten, Diagnose, Differentialdiagnostik, Vorbehandlungen, Begleitbehandlungen) bemühen und dabei die Schilderungen des Patienten aufgreifen sollte. Sodann geht es darum, den symptomgenerierenden Hintergrund im sozialen und biografischen Feld zu skizzieren und die wesentlichen psychodynamischen Lebenslinien darzustellen, die dann den Behandlungsplan leiten sollen (Dührssen 2011, Faber und Haarstrick 2015, Rüter 2015, Dieckmann et al. 2017, Jungclaussen 2018).

Jeder, der selbst, in welchen Zusammenhängen auch immer, Erfahrungen mit der Unterrichtung anderer Menschen gesammelt hat, weiß um die Tatsache, dass einem erst bei dieser Aufgabenstellung viele Zusammenhänge wirklich deutlich werden und vor das innere Auge treten. Die Verfassung des Therapeutenberichtes im GAV sollte von daher vom Therapeuten nicht nur als mehr oder weniger lästige Pflichtübung gesehen werden. Diese Aufgabe beinhaltet einen dialogischen Prozess, in dem es darum geht, einem zwar fachkundigen, aber dennoch außen-

stehenden (und deshalb eher zur objektivierenden Distanz geeigneten) Dritten die wesentlichen Kennzeichen dieses Patientenlebens und seiner ursächlichen Einschränkungen und Behinderungen zu verdeutlichen. Auch wenn in Zukunft solche Berichte nicht mehr erforderlich sein werden, kann ich aus eigener Erfahrung nur empfehlen, vor Aufnahme einer Behandlung einen solchen Bericht zu verfassen. Viele Zusammenhänge klären sich erst in diesem Moment. Die Vorstellung in Interventionsgruppen o. Ä. ist selbstverständlich auch eine qualitätssichernde Maßnahme. Sie unterscheidet sich aber doch wesentlich von der hier gestellten Aufgabe, da in solchen Gruppen auf Basis der damit gegebenen persönlichen Bekanntschaft Selbstschutzmaßnahmen nicht geringer ausfallen und die objektivierende Distanz der übrigen Teilnehmer durch persönliche Rücksichtnahmen beeinträchtigt werden kann (dann zum Nachteil des Patienten).

## 2.2 Die Indikation

Bei der Frage nach der Indikation zu einer Behandlung im Rahmen der RLPT ist vor allem zu verdeutlichen, dass es sich um eine »krankheitswertige und behandlungsbedürftige« Symptomatik handelt, die mit anderen Mitteln weder besser noch kostengünstiger zu behandeln ist. Dabei sind alle Behandlungsmöglichkeiten innerhalb und außerhalb der engeren RLPT (Medikamente, psychosomatische Grundversorgung, psychiatrische Basisversorgung, Verhaltenstherapie vs. psychodynamische Verfahren, Klinikbehandlung) einzubeziehen, insbesondere auch dann, wenn sie außerhalb der Behandlungsmöglichkeiten des jeweiligen Therapeuten liegen. Dabei ist zu bedenken, dass eine Behandlung im Rahmen der RLPT nicht der Kompensation von Mängeln in den sonstigen Abrechnungsmöglichkeiten dienen kann. Dies ist sicher manchmal unbefriedigend für den Therapeuten, ein anderes Vorgehen muss vom Gutachter aber auftragsgemäß beanstandet werden, da sonst ein Missbrauch der RLPT gegeben wäre. Auf jeden Fall ist es auch nicht ausreichend, die Indikationsfrage durch einfache Angabe einer ICD-Nummer aufzulösen, da die Richtlinien nicht auf einem deskriptiven klassifikatorischen Gerüst, sondern auf einem kausal angelegten Krankheitsmodell fußen.

Im Idealfall sollte der Therapeut von der Frage ausgehen, warum der Patient aktuell Hilfe sucht und warum er gerade zu ihm kommt und auf welchem Wege. Die Erfahrung zeigt, dass diese einfachen Ausgangsfragen oftmals nicht in den Blick genommen werden, was sich nachteilig auf den diagnostischen Prozess und den folgenden Therapieplan auswirken kann. Darauf wird im Kapitel zur Therapeutenwahl noch weiter eingegangen werden (s. Kap. II.8). Hierher gehört weiter die Frage nach vorhergehenden Unterstützungsbemühungen (s. Kap. II.4) und natürlich auch nach den aktuellen wie auch früheren Beschwerden. Dabei ist das Augenmerk nicht allein auf eine psychische Symptomatik ausgerichtet. Es gibt viele

Menschen mit psychischen Beschwerden, die keinen Krankheitswert erreichen. Entscheidend zur Indikationsbegründung ist vielmehr eine Gesamtschau aller aktuellen psychischen, funktionellen oder auch somatischen Störungen und Erkrankungen, verbunden mit einer Darstellung des bisherigen Krankheitsverlaufes und der sich daraus ergebenden Beeinträchtigungsschwere.

Dies könnte dann etwa wie in dem folgenden Beispiel aussehen:

#### **FALLBEISPIEL 1:** Chiffre H 30 11 64

Der Patient kommt aus eigenem Antrieb und berichtet, nicht mehr einschlafen zu können, da er so viel grübeln müsse. Am liebsten wolle er gar nicht mehr aus dem Haus gehen. Von Freunden habe er sich sozial stark zurückgezogen. Er sei mittlerweile dauernd müde, habe Existenzängste und sei hoffnungslos. Seine Frau habe seit zwei Jahren chronische Schmerzen, was ihn hilflos und ratlos mache. Er reagiere mittlerweile schnell mit Vorwürfen, so dass es immer häufiger zu Streit komme. Weiter leide er auf Grund der antidepressiven Medikation unter Libidoverlust, und sie würden sich als Paar immer weiter voneinander entfernen. Ebenso belastend sei für ihn, dass er sich in seiner Arbeit als Hausmeister von seinem Chef und den Bewohnern ausgenutzt fühle.

In diesem Fall wird die persönliche Symptombeschreibung des Patienten genutzt und bereits mit seinen Vorstellungen über ursächliche Hintergründe seiner Symptomatik verbunden.

Das folgende Beispiel soll verdeutlichen, dass der Bezug auf eine klassifikatorische Einordnung des Störungsbildes allein nicht das Verständnis für den Patienten befördert, zumal wenn auch noch, wie hier, wesentliche Anteile des Krankheitsgeschehens schlicht unter den Tisch fallen.

#### **FALLBEISPIEL 2:** Chiffre K 13 02 50

Anpassungsstörung mit überwiegend depressiver Reaktion (ICD 10, F 43.2 G) auf dem Boden einer depressiven Persönlichkeitsstruktur.

Ausgespart bleibt jeder Hinweis auf die entscheidende Hintergrundsymptomatik in Form einer Adipositas per magna (ICD 10 E66) und eines Diabetes mellitus Typ? (ICD 10 14.90 allgemein, Typ I E 10.90, Typ II E 11.11)

Die hier vorgenommene diagnostische Schwerpunktsetzung lässt erahnen, dass eine eher geringgradige Begleitsymptomatik in den Vordergrund gestellt und damit ein Behandlungsziel formuliert wird, das im Rahmen einer hier beantragten TfP nicht erfolgversprechend erscheint. Die schwere und mittelfristig vital bedroh-

liche körperliche Symptomatik wird stattdessen ausgeblendet und damit die hintergründige, zu Recht bestehende Beunruhigung des Patienten eher noch verstärkt. Ein Gesamtbehandlungsplan für dieses komplexe Krankheitsgeschehen wird in der Folge nicht formuliert und bleibt unersichtlich. Ein solches Beispiel leitet über zu der Frage, ob hier eine psychotherapeutische Maßnahme im Allgemeinen und eine Richtlinien-Psychotherapie im Besonderen indiziert und notwendig ist. Dabei ist auch die Abfolge therapeutischer Maßnahmen zu erwägen. So ist, wie auch in diesem Fall, bei Suchtpatienten im Allgemeinen, zu überlegen, ob sie nicht erst die Voraussetzungen für eine längerfristige psychotherapeutische Behandlung schaffen müssen (hier ggf. operativer Eingriff, anhaltende Abstinenz usw.) und die sicher notwendige stützende psychische Begleitung außerhalb der RLPT, also z. B. im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung, erfolgen sollte. Auch eine vorangehende stationäre Anbehandlung ist in einem solchen Fall natürlich zu erwägen.

An einem weiteren Beispiel sei deshalb nochmals verdeutlicht, dass nicht jeder Patient, der eine psychotherapeutische Begleitung benötigt, notwendigerweise einer Richtlinien-Psychotherapie bedarf. Die zugehörige gutachterliche Stellungnahme sei hier wiedergegeben.

#### **FALLBEISPIEL 3: Chiffre G 02 02 53**

Beantragt wird die Umwandlung einer KZT in eine TfP bei einer 59-jährigen verheirateten Patientin. Im Vordergrund steht eine schwere somatische Erkrankung in fortgeschrittenem Stadium (Peritonealkarzinose bei primärem Mammakarzinom). Die damit verbundenen Ängste sind insofern real und nachvollziehbar und nicht erkennbaren neurotischen Ursprungs. Zweifellos bedarf die Patientin einer therapeutischen Begleitung. Dem Behandlungsplan im Sinne einer TfP kann ich allerdings nicht folgen. Angesichts des zu erwartenden Verlaufes stehen hier supportive Maßnahmen zunehmend im Vordergrund, und die Patientin bedarf einer langfristigen Betreuung, wahrscheinlich auch im Sinne einer Sterbebegleitung. Dies kann nicht im Rahmen der RLPT erfolgen. Hier ist auf die psychosomatische Grundversorgung zurückzugreifen. Die beantragten Leistungen können leider nicht befürwortet werden.

Für den Therapeuten ist es im Hinblick auf den Begutachtungsprozess wichtig zu berücksichtigen, dass seine Verantwortung für den Patienten sich nicht auf die eine oder andere Symptomatik bezieht, sondern den gesamten Patienten umfasst. Sofern bei psychologischen Psychotherapeuten die Notwendigkeit besteht, einen ärztlichen Konsiliarbericht einzuholen, sollten sie sich dennoch der Tatsache bewusst bleiben, dass sie die Verantwortung für den Patienten tragen und die ärztliche Stellungnahme nur ein Teil der Einordnung in den gesamten Krankheits- und Behandlungsverlauf darstellt und keineswegs davon befreit, die somatische Seite

des vorliegenden Krankheitsbildes angemessen einzuordnen und im Behandlungsplan zu berücksichtigen. Hierher gehört auch die Aufnahme von Befunden aus etwaigen Arztbriefen und Klinikberichten (die dann den Begutachtungsunterlagen hinzuzufügen sind). Viele Therapeuten sind sich zudem nicht der Tatsache bewusst, dass die Gutachter zusätzliche Informationen über die Krankheitsgeschichte des Patienten seitens der Krankenkassen bekommen. Diese Angaben helfen dem Gutachter bei der Einschätzung des vorliegenden Krankheitsgeschehens und des aussichtsreichsten therapeutischen Vorgehens. Dieser Vorgang hat dabei nichts Geheimnisvolles, es wird hier nichts »hinter dem Rücken« des Therapeuten oder des Patienten verhandelt. Dieses Vorgehen bietet dem Gutachter vielmehr die Möglichkeit zu einem Abgleich mit den im Bericht des Therapeuten gemachten Angaben. Sofern wesentliche Widersprüche auftauchen, gibt dies dann dem Gutachter die Möglichkeit, in seiner Stellungnahme an den Therapeuten auf Lücken oder Widersprüche (z.B. das Vorliegen einer vom Therapeuten nicht erwähnten Karzinomerkrankung, die aus den Unterlagen der Krankenkasse aber ersichtlich wird) aufmerksam zu machen. Damit hat dann der Therapeut seinerseits wieder die Möglichkeit, diesen »Stolperstein« mit dem Patienten zu besprechen und zu überprüfen. Nicht so selten schleichen sich auch in die Unterlagen der Krankenkassen Fehler ein (Verwechslung der Chiffre, Verdachtsdiagnosen usw.).

Die notwendige Einordnung in einen Gesamtbehandlungsplan bedarf also eines Überblickes über das Krankheitsbild und Krankheitsgeschehen unter Berücksichtigung bereits erfolgter Behandlungsschritte. Die Einengung allein auf das Vorliegen einer psychischen Symptomatik (Begleitsymptomatik) unter Heranziehung einer entsprechenden ICD-Nummer wird zumeist den Ansprüchen an eine psychodynamische Behandlungsführung nicht gerecht. Ein störungsspezifisches Vorgehen ist, wie in obigem Fallbeispiel (Chiffre K 13 02 50), auch in einem psychodynamisch angelegten Behandlungsplan manches Mal durchaus sinnvoll, bedarf dann aber einer Einordnung in ein weiterführendes, schrittweise angelegtes Therapieregime. Dabei ist der Frage nach der Wirtschaftlichkeit des aktuell beantragten Behandlungsschrittes wie auch möglicher Alternativen besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

### **2.3 Die aktuelle Lebenssituation**

Die Symptomatik des Patienten ist immer im Kontext der aktuellen Lebenssituation zu sehen. Dies berührt zum einen Fragen nach symptomauslösenden oder begünstigenden und unterhaltenden Faktoren (z.B. auslösende Situation). Die Gestaltung der aktuellen Lebensumstände ist eng verknüpft mit zugrunde liegenden Einstellungen, Erlebens- und Verhaltensweisen des Patienten und berührt damit den Übergang zur Erfassung der symptomtragenden Psychodynamik. Zudem ge-

ben die aktuellen Lebensumstände wichtige Hinweise auf den aktuellen Bewegungsspielraum des Patienten und die damit im Moment gegebenen therapeutischen Möglichkeiten (also den Behandlungsplan). Die gutachterliche Erfahrung zeigt, dass die Therapeuten, aus welchen Gründen auch immer, diesem zentralen Zugang zur Psychodynamik und Behandlungsplanung nicht immer ausreichenden Raum geben (darauf wird näher in Kap. III.1 eingegangen). Folgendes Fallbeispiel macht auf die vom Ober-/Zweitgutachter ausgemachten Lücken im Therapeutenbericht aufmerksam.

**FALLBEISPIEL 4:** Chiffre M 21 12 87

Die Vorbehalte der Gutachterin sind angemessen und nachvollziehbar. Diese Vorbehalte sind durch die ergänzende Stellungnahme der Therapeutin aus meiner Sicht nicht wirklich ausgeräumt worden. Die Indikation zur Behandlung im Sinne der RLPT ist an sich unstrittig. Die Psychodynamik bleibt *hinsichtlich der aktuellen Lebenssituation und Konfliktodynamik ergänzungsbedürftig* (über den Partner erfährt man wenig, Partnerwahl, Abhängigkeits-, Macht- und Versorgungsdynamik, Sexualität, Schwangerschaftsverhütung, Studienwahl, Lern- und Leistungsverhalten, aktuelle berufliche Situation und angedeutete Schwierigkeiten, finanzielle Situation in realer und psychodynamischer Hinsicht). Der Behandlungsplan bleibt von daher weiterhin sehr allgemein und vornehmlich auf die Bearbeitung angenommener struktureller Defizite ausgerichtet, ohne dass für mich eine hinreichende Beziehung zur aktuellen Lebenssituation und Konfliktodynamik erkennbar würde.

Die äußeren Lebensumstände sollten also im Bericht berücksichtigt werden, und es ist ratsam, sie nicht allein als »Äußerlichkeiten« zu beschreiben (verheiratet, zwei Kinder, lebt in geordneten Verhältnissen, finanzielle Situation ist gesichert usw.). Die Chance, ausgehend von der Oberfläche die tieferliegenden psychodynamischen Implikationen zu erfassen, würde dann leider nicht genutzt. Wenn Therapeuten diese Möglichkeit außer Acht lassen, beruht es wohl in aller Regel am ehesten darauf, dass sie bemüht sind (sein müssen), sich im Rahmen der RLPT »kurz zu fassen« und die psychodynamischen Überlegungen in den entsprechenden Abschnitt des Berichtes zu verlegen. Leider hängen diese Ausführungen dann nicht so selten »in der Luft«, weil sie den notwendigen konkreten Bezug zu den (ggf. selbst geschaffenen) Lebensumständen vermissen lassen oder jedenfalls die Nachvollziehbarkeit für den außenstehenden Dritten (hier also den Gutachter) erschweren. Die äußeren Lebensumstände lassen auf jeden Fall bereits erkennen, ob wir es mit einem Patienten zu tun haben, der ggf. schon sehr früh in seinem Leben auf dem Boden einer breiten persönlichkeitsstrukturellen Beeinträchtigung an den ersten an ihn herangetragenen Lebensaufgaben scheitert, oder ob wir es

mit einem Patienten zu tun haben, der im späteren Leben auf Grund seiner biographischen Vorerfahrungen in bestimmten konflikthaften Lebensbereichen strauchelt, ggf. begünstigt durch einige strukturelle und bis dahin kompensierte Einschränkungen. Noch anders geartet liegen die Dinge, wenn ein Patient aktuell unter objektiv schweren Lebensbelastungen (z. B. plötzlicher Todesfall) dekompenziert und vor der Aufgabe steht, eine neue Lebensbalance herzustellen, ohne dass stärkere neurotische Einschränkungen zu erkennen wären.

#### FALLBEISPIEL 5: Chiffre L 05 01 67

49-jährige, kinderlos geschiedene Frau, selbständige Physiotherapeutin, kam nach einem Zusammenstoß als Fahrradfahrerin mit einem Autofahrer mit recht schweren Verletzungen (Tibiakopffraktur) in klinische Behandlung. Die damit verbundene ängstliche Symptomatik in Verbindung mit Flashbacks wurde auf den Unfall bezogen und als akute posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. In der Folge trat diese Symptomatik dann aber schnell in den Hintergrund, und die sich nach und nach einstellenden Einschränkungen und Beschwerden bestimmten fortan das Geschehen. Hierzu gehören vor allem ein beeinträchtigt Selbstbewusstsein und Selbstwerterleben, das Vertrauen in die Welt sei verloren gegangen, sie habe sich hilflos ausgeliefert und schlecht und ungerecht behandelt gefühlt. Zudem brachten sie die mit ihren Verletzungen verbundenen Bewegungseinschränkungen (kein Laufen mehr möglich, kein Radfahren) aus der Balance, zumal diese mit einer deutlichen Gewichtszunahme und subjektiv erlebter abnehmender Attraktivität verbunden waren. Auch wurde ihre Partnerschaft in Form einer Fernbeziehung erschüttert, sie fühlte sich vernachlässigt und im Stich gelassen, ihre bisher gelebte Unabhängigkeit, auch in finanzieller Hinsicht, wurde zunehmend in Frage gestellt. Die aufkommenden Zweifel und Enttäuschungen verarbeitete sie in gewohnter Weise in kämpferischer und projektiver Manier (anhaltende Rechtsstreitigkeiten), womit sie sich auf eingeschränktem Niveau etwas stabilisieren konnte.

Wie auch aus diesem Beispiel ersichtlich, besteht nicht so selten erkennbar die Tendenz, sich von einem psychodynamischen Krankheitsmodell zu lösen und die in einem solchen Zusammenhang auftretende Symptomatik dann etwas kurzschlüssig auf ein einfaches »Stressmodell« zu reduzieren. Abgesehen von den außerhalb von Kriegszeiten jedenfalls überschaubaren Fällen von sog. »Schreckneurosen« besteht nicht so selten die Gefahr, dass einzelne »traumatische Ereignisse«, die nicht immer gut nachvollziehbar sind, hervorgehoben und in diesem theoretischen Zusammenhang interpretiert werden. Nicht so selten entsteht dann für den Gutachter der Eindruck, dass dieses Vorgehen eher der Schnelligkeit der Antragstellung geschuldet ist als einer vertiefenden Auseinandersetzung mit den auslösenden Geschehnissen.

## 2.4 Der biografische Hintergrund

Die im Rahmen der Anamneseerhebung gewonnenen biografischen Erfahrungen des Patienten gilt es nun für den Bericht zu sichten und zu ordnen und auf das aktuell im Vordergrund stehende Störungsbild und die symptomtragende Psychodynamik zu beziehen. Dies ist die eigentlich entscheidende und schwierigste Aufgabe der Berichterstellung. Deshalb ist auch nicht zu erwarten, dass an dieser Stelle eine in alle Einzelheiten gehende Beschreibung der Entwicklungsgeschichte des Patienten erfolgen kann. Zum einen steht dem die gegebene Einschränkung gegenüber, dass bei einer retrospektiven Erhebung der Lebensgeschichte(n) immer nur eine Auswahl an Geschehnissen erinnert wird. Zum anderen ist auch davon auszugehen, dass der Patient dem jeweiligen Therapeuten in diesem Moment der persönlichen Begegnung bewusst oder unbewusst nur einen kognitiv und emotional »passend erscheinenden« Ausschnitt seiner Erfahrungen präsentiert. Dies ist umso naheliegender, da die ersten Sitzungen ja eben dem Kennenlernen und dem Vertrauensaufbau dienen. Mit wachsendem Vertrauen in den Therapeuten wird der Patient daher auch eher bereit sein, sich zu öffnen und die entscheidenden Hintergrund Erfahrungen auszubreiten. Erfahrene Therapeuten haben gelernt, die ersten Andeutungen des Patienten aufzunehmen und schon mal verstehend einzuordnen, ohne den Patienten in diesen frühen Phasen einer therapeutischen Beziehung zur Offenlegung seiner »Geheimnisse« zu drängen. Zu jeder psychodynamisch angelegten Anamneseerhebung gehört deshalb auch die Berücksichtigung der aktuellen persönlichen Konstellation zwischen Patient und Therapeut dazu. Die Beachtung dieser situativen Momente kann wertvolle Hinweise auf kommunikative und »handwerkliche« Defizite sowie frühe Konfliktbereiche des Patienten geben.

So bewegt sich die Beschreibung der biografischen Vorerfahrungen des Patienten im Therapeutenbericht zwangsläufig zwischen Konstruktion und Realität (Lieberz 2016). Untersuchungen zur Biografie im Rahmen der RLPT von Rüger et al. (1996, 1997) oder Lieberz et al. (2011) haben gezeigt, dass die Darstellung dieses zentralen Abschnitts in jeder Krankenbegegnung in den Therapeutenberichten wenig befriedigend ausfällt (s. a. Kap II.5 und II.6). Es fällt vor allem auf, dass die Therapeuten viele wichtige Informationen gewollt oder ungewollt aussparen. Sie nutzen nicht immer in ausreichendem Maße die leichter zugänglichen und daher auch zuverlässiger zu erhebenden harten biografischen Fakten, um den Werdegang des Patienten verstehend nachzuvollziehen, oder auch, um die nur vorläufig zu erschließenden Einflüsse mit diesen Fakten zu verknüpfen und ihre »Konstruktionen« daran zu eichen.

Eine gute Verknüpfung von konkretem realem Erfahrungshintergrund mit den daraus resultierenden Erlebens- und Verhaltenslinien kann das folgende Fallbeispiel liefern:

**FALLBEISPIEL 6:** Chiffre S 11 05 70

Die Patientin ist das zweite Kind eines Schlossers (87J) und einer Einzelhandelskauffrau (81J). Der Vater betrieb eine kleine Schlosserei mit zeitweise einem Mitarbeiter. Die Familie habe ständig Geldsorgen gehabt, u. a. weil der Vater ein »Alkoholiker« gewesen sei. Er habe viel Geld in seiner Stammkneipe vertrunken. Die Eltern hätten sich nur gestritten, und es sei schließlich zu einer dramatischen Zuspitzung gekommen, als die Mutter mit einem Messer auf den Vater losgegangen sei und die Patientin sich »dazwischengeworfen« habe, um das Schlimmste zu verhindern. Zu diesem Zeitpunkt sei sie 12 Jahre alt gewesen. Danach sei die Mutter ausgezogen und die Patientin habe den »Laden geschmissen«. Sie habe für den Bruder und den Vater den Haushalt geführt und für eine einigermaßen ordentliche Buchführung der kleinen Werkstatt gesorgt. Sie berichtet das mit großem Stolz und betont dabei, dass sie trotzdem den Realschulabschluss und eine Lehre als Friseurin absolviert habe. Zur nicht weit entfernten wohnenden Mutter habe sie weiter regelmäßigen Kontakt gehabt. Bis heute bestünde dieser Kontakt, obwohl sie die Mutter als hart, »kritisch« und distanziert empfinde. Den Kontakt zum Vater habe sie mit 20 Jahren abgebrochen, als er nur noch trank und selten zuhause war. Der Anlass sei der Besuch eines Gerichtsvollziehers gewesen.

Das hier ausgewählte Beispiel nimmt in pragmatischer Weise Bezug auf die späteren und von der Patientin erinnerbaren Ereignisse. Auf frühere prägende Geschehnisse kann zu diesem Zeitpunkt der Berichterstattung ggf. hypothetisch-konstruierend rückgeschlossen werden. Jedenfalls bietet diese Geschichte eine gute Verbindung zur sich anknüpfenden Psychodynamik und der aktuellen symptomtragenden Lebenssituation.

## 2.5 Die Psychodynamik

Die Psychodynamik bildet das Bindeglied zwischen den biografisch aufgenommenen und geronnenen interpersonellen Geschehnissen, der sich daraus formenden weiteren Lebensgestaltung bis hin zu den aktuellen Umständen, die den Patienten um Unterstützung nachsuchen lassen. Auf die im Rahmen des GAV gewonnenen Eindrücke soll ausführlich in Kap. III.1 eingegangen werden (s. a. Lieberz 2015). An dieser Stelle soll es genügen, die vom Therapeuten zu leistende, entscheidende Arbeit in der Berichterstattung darzulegen. Die bisher bei der Anamneseerhebung gewonnenen Informationen zum Störungsbild, zu den aktuellen sozialen Umständen wie auch zum biografischen Hintergrund und der Entwicklung des Patienten münden jedenfalls in einer kompakten Integration mit Darlegung der für das derzeitige Störungsbild entscheidenden Einflüsse. Neben die-

sen gesprächsweise erhobenen Informationen dienen auch die in der persönlichen Interaktion gewonnenen Eindrücke der Abrundung des gewonnenen Bildes und können deshalb zwanglos auch in diesen Abschnitt einfließen. Das könnte in Fortführung des oben bereits beschriebenen biografischen Hintergrundes in etwa so aussehen:

#### FALLBEISPIEL 7: Chiffre 11 05 70

Die Berichte über den bisherigen Lebensweg der Patientin werden von ihr sehr ausführlich vorgetragen und haben den Charakter einer »Autobiografie«, die eine festgelegte Erzählweise verfolgt. In dieser Geschichte tritt sie als die »Macherin« auf, die die Führung übernimmt, in entscheidenden Momenten aber verraten und ausgenutzt wird. So bezeichnet sie ihre Zeit als Straßenbahnfahrerin als »glückliche Zeit«. Sie sei stolz auf ihre Tätigkeit und ihre Rolle als »Chefin der Bahn« gewesen. Zur gleichen Zeit sei sie aber durch Trennungen von Partnern zurückgeworfen worden. Bei jeder Trennung habe sie durch ihre Essattacken massiv an Gewicht zugelegt, bis sie schließlich aus gesundheitlichen Gründen aus dem aktiven Fahrdienst ausscheiden musste. Die Abwehr infantiler Anlehnungs- und Versorgungsbedürfnisse setzt im vorliegenden Fall auf eine engagiert vorgetragene Demonstration von Macht und Autonomie. Sie will bestimmen, um nicht in Abhängigkeit zu geraten. Ihre erzählte Rolle in der Herkunftsfamilie zeigt hier ein prototypisches Bildmuster: sie setzt sich an die Stelle der Mutter, mischt sich in den Streit der Eltern ein und »beweist Größe«. Dieses Schema setzt sich im weiteren Lebenslauf in den Partnerschaften weiter fort. Ihre Vorliebe für schwache und suchtkranke Männer führt sie immer wieder in eine ähnliche Konstellation und die gleiche Überforderung. Es kommt auch immer wieder zu entschiedenen und harten Trennungen, die ihre Abwehr an die Grenze bringen. Zunehmend ist die gewohnte Flucht nach vorn und die Verwandlung von Angst in Aggression nicht mehr zu schaffen. Dazu trägt auch die rapide Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei.

Diese in einem erfreulichen und lebendigen persönlichen Duktus gehaltene Beschreibung ist vielleicht etwas ungewöhnlich, bringt aber die persönlichen Eindrücke des Therapeuten gut mit den erhobenen Daten und Fakten zusammen. Die Darstellung orientiert sich in konkreter Weise am Patienten und lässt ein anschauliches Bild seiner aus der Biografie gewachsenen Bewältigungsstrategien einschließlich der damit verbundenen Schwierigkeiten entstehen. In wohlthuender Weise wird auf vage Vermutungen und theoretische Konstruktionen über etwaige Störungen der Mutter-Kind-Interaktion in frühen, nicht erinnerbaren Lebensabschnitten, mangelnde Verinnerlichung guter Selbst- und Objektrepräsentanzen oder fehlender Triangulierung verzichtet. Stattdessen werden eben diese Prozesse und ihre Folgen in anschaulicher und nachvollziehbarer Weise beschrieben. Damit

wird die Patientin gut erkennbar und für einen Bericht im Rahmen der RLPT ausreichend skizziert.

Die notwendige Fokussierung in der Erfassung und Beschreibung der psychodynamischen Konstellationen kann auf verschiedenen Wegen erfolgen. Wie bereits ausgeführt, ist der direkte und weiterführende Ansatz die Suche nach einer spezifischen auslösenden Versuchungs-/Versagungssituation (Konfliktsituation) als Wegweiser zum Hauptkonflikt. Eine weitere, zumeist ergänzende Möglichkeit besteht in der Ergründung des pathogenen sozialen Feldes, das die auslösende Situation konstellierte, begünstigt oder verstärkt. Insbesondere dann, wenn diese Zugänge durch ein sperriges Kommunikationsverhalten des Patienten erschwert sind, kann das aktuelle Beziehungsgeschehen zwischen Patient und Therapeut als Schlüssel zum Verständnis dienen. Die Darstellung von OPD-Konflikten gibt allenfalls einen groben Rahmen ab, ersetzt aber nicht die konkrete, subjektive Erfassung des Patienten und seiner individuellen Psychodynamik. Hinweise auf traumatische Erfahrungen ohne zugehörige psychodynamische Einordnung sind nicht weiterführend. Auch die alleinige Fokussierung auf strukturelle Beeinträchtigungen ist für sich selten angebracht, die Verschränkung von persönlichkeitsbedingten Einschränkungen mit zugehörigen aktuellen (oder chronischen) Konfliktfeldern und/oder auch traumatischen Erfahrungen und ihren Bewältigungshindernissen ist für einen psychodynamischen Behandlungsansatz unersetzlich. Das Zusammenwirken dieser verschiedenen Bedingungen in Abhängigkeit vom Reife- und Integrationsgrad des Patienten ist von Rudolf (2005) ausführlich beschrieben worden.

Es liegt nahe, dass die Fähigkeiten eines Therapeuten, die gewonnenen Informationen auf den wesentlichen Gehalt zu verdichten, mit der Erfahrung wachsen. Die Gefahr, sich in z. T. eher unwesentlichen Einzelheiten zu verlieren oder aber in grobe theorielastige Ausführungen abzudriften, ist von daher eher bei jüngeren und noch weniger erfahrenen Therapeuten gegeben. Diese unterschiedlichen Bedingungen bei den einzelnen Therapeuten können vom Gutachter aber natürlich in seiner Einschätzung berücksichtigt werden. Das folgende Fallbeispiel leitet über zur Frage der Behandlungsplanung. Wie die Ergebnisse erster Untersuchungen von Lieberz und Seiffge (2011) zeigten, sind Psychodynamik und Behandlungsplanung die wesentlichen »Knackpunkte« in der Berichterstattung und werden am ehesten von den Gutachtern moniert.

#### **FALLBEISPIEL 8:** Chiffre W 22 06 66

Patient wurde als drittes Kind, einziger Sohn, in eine Arbeiterfamilie hineingeboren. Lebenstüchtige und stolze Mutter, ein eher abhängiger und schließlich randständig-kleinkriminell endender Vater. Ehe zerbrochen, als Patient 4 J alt war, zurückgeblieben ein sehr ambivalentes, vorwiegend negativ getöntes Vaterbild. Einerseits »Rettungsphan-

tasien« durch den Vater, andererseits starke Ängste vor dem »väterlichen Erbe« mit einer entsprechenden Entwicklung. Mutter hat nach der Trennung vom Vater die Familie allein durchgebracht, dabei sogar ein Haus erworben, also eine beachtliche Lebensleistung. Patient war in dieser Situation aber wohl unverwahrt, jedenfalls ist viel in Kindheit und Jugend passiert, viel Blut geflossen, viele Unfälle etc. Fußball gespielt (gut gewesen). War bis zur Jugend eher ein sehr schlanker Junge, dann in der Jugend Kraftsport gemacht, ging auseinander, wurde sehr kräftig. Also offenbar eine Entwicklung am Rande der Verwahrlosung und Dissozialität, mühsam eingefangen durch äußere Vergitterung (Bundeswehr, Gefängnis), kämpft aber ständig mit seinen »Schattenseiten«, die ihn regelrecht verfolgen und ihm keine Ruhe lassen (Schmerzen, Schlafprobleme). Beginn der Krankheitskarriere wohl mit Mutters Tod im Sinne einer regressiven Versuchungssituation. So ist seine Beziehung zur Frau (als Muttersubstitut) einerseits von starker Abhängigkeit geprägt, andererseits kann er seine Enttäuschungen und Weglauftendenzen nur mühsam und unter erheblicher Symptombildung kontrollieren. Aktueller Anlass für das Hilfeersuchen ist nach bisher nicht ausreichend erfolgreichen Behandlungsversuchen bei zwei weiblichen Therapeuten wohl der Wunsch, sich mit Hilfe »väterlicher Unterstützung« aus der zunehmend einschnürend und quälend erlebten Beziehungsecke zu befreien. Tatsache ist, dass aus dem »starken Mann« mittlerweile ein kränkelder schwacher Mann geworden ist, ein abhängiger und an der Kette liegender »Hofhund«, dessen Freiheit beschnitten ist. Dazu beigetragen hat insbesondere auch seine Vatergeschichte. Er hat früh den Drang entwickelt, »nie so werden wie der Vater!«

---

## 2.6 Die prognostischen Aussichten und die Wirtschaftlichkeit

Vor der Entscheidung über den im jeweiligen Einzelfall günstigsten Behandlungsplan ist der Therapeut im Rahmen der RLPT gehalten, sich auch Gedanken über die möglichen prognostischen Aussichten und die Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu machen. Dies ist ein durchaus schwieriges Spannungsfeld, da wir doch jedem in der Praxis auftauchenden und Hilfe suchenden Patienten nach Kräften weiterhelfen möchten. Dabei können sich die persönlichen Umstände des Therapeuten (mögliche Therapieoptionen, Praxisorganisation, zur Verfügung stehende Zeit, finanzielle Bedingungen) und die Vorstellungen, Möglichkeiten und Voraussetzungen des Patienten im Wege stehen. So ist es z. B. denkbar, dass der Therapeut im Moment einen Patienten für eine analytische Psychotherapie sucht, der vor ihm sitzende Patient die Voraussetzungen dafür, aus welchen Gründen auch immer, aber nicht mitbringt. Umgekehrt (und dies passiert viel häufiger) ist aber auch denkbar, dass der Therapeut nicht alle Therapieoptionen (Medikamente, psychosomatische Grundversorgung, psychiatrische Basisversorgung, Tfp, AP) auf-

weisen kann und deshalb versucht ist, den vor ihm sitzenden Patienten in eine Behandlungsform zu »drängen«, die dessen Möglichkeiten oder Erfordernisse nicht optimal erfüllt. Dazu eine obergutachterliche Stellungnahme und folgendes Fallbeispiel:

#### **FALLBEISPIEL 9:** Chiffre M 09 08 60

Mit dem Ergänzungsbericht hat die Therapeutin aus meiner Sicht die Vorbehalte der Gutachterin nicht wirklich ausräumen können. Unstrittig ist, dass es sich um ein behandlungsbedürftiges Krankheitsbild handelt und die Indikation zur Behandlung im Sinne der RLPT grundsätzlich gegeben sein kann. Allerdings handelt es sich um ein sehr komplexes und chronifiziertes Krankheitsbild, dessen somatische Krankheitsseite völlig ausgeblendet bleibt. Es handelt sich um eine schwere, somatisch fixierte Adipositas mit entsprechenden Folgeerkrankungen (Diabetes mellitus II, Hypertonus, Schlaf-Apnoe-Syndrom), so dass die Patientin von dieser Seite, jenseits aller Psychodynamik, als schwer bedroht angesehen werden muss. Davon unabhängig bleibt die Psychodynamik weiter ergänzungsbedürftig (über den Ehemann erfährt man gar nichts, Abhängigkeits-, Macht- und Versorgungsdynamik und Veränderungen über die Zeit, Sexualität, brüchige Leistungslinie und reale Abhängigkeiten, finanzielle Situation in realer und psychodynamischer Hinsicht). Der Behandlungsplan bleibt zu allgemein und lässt keine hinreichende methodenspezifische Eingrenzung hinsichtlich aktuell im Vordergrund stehender unbewusster Konfliktodynamik mit zugehöriger Strukturpathologie bei begrenzter therapeutischer Zielsetzung erkennen. Zudem stellt sich die Frage, ob hier nicht zunächst eine energische, sehr strukturierte Unterstützung in der anstehenden Behandlung der somatischen Erkrankungen bei schwieriger Compliance ansteht, z. B. die Notwendigkeit eines operativen Eingriffs. Zur Klärung dieser Fragen und ggf. zur Unterstützung der Patientin bei weiterführenden somatischen Maßnahmen erscheint es mir gerechtfertigt, 25 Sitzungen zu befürworten. Bei allem Verständnis für die Notwendigkeit der Sammlung von Erfahrungen, scheint mir dies kein geeigneter Fall für einen Ausbildungskandidaten zu sein. Es scheint mir angesichts der schweren somatischen Erkrankungen vorteilhafter für die Patientin, wenn ein erfahrener ärztlicher Psychotherapeut die Begleitung der Patientin übernehme.

An diesem Fallbeispiel werden in der gutachterlichen Stellungnahme verschiedene Schwierigkeiten in der Behandlungsplanung kritisch diskutiert. Zunächst ist für den Gutachter die Indikation für eine RLPT zumindest zweifelhaft. Das Krankheitsbild wird nicht in seiner ganzen Bandbreite beschrieben und diskutiert, der die Behandlung leitende Fokus (psychische Begleitsymptomatik) wird für unzureichend erachtet. Die somatische Seite der Störung bleibt außen vor. Die Psychodynamik bleibt allgemein und ergänzungsbedürftig, der Behandlungsplan (TfP) auf dieser

Grundlage nicht nachvollziehbar und vor allem hinsichtlich der prognostischen Aussichten und der Wirtschaftlichkeit fragwürdig. Ein Gesamtbehandlungsplan ist nicht zu erkennen, ein stufenweises Vorgehen mit jeweils realistischen Teilzielen wird nicht formuliert. Die vom Gutachter zudem aufgeworfene Frage nach dem Therapeuten geht hier auch über die Tatsache hinaus, dass dieser schwierige und komplexe Fall von einem Ausbildungskandidaten durchgeführt werden soll, was die Verantwortung der ausbildenden Institution berührt. Auch wird in Frage gestellt, ob diese Patientin bei einem psychologischen Psychotherapeuten gut untergebracht ist. Die Breite der Störung lässt jedenfalls eine auf Seiten des Therapeuten vorhandene Vertrautheit mit dem herkömmlichen Verlauf solcher somatisch fixierter Krankheitsbilder als vorteilhaft erscheinen. Die Patientin ist wahrscheinlich bei einem Facharzt für Psychosomatische Medizin in besseren Händen, zumindest wäre eine sehr enge Kooperation zwischen ärztlichen und psychologischen Behandlern notwendig, zumal die Compliance der Patientin gering ausgeprägt zu sein scheint.

Damit sind die für die prognostische Einschätzung einer Störung wesentlichen Bereiche umrissen (s. Kap II. 7.). Hierher gehört die in diesem Beispiel nicht erwähnte biografische Vor- bzw. Risikobelastung, der zugehörige Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS, Strukturniveau, Ich-Stärke, Compliance), aber auch das mit diesen Einflüssen zumeist eng verbundene Bildungsniveau und nicht zuletzt der Therapeut selbst mit der Frage nach der »Passung« zwischen Patient und Therapeut. Unabhängig vom Therapiebericht im Rahmen des GAV tut jeder Therapeut gut daran, sich vor einer Therapieentscheidung selbst daraufhin zu überprüfen, ob er mit diesem Patienten zusammenarbeiten möchte, oder ob organisatorische, diagnostische oder persönliche Vorbehalte einen solchen Schritt behindern und ggf. auch für den Patienten die Überweisung an einen Kollegen sinnvoll und vorteilhaft erscheinen lassen.

## 2.7 Der Behandlungsplan

Psychodynamik und Behandlungsplan sind die Kernpunkte jeden Berichtes und auch die Abschnitte, an denen die Gutachter erfahrungsgemäß ihre Vorbehalte zum Ausdruck bringen. Dies muss nicht unbedingt daran liegen, dass die Psychodynamik unzureichend dargestellt wurde. Es kann auch damit zusammenhängen, dass die beschriebene Symptomatik und die zugehörige Psychodynamik nicht zu dem aufgestellten Behandlungsplan passen. In der Realität ist die überwiegende Anzahl der Behandlungen tiefenpsychologisch fundiert ausgerichtet. Dies mag an den Patienten und ihren persönlichen Voraussetzungen liegen, die sie mitbringen, es mag aber auch daran liegen, dass viele Therapeuten nicht alle möglichen Behandlungsoptionen mitbringen und die differenzialindikatorischen Überlegun-

gen deshalb zwangsläufig zu kurz geraten. Mitunter sind aber auch die formulierten Behandlungsziele nicht mit dem gewählten Verfahren in Übereinstimmung zu bringen. Erfahrungsgemäß sind tiefenpsychologisch fundiert ausgerichtete Therapeuten nicht so selten etwas zu ehrgeizig. Sie nehmen sich für das gewählte Verfahren zu viel vor und geraten dann im Laufe der Behandlung und vor allem gegen Ende der Behandlung »in schweres Wasser«. Analytische Psychotherapeuten scheinen hingegen nicht immer gut auf die Durchführung tiefenpsychologischer Behandlungen vorbereitet zu sein. Sie formulieren häufig eine fundierte und detaillierte Psychodynamik, tun sich dann aber schwer mit der in einer TfP notwendigen Fokussierung.

Auch wenn Kurzzeittherapien eher selten zur Begutachtung kommen und auch nicht im Fokus unserer Untersuchungen stehen, ist es doch wertvoll, einen Blick auf den Umgang mit den Kurzzeittherapien zu werfen, da der größte Teil aller psychotherapeutischer Behandlungen in einem solchen umgrenzten Rahmen stattfindet (Multmeier und Tenckhoff 2014). Was diese Patienten von den Kranken unterscheidet, die in eine LZT übernommen werden sollen, bleibt unklar und ist bisher nicht untersucht. Ebenfalls unklar ist, ob für diesen Sachverhalt die Umstände und Voraussetzungen des Patienten überhaupt verantwortlich sind, oder ob z. B. einige Therapeuten versucht sind, durch eine Aneinanderreihung mehrerer Kurzzeittherapien beim selben Patienten das GAV zu umgehen. Eher selten dürfte nach aller Erfahrung in der gutachterlichen Praxis die Möglichkeit einer echten KZT genutzt werden, zumal diese auf Seiten des Patienten und des Therapeuten hohe Anforderungen mit sich bringt. Am häufigsten ist die Nutzung einer KZT aus praktischen Gründen und um Zeit für den Kontaktaufbau und die Informationserhebung zu gewinnen. Allerdings sind die dann erfolgenden Umwandlungsberichte inhaltlich nicht gehaltvoller als die Erstantragsberichte (Lieberz et al. 2010). Auch eher selten wird eine KZT mit Antragsverfahren genutzt, um überhaupt die Eignung des Patienten für eine RLPT zu erproben oder die Passung zwischen Patient und Therapeut auszuloten. Dabei würden die geringeren Anforderungen an einen KZT-Bericht dieses Vorgehen doch häufiger, auch ohne Veranlassung der Krankenkasse, nahelegen. Dazu folgendes schönes Fallbeispiel:

#### **FALLBEISPIEL 10:** Chiffre J 22 07 53

Die Patientin wird von ihrer Hausärztin geschickt, da es offensichtlich zu Compliance-Problemen und einer erheblichen Störung in allen bisherigen Arzt-Patient-Beziehungen gekommen ist. Die Patientin leidet seit einem Vorderwandinfarkt (Stent-Versorgung) verstärkt unter Ängsten und Panikanfällen, zudem einem schwer einstellbaren Hypertonus und erheblichen Medikamentenunverträglichkeiten. Dazu verstärkte körperliche Beschwerden, Kopf- und Kieferschmerzen, Nackenverspannungen, Übelkeit, Durchfall, Schwindel und vieles andere mehr... Es fällt ihr schwer, über ihre Symptome zu spre-

chen oder um Hilfe zu bitten, sie will nach außen keine Schwäche zeigen, Fassung bewahren. Sie versucht mich auf Distanz zu halten, Details werden nur bei direkter Nachfrage und einsilbig preisgegeben. Ein lebendiges Bild der Patientin entsteht nicht in mir, bei ihr ist alles »normal«, Dummheiten erlaubt sie sich nicht, Normen und Vorschriften sind ihr sehr wichtig.... Ich möchte zunächst eine KZT beantragen und hoffe, die Introspektionsfähigkeit der Patientin zu verbessern und ihr Verständnis für ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell zu wecken. Dabei will ich vorrangig an Affektwahrnehmung und -differenzierung sowie am Affektausdruck arbeiten, Ansatzpunkt könnte hier der Umgang mit den somatischen Mitbehandlern sein.

---

Die Therapeutin reichert ihren Bericht auch mit einer vorläufigen, aber gut nachvollziehbaren psychodynamischen Hypothese an (Kontroll-Unterwerfungskonflikt), die sie anschaulich vermittelt und die gut in das beschriebene Gesamtbild einzufügen ist. Erfreulich ist vor allem das explorative Vorgehen der Therapeutin, welches nicht gleich auf eine LZT ausgerichtet ist, sondern vorsichtig tastend die Möglichkeiten der Patientin erforscht.

Am häufigsten werden Umwandlungsberichte eingereicht, in denen die bisher gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen mit dem Patienten eingearbeitet werden können und auch sollen. Am schwierigsten ist dabei die Verbindung von Psychodynamik mit einem passenden Behandlungsplan, also in der überwiegenden Anzahl der Anträge (TfP) die Verbindung von beschriebener Psychodynamik mit einem eingrenzenden aktuellen unbewussten Konfliktgeschehen, ggf. mit zugehöriger Strukturpathologie, und vor allem auch einem eingrenzenden und im Rahmen des gewählten Verfahrens erreichbaren Therapieziel. Dabei können auch die verschiedenen Sonderformen einer TfP genutzt werden, wobei eine Fokalthherapie, eine dynamische Psychotherapie oder auch tiefenpsychologisch fundierte interaktionelle Psychotherapie zumeist im Vordergrund stehen und ausreichend sein dürften. Je mehr freilich bei dem betreffenden Patienten eine frühe Beziehungs-pathologie das Bild beherrscht, desto eher werden tiefenpsychologisch-interaktionelles oder übertragungsfokussiertes Vorgehen in weiterreichende Therapieansätze eingebettet werden müssen, sei es in Form einer Intervallbehandlung oder in Form der späteren Umwandlung in eine modifizierte AP, wenn der Therapieverlauf und/oder die Möglichkeiten des Therapeuten dies gestatten. Bei von vornherein sehr begrenzten, häufig schon chronifizierten Krankheitsverläufen kann dann auch eine längerfristige, niederfrequent haltgebende tiefenpsychologische Behandlungsführung angebracht sein. In jedem Fall entscheidend ist also zunächst die passende Zuordnung des jeweiligen Patienten zum gewählten Verfahren.

Wegweisend können dabei aufseiten des Patienten die soziale Situation (Schichtdienst, Wechseldienst) oder auch gute Aussichten (Nachweis einer auslösenden VVS, kurze Symptombdauer, gute Ich-Stärke und Flexibilität, aktive Orientierung)

sein, die dann eine weiterreichende Therapie entweder von vornherein ausschließen oder aber überflüssig machen. Auch das spezielle Kommunikationsverhalten des Patienten legt ggf. ein bestimmtes therapeutisches Vorgehen, hier z. B. in Form einer TFP, nahe, so etwa ein besonders stark ausgeprägter Rededrang als Angstabwehr. Dieses Verhalten ist im »Visavis« leichter zu unterbrechen, und damit psychodynamisch relevantes Material aktiv ins Gespräch zu ziehen. Dadurch ergibt sich schon der Übergang zu den schwerer behandelbaren Patienten, die häufig eher mit einer Variante der TFP (ggf. modifizierter AP) zu erreichen sind als mit einer analytischen Vorgehensweise im engeren Sinne. So legen etwa wesentliche passiv-regressive Verhaltensmuster beim Patienten (Unselbständigkeit, Infantilität, Bequemlichkeit) eine TFP nahe. Ebenso verhält es sich bei Patienten mit einer geringen Angsttoleranz, schnellen Flucht- und Abbruchstendenzen, bei einer ausgeprägten Tendenz zum Agieren und auch wenig realitätsverankerten, psychosenahen Störungen und Borderline Strukturen (Dührssen 1988, Lieberz 1998).

Auf jeden Fall aber bedarf eine TFP der Konzentration und Beschränkung auf die aktuell im Vordergrund stehende Symptomatik, Strukturpathologie und unbewusste Konfliktdynamik. Sie bedarf zudem der Begrenzung der therapeutischen Zielsetzung. Eine TFP ist kein Ersatz für eine AP (bei fehlenden Optionen des Therapeuten). Eine TFP ist eine Verfahrensmodifikation mit eigenen Indikationsstellungen. Dies gilt auch bei schweren Störungen. Auch hier bedarf es von vornherein eines angemessenen Behandlungsplanes, sei es z. B. in Form einer Intervalltherapie, einer medikamentösen Begleitbehandlung oder einer initialen oder begleitenden stationären Behandlung. Abgesehen von den Voraussetzungen aufseiten des Patienten sind hier aber auch die Möglichkeiten des Therapeuten entscheidend. Dies gilt nicht nur für die rein formalen Möglichkeiten. Wer sich nicht kurzfassen kann, wird keine gute TFP durchführen können. Dies erstreckt sich genauso gut auf den Bericht des Therapeuten. Eine gut nachvollziehbare Verbindung von aktuell wirksamer Psychodynamik mit dem Behandlungsplan (TFP) gibt dazu folgendes Beispiel:

#### **FALLBEISPIEL 11:** Chiffre V 19 06 54

Es ist ein Konflikt zwischen Kontrolle und Unterwerfung bei Selbstwertproblematik zu erkennen. Die Balance von aggressiv-machtvoller Durchsetzung (Kontrolle) und funktionaler Anpassung (Unterwerfung) ist schwierig, wobei der Patient zwischen aktiv und passiv hin und her pendelt. Im aktiven Modus neigt er übermäßig zu Dominanz, bspw. wenn er sich in den Therapiestunden nichts sagen lässt und nicht ins Nachdenken geht. Im passiven Modus lässt er »alles über sich ergehen«, was insbesondere bei der Arbeit der Fall ist. Ich vermute, dass er dabei auch Anweisungen unbewusst unterläuft, sich so ein Gefühl der Kontrolle sichert. Als aktueller Auslöser ist der Tod der Mutter und der »Verlust« des Senior-Chefs (Junior-Chef nimmt seine Position ein) zu verstehen. Ich

gehe davon aus, dass der Patient sich überdies als »besseren Chef« erlebt und er am Arbeitsplatz eine Konkurrenz um Anerkennung inszeniert, dabei aber zunehmend in eine ohnmächtige Position gedrängt wird. Hintergründig wirkt ein Familienklima ....

Der Bericht geht dabei in gut nachvollziehbarer Weise von den aktuellen konflikthaften Geschehnissen und einer entsprechenden psychodynamischen Eingrenzung aus, die dann mit dem biografischen Hintergrund verbunden und daraus abgeleitet wird und einen gut fokussierbaren Behandlungsplan nach sich zieht.

Wenn eine TfP ins Auge gefasst wird, dann ist es sehr bedeutsam zu beachten, welche Vorgehensweisen angebracht sind und welche nach Möglichkeit vermieden werden sollten, weil sie mit einem solchen Therapieplan schwer vereinbar sind. Es ist also notwendig, sich auf die aktuell im Vordergrund stehende Konfliktdynamik (ggf. mit zugehöriger Strukturpathologie) zu beschränken. Es sollte vermieden werden, sich auf die letzten primären Störungsursachen zu verlegen; meistens stehen die sekundären oder tertiären Folgeerscheinungen primärer Neurotisierung im Vordergrund (z. B. mangelhaftes Lern- und Leistungsverhalten infolge zu hohen Ehrgeizes bei ausgeprägten Bequemlichkeitshaltungen und Wissenslücken). Hierher gehört auch, dass nach Möglichkeit die Arbeit in der Übertragung vermieden werden sollte; ein solches Vorgehen verlängert in aller Regel den Behandlungsablauf und sprengt dann schnell die Grenzen des gewählten Verfahrens. Wenn irgend möglich, sollte auf die Bearbeitung von Übertragungsprozessen im personellen Umfeld des Patienten zurückgegriffen werden. Ein regressionsbegrenzendes Vorgehen sollte bei der TfP im Vordergrund stehen. Dazu dienen ggf. dann auch die Reduzierung der Anzahl der wöchentlichen Behandlungsstunden oder gar behandlungsfreie Intervalle. Hierher gehören eben auch die Minimierung von Übertragungsdeutungen und die Fokussierung auf neurotische Folgeerscheinungen.

Bei der Behandlungsplanung sind insbesondere auch Vorbehandlungen zu berücksichtigen und zu diskutieren. Dazu folgendes Beispiel:

#### **FALLBEISPIEL 12:** Chiffre: B 30 05 64

Beantragt wird die Umwandlung einer KZT in eine TfP bei einer 53jährigen Patientin. Beschrieben wird eine ängstlich-depressive Symptomatik. Das Beschwerdebild liegt im Indikationsspektrum für eine RLPT. Bereits frühere TfP-ET wie auch TfP-GT beim selben Therapeuten. Insbesondere über den Verlauf der GT werden keine Informationen gegeben. Die Psychodynamik wird in groben Zügen erkennbar. Wenn es allerdings so ist, dass bei der Patientin eine frühe Abhängigkeitspathologie besteht, dann müssen Zweifel am Behandlungsplan bestehen, insbesondere unter Berücksichtigung der beiden TfP-Vorbehandlungen. Differenzialindikatorische Überlegungen werden nicht vor-

genommen. Die prognostischen Aussichten sind zweifelhaft. Die beantragten Leistungen können leider nicht befürwortet werden.

---

In diesem Beispiel wird deutlich, dass die Patientin schon Tfp-Vorbehandlungen hatte, ohne dass freilich diskutiert würde, inwieweit sie von diesen Vorbehandlungen hat profitieren können, was dort bearbeitet und was nicht erreicht wurde und wo mit der jetzigen Behandlung angesetzt werden sollte. In einem solchen Zusammenhang ist der Hinweis des Gutachters auf eine fehlende Diskussion von Behandlungsalternativen besonders wichtig, da sich der Eindruck ergibt, dass die Patientin hier mehr den Möglichkeiten des Therapeuten folgen soll, als dass ein Behandlungsangebot überlegt und gesucht wird, das zum jetzigen Zeitpunkt vor dem Hintergrund der Vorbehandlungen für die Patientin am vielversprechendsten ist. Natürlich kann es sein, dass die Vorbehandlungen Voraussetzungen geschaffen haben und eine gute Grundlage für eine weitere Tfp abgegeben. Dies sollte dann aber auch aus dem Bericht des Therapeuten entnommen werden können.

Die hier angesprochene Problematik etwaiger Vorbehandlungen spielt erfahrungsgemäß auch immer wieder eine gewichtige Rolle bei der Beantragung von Gruppentherapien. Gruppentherapeutische Anträge sind eher selten, die Indikationsstellung wurde von uns untersucht und beschrieben (Lieberz et al. 2014, Knoblich 2014). Dabei zeigte sich, dass klinische Variablen für die Indikation zu einer Gruppentherapie eher wenig Gewicht zu haben scheinen. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass Gruppentherapeuten sich durch die seinerzeit gegebenen Regelungen gezwungen sahen, mit hohem Aufwand viele Berichte zu schlechten Konditionen zu schreiben. Die Berichte fielen von daher nicht selten »spärlich« aus, was gutachterlicherseits nach aller Erfahrung »eingepreist« wurde, weshalb es nur selten zu Beanstandungen kam.

Zwischenzeitlich haben vornehmlich die Krankenkassen unter dem zunehmenden Kostendruck und in dem Bemühen, für möglichst viele Patienten eine kostengünstigere Therapie einzurichten, begonnen, die über Jahrzehnte vernachlässigte Gruppentherapie mittels allerlei Maßnahmen (Abschaffung der Berichtspflicht, Kombinationsbehandlungen, Verbesserung der Bezahlung) zu fördern. Zweifelhaft ist, ob dies erstens der Gruppentherapie zum Aufschwung verhelfen wird und, vor allem, ob damit eine hinreichende qualitative und für den Patienten förderliche Behandlungsführung etabliert werden kann. Leider haben hier auch auf der Seite vieler Therapeuten die durchaus nachvollziehbaren Wünsche zur Vereinfachung des praktischen Vorgehens gerade bei Gruppentherapien (viele Anträge gleichzeitig usw.) ihre Wirkung entfaltet. Die gutachterliche Praxis lässt jedenfalls die bisher getroffenen Maßnahmen kritikwürdig erscheinen, zumal keinerlei begleitende Forschungsbemühungen auf den Weg gebracht worden sind. Doch wenn man nicht hinschauen will, dann wird man auch nichts sehen!

Das folgende Beispiel verbindet die Frage von Vorbehandlungen mit den zwischenzeitlich durch die Veränderung der Richtlinien geschaffenen Berichts- und Beurteilungsunsicherheiten.

**FALLBEISPIEL 13:** Chiffre G 01 03 70

Beantragt wird die Fortführung einer TFP-Einzeltherapie und Umwandlung in eine tiefenpsychologische Kombinationsbehandlung von Einzel- und Gruppentherapie. Diesem Antrag konnte der Gutachter nicht folgen, da er neben formalen Unklarheiten auch Vorbehalte gegenüber der Behandlungsplanung hatte.

Die Behandlung wurde als TFP-Einzeltherapie begonnen, jetzt handelt es sich also eigentlich um einen Fortführungsantrag mit Veränderung des Behandlungsplanes. Es soll eine TFP-Kombinationsbehandlung von Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt werden. Dieses Vorgehen erscheint mir unglücklich und unausgegoren. Da es sich um eine Fortführung der Behandlung handelt, werden die bisher durchgeführten und befürworteten 50 Einzelsitzungen auf das gesamte Kontingent angerechnet; dem Patienten stünden jetzt also nochmals 50 Sitzungen zur Verfügung, wobei unklar bleibt, wie diese Sitzungen auf Einzel- und Gruppensitzungen verteilt werden sollen. Es ist zudem unglücklich, dass die sich aus formalen Gründen ergebende Gelegenheit, den veränderten Behandlungsplan im Vorgriff zu realisieren, genutzt wurde, statt hier im Interesse des Patienten zunächst für eine hinreichende Abklärung zu sorgen. So entsteht insgesamt der Eindruck, dass hier weniger die Interessen des Patienten als vielmehr andere Interessen handlungsleitend gewesen sind. Da die bisherige Einzeltherapie ja wohl auch durchaus erfolgversprechend verlaufen ist, bleibt zudem die Frage offen, warum der Therapieplan geändert werden soll und wie der Patient vor dem Hintergrund der sich bisher entwickelnden Übertragungskonstellation diese Eingliederung in eine Gruppe erlebt hat. Da die Behandlung aus formalen Gründen nun mal so fortgeführt worden ist, läge es aus meiner Sicht weder im Interesse des Patienten noch der anderen Gruppenpatienten, aber auch nicht im Interesse der Therapeutin, wenn die nunmehr geschaffenen Fakten nachträglich verändert werden sollten. Ich möchte von daher mit deutlichen Vorbehalten weitere 15 Sitzungen (10 G zu 5 E) befürworten und damit Gelegenheit geben, die noch offenen Fragen zu beantworten.

Ob der Behandlungsplan sinnvoll und weiterführend ist oder die Behandlungsführung verfahrensgerecht gestaltet wurde, ergibt sich nicht selten erst im Laufe der Behandlung, wobei die RLPT erfreulicherweise so flexibel gestaltet ist, dass Veränderungen des Behandlungsplans möglich sind. Nicht so selten werden indes auch, insbesondere bei Fehlen von alternativen Möglichkeiten, Verlängerungsanträge ohne ersichtlichen Grund über die Höchstgrenze hinaus gestellt. Für die dann beantragte »Restlaufzeit« ist aber nicht immer die notwendige Eingrenzung

und Beschreibung eines in diesem Zeitraum mit dem gewählten Vorgehen realistisch erreichbaren Therapieziels erkennbar. Manchmal wird dann auch, wie im folgenden Beispiel, der Versuch gemacht, die Behandlung durch einen veränderten Behandlungsplan zu verlängern.

**FALLBEISPIEL 14:** Chiffre K 24 09 72

Beantragt wird nach unmittelbar vorausgegangener Tfp-ET die Fortführung der Behandlung als Tfp-Gruppentherapie. Die begründenden Ausführungen der Therapeutin sind nicht überzeugend. Eine krankheitswertige und behandlungsbedürftige Symptomatik wird nicht erkennbar. Der beschriebene ET-Verlauf ist widersprüchlich, eigentlich hat sich die Patientin gut entwickelt, hat Trennungen in der Therapie gut toleriert (oder Anbindung vermieden?), hat freudig Reisen und VHS-Kurse unternommen, dann wieder soll sie sich verbittert zurückziehen. Die ET wurde offenbar im letzten Abschnitt eher niederfrequent durchgeführt und hat von daher den Eindruck des Gutachters eher unterstrichen, dass einer Anbindung und gut durchgearbeiteten Ablösung nicht wirklich entsprochen wurde. Zudem ist aus meiner Sicht die Psychodynamik deutlich von der Opferhaltung der Patientin geprägt und hinsichtlich der aktuellen Lebenssituation und Konfliktodynamik ergänzungsbedürftig (über den Ehemann erfährt man wenig, Partnerwahl, Abhängigkeits-, Macht- und Versorgungsdynamik, Veränderungen über die Zeit, Sexualität, Kind und Kindesbeziehung, aktuelle berufliche Situation, Leistungsverhalten und Belastbarkeit, finanzielle Situation in realer und psychodynamischer Hinsicht, Trennungsmodalitäten). Die Vorbehalte des Gutachters hinsichtlich der Behandlungsplanung teile ich, diesem nahtlosen Übergang in eine GT kann ich nicht folgen. Entweder ist die Patientin so weit stabilisiert, dass sie jetzt auch eigene Wege gehen und sich erproben kann, oder sie ist weiter krank und behandlungsbedürftig. Für diesen Fall besteht die Möglichkeit, die Fortführung der Behandlung als ET zu beantragen, um dabei dann auch die Ablösung weiter zu bearbeiten. Die beantragten Leistungen können nicht befürwortet werden.

Hier haben die Gutachter offenbar den Eindruck gewonnen, dass die bisherige ET sehr durch das Vermeidungsverhalten der Patientin geprägt war, und damit auch keine ausreichende Durcharbeitung der Ablösung aus der Therapie erfolgen konnte. Abgesehen von diesen doch eher seltenen Vorkommnissen von Verlängerungen über die gegebenen Höchstgrenzen in der RLPT hinaus, sollen hier Verlängerungsanträge als solche nicht weiter diskutiert werden. Die Schwierigkeiten der Darstellung eines psychodynamischen Behandlungsprozesses in einem recht kurzen Bericht sind offensichtlich und im Rahmen des GAV nur schwer aufzulösen. Auch aus diesem Grunde wurde auf die Auswertung von Verlängerungsberichten im Rahmen der hier vorgestellten Studie verzichtet.

Den Übergang von der Beantragung einer TFP zu einer AP stellen die Antragsberichte zu einer modifizierten AP dar. Angesichts der vergleichsweise geringen Zahl der Anträge auf eine AP stellen diese modifizierten Behandlungspläne einen quantitativ kaum ins Gewicht fallenden Ausschnitt dar. Nach den im GAV gewonnenen Eindrücken sind derartige Behandlungspläne nicht immer leicht von einer tiefenpsychologischen Behandlung abzugrenzen, sie sind in aller Regel aber doch auf schwerere Psychopathologien begrenzt und entsprechen vor allem den Behandlungsmöglichkeiten der analytischen Therapeuten. Diese haben damit die Möglichkeit, den Aufwand für die Beantragung und Berichterstattung zu reduzieren. Wie sinnvoll diese Vorgehensweise im Vergleich zu einer TFP oder ggf. TFP-Intervalltherapie ist, kann freilich dann nur im Einzelfall entschieden werden.

Der beantragte Behandlungsplan kann auch mit der beschriebenen Lebenssituation und Psychodynamik kollidieren, wenn die Gutachter den Eindruck gewinnen, dass der Bericht zwar inhaltlich gut nachvollziehbar gestaltet ist, der beantragte Therapieplan aber eher den Möglichkeiten des Therapeuten entspricht als den zu erwartenden Erfolgsaussichten für den Patienten beim gewählten Verfahren. Dies kann, wie im folgenden Fallbeispiel dann so aussehen, dass ein an sich gut angelegter Therapiebericht den Antrag auf eine TFP beinhaltet, die Gutachter aber den Eindruck gewonnen haben, dass ein solches Vorgehen eher nachteilig für den Patienten sein könnte, weil absehbar ist, dass auf Grund der beschriebenen Psychodynamik kein ausreichender Therapieerfolg mit diesem therapeutischen Vorgehen erreicht werden kann und der Patient dabei entscheidende Zeit verliert.

#### FALLBEISPIEL 15: M 06 06 83

Bei der zum Antragszeitpunkt 34-jährigen, ledigen und kinderlosen Patientin wird eine TFP beantragt mit folgender Begründung:

Die Behandlung soll als TFP von zunächst 60 Sitzungen mit wöchentlicher Frequenz erfolgen. Da die Symptomatik bzw. die Objektbeziehungspathologie der Patientin strukturell tief verankert ist, könnte man prinzipiell an eine AP denken. Auf der anderen Seite besteht bei einer höherfrequenten, regressionsfördernden Therapie die Gefahr einer übermäßigen Destabilisierung der Abwehr und einer Überforderung der Patientin. Das labile Selbst der Patientin erfordert ein halt- und strukturgebendes Setting. Nach Herstellung einer tragenden Arbeitsbeziehung soll der Fokus im Hier und Heute, auf der Ich-Stärkung und der Bearbeitung der Selbst-Objekt-Differenzierung liegen. Durch Weiterentwicklung der Mentalisierungsfähigkeiten soll es ihr ermöglicht werden, ihre Wirkung auf andere besser verstehen zu lernen, auch eine andere Perspektive besser ertragen zu können. Ein weiterer Fokus soll darauf liegen, eine Klärung der angespannten Beziehung zur Mutter zu erreichen, so dass die Patientin sich besser abgrenzen kann und Wege findet, mit dieser besser umzugehen. Der Leidensdruck der Patientin ist hoch, die Symptomatik ist ausreichend aktuell, und es besteht eine große Motivation

und Aufgeschlossenheit gegenüber der Psychotherapie. Ein besonderer Fokus soll auf der Kränkungsbereitschaft der Patientin liegen. Kooperationsbereitschaft und Verlässlichkeit dürften sich günstig auf den Behandlungsverlauf auswirken, weshalb ich trotz möglicher Frühstörung von guten Entwicklungsmöglichkeiten und einer ausreichend günstigen Prognose ausgehe.

---

Die Therapeutin geht in ihrer Darstellung auf die geforderte differenzialindikatorische Abgrenzung hier zwischen TfP und AP ein, ordnet das Krankheitsbild freilich so ein, dass hier die persönlichkeitsstrukturellen Einschränkungen im Vordergrund der Bearbeitung liegen sollen. Eine aktuell wirksame Konfliktodynamik wird jedenfalls nicht beschrieben. Grundsätzlich wäre in einem solchen Fall eine TfP, ggf. als Intervalltherapie (hier nicht angedacht), durchaus in Erwägung zu ziehen. Der Therapiebericht konnte die von der Therapeutin beschriebene Labilität und strukturelle Beeinträchtigung der Patientin allerdings nicht in überzeugender Weise vermitteln, so dass in der Gesamtschau der Gutachter den Eindruck gewann, dass Bericht und Behandlungsplan nicht zueinander passen und der Behandlungsplan »konstruiert« erscheint. In der Ober-/Zweitbegutachtung werden die Vorbehalte des Gutachters bestätigt, hervorgehoben wird dabei auch, dass die Weiterbildungsinteressen der Therapeutin nicht die Interessen der Patientin bestimmen sollten.

Es besteht auch bei Beantragung einer AP die Notwendigkeit, einen ausreichenden Bezug zu den aktuellen Lebensumständen herzustellen und nicht nur biografische Gegebenheiten und strukturelle Beeinträchtigungen in den Vordergrund zu rücken, da der Behandlungsplan sonst den auch bei diesem Vorgehen notwendigen Bezug zur Lebensrealität verlieren kann. Auch wenn bei der Indikation zu einer klassischen AP eher davon ausgegangen wird, dass der Patient einen guten Realitätsbezug mitbringt und gut strukturiert erscheint, gilt es auch hier, das regressionsfördernde Vorgehen mit dem aktuellen Konfliktgeschehen und der wachsenden Übertragungskonstellation so zu verbinden, dass ein ausreichendes Therapieergebnis im Rahmen der Grenzen der RLPT erreichbar erscheint. Mitunter stellt sich natürlich auch hier die Frage, ob eine AP wirklich das Mittel der Wahl sein sollte, oder ob nicht auch mit geringerem Aufwand und unter Vermeidung tiefer reichender regressiver Bewegungen eine TfP ausreichend sein könnte.

## 2.8 Die Therapeutenwahl

Was in den Berichten meiner Erfahrung nach nur sehr selten eine Rolle spielt, ist die eingangs bereits aufgeworfene Frage des Therapeuten: Warum kommt der Patient zu mir? – Meistens wird diese hochinteressante und wegweisende Frage aus-

gespart. Die Gründe dafür sind sicher vielfältig. Im Vordergrund dürfte zunächst stehen, dass der Therapeut »seinen« Bericht schreibt, nachdem er sich mit dem Patienten bereits auf eine Behandlung geeinigt hat. Etwaige frühe Abbrüche in den ersten Begegnungen kommen deshalb nicht in die Diskussion, weil ja von einer geglückten initialen Anbindung und Vereinbarung ausgegangen wird. Zudem spielt vielleicht eine Rolle, dass die meisten Patienten und auch Therapeuten Frauen sind und diese Konstellation deshalb »die natürliche« Regel ist. Das augenscheinlichste Entscheidungsmerkmal des Therapeutengeschlechts scheint deshalb nicht bedeutsam zu sein. Zudem dürfte eine wesentliche Rolle auch die Tatsache spielen, dass die Frage der Therapeutenwahl im Rahmen des GAV kein wesentliches Entscheidungskriterium darstellt und der Gutachter sein Votum nicht auch auf diese Frage ausrichtet. Wenn er bei einem Antragsbericht den Eindruck gewinnt, dass diese Eingangsfrage für die Indikationsstellung und die Therapieplanung von Bedeutung ist, dann kann er ein paar anregende Bemerkungen in seine Stellungnahme einflechten; er wird dieser Fragestellung aber keine im gegebenen Rahmen ungebührliche Gewichtung geben.

Von solchen Überlegungen abgesehen, habe ich aber auch den Eindruck, dass bei psychodynamisch orientierten Therapeuten in den letzten zwei Jahrzehnten (unter dem Einfluss konkurrierender Therapieverfahren) zunehmend die entscheidende Bedeutung der Patient-Therapeut-Beziehung in den Hintergrund gerät und das technische Behandlungsmoment in unangemessener Weise Raum greift. Auf die damit verbundenen Fragen sind wir bereits in einer früheren Veröffentlichung (Lieberz et al. 2013) eingegangen. Dabei konnten wir Hinweise darauf finden, dass die Art der psychogenen Symptomatik (vor allem Herzbeschwerden) einen entscheidenden Einfluss auf die Wahl des Therapeuten hat. In diesen Fällen scheinen die Patienten doch einen ärztlichen Psychotherapeuten zu bevorzugen, wohl in der Annahme, dass dieser das Geschehen besser einordnen kann und eine angenommene körperliche Bedrohung eher berücksichtigen wird als ein psychologischer Psychotherapeut. Überraschenderweise zeigte sich bei Vorhandensein schwerer somatischer Erkrankungen keine derartige Präferenz. Welche Bedeutung die Frage der Therapeutenwahl z. B. auf die jeweilige Geschlechtskonstellation hat, darauf wird in einem späteren Kapitel gesondert eingegangen (s. Kap. II.8), und wir werden dieser Frage auch sonst noch unsere besondere Aufmerksamkeit schenken (s. Kap. III.2).

Wenn die Frage der Therapeutenwahl im Antragsbericht überhaupt erwähnt wird, dann kann das so aussehen wie in den folgenden Beispielen.

**FALLBEISPIEL 16:** T o6 12 81, 34-jährige Patientin, Therapeut männlich

Frau T. ist eine attraktive, große und schlanke Frau, die sich flott kleidet. ... Gegen Ende der Stunde teilt sie mir mit, dass sie sich für mich entschieden habe, weil ich sie an ih-

ren Vater erinnere und auch, weil ich etwas älter sei. Ich denke, dass sie sich mit dieser Wahl vor eigenen ödipalen und sexuellen Impulsen schützt.

---

Hier wird bereits angedeutet, dass mit der Wahl eines gleich- oder eben gegengeschlechtlichen Therapeuten immer psychodynamisch bedeutsame Themensetzungen verbunden sind, sei es im Sinne der bewussten Themensetzung durch den Patienten oder eben auch der Vermeidung besonders gefürchteter Konfliktbereiche. Dies macht in eindrucksvoller Weise das folgende Fallbeispiel deutlich.

**FALLBEISPIEL 17:** S 11 03 76, 45-jährige Patientin, verheiratet, zwei Kinder, schwere Zwangssymptomatik

Vorläufer der Zwangssymptomatik bereits in der Jugend/Pubertät. Dann eigentlicher Beginn der Krankengeschichte mit Heirat eines Mannes mit Migrationshintergrund und damit verbundenem Kinderwunsch. Mit Entbindung des ersten Kindes (Sohn) im Jahr 2005 dann Auftreten anhaltender und schwerer ängstlich-zwanghafter Symptome mit nachfolgendem Vermeidungsverhalten. Verstärkung der Symptomatik mit Schwangerschaft und Geburt der Tochter in den Jahren 2009/2010. In dieser Zeit dann Aufnahme einer VT bei einer weiblichen Therapeutin, unzufrieden. Dann neben medikamentöser Behandlung weitere VT bei einer Frau, »endete unschön«. Dann nach klinisch-stationärer VT Aufnahme einer TFP bei einer weiteren Frau, Therapieverlauf subjektiv zufriedenstellend, objektiv ohne wesentliche Beeinflussung der Symptomatik. Was in diesem Fall besonders auffällt, ist die Tatsache, dass die ausführlich von der Patientin beschriebene Vaterdynamik (Choliker, Todesangst) mit entsprechendem Einfluss auf die Partnerwahl, aber eben auch die Therapeutenwahl, über die ganze Zeit ausgespart blieb. Die Patientin hat unbewusst mit der Wahl weiblicher Therapeuten die entscheidende Dynamik und Auseinandersetzung vermieden. Die Symptomatik wurde durch den in der Folge eintretenden Sekundärgewinn unterhalten und zusätzlich verstärkt.

---

Dieses Beispiel macht deutlich, dass die zu Beginn einer Behandlung in erster Linie vom Patienten getroffene Therapeutenwahl entscheidenden Einfluss auf den Verlauf und das Ergebnis einer Therapie haben kann. Lange Zeit wurde im psychoanalytischen Bereich behauptet, dass es nicht entscheidend wichtig sei, ob eine Behandlung z. B. bei einem weiblichen oder einem männlichen Therapeuten durchgeführt würde. Auch einige wissenschaftliche Studien schienen diese an sich unplausible und bis heute wenig belegte Auffassung zu stützen. Eigentlich ist es erstaunlich, dass angesichts des gegebenen Geschlechterverhältnisses aufseiten der Patienten wie auch der Therapeuten dieser Sachverhalt bisher so vernachlässigt wurde.