

BUNDESMINISTERIUM FÜR  
GESUNDHEIT UND FRAUEN



**Diagnostik-Leitlinie  
für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten**

des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen  
auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates  
vom 15. Juni 2004

**Begriffsklärungen und Leitlinien  
zur psychotherapeutischen Diagnostik**

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>2</b>
<b>Präambel</b> .....	<b>3</b>
Arbeitsauftrag an den Forschungsausschuss .....	3
Vorbemerkungen zur psychotherapeutischen Diagnostik.....	3
<b>A. Psychotherapeutische Diagnostik</b> .....	<b>6</b>
Rechtsgrundlagen und Definitionen .....	6
Klassifikationsmotive .....	7
Definition der krankheitswertigen seelischen Störung.....	8
Definition des Gegenstandes der psychotherapeutischen Diagnose.....	8
Definition der Diagnostik.....	8
<b>A. I. Diagnosestellung</b> .....	<b>9</b>
1. Symptomatik in Relation zur Persönlichkeit .....	9
2. Psychotherapeutische Beziehung .....	10
3. Krisenhaftigkeit .....	16
<b>A. II. Indikation</b> .....	<b>19</b>
1. Indikation zur psychotherapeutischen Behandlung .....	19
2. Indikation einer zusätzlichen diagnostischen Abklärung .....	19
3. Indikation für ein spezifisches psychotherapeutisches Behandlungsangebot.....	20
4. Kontraindikationen .....	21
<b>B. Psychotherapeutische Leitlinien</b> .....	<b>22</b>
<b>B. I. Leitlinien zur Diagnosestellung</b> .....	<b>22</b>
<b>B. II. Leitlinien zur Indikation</b> .....	<b>25</b>
<b>Anhang</b> .....	<b>28</b>
Anhang 1 .....	28
Anhang 2 .....	33
<b>Anmerkung</b> .....	<b>34</b>

## Präambel

Mit Beschluss des Psychotherapiebeirates in seiner 44. Vollsitzung vom 8. Juni 1999 wurde der Forschungsausschuss des Psychotherapiebeirates mit der Erarbeitung von Leitlinien für eine psychotherapeutischen Diagnostik unter Praxisbedingungen (nachstehend als „psychotherapeutische Diagnostik“ bezeichnet) beauftragt.

## Arbeitsauftrag an den Forschungsausschuss

Dieser Arbeitsauftrag wurde seitens des Forschungsausschusses wie nachstehend ausgeführt näher präzisiert und in folgenden Fragestellungen zusammengefasst:

- Gibt es eine eigenständige psychotherapeutische Diagnostik und, wenn ja, wie kann diese konzeptuell gefasst werden?
- Nach welchen diagnostischen Leitlinien gehen Psychotherapeutinnen in Österreich unabhängig von der jeweiligen methodenspezifischen Zugehörigkeit unter Praxisbedingungen im Zusammenhang mit der Krankenbehandlung, i.e. die Behandlung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen gemäß § 1 Abs. 1 Psychotherapiegesetz, BGBl.Nr. 361/1990 vor?
- Nach welchen diagnostischen Leitlinien gehen Psychotherapeutinnen<sup>A</sup> in Österreich unabhängig von der jeweiligen methodenspezifischen Zugehörigkeit unter Praxisbedingungen im Zusammenhang mit der Indikationsstellung für eine Krankenbehandlung, i.e. die Behandlung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen gemäß § 1 Abs. 1 leg.cit. vor?
- Welche weitere Vorgangsweise wird im Zusammenhang mit dem nunmehr vorliegenden Entwurf für eine psychotherapeutische Diagnostik unter Praxisbedingungen empfohlen?

## Vorbemerkungen zur psychotherapeutischen Diagnostik

Das Vorgehen nach psychiatrischen Diagnosesystemen, wie ICD 10 (Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision) oder ähnlichen Systemen erlaubt eine Beschreibung von Patientinnen und Klientinnen, die Psychotherapie in Anspruch nehmen. Die Durchführung einer organmedizinischen Diagnostik oder klinisch-psychologischen Diagnostik kann je nach Einzelfall indiziert und für die psychotherapeutische Behandlung von großer oder eher randständiger Bedeutung sein, wobei die einzelnen diagnostischen Systeme sich auf unterschiedliche Aspekte psychischer und körperlicher Zustandsbilder beziehen.

Damit eine von Psychotherapeutinnen lege artis durchgeführte Diagnostik zustande kommen und für die Behandlung der Patientinnen und Klientinnen in ihren Lebensvollzügen effektiv werden kann, braucht es nach Ansicht des Forschungsausschusses zusätzliche psychotherapeutisch-diagnostische Leitlinien. Das diagnostische Vorgehen wird einerseits als Voraussetzung für das Zustandekommen des psychotherapeutischen Prozesses angesehen und kommt andererseits während des ganzen psychotherapeutischen Prozesses zur Wirkung.

---

<sup>A</sup> Im Text wird durchgehend die weibliche Form verwendet – die männliche Form ist jeweils mit gemeint.

Es entspricht einem psychotherapeutisch-diagnostischen Begleitprozess parallel zur psychotherapeutischen Behandlung. In diesen psychotherapeutisch-diagnostischen Begleitprozess fließen die hier entwickelten Leitlinien als kontinuierlich wirkende Parameter, die es ständig zu berücksichtigen gilt, ein.

Im Zusammenhang mit der Erarbeitung einer psychotherapeutischen Diagnostik wird weder ein Allmachtsanspruch gegenüber den fachspezifischen diagnostischen Systemen erhoben noch der Versuch unternommen, eine Einheitsdiagnostik explizit zu formulieren.

Die Unterschiedlichkeit und Vielfalt der Zugänge zur methodenspezifisch-psychotherapeutischen Diagnostik wird als Reichtum verstanden. Die Vielfalt kann den unterschiedlichen Vorstellungen der Patientinnen hinsichtlich des Menschenbildes, des Psychogeneseverständnisses, der Behandlungsziele etc. besser gerecht werden, als der Versuch einer konstruierten Einheitssprache. Entsprechend setzt sich der Forschungsausschuss dafür ein, jede psychotherapeutische Methode zu einer Reichhaltigkeit der diagnostischen wie therapeutischen Sprache zu animieren.

Zielsetzung der Arbeit des Forschungsausschusses war die Erstellung von Leitlinien zu einer psychotherapeutischen Diagnostik unter Praxisbedingungen, wie sie in Österreich durch das Psychotherapiegesetz vorgegeben sind. Diese Zielformulierung ist gleichzeitig als Absage an allfällige überzogene Vorstellungen hinsichtlich der Möglichkeit universeller Antworten auf psychotherapeutische Fragestellungen, unabhängig vom jeweiligen nationalen Kontext, einschließlich dessen rechtlichen und soziokulturellen Rahmenbedingungen, zu verstehen.

Der vorliegende Entwurf ist weniger als Ergebnis empirisch-methodologischer Forschungstätigkeit zu verstehen, denn als verdichtete systematisierte Pragmatik. Dies entspricht dem seitens des Psychotherapiebeirates an den Forschungsausschuss erfolgten Arbeitsauftrag, Leitlinien für eine psychotherapeutische Diagnostik zu erstellen, nach denen seitens der behandelnden Psychotherapeutinnen in Österreich unter Praxisbedingungen bereits vorgegangen wird.

Die genaue Abklärung der Indikation für Psychotherapie erfordert die Durchführung einer methodenspezifisch-psychotherapeutischen Diagnostik. Dies schließt die Indikation für eine Zusammenarbeit mit Vertreterinnen anderer Professionen sowie der differentiellen Indikation ein. Das heißt, dass schrittweise die Fragen zu klären sind

1. ob eine psychotherapeutische Behandlung für die Patientin indiziert ist,
2. ob in weiterer Folge eine ergänzende organmedizinische, psychiatrische und/oder klinisch-psychologische diagnostische Abklärung indiziert ist und
3. welche psychotherapeutische Behandlung (durch welche Psychotherapeutin, in welcher Methode, in welchem Setting) indiziert ist.

Im weiteren werden Leitlinien für die psychotherapeutische Diagnostik im Zusammenhang mit der Behandlung krankheitswertiger Störungen<sup>B</sup> (als

---

<sup>B</sup> Da im Begriff der Störung sowohl das pathogene Moment als auch dessen Effekt beinhaltet ist, müsste man zutreffender Weise und entsprechend dem englischen Begriff „disorder“ im Sinne einer anhaltenden Beeinträchtigung oder Veränderung psychischer

Verhaltensstörungen und Leidenszuständen verstanden, vgl. § 1 leg.cit.) ausgeführt.

Diese Leitlinien sind das konsensfähige Ergebnis, das auf Grund der diagnostischen Erfahrung von Psychotherapeutinnen, die jeweils den tiefenpsychologisch-hermeneutischen, humanistischen, systemisch-konstruktionistischen und verhaltensorientierten Herangehensweisen verpflichtet sind, in gemeinsamer Diskussion im Rahmen des Forschungsausschusses erarbeitet wurde.

Anschließend an die Leitlinien für die psychotherapeutische Diagnostik soll die methodenspezifisch-psychotherapeutische Diagnostik Platz greifen.

Psychotherapeutische Diagnostik wird hier einerseits als ein Entdeckungsverfahren verstanden. Dabei wird in einer Interaktion zwischen einer oder mehreren Behandelten<sup>1</sup> und einer oder mehreren Psychotherapeutinnen neu gebotenes Material, das sich auf der Ebene der Sprache, der Emotionen, der Kognitionen und des Verhaltens zeigt, zu sprachlich beschreibenden Mustern zusammengefügt. Dieses Entdeckungsverfahren erlaubt in der Folge zwar keine Punktprognosen, wohl aber Vorhersagen über die mögliche Entwicklung solcher Muster.

Andererseits wird „Psychotherapeutische Diagnostik“ hier als Informationssystem verstanden, das in Zusammenarbeit der psychotherapeutisch arbeitenden Professionen, unabhängig von der methodenspezifischen Ausbildung und/oder anderen beruflichen Qualifikationen (i.e. Psychotherapeutinnen verschiedener Orientierungen und Methoden, psychotherapeutisch ausgebildete Ärztinnen, Psychologinnen, Sozialarbeiterinnen, Pädagoginnen, Physiotherapeutinnen etc.) Zugang zum Wissen der anderen Anbieter von psychotherapeutischen Dienstleistungen in der Krankenbehandlung bietet. Damit wird den Klientinnen, Patientinnen, Angehörigen, Krankenkassen und anderen, die psychotherapeutische Dienstleistungen nachfragen, Orientierung und Information geboten.

Der Forschungsausschuss ist von folgenden Überlegungen ausgegangen:

- Bei der Erarbeitung der wissenschaftlich-psychotherapeutischen Diagnostik sind die Erkenntnisse anderer Wissenschaften zu berücksichtigen, insbesondere der wissenschaftstheoretischen Forderungen nach expliziten Grundannahmen, nach Klarheit und nach Nachvollziehbarkeit (der Medizin hinsichtlich der gesicherten Erkenntnisse über Krankenbehandlungen; der Biologie hinsichtlich der biologischen Grundlagen; der Soziologie und Psychologie hinsichtlich der Erkenntnisse über psychisches Erleben, Verhalten, Entwicklung und Zusammenleben von Menschen; der Jurisprudenz hinsichtlich der rechtlichen Handhabung der Begriffe Störung, Krankheit und Krankheitswertigkeit).
- Die psychotherapeutische Diagnostik ist als Grundlagendiagnostik mit dem Ziel zu erarbeiten, dass diese als gemeinsame Basis und als Ausgangspunkt für die Anwendung der fachspezifischen diagnostischen Systeme dienen kann.

---

Funktionen von Gestörtheit sprechen. Im Text wird aufgrund des üblichen Sprachgebrauches das Wort Störung weiter verwendet.

- Die psychotherapeutisch-diagnostischen Leitlinien sollen für die Psychotherapie im Bereich der Krankenbehandlung aber auch für jenen Bereich der Psychotherapie gelten, der keine Krankenbehandlung darstellt (Paartherapie, Entwicklungsförderung, Persönlichkeitsentwicklung etc.).

## A. Psychotherapeutische Diagnostik

### Rechtsgrundlagen und Definitionen

Die Notwendigkeit der Erarbeitung einer wissenschaftlichen Diagnostik ergibt sich aus den grundsätzlichen Anforderungen an eine Wissenschaft. Sie ist nicht vollständig als Wissenschaft anzuerkennen, wenn klare Definitionen und Kriterien für die diagnostische Handhabung, d.h. die fachliche Einschätzung eines Sachverhaltes durch einen Angehörigen mit einer spezifischen beruflichen Qualifikation, fehlen. Die fachspezifischen Methoden verfügten zwar auch in der Vergangenheit über, zum Teil verschiedene, diagnostische Systeme, eine darüber hinausgehende allgemeine psychotherapeutische Diagnostik fehlt jedoch weltweit.

Die Ableitung der selbständigen, eigenverantwortlichen diagnostischen Tätigkeit von Psychotherapeutinnen ist aus der Definition und Berufsumschreibung der Psychotherapie gemäß § 1 leg.cit. vorzunehmen:

*„Die Ausübung der Psychotherapie im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern.“*

Insbesondere ergibt sich die Berechtigung und Verpflichtung der Psychotherapeutin zur diagnostischen Abklärung aus der Notwendigkeit, eine umfassende Behandlung anzubieten und durchzuführen.

Schindler und Strotzka halten in einer, für das ehemalige Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz erstellten gutachterlichen Stellungnahme, zur Frage der selbständigen Diagnostik von Psychotherapeutinnen, fest, dass die umfassende Behandlung "bewusst" und "geplant" durchgeführt werden muss.

*„Daraus geht laut dieser gutachterlichen Stellungnahme eindeutig hervor, dass nach dem Willen des Gesetzgebers ein von der Psychotherapeutin durchzuführender, abklärender und die Psychotherapie planender Prozess im Behandlungsvorgang implizit enthalten ist (Siehe Anhang 1).“*

*Psychotherapeutische Diagnostik ist ein inhärenter Bestandteil der psychotherapeutischen Behandlung. Die Diagnose wird dabei als Momentaufnahme in einem diagnostischen Prozess verstanden, der je nach dem Grad der möglichen*

*Differenzierung wahrnehmbar und einschätzbar ist. Dabei unterscheiden wir jedenfalls zwischen Anfangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnose.*

*Die Durchführung einer psychotherapeutisch-diagnostischen Abklärung wird auch im österreichischen Sozialversicherungsrecht vorausgesetzt. Der § 120 ASVG Abs. 1 regelt den Eintritt des Versicherungsfalles wie folgt:*

*Der Versicherungsfall gilt als eingetreten:*

*1. im Versicherungsfall der Krankheit mit dem Beginn der Krankheit, das ist des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes, der die Krankenbehandlung notwendig macht;*

*Dies bezieht sich im Zusammenhang mit den Worten „regelwidriger Geisteszustand“ auf die Feststellung von Krankheiten einschließlich krankheitswertiger seelischer Störungen.“*

## **Klassifikationsmotive**

Für jede Patientin können regelmäßig mehrere – gegebenenfalls drei bis vier – verschiedene Diagnosen erstellt werden, und zwar jeweils in Abhängigkeit der nachstehend angeführten Klassifikationsmotive:

Verwaltung: Für die Zwecke der Verwaltung sind die derzeit gebräuchlichen Systeme völlig ausreichend.

Psychotherapeutische Praxis: Es wurden im Rahmen der fachspezifischen Methoden differenzierte diagnostische Systeme ausgearbeitet. Diese werden als ausreichend für die therapeutische Arbeit erachtet. Unter diesem Gesichtspunkt erscheint eine gemeinsame Entwicklung nicht notwendig.

Kommunikation mit angrenzenden Berufen: Sichtbar- und Verständlichmachen des psychotherapeutisch-diagnostischen Prozesses insbesondere für Patientinnen, Angehörige anderer Gesundheitsberufe und die Öffentlichkeit werden als notwendig erkannt.

Psychotherapieforschung: Diese beschäftigt sich mit dem Auffinden gemeinsamer Begrifflichkeiten und Grundlagen mit darauf basierenden Differenzierungen. Es wird in diesem Zusammenhang auf das oben angeführte Gutachten von Schindler und Strotzka hingewiesen.

Berufsrechtliche, nationale und internationale Regelungen: Hinweis auf den im deutschen Psychotherapeutengesetz 1999 expliziten Verweis auf die diagnostische Tätigkeit von Psychotherapeutinnen (*gemäß § 1 Absatz 3 des deutschen Psychotherapeutengesetzes ist die Ausübung der Psychotherapie ... jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist; ...zur Ausübung der Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben*).

## **Definition der krankheitswertigen seelischen Störung**

Krankheitswertige seelische Störungen sind psychosozial oder auch psychosomatisch bedingte Verhaltensstörungen und Leidenszustände (§ 1 Abs. 1 des Psychotherapiegesetzes, BGBl.Nr. 361/1990). Sie werden auch als individuelle Bewältigungsversuche mit inadäquaten Mitteln verstanden.

## **Definition des Gegenstandes der psychotherapeutischen Diagnose**

Der Gegenstand der psychotherapeutischen Diagnose ist die Feststellung psychopathologischer Sachverhalte im Sinn von subjektivem Leiden einer oder mehrerer Personen unter den Voraussetzungen kultureller und gesellschaftlicher Normen sowie ökonomischer Bedingungen.

In diesem Zusammenhang sind auch weitere Normensysteme von Bedeutung, die explizit oder implizit in die diagnostische Abklärung einfließen.

Wesentlich für die psychotherapeutische Diagnose ist ihre Gebundenheit an die Subjektivität von Erleben und Leiden, während im organpathologischen Bereich Normabweichungen hauptsächlich an Objektivitätskriterien gebunden sind.

## **Definition der Diagnostik**

Psychotherapeutische Diagnostik ist ein Prozess, in dem die nachstehend beschriebenen Dimensionen in ihrer ständigen wechselseitigen Beeinflussung reflektiert und gewichtet werden:

### **I. Psychotherapeutische Diagnosestellung**

1. Symptomatik in Relation zur Persönlichkeit
2. psychotherapeutische Beziehung
3. Krisenhaftigkeit

Als Ergebnis dieses Prozesses geht eine Indikationsstellung hervor:

### **II. Psychotherapeutische Indikationen**

1. Indikationen zur psychotherapeutischen Behandlung;
2. Indikationen zu einer weiteren diagnostischen Abklärung in organmedizinischer Hinsicht und/oder in psychiatrischer Hinsicht und/oder klinisch-psychologischer Hinsicht bzw. zu anderen Abklärungen;
3. Indikationen für ein spezifisches psychotherapeutisches Behandlungsangebot;
4. Kontraindikationen.

## A. I. Diagnosestellung

Nachstehend sind die drei Dimensionen der psychotherapeutischen Diagnosestellung wiedergegeben:

1. Symptomatik in Relation zur Persönlichkeit
2. Psychotherapeutische Beziehung
3. Krisenhaftigkeit

### 1. Symptomatik in Relation zur Persönlichkeit

Die Dimension der bestehenden und zu beschreibenden Symptomatik wird von Psychotherapeutinnen anhand ICD 10 klassifiziert. Zur Klassifikation werden die vorliegenden Ergebnisse psychiatrischer und psychologischer Diagnoseverfahren (in deren Erhalt die Psychotherapeutin unter Umständen erst durch entsprechende Anforderung kommt) herangezogen.

Darüber hinausgehend gibt es deutliche Unterschiede in der Kategorienbildung aufgrund der Methodenvielfalt: Jede wissenschaftlich anerkannte methodenspezifische Ausrichtung definiert insbesondere Persönlichkeit auf spezifische Weise, etwa als Struktur, Stil, Dynamik, System etc. Diese Aspekte werden in unterschiedlicher Gewichtung in den entsprechenden Modellbildungen verwendet.

In den letzten Jahren wurde das Phänomen der Co-Morbiditäten vermehrt diskutiert, d.h. die gleichzeitige Diagnosestellung mehrerer Störungen, die wesentlich häufiger vorliegen als zunächst angenommen wurde. Im Zusammenhang mit der diagnostischen Dimension „Symptomatik in Relation zur Persönlichkeit“ interessiert besonders die im ICD vorhandene Möglichkeit, Co-Morbiditäten zwischen umgrenzten Symptomatiken und den sogenannten Persönlichkeitsstörungen zu diagnostizieren.

Es wird als wünschenswert erachtet, dass explizite Persönlichkeitsstörungen im Sinne der Co-Morbidität genauer als bisher diagnostiziert werden, allerdings sollen darüber hinaus die in den verschiedenen Schulen vorhandenen Möglichkeiten der diagnostischen Beschreibung von Persönlichkeitsmerkmalen und den damit zusammenhängenden Interaktionsstilen voll ausgeschöpft werden.

Die zusätzliche Beachtung der spezifischen Persönlichkeit bei bislang nur monosymptomatisch diagnostizierten Störungen wird in der vorliegenden psychotherapeutischen Diagnostik als unumgänglich gesehen. In diesem Sinne ist nicht nur bei expliziten Persönlichkeitsstörungen, sondern auch bei affektiven Störungen, Psychosen, Sucht etc. eine nach den differentialdiagnostischen Kriterien sorgfältige Persönlichkeitsdiagnostik zu erstellen. Diese eröffnet mehrfache Ansatzpunkte für die psychotherapeutische Behandlung.

Im ICD erfolgt bereits bei einzelnen Störungsbereichen eine Einschätzung des Schweregrades. Diese Einschätzung wird generell, d.h. für alle Störungsbilder - auch solche, für die sie nicht explizit vorgesehen ist - für notwendig erachtet wird.

Die verwendete Abstufung von leicht, mittelgradig und schwer als klinische Einschätzung wird als hinreichend angenommen, eine qualitativ genauere Beschreibung des Schweregrades kann jedoch sinnvoll sein.

Für den individuellen Behandlungsplan ist zusätzlich das Ausmaß der Krisenhaftigkeit (siehe unter Ziffer 3, Krisenhaftigkeit), d.h. das Ausmaß der existenziellen Bedrohung, als sehr wichtig anzusehen. Es ist durchaus denkbar, dass auch aus dem geringen Schweregrad einer Störung eine große existenzielle Krise erwächst und umgekehrt. Daraus folgend sind für psychotherapeutische Belange entsprechende Behandlungsprioritäten und Entscheidungen, das Setting betreffend, zu setzen.

## **2. Psychotherapeutische Beziehung**

Der Mensch wird in soziale Beziehungen hineingeboren und benötigt sie für seine Entwicklung, phasenspezifisch in unterschiedlicher Weise. Beziehungserfahrungen sind in adäquater Form notwendig. Unangemessenheit kann im Kontext von unterstützenden und belastenden Faktoren zu Beeinträchtigung, Symptombildung und Störung führen.

Die auf verschiedenen Ebenen der Vermittlung bestehende „Beziehung“ zwischen Patientin und Psychotherapeutin in ihrer interpersonellen und intersubjektiven Dimension einzuschätzen, wird als die diagnostische Kernkompetenz der Psychotherapeutin definiert.

Diejenigen Phänomene, die in der Beziehung Diagnostik ermöglichen, werden in allen methodenspezifischen Ausrichtungen umfassend beschrieben (als Übertragung, Aktualisierung von Beziehungsschemata, Beziehungsmuster etc.).

Die wechselseitig realisierte Beziehung entsteht aus den reflektierten, geplanten und kreativ angepassten Beziehungsangeboten der Psychotherapeutin und den individuellen Beziehungsangeboten der Patientin.

Psychotherapeutinnen absolvieren in ihrer Ausbildung eine Vielzahl von Beziehungserfahrungen, welche unter Anleitung von Lehrtherapeutinnen reflektiert werden. Dieser Teil des Ausbildungsprozesses etabliert explizite und implizite Standards für die Einschätzung von Beziehungserfahrungen und deren Gestaltung.

Grundsätzlich lernen die Psychotherapeutinnen ihre diagnostischen und therapeutischen Überlegungen dem therapeutischen Ziel unterzuordnen, d.h. Entwicklungs- und Veränderungsprozesse zum Wohle und im Sinne der Patientin zu fördern. Insbesondere wird gelernt, persönliche Interessen, Bedürfnisse, Emotionen und sich aufdrängende Gedanken, sofern diese nicht für den Prozess relevant und förderlich sind, hintanzuhalten. Diese spezifische Reflexionsfähigkeit stellt ein wesentliches Qualitätskriterium dar, das im Zuge der Ausbildung (Selbsterfahrung, Theorie, Supervision etc.) erworben wird. Sie ist der psychotherapeutischen Tätigkeit inhärent.

Den verschiedenen psychotherapeutischen Methoden ist eine bewusste und geplante Vorgangsweise gemeinsam. Entsprechend dieser Vorgangsweise verhält sich die Psychotherapeutin in Bezug auf den Veränderungsprozess anregend und vertrauensfördernd (wohlwollende Aufmerksamkeit). Sie nimmt dabei eine neutrale Haltung gegenüber Werten, Personen und Veränderungen ein und setzt die Beziehungsangebote und Ansprüche der Patientin in Relation dazu.

Entsprechend diesem prozesshaften Verlauf ist die psychotherapeutische Haltung charakterisiert durch ein Oszillieren zwischen dem Einfühlen in die Erlebniswelt der Patientin und dem reflektierenden „In-Distanz-treten“. Diese Haltung ermöglicht es der Psychotherapeutin, gemäß den Anforderungen der Patientin und des methodenspezifischen Hintergrundes für den Veränderungsprozess fördernde, verantwortungsvolle Entscheidungsschritte zu setzen.

Die Psychotherapeutin stellt dabei wiederkehrend einen Bezug zwischen ihren, aus dem psychotherapeutischen Beziehungsgeschehen gewonnenen, erfahrungsgeliteten Erkenntnissen, den wissenschaftlich psychotherapeutischen Erkenntnissen sowie den Erkenntnissen anderer Wissenschaften her.

## **2.1. Aufnahme und Gestaltung der psychotherapeutischen Beziehung**

Eine psychotherapeutische Beziehung wird aus den Beziehungsangeboten und -aufforderungen der Psychotherapeutin und den Beziehungsangeboten und -aufforderungen der Patientin gestaltet. Die Angebote und Aufforderungen der Psychotherapeutin sind definiert durch ein reflektiertes Vorgehen im Sinne einer psychotherapeutisch professionellen Grundhaltung mit empathischem Interesse für die Patientinnen und für deren Beschwerden. Die für den therapeutischen Raum nicht benötigten Themen und Inhalte innerhalb der geplanten methodenspezifischen Rahmenbedingungen sind beiseite zu lassen.

Psychotherapeutisches Handeln unterscheidet im Weiteren laufend auf der verbalen und auf der nonverbalen Ebene zwischen den von der Patientin in den therapeutischen Raum gebrachten Beziehungsangeboten und den in der Psychotherapeutin hervorgerufenen Reaktionen. Diese Reaktionen werden gemäß den Konzepten und den Erfahrungen der Psychotherapeutin reflektiert und therapeutisch genutzt. Daraus abgeleitet wird das Beziehungsangebot von der Psychotherapeutin passend und entwicklungsfördernd ergänzt bzw. erweitert. Zur Beziehungsqualität trägt die Psychotherapeutin durch Interesse, Einfühlung, Wertschätzung und wohlwollende Haltung bei, wobei sie ein konzeptuell durchdachtes Beziehungsangebot macht.

Der konkreten Beziehung gehen Erwartungsbilder oder Vorinformationen voraus, die diagnostische Beschreibung beginnt mit der ersten Kontaktaufnahme.

Schon ab der ersten Stunde ist die Art der Beziehungsgestaltung eine zentrale Dimension des therapeutischen und des gleichzeitig ablaufenden diagnostischen Prozesses.

Aus der Vielfalt menschlicher Ausdrucksmittel und aus den unterschiedlichsten Inszenierungsmöglichkeiten zwischenmenschlicher Beziehungen werden die psychotherapeutisch und diagnostisch relevanten Variablen ausgewählt. Darüber

hinaus werden manche Variablen durch den methodenspezifischen Zugang weiter fokussiert und von der jeweiligen Ausrichtung beschrieben.

Vorerfahrungen bestehen im Sinne von Beziehungsmustern grundsätzlich auf beiden Seiten, der Psychotherapeutin und der Patientin. Diese Vorerfahrungen werden in der therapeutischen Beziehung aktiviert. Sie werden eingebracht und/oder zeigen sich in der Beziehung. Die einzelnen psychotherapeutischen Methoden nehmen die aktivierten Vorerfahrungen unterschiedlich wahr. Je nachdem, welche Bedeutung ihnen zugewiesen wird, werden sie aufgegriffen und zum Gegenstand therapeutischer Bearbeitung gemacht. Die Gemeinsamkeit der methodenspezifischen Ausrichtungen besteht in der bewussten und geplanten Handhabung dieser Arbeitsweise.

Die Psychotherapeutin schätzt das Menschenbild, die Weltanschauung und das Lebenskonzept der Patientin in dem Maß ein, in dem es für das jeweilige methodenspezifische Verfahren benötigt wird.

Sie wird sich fragen, wie die Genese für das Menschenbild, die Weltanschauung und das Lebenskonzept (M, W, L) zu sehen ist und wie weit diese Faktoren von der Patientin für die Beschwerden oder Störung verantwortlich gemacht werden und/oder wie es zur vorgebrachten Konfliktdarstellung kommt. Daraus ergibt sich ein methodisches Vorgehen. Dabei können unterschiedlich kategorisierte Sichtweisen der Variablen „M, W, L“ auf Seiten der Psychotherapeutin und der Patientin einander gegenüber stehen, was in manchen Fällen aufgrund fehlender Anschlussmöglichkeiten zur Verunmöglichung der Aufnahme einer therapeutischen Beziehung führt. Eine gewisse Übereinstimmung der Menschenbilder ist als hilfreich anzusehen, jedoch nicht grundsätzlich erforderlich.

Bevor es zu einer vorläufigen Diagnose kommt, stehen Fragen der Abgrenzung und Beziehungsfähigkeit der Patientin bzw. die Bereitschaft der Patientin, sich auf eine psychotherapeutische Beziehung mit der Psychotherapeutin einzulassen, im Vordergrund, die im weiteren Verlauf der Arbeit in den Hintergrund treten. Danach stehen die jeweils aktuellen Themen mit Angebot und Anspruch der Patientin im Vordergrund.

Von der Psychotherapeutin ist zu entscheiden, ob eine geplante, methodisch orientierte Beziehungsgestaltung möglich ist. Verschiedene methodische Vorgehensweisen eröffnen mit verschiedenen Schritten das Beziehungsfeld. Hier entscheidet sich auch, ob die Patientin dies konstruktiv nützen kann.

Die Diagnose hinsichtlich der Dimension „Beziehung“ trägt zur Beurteilung bei, ob die Psychotherapeutin Zugang zu den Entwicklungsmöglichkeiten der Patientin in einer therapeutischen Beziehung sieht.

Für die gesamte Diagnose ergeben sich weitere Fragen der Beziehungsqualität und des Schweregrades der Störung im Vergleich zur Symptomatik in Relation zur Persönlichkeit und der Krisenhaftigkeit.

## **Rahmenbedingungen und Setting**

Je nach Einschätzung der Psychotherapeutin hinsichtlich der Möglichkeiten der Patientin für eine regelmäßige Therapie werden Zeitpunkt, Frequenz, Raum und Kosten vereinbart. Dabei werden Absichten, Werthaltungen und Selbsteinschätzungen der Patientin als wichtige Parameter erkennbar.

### **2.2. Zielorientierung**

Bedürfnis, Anspruch und Begehren der Patientin haben als verschiedene Zielvorstellungen in der Behandlung in der Psychotherapie eine andere Bedeutung als in der Medizin. Der Anspruch der Psychotherapie richtet sich auf das Verstehen und/oder Verändern der Störung/des Leidenszustandes.

Zunächst greift die Psychotherapeutin die Motive der Patientin auf (geäußerte Motive genauso wie noch zu erschließende dahinterliegende Motive für Handlungen in der Gegenwart, in der Vergangenheit und in der Zukunft). Von der Patientin werden Ziele geäußert (z.B. der Erhalt von Hilfe bei der Symptomreduktion, das Erlangen von Verständnis für die Bedeutung der Störung, die Lösung von Problemen, das Erlangen von Verständnis bezüglich des Hintergrundes von vorliegenden Konflikten, die Erarbeitung von Konfliktlösestrategien, die Veränderung der eigenen Persönlichkeit, die Veränderung des eigenen Erlebens).

In die Ausarbeitung der Motive fließen Hypothesen der Psychotherapeutin mit ein. Die Psychotherapeutin arbeitet gleichzeitig an der Entwicklung und Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung. Damit können die unvermeidlichen Belastungen der therapeutischen Arbeit wie z.B. Konfrontation und Frustration bewältigbar gemacht und zum Nutzen der Patientin integriert werden.

In diesem Prozess entsteht gemeinsam eine Orientierung auf allmählich präzierte Ziele hin.

Bei eingeschränkter Fähigkeit zur Selbstverantwortung der Patientin kann es erforderlich sein, dass die Psychotherapeutin vorläufig Teilziele zum Beziehungsaufbau von sich aus vorgibt.

Die Psychotherapie geht grundsätzlich von der Freiwilligkeit der Patientin aus. Das trifft auch auf krisenhafte und eingeengte Anfangssituationen im Rahmen eines Zwangskontextes zu. Dabei ist natürlich besonderes Augenmerk auf die Freiwilligkeit der Kooperation zu legen. Dieser Grundannahme liegt ein emanzipatorischer Anspruch zugrunde und die entsprechende Zielsetzung bewirkt eine ressourcen- und entwicklungsorientierte Beziehungsdagnostik und -arbeit.

Selbst die Noncompliance ist für die Psychotherapie diagnostisch relevant, da in der Therapie mit diesen Anteilen auf der Beziehungsebene explizit gearbeitet werden muss.

Eine wesentliche Bedeutung haben auch die vorhandenen Anteile der Einflüsse durch Dritte (Familie, Finanzierung, Medien etc.) in der Motivation und Selbsteinschätzung der Patientin.

Dabei verwendet die Psychotherapeutin definierte Interventionen:

- Stützung für den Patienten (z.B. durch Fragen, Orientierungen, Deutungen etc.),
- kontextabhängig geplantes Vorgehen der Psychotherapeutin (Institution oder freie Praxis),
- Eingehen der Beziehung auf derselben Ebene, als kooperative Haltung der Psychotherapeutin,
- Aufnahme vieler sprachlicher Begriffe und Wendungen der Patientin, Verwenden der natürlichen Sprache und Aufgreifen der Worte der Patientin und deren Bedeutung (semantisch und emotional),
- Herstellen von Zusammenhängen, um Sinn (Bedeutung) aufzufinden oder zu stiften und
- genaue und detaillierte Beobachtung mit besonderer Berücksichtigung der Beziehung.

### **2.3. Prozessdiagnostik**

Die psychotherapeutische Diagnostik definiert sich im Unterschied zu statusorientierter oder zustandsorientierter Diagnostik als prozessorientiert. Das bedeutet, dass Zustands- und Statusbilder immer im Kontext des gesamten therapeutischen Prozesses gesehen werden.

Der Diagnoseprozess ist permanente Begleitung des Therapieprozesses und wirkt auf diesen fortlaufend zurück. In diesem Sinne sind Fragen oder Probedeutungen potentiell therapeutische Weichenstellungen.

Auch bei Vorliegen diagnoserelevanter Vorinformationen (Anamnesen, Interviews, Tests etc.) muss die diagnostische Beurteilung im beginnenden Therapieprozess oder in einem zeitlich ausreichenden Begutachtungsprozess stattfinden. Die Psychotherapeutin wird oft erst nach einem mitunter langen Prozess des Suchens nach professioneller Hilfe von der Patientin kontaktiert. Die Psychotherapeutin sieht das aktuell Ausgesprochene und Angedeutete in jeweils größerem Bedeutungskontext stehend. D. h. sie berücksichtigt das kulturelle, familiäre und gesellschaftliche Umfeld, die behandlungsspezifischen Vorerfahrungen etc. Um diesen Kontext für die Diagnose erfassen zu können, bedarf es eines behutsamen therapeutischen Umganges damit. Selbst wenn geäußerte Lebenshaltungen, Einstellungen, Sichtweisen bis hin zu Ideologien für die grundsätzlichen Auffassungen der Psychotherapeutin unakzeptabel sind, soll die Psychotherapeutin zunächst nicht Position beziehen (allenfalls in Fällen, in denen das Zustandekommen der Therapie von einer Positionierung der Psychotherapeutin abhängt).

Aus den verschiedenen Augenblicksbeobachtungen sind beziehungsdiagnostische Hinweise auf verschiedenen Ebenen (kognitiv, emotional, körperlich) zu berücksichtigen, die sich etwa im Ausdruck, in der Selbstdarstellung oder im Erscheinungsbild zeigen.

Die Beziehungsangebote können schwerpunktmäßig störungsspezifisch oder persönlichkeitsbezogen beschrieben werden, wobei bei zunehmender Intensität der Störung die störungsspezifischen Beziehungsangebote im Vordergrund stehen. Die Aufgabe der Psychotherapeutin ist, das störungsspezifische Beziehungsangebot der Patientin mit individuumsbezogenen persönlichkeitspezifischen Beziehungsangeboten zu erweitern. Um weitere Dimensionen des Beziehungsangebotes zu beschreiben, werden folgende Begriffe häufig verwendet: Ausmaß der Motivation, Anspruchsniveau, Distanz vs. Nähe, Autonomie vs. Bindung, Selbstkontrolle vs. Selbstaktualisierung, Stabilität vs. Labilität.

Daraus werden Modellvorstellungen über die weiteren Entwicklungsmöglichkeiten und Notwendigkeiten des therapeutischen Prozesses abgeleitet. Die davon beeinflussten Reaktionen und Interventionen werden Ausgangspunkt für neue Wahrnehmungen. Bedeutsam ist dabei, wie die Patientin gegenwärtig von ihrem Erleben spricht, ihr Anliegen formuliert, sich präsentiert, zu einem Mitsprechen einlädt oder ausschließt etc. und dabei nicht nur auf Inhalte vergangener Ereignisse Bezug nimmt. Vorstellungen von den Entstehungsursachen der Störung sind – sofern sie das therapeutische Vorgehen behindern - vordringlich zu erkennen und zu bearbeiten.

Schulenspezifische Modellvorstellungen von der Gestaltung der therapeutischen Beziehung in den Psychotherapeutinnen bewirken (wie auch individuelle Arbeitsweisen) unterschiedliche Spezialisierungen der Diagnostik, welche auch die Abweichungen von den notwendigen und wünschenswerten Voraussetzungen konstruktiver therapeutischer Zusammenarbeit umfassen.

In den verschiedenen methodischen Ausrichtungen sind unterschiedliche Kriterien für die Aufnahme einer Psychotherapie und die den Prozess begleitenden beziehungsweise abschließenden Parameter formuliert. In laufenden Psychotherapien werden weitere Ereignisse im Zusammenhang mit der Persönlichkeitsstruktur und/oder dem Prozess gesondert diagnostiziert und erst allmählich wieder in den Zusammenhang integriert.

Aufgrund von Entwicklungen und damit einhergehenden veränderten Lebensmöglichkeiten werden neue Aspekte erfasst und können zur Änderung oder Ergänzung der Eingangsdiagnose führen. Daher sind in verschiedenen Phasen des Therapieprozesses mitunter verschiedene Diagnosen als Fokus auf den Therapieprozess zu verwenden. Im Prozess finden (Fein-)Abstimmungen der Eingangshypothesen aufgrund von Beobachtungen in den aktuellen Sitzungen sowie Evaluierungen des Therapiefortschrittes (Evaluierungsbewertungen) statt.

#### **2.4. Bewertung der psychotherapeutischen Beziehung**

Es wird ein Mindestkonsens über Setting, Inhalte und Ziel der Psychotherapie (bzw. die begründete Aussicht darauf) für eine fruchtbare therapeutische Beziehung benötigt.

Eine erste Bewertung der therapeutischen Beziehung findet schon im Erstgespräch statt. Es ist zu prüfen, ob die methodenspezifischen und persönlichen Variablen der Psychotherapeutin (vgl. Menschenbild, Abschnitt 2.1.) bei dieser Patientin hilfreich werden können. Dabei ist zu hinterfragen, ob noch Zwischen-

schritte erarbeitet werden müssen, um eine therapeutische Beziehung aufzubauen. Weitere Bewertungen folgen denselben Grundsätzen.

Aus der Beobachtung und Reflexion der therapeutischen Beziehung bewertet die Psychotherapeutin den Erfolg des Voranschreitens ihrer Arbeit.

Die therapeutische Beziehung ist an der Nützlichkeit und Wirksamkeit der Interventionen erkennbar. Bewertungen der therapeutischen Interventionen bedingen immer wieder Anpassungen der bisherigen diagnostischen Erfassung der Beziehung, die nicht notwendigerweise explizit gemacht werden müssen, jedoch implizit die weitere Gestaltung anleiten.

Das Bild der Patientin von sich selbst und ihrer Störung, ihre Erwartungen an die Psychotherapie und an die Psychotherapeutin verändern sich diagnostisch relevant im Laufe des Therapieprozesses.

Die fortlaufende Reflexion des therapeutischen Prozesses ist dabei ein unverzichtbarer Beitrag der Psychotherapeutin bei der notwendigen Kooperation mit anderen Professionen (z.B. in Zwangskontexten, bei Psychosen, bei psychosomatischen Störungen etc.). Es ergeben sich Überweisungsnotwendigkeiten, wenn zusätzliche diagnostische Abklärungen oder spezifische Behandlungen erforderlich sind.

Die Bewertung der therapeutischen Beziehung findet unter Einbezug der methodenspezifischen Kategorien in Form einer häufig wiederkehrenden Beobachtung des Behandlungsverlaufes statt. Der Erkenntnisgewinn hinsichtlich der Veränderungen der Klientin wird von der Psychotherapeutin eingebracht und ist relevant für den Heilungsfortschritt. Dabei ist zentral die Frage zu beantworten, welche Arbeitsschritte fruchtbar bzw. unfruchtbar im Sinne des Genesungsprozesses waren oder ebenso, ob die momentane Arbeit zu einer Handlungserweiterung oder –einengung für die Patientin führt. Diese und weitere Präzisierungen werden inzwischen als Qualitätssicherung bezeichnet und sind seit über hundert Jahren immanenter Bestandteil der psychotherapeutischen Arbeit. Die Form und Schwerpunktsetzung der Bewertung der therapeutischen Beziehung ist definierte Aufgabe der methodenspezifischen Schulen und der einzelnen Psychotherapeutinnen.

### **3. Krisenhaftigkeit**

#### **Definition des Begriffes „Psychische Krise“**

Aus psychotherapeutischer Sicht ist eine Krise der drohende Verlust des dynamischen Gleichgewichtes zwischen stabilisierenden und labilisierenden Kräften unter dem Einfluss äußerer und innerer Faktoren (psychischen, sozialen, somatischen Faktoren etc.). Krisen können mit einem Gewinn an Handlungsmöglichkeiten, wie zum Beispiel bei notwendigen Entwicklungskrisen, oder mit einem Verlust derselben einhergehen, je nachdem, welche Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen.

Eine Krise kann einerseits vom Patienten bewusst erlebt und erfahren werden, oder andererseits auch bei Fehlen eines solchen Bewusstseins von der Psychotherapeutin aufgrund verschiedener Indikatoren konstatiert werden.

Die von einer Krise ausgehende Einengung fordert die betroffene Person und/oder die kontaktierten Psychotherapeutinnen heraus, nach der Erweiterung von Erlebens-, Wahrnehmungs-, Handlungs- und Erfahrungsspielräumen zu suchen.

Krisen können als krankheitswertige Störungen auch bei geringer Störung auf der Beziehungsebene und der Symptomatik (strukturellen Ebene) beschrieben werden. Sie können aber auch als adäquate Folge realistisch eingeschätzter Ereignisse als krankheitswertig oder nicht krankheitswertig erlebt werden, und sind dann entsprechend zu diagnostizieren.

Der Schweregrad der Krise wird in Relation zu langfristigen Entwicklungsprozessen oder inneren bzw. äußeren Traumatisierungen unterschiedlicher Aktualität stehend gestellt und auf diese Art eingeschätzt.

Unter bestimmten Umständen können auch im Rahmen eines Therapieplanes Krisen hervorrufende Interventionen gezielt gesetzt werden.

### **Einschätzung der Krisenhaftigkeit**

Psychotherapeutinnen sehen die Dimension „Krisenhaftigkeit“ als qualitative und quantitative Beschreibung der Anlässe und Kriterien für Krisen. Inwieweit die Krise eskaliert ist, eskalieren wird oder bereits deeskaliert bzw. der Prozessverlauf der Krise ist Einschätzungsgegenstand.

Im Laufe des notwendigen Veränderungsprozesses müssen in der Behandlung Krisen beeinflusst und bearbeitet werden, damit die Krise einen konstruktiven Ausgang nimmt.

Es kann im Rahmen der Therapie zu Krisen kommen, die aufgefangen, abgemildert und bearbeitet werden müssen. In der Psychotherapie ist ein gewisses Ausmaß an Krisenhaftigkeit im Rahmen des spezifischen Settings unvermeidlich. Unter bestimmten Bedingungen können, insbesondere bei Stagnation, Krisen intendiert hervorgerufen werden. Solche Behandlungsstrategien erfolgen vor dem Hintergrund der therapeutischen Intention und der Einschätzung der Belastbarkeit der Patientin, das heißt deren Fähigkeit zur konstruktiven Krisenbewältigung.

Sowohl die Selbstsicht der Patientin als auch die Fremdsicht der Psychotherapeutin fließen wie alle bisher genannten diagnostischen Dimensionen in die Einschätzung der Krisenhaftigkeit ein. In die Dimension „Krisenhaftigkeit“ müssen auch psychiatrische und psychologische Diagnosebeschreibungen miteinbezogen werden.

Krisenhaftigkeit wird von der Psychotherapeutin im folgenden Sinne qualitativ beschrieben: Welche Bedeutungen die Krisen im Lebenszusammenhang und/oder für die Beziehungen und die Arbeitsfähigkeit für die Patientin haben, z.B. Einengung, Überforderung, existentielle Bedrohung, Beeinträchtigung des Zuganges zu Ressourcen und Werten, Traumatisierung, schwerer Verlust, Schicksalsschlag, Lebensübergang, Schwellensituationen (Emigration, Entwurzelung) etc.

Die Krisenhaftigkeit verstehen wir als Kontinuum von der ungefährdeten Stabilität über die vermehrte Labilität in verschiedenen Lebensbereichen bis hin zum Ausbruch einer schweren existenziellen Krise.

Aus der Einschätzung der Krisenhaftigkeit ergeben sich verschiedene Handlungsnotwendigkeiten für die Psychotherapeutin. (vgl. dazu „Indikationen nach Schweregrad der Krisenhaftigkeit“, Abschnitt B.I.1.)

Die Einschätzung der Störung des Gleichgewichtes bis hin zur Einschätzung der ausgeprägten Krise wird in fünf Schweregraden vorgenommen. Die in der Beschreibung genannten Punkte erheben weder Anspruch auf Vollständigkeit noch müssen jeweils alle genannten Punkte vorliegen:

#### 1. Schweregrad:

Geringe Störung, jedoch merkbare Irritation des Gleichgewichtes zwischen stabilisierenden und labilisierenden Faktoren.

Beginnende innere Unruhe, Anzeichen von Stress, subjektives Gefühl der Überforderung, vermehrtes Suchverhalten oder Isolierung, Ängstlichkeit. Gleichzeitig werden in Beruf, Ausbildung und Familie keine wesentlichen Einschränkungen sichtbar, selbst wenn diese subjektiv erfahren werden. Die Patientin ist noch weitgehend in der Lage bestehende soziale Funktionen aufrecht zu erhalten.

#### 2. Schweregrad:

Erhebliche Störung mit vermehrten Krisenanzeichen, auffälligeren Verhaltensweisen und/oder Auftreten somatischer Symptome, vermehrtes Suchtverhalten u.a., die zwar als belastend aber nicht so schwergewichtig erlebt werden, dass es zu stationären Aufenthalten kommt.

Erhebliche Einschränkung der Handlungsfähigkeit und der Flexibilität. Die Patientin ist aber noch in der Lage, bestehende soziale Funktionen aufrecht zu erhalten, wenn auch mit deutlichen Anstrengungen.

Inanspruchnahme von Krankenständen, Infragestellung zentraler Lebensbeziehungen und Lebensbedingungen etc.

#### 3. Schweregrad:

Schwere Störung, bei der die Symptomatik in den Vordergrund tritt, und zentrale Lebensbeziehungen verloren gehen (Trennung, Verlust des Arbeitsplatzes, drohender Verlust der Wohnung).

Grundsätzliche Gefährdung der sozialen Bezüge oder bereits andauernde extreme Einschränkung der sozialen Bezüge. Kritische zerstörerische Impulse mit Kontrollverlust.

Zusammenarbeit mit einschlägigen Einrichtungen sollte gesucht werden.

#### 4. Schweregrad:

Schwerste Störung mit weitgehendem existenziellem und psychischem Zusammenbruch mit Desintegration der Funktionen auf emotionaler und gedanklicher Ebene sowie Verlust der Distanzierungsmöglichkeiten von der beherrschenden Symptomatik.

Eine institutionelle Struktur kann durch die schützende Wirkung mittels Verantwortungsübernahme sinnvoll sein, insbesondere bei drohender Selbst- und/oder Fremdgefährdung.

5. Schweregrad:

Unmittelbare Selbst- und/oder Fremdgefährdung.

Die damit verbundene Lebensgefahr ist nicht an die fortschreitende Desintegration im Sinne des Durchlaufens der Schweregrade 1- 4 gebunden, sondern kann auch akut auftreten.

Die einzige psychotherapeutische Intervention ist die Einweisung in eine adäquate stationäre Einrichtung.

## **A. II. Indikation**

### **1. Indikation zur psychotherapeutischen Behandlung**

#### **Definition**

Die Indikation zu einer spezifischen psychotherapeutischen Behandlung besteht,

- wenn zu beobachten ist, dass es einer Person nicht möglich ist, ihr Leben in einer weitgehend zufriedenstellenden Weise im Bereich des Zumutbaren oder Erwartbaren zu führen. Das zeigt sich im Bereich der psychosozialen Störungen, der Persönlichkeitsentwicklungsstörungen und/oder krankheitswertigen Störungen und bei somatischen Krankheiten;

- wenn zu erwarten ist, dass sich diese Personen nicht alleine oder mit Hilfe ihres sozialen Umfeldes in ihrer Lebensqualität verbessern können, oder sogar eine Verschlechterung zu befürchten ist.

Das Vorhandensein von krankheitswertigen oder somatischen Störungen ist im Regelfall mit einem Leidensdruck verbunden, dem die Person selbst und/oder Personen ihres sozialen Umfeldes ausgesetzt sind. Krankheitswertige oder somatischen Störungen zeigen sich im Erleben, Verhalten sowie in Beziehungen, wobei die Intensität unterschiedlich ausgeprägt sein kann.

Die Entwicklung der Störungen und die Entwicklung der Fähigkeiten zur Lebensgestaltung liegen in den erworbenen und bestehenden interaktionellen Strukturen. Krankheitswertige Störungen entstehen auch durch aktuelle Überforderungen einer sonst gesunden Persönlichkeit. Wenn die interaktionellen Strukturen nicht ausreichen, somatische Erkrankungen zu bewältigen, liegt eine Indikation zur psychotherapeutischen Behandlung vor.

Die psychotherapeutischen Methoden stellen die Indikation gleich und erweitern diese nach zusätzlichen methodenspezifischen Kriterien.

### **2. Indikation einer zusätzlichen diagnostischen Abklärung**

Es ist festzustellen, ob zusätzliche diagnostische Abklärungen notwendig sind (z.B. organmedizinische, psychiatrische, klinisch-psychologische und andere).

Es liegt in der Verantwortung der Psychotherapeutin, die Kooperation mit Vertretern angrenzender Berufe sicherzustellen (gemäß § 14 Abs. 2 leg.cit., wo ein

Hinweis auf die Zusammenarbeit mit Vertretern anderer Wissenschaften erfolgt). Bei Vorliegen mehrerer Kompetenzen in einer Person sind Überweisungen an entsprechende Vertreter vorzuziehen. Diese Zusammenarbeit besteht aufgrund konkreter Fragestellungen und erfordert einen Informationsaustausch.

Jede Form der automatischen Zuweisung ist meist nicht notwendig und widerspricht der differenzierten Eigenkompetenz der Psychotherapeutinnen. Sie ist sogar in vielen Fällen kontraindiziert, da der Therapieprozess gestört werden könnte. Bei bestehender Notwendigkeit der Zuweisung muss die Patientin aufgeklärt werden (informierte Zustimmung).

### **3. Indikation für ein spezifisches psychotherapeutisches Behandlungsangebot**

Die in Aussicht genommene spezifische psychotherapeutische Behandlung ist für die Patientin auf ihre methodische und ökonomische Entsprechung zu überprüfen. Dabei ist das spezifische Behandlungsangebot der Psychotherapeutin gegenüber anderen psychotherapeutischen Behandlungsangeboten und deren Nutzen für die Patientin abzuwägen.

Die Ressourcen der Patientin und die ihr zugänglichen Ressourcen ihrer Umwelt sind für die psychotherapeutische Behandlung mit zu bedenken.

Das vorzusehende Setting muss die Ressourcen und die Defizite der Patientin berücksichtigen. Dabei sind alle in Frage kommenden Settings wie Einzel-, Gruppen-, Paar- oder Familientherapie in Betracht zu ziehen.

Die zu erwartenden Belastungen der Behandlung müssen der Patientin zumutbar sein.

Daraus ergibt sich eine methodenspezifische Zuordnung, wobei oft mehrere gleichwertige Möglichkeiten zur Wahl stehen und auch Vorstellungen und Vorlieben der Patientin berücksichtigt werden können.

Für eine Überweisung sind die Kriterien der relativen Übereinstimmung zwischen dem diagnostischen Bild der Patientin und den in Frage kommenden Psychotherapeutinnen, und weiters die Fragen von spezifischen Berufserfahrungen, Alter, Geschlecht und psychotherapeutischer Methode bei der Auswahl aus mehreren gleichwertigen Möglichkeiten heranzuziehen.

#### **3.1. Indikationen bei krankheitswertigen Störungen**

In diesem Zusammenhang sei auf Abschnitt A.II.1. verwiesen, wo die Frage der Indikation für krankheitswertige Störungen ausreichend definiert ist.

Dabei steht das Verständnis von Leidenszuständen und Verhaltensstörungen im Vordergrund, die die Lebensvollzüge und die Befriedigung der Grundbedürfnisse der Person beträchtlich und empfindlich beeinträchtigen.

Je schwerer und länger zurückliegend die Störung diagnostiziert wird, um so mehr ist mit einer längeren und auch intensiveren Behandlungsnotwendigkeit zu rechnen.

Bei spezifischen Indikationen kann eine engmaschige psychotherapeutische Behandlung bis hin zu mehreren Behandlungseinheiten pro Woche über einen längeren Zeitraum erforderlich sein.

Bei der Behandlung akuter Krisen können auch, wie in der stationären Psychotherapie, kombinierte Intensiv-Settings von Gruppen-, Familien-, Paar- und Einzelbehandlungen mit höherer Stundenanzahl pro Woche notwendig sein.

### **3.2. Indikationen nach Schweregrad der Krisenhaftigkeit**

Bei Schweregrad 1: Für die Psychotherapieplanung und den Therapiebeginn besteht ausreichend Zeit.

Bei Schweregrad 2: Die Psychotherapie sollte begonnen und geplant werden. In einer bestehenden Psychotherapie kann eine Änderung des Vorgehens und der Frequenz erforderlich sein.

Bei Schweregrad 3: Eine Psychotherapie sollte unmittelbar begonnen werden. Die Zusammenarbeit mit Vertretern anderer Berufe ist herzustellen.

Bei Schweregrad 4: Eine Überweisung in eine entsprechende stationäre psychotherapeutische Behandlung ist in Erwägung zu ziehen.

Bei Schweregrad 5: Eine unmittelbare Einweisung in ein Krankenhaus ist erforderlich (siehe auch Abschnitt A.II.2).

### **3.3. Indikationen bei Störungen der Persönlichkeitsentwicklung ohne Krankheitswertigkeit**

Wenn keine Krankheitswertigkeit zu diagnostizieren ist, steht das Verständnis der Beschwerden und Unzufriedenheiten im Vordergrund, die keine beträchtliche Einschränkung der Lebensvollzüge zur Folge haben.

In diesen Fällen zählt die Ambition des Klienten, ein Problem oder einen Konflikt lösen, eine Inkongruenz oder eine Schwierigkeit in der Persönlichkeit beseitigen oder einzelne Persönlichkeitsdimensionen befriedigender entwickeln zu wollen.

Es handelt sich dabei z.B. um

- Prävention, Prophylaxe,
- Fortsetzung einer Psychotherapie nach Wegfall der Krankheitswertigkeit,
- Geringe Störungen der Leistungsfähigkeit,
- Kommunikationsstörungen,
- Partnerkonflikte, Familien- und Eheprobleme,
- Essstörungen, die nicht die Gesundheit gefährden und
- Scheidungs- und Konflikt-Mediation.

## **4. Kontraindikationen**

Selbst wenn die geäußerten „Ideologien“ für die grundsätzlichen Auffassungen die Psychotherapeutin unakzeptabel sind, soll die Psychotherapeutin zunächst

nicht Position beziehen (allenfalls in Fällen, in denen das Zustandekommen der Psychotherapie von einer Positionierung der Psychotherapeutin abhängt).

In der Zusammenschau aller drei Dimensionen sind folgende Kriterien im Zusammenhang mit möglichen Kontraindikationen für den Beginn oder die Weiterführung einer Psychotherapie zu berücksichtigen:

### **Beziehungsdiagnostische Ausschlusskriterien**

- Wenn die Psychotherapie vom Patienten nur mehr zur primären Bedürfnisbefriedigung in der Beziehung zum Therapeuten verwendet wird.
- Wenn die Akzeptanz der professionellen Beziehung durch den Patienten trotz aller Bearbeitungs- und Veränderungsbemühungen auf Dauer nicht erreicht werden kann.
- Abbruch durch den Patienten bzw. zu häufige Unterbrechungen in der Therapie durch Nicht-Einhaltung vereinbarter Stunden, also deutlich fehlende Kontinuität.
- Heftiges Agieren in der Therapie über längere Zeit ohne jedes Entstehen einer erkennbaren Bereitschaft die Inszenierungen zu reflektieren.
- Konsequentes Verwenden der Psychotherapie für nichttherapeutische Zwecke.
- Wenn keinerlei Veränderungsbereitschaft der Patientin mehr auffindbar ist.
- Bruch oder Nichteinhaltung der Vereinbarung.
- Wenn die Beziehungsgestaltung durch eigene Belastungen und/oder (unvorhersehbare) Befangenheit von Seiten der Psychotherapeutin beeinträchtigt ist.

## **B. Psychotherapeutische Leitlinien**

### **B. I. Leitlinien zur Diagnosestellung**

#### **1. Leitlinie zur Dimension der Symptomatik in Relation zur Persönlichkeit**

Hier wird von der Psychotherapeutin, die die psychotherapeutische Behandlung durchführt, anhand nachstehender Fragestellungen vorzugehen sein:

- Mit welchen Beschwerden tritt die Patientin an die Psychotherapeutin heran und inwiefern können diese im weiteren differentialdiagnostischen Prozess von ähnlichen Störungsbildern abgegrenzt werden (siehe auch „Indikation“, Abschnitt B.II.1.)?
- Zeigen sich die Beschwerden im Sinne von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen als „eher der Charakteristik der Persönlichkeit zuzurechnen“ oder als „eher umgrenzbare Symptomatik“ (und welche Wechselwirkungen bestehen darüber hinaus)?
- Wie sind die Beschwerden im Verhältnis zu den Ressourcen im Bezug auf die Veränderbarkeit einzuschätzen?
- Wird der Schweregrad der Verhaltensstörungen und Leidenszustände als leicht, mittel oder schwer eingeschätzt?

## **2. Leitlinie zur Dimension der psychotherapeutischen Beziehung**

Hier wird der psychotherapeutisch-diagnostische Zugang zur Behandlung – im Unterschied zur medizinischen oder psychologischen Diagnostik – anhand nachstehender Fragestellungen bestimmt. Diese sind im Verlauf des ganzen psychotherapeutischen Prozesses präsent und neue Antworten führen zu neuen diagnostischen Ergebnissen, die wiederum in den psychotherapeutischen Prozess einfließen:

### **Ad Beziehungsaufnahme und -gestaltung**

- Wie und mit welchem Beziehungsangebot tritt die Patientin in Kontakt mit der Psychotherapeutin?
- Wie reagiert sie auf den Kontakt und das Beziehungsangebot seitens der Psychotherapeutin?
- Ist das Beziehungsangebot der Patientin eher eine Einladung zur Strukturierung, zur Bewertung oder zur Parteinahme, oder welches andere Beziehungsangebot wird gemacht?
- Die Beziehungsmöglichkeiten der Patientin sind zunächst nach den folgenden Dimensionen einzuschätzen und zu berücksichtigen:
  - Wahrnehmung, Reziprozität und Kontakt,
  - Leidensdruck und Motivation,
  - Bedürfnisse, Erwartungen, Wünsche und Willensäußerungen,
  - Sprachliche Verständigung und Dialogfähigkeit,
  - Präsentation und Erscheinungsbild,
  - Beziehungsmuster und Rollenverhalten (z.B. dominant/unterwürfig, fürsorglich/zurückweisend, kontrollierend/freigebend),
  - Bündnisfähigkeit und Kooperationsbereitschaft,
  - Tragfähigkeit der Beziehung,
  - Andere Ressourcen wie Lernfähigkeit, soziales Netz, etc.,
  - Hinderungsgründe.
  - Zum diagnostischen Gesamteindruck gehört auch die Wirkung, die die Patientin auf die Therapeutin ausübt oder in ihr auslöst.
- Zusätzlich kann die Beachtung weiterer Dimensionen sinnvoll sein, z.B. körperlicher Allgemeinzustand, lebensgeschichtliche Umstände, soziale Bezüge, Nähe/Distanz, Schichtzugehörigkeiten und Sprachebenen, ethnische und religiöse Bezüge, nonverbale Ausdrucksformen, Selbst- und Fremdbilder (Patientin - Psychotherapeutin).

### **Ad Zielorientierung**

- Was braucht die Patientin?
- Was bedeutet die Krankheit im Sinn von Verhaltensstörung und Leidenszustand für die Patientin?
- Was sind ihre subjektiven Sichtweisen hinsichtlich der Entstehung, Entwicklung und Heilung ihrer Krankheit im Sinn von Verhaltensstörung und Leidenszustand?
- Welche Erwartungen und Ziele der Patientin einschließlich impliziter Erwartungen und Ziele werden im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung als Ziele der Patientin erarbeitet bzw. von Patientin und Psychotherapeutin als gemeinsame Ziele vereinbart?

## **Ad Prozessdiagnostik**

Der psychotherapeutische Prozess wird als gerichtet verstanden. Kriterien dafür sind Wachstum, zunehmende Willensfreiheit, Selbstverantwortung oder Lebenserhaltung.

Die prozessbegleitende Beziehungsdiagnostik ist an folgenden Punkten orientiert:

- Ist eine psychotherapeutische Beziehung zwischen der Patientin und der Psychotherapeutin weiterhin möglich und verantwortbar?
- Ist die derzeit bearbeitete Thematik in Hinblick auf das Umfeld noch psychotherapeutisch sinnvoll?
- Wie muss die psychotherapeutische Intervention dem Verlauf nach optimiert werden?

## **Ad Bewertung der psychotherapeutischen Beziehung**

Der psychotherapeutische Prozess ist kontinuierlich, allenfalls mit Hilfe von Supervision und/oder Intervision zu reflektieren. In größeren Abständen ist das Ergebnis der Reflexion schriftlich festzuhalten. Die Bewertung ist auf die Qualitätsverbesserung der Beziehung gerichtet:

- Welche Arbeitsschritte erweisen sich als förderlich bzw. hemmend?
- Führt die gegenwärtige Arbeit zu einer Erweiterung der Potenziale oder zu einer Stagnation?

## **3. Leitlinie zur Dimension der Krisenhaftigkeit**

Hier wird von der behandelnden Psychotherapeutin eine Einschätzung im Zusammenhang mit der gegenwärtigen Situation und im Hinblick auf die Ausprägung der Verhaltensstörung und/oder des Leidenszustandes der Patientin vorzunehmen sein. Diese hat anhand der fünf zuvor genannten Schweregrade zu erfolgen (siehe auch Abschnitt A.1.3.).

Darüber hinausgehend ist einzuschätzen, ob eine psychotherapeutische Behandlung sinnvoll und/oder notwendig ist und ob eine Krankheitswertigkeit vorliegt.

- Wie stark ist die Einengung für die Patientin?
- Wie akut ist der aktuelle Leidenszustand der Patientin und wie eingeschränkt ist ihre Fähigkeit die Bewältigungsmöglichkeiten des aktuellen Lebenskontextes einzuschätzen? Wie sehr steht der Patient unter äußerem Druck?
- Wie eingeschränkt sind die Bewältigungsmöglichkeiten der Patientin, welche Ressourcen stehen der Patientin zur Verfügung?
- Ist der Leidenszustand bewältigbar oder überfordernd, besteht Gefahr des Zusammenbruches? Wie schätzt die Umwelt die Krise ein?
- Gibt es Hinweise, dass die gegenwärtige Situation für die Patientin existentiell bedrohlich ist?
- Gibt es Hinweise auf aktive oder passive Selbst- oder Fremdgefährdung?

- Ergeben sich für die Psychotherapeutin mittelbare oder unmittelbare Handlungsnotwendigkeiten?

Die Einschätzung der Krisenhaftigkeit verläuft ebenso wie in den anderen diagnostischen Dimensionen in Abhängigkeit vom Therapieverlauf.

## **B. II. Leitlinien zur Indikation**

### **1. Leitlinie zur Indikation der psychotherapeutischen Behandlung**

Dimension von Lebensgestaltung, Interaktionen, Leidensdruck:

- Gibt es Hinweise auf das Vorliegen vergangener bzw. gegenwärtiger psychosozialer Schädigungen, die die Patientin erlitten hat bzw. an denen sie leidet? Wie schwerwiegend sind solche Hinweise?
- Gibt es Hinweise auf eine bestehende Unfähigkeit der Patientin, ihr Leben in möglichst zufriedenstellender Weise (zumutbar und erwartbar) zu führen? Welche Lebensbereiche sind wie stark davon betroffen?
- Über welche persönlichen und sozialen Ressourcen verfügt die Patientin?

An Kriterien dafür sind heranzuziehen:

- Introspektionsfähigkeit,
- Psychogeneseverständnis,
- Potentielle Lösungsansätze,
- Motivation oder Bereitschaft zu einer Veränderung (hierbei sind etwa das Ausmaß der Unzufriedenheit der Patientin und/oder ihr psychischer Leidensdruck sowie die Eigen- und Fremdmotivation für den Beginn einer Psychotherapie zu berücksichtigen),
- Vertragsfähigkeit und
- Ausmaß des sekundären Krankheitsgewinnes.

Keines dieser Kriterien bedeutet einen Ausschluss von der Indikation. Die stärkste und prognostisch günstigste Motivation kann ein klar formulierter Veränderungswunsch mit bekundeter Bereitschaft sein, daran zu arbeiten.

Weitere Entscheidungskriterien für den Beginn der Behandlung:

- Welche Kriterien haben einen Einfluss darauf, dass im Einzelfall tatsächlich mit Psychotherapie begonnen werden soll oder kann (z.B. Ausmaß der Motivation für die Durchführung einer Psychotherapie, Überlegung der Erreichbarkeit)?
- Ist die Psychotherapie ökonomisch leistbar bzw. welche Möglichkeiten zur Übernahme der Behandlungskosten durch Krankenkassen/Angehörige/ andere Kostenträger sind gegeben?
- Ist eine noch ausführlichere psychotherapeutisch-diagnostische Abklärung indiziert?

Zusammenfassend:

- Ist die Indikation zu einer psychotherapeutischen Behandlung gegeben oder ist eine weitere psychotherapeutisch diagnostische Abklärung erforderlich?

## **2. Leitlinie zur Indikation einer zusätzlichen diagnostischen Abklärung**

Darunter sind organmedizinische, psychiatrische, klinisch-psychologische und andere Abklärungen zu verstehen:

- Liegt auch ein Verdacht auf somatische Ursachen oder Mitverursachung der psychischen Beschwerden vor oder sollen zur Sicherheit somatische Ursachen abgeklärt werden?
- Sind körperliche Symptome im Zusammenhang mit einer seelischen Krankheit in Zusammenarbeit mit Ärzten diagnostisch abzuklären und zu behandeln?
- Kann die psychotherapeutische Behandlung als Beitrag zur Veränderung der körperlichen Symptomatik und/oder des Leidenszustandes eingesetzt werden?
- Ist eine Zusammenarbeit mit Psychiatern und in diesem Zusammenhang eine psychiatrische Diagnostik indiziert?
- Gibt es Hinweise auf eine durch eine klinisch-psychologische Testung abzuklärende Störung?

Zusammenfassend:

- Ist eine zusätzliche somatische, psychiatrische und/oder klinisch-psychologische diagnostische Abklärung indiziert?

## **3. Leitlinie zur Indikation für ein spezifisches psychotherapeutisches Angebot**

Die Passung zwischen Patientin und Psychotherapeutin, der psychotherapeutischen Methode und des Settings:

- Welche Ressourcen der Persönlichkeit und der Umwelt der Patientin können für eine Behandlung genutzt werden? Welche Ressourcen der Persönlichkeit der Psychotherapeutin und der von ihr vertretenen wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methode können für eine Behandlung genutzt werden? Passen das Menschenbild und Psychogeneseverständnis von Patientin und Psychotherapeutin zusammen?
- Welches Setting kann die Ressourcen der Patientin nutzen und die Defizite ausgleichen helfen?
- Über welche ökonomischen Ressourcen verfügt die Patientin bzw. welche Möglichkeiten zur - auch partiellen - Übernahme der Behandlungskosten durch Krankenkassen/Angehörige/andere Kostenträger sind gegeben?

Zusammenfassend:

- Ist eine psychotherapeutische Behandlung seitens der die Indikation erstellenden Psychotherapeutin unter Einbezug der von ihr vertretenen Methode bzw. des Settings indiziert?

Wenn nein:

- Nach welchen Gesichtspunkten kann eine Patientin an eine andere Psychotherapeutin zur Behandlung überwiesen werden?

# Anhang

## Anhang 1

### **Amtsgutachten von 1991 des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz Univ. Prof. Dr. Hans Strotzka & Univ. Doz. Dr. Raoul Schindler**

Abschrift

Betrifft: Gutachterliche Stellungnahme zur Frage der selbstständigen Diagnostik zu Händen des Bundesministeriums für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz, Herbst 1991

Präambel: Die Unterzeichneten sind beide sowohl Ärzte (und zwar Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie), als auch Psychotherapeuten (Basisausbildung als Psychoanalytiker, jedoch vertraut und lehrend in mehreren psychotherapeutischen Methoden). Sie sind nicht Juristen, jedoch mit der Entstehung und Intention des von allen Parteien getragenen Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990, eng vertraut. Sie haben es auf dieser Basis übernommen, zu der oben angeführten und an sie herangetragenen Fragestellung, die im Rahmen der Diskussion um die 50. ASVG-Novelle Bedeutung erhalten hat, fachlich Stellung zu nehmen.

Die Fragestellung umfasst drei Bereiche:

Ist mit der im § 1 leg.cit. vorgenommenen Berufsumschreibung in der Wendung ..."umfassende, bewusste und geplante Behandlung von ... Verhaltensstörungen und Leidenszuständen" auch die selbstständige Diagnostik mitgemeint oder ausgeschlossen? Wenn Letzteres, wer wäre dazu berufen?

Ist bei selbstverantwortlicher Übernahme der Behandlung durch den Psychotherapeuten für den Behandelten ein erhöhtes Gesundheitsrisiko zu befürchten, etwa durch Übersehen anderswie besser zu behandelnder Leidenszustände und dadurch bedingtes Verzögern einer zweckmäßigen, nicht-psychotherapeutischen Behandlung. Auch hier ist eine Unterteilung der Fragestellung enthalten:

Ist der Psychotherapeut aufgrund seiner vorgeschriebenen, allgemeinen und besonderen Ausbildung in der Lage, gefährliche derartige Risiken auch zu erkennen oder den Verdacht auf das Vorliegen derartiger, komplexer Leidenszustände zu entwickeln und durch sinnvolle Zuweisung zu dem zuständigen Spezialisten zu berücksichtigen? Dies gilt eingeeengt im Besonderen für den Fall, dass es sich bei dem Psychotherapeuten nicht auch um einen Arzt handelt und das komplizierende Leiden körperlich-organischer Natur (etwa ein beginnendes Krebsleiden, Hirntumor oder dgl.) wäre.

Durch welche gesetzliche Maßnahmen könnte ein solches Risiko weiter verringert werden, etwa durch zwingende Kooperationsvorschriften für die beteiligten Spezialisten oder durch Förderung der freiwilligen Zusammenarbeit?

Bestehen Kompetenzüberschneidungen im sozialen Bereich, etwa bei der Beurteilung von Arbeitsentlastung (Krankschreibung)?

Aufgrund der gegebenen Gesetzeslage und der vorliegenden fachlichen Erfahrungen ergeben sich folgende Antworten:

ad 1. Der Gesetzgeber spricht im Text des Psychotherapiegesetzes von „umfassender Behandlung“ ohne diese in ihre Abschnitte aufzugliedern. Das entspricht der, das ganze Gesetzeswerk durchziehenden, modernen Auffassung, dass die hier dargelegten Berufspflichten eigentlich als Patientenrechte zu verstehen sind. Das wird in den Erläuterungen mehrfach angeführt.

Aus der Sicht der Patientin ist die theoretische Aufgliederung der Behandlung in Untersuchung, Diagnose, eigentliche Behandlung, Nachbehandlung usw. irrelevant und im Gesamtbegriff der Behandlung enthalten. Der für ihn relevante 1. Schritt ist das Aufsuchen des Behandlers. Und dazu äußert sich der Gesetzgeber in den Erläuterungen zu den Zielvorstellungen des Gesetzes eindeutig: „Wer einen Psychotherapeuten in Anspruch nimmt, dem ist das Recht einzuräumen, einen Psychotherapeuten seiner Wahl frei zu bestimmen“.

Im Weiteren ist es dann dem Psychotherapeuten vorgeschrieben, den weiteren Gang der Behandlung im Einvernehmen mit seinem Patienten oder dessen Rechtsvertreter gemäß § 14 Abs. 3 leg.cit. zu bestimmen. Er wird angewiesen, gegebenenfalls die „Zusammenarbeit mit Vertretern seiner oder einer anderen Wissenschaft“ herzustellen und in den Erläuterungen wird ausgeführt, dass darunter ein „Modell modernen Gesundheitswesens für die Kooperation verschiedener Berufsgruppen auf der Basis gleichberechtigter Zusammenarbeit“ zu verstehen ist. Er ist aber nicht berechtigt, die Behandlung willkürlich abubrechen, sondern muss eine solche Absicht so zeitgerecht dem Patienten oder seinem Vertreter bekanntgeben, dass dieser „die weitergehende psychotherapeutische Versorgung sicherstellen kann“ gemäß § 14 Abs. 6 leg.cit.

Diese Vorschriften sind so zwingend, dass bei Unterlassung davon Haftungsklagen abgeleitet werden können. Die umfassende Behandlung muss überdies „bewusst“ und „geplant“ (gemäß § 1 leg.cit) durchgeführt werden. Daraus geht eindeutig hervor, dass nach dem Willen des Gesetzgebers ein vom Psychotherapeuten durchzuführender abklärender und die Therapie planender Prozess im Behandlungsvorgang implizit enthalten gedacht ist, der im medizinischen Bereich der Untersuchung und Diagnose entspricht.

Nun ist der medizinische Begriff der Diagnose auf ein körperliches Substrat ausgerichtet, dass als Sitz des Krankheitsgeschehens erkannt und behandelt wird. Die diagnostische Unterscheidung der Krankheiten und auch der fachärztlichen Spezialisierungen basiert auf diesem Kriterium, das aber im Bereich der Seele versagt. Deshalb hat sich im Bereich der Psychotherapie eine eigene, operative Art der Indikationsstellung entwickelt, die in interaktioneller Kontaktnahme mit dem Patienten bereits Behandlung einleitet. Die Diktion des Gesetzes berücksichtigt diesen Umstand. Andernteils begründet sich darin auch, dass eine Indikation zur Psychotherapie durch rein medizinische Diagnostik nicht gefunden oder ausgeschlossen werden kann. Eine Hilfestellung des Arztes bei der Indikation zur Psychotherapie wäre daher nur dann gegeben, wenn dieser auch über hinreichende Kenntnis und Verständnis für deren Eigenart verfügt.

ad 2. Eine Schädigung der Patientin durch unzumutbare Behandlung ist weder im Bereich der Psychotherapie noch der Medizin auszuschließen. Solche Schäden

können in irreversiblen Fortschritten des Grundleidens (Tod oder Chronifizierung) oder durch Erschwerung der Behandlung infolge verzögerter Einleitung bestehen. Sie treten auch ein, wenn der Patient infolge begründeter oder unbegründeter Ängste die Konsultation vermeidet und weder Arzt noch Psychotherapeut aufsucht. Solche Schädigungen sind bekannt und derzeit noch besser im Rahmen der Medizin erfasst, da die Psychotherapie noch kaum statistisch wirkungsvoll in Österreich in Erscheinung treten konnte.

Als solche Schäden sind Suizidhandlungen infolge Unterschätzung des psychischen Leidensdrucks und Chronifizierungen mit sekundärer Konditionierung zu Sedativa-, Analgetika-, Tranquilizer- und sogar Antidepressiva-Gebrauch in größerem Umfang bekannt, eine Studie von Ringel-Kropiunigg („Der fehlgeleitete Patient“, Facultas, Wien 1983) errechnet eine durchschnittliche Verzögerung der notwendigen psychotherapeutischen Behandlung bei psychosomatischer Indikation von 6,3 Jahren, bei durchschnittlich 78 Arztkontakten, wobei das Umherschicken zu technischen Spezialuntersuchungen auch eine ökonomisch nicht unbedeutende Belastung ausmacht. Im Bereich der Psychotherapie sind psychotische Krisen bekannt, von denen nach eigenen Nachuntersuchungen (R. Schindler) allerdings nur wenige als durch die Psychotherapie ausgelöst angesehen werden können, während ein größerer Teil sich als im klinischen Ausbruch durch die Psychotherapie verzögert, aber nicht verhindert erwies.

Das immer wieder zitierte Ereignis einer durch Psychotherapie verzögerten Karzinom- oder Hirntumor-Behandlung ist offenbar extrem selten und erreicht sicher nicht die Größenordnung von im Rahmen medizinischer Routine-Untersuchungen übersehenen Fällen. Das Auftreten von psychogen mitbedingten Tonsillitiden und Appendizitiden, sowie Verschlechterungen von Ulcusleiden im Rahmen von Psychotherapien kommt vor, wird aber praktisch immer der ärztlichen Behandlung zugewiesen, sofern diese nicht sowieso parallel und kooperativ zur Psychotherapie läuft. Hingegen besteht eine größere Dunkelziffer von Patienten, die den Arzt aus vorbewussten Ängsten über die Natur ihres Leidens umgehen und sich mit fragwürdigen Bio-Kuren verträsten, ebenso wie es im Bereich der Psychiatrie eine nicht unerhebliche Zahl von Patienten gibt, die den Arzt aus Angst vor Spitalseinweisung oder Elektro-Schockbehandlung (in Nachwirkung vertrauensschädigender Öffentlichkeitskampagnen) meiden.

Diese Patientengruppe ist zu einem bedeutenden Anteil vermutlich bereit, einen Psychotherapeuten zu konsultieren und könnte, bei entsprechender Kooperation, dann von diesem nach erfolgter Entängstigung der medizinischen Behandlung zugeleitet werden. Im Überblick ergibt sich für den derzeitigen Stand daher ein erheblich größeres Risiko für den Patienten innerhalb der medizinischen Routine, als durch psychotherapeutische Verschleierung kritischer Krankheitsbilder. Das könnte sich in Zukunft mehr angleichen, wenn auch für die Abwicklung der Psychotherapie sich mehr Routine entwickelt und die derzeit bestehende hohe Sensibilisierung speziell der nicht-ärztlichen Psychotherapeuten für diese Problematik nachlässt bzw. wenn durch fortschreitende Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychotherapeuten die Erfassung der Hilfe-Bedürftigen sich erhöht.

ad 2.1. Die gesetzlich vorgeschriebene Ausbildung des Psychotherapeuten sieht daher eine, als ausreichend angesehene, theoretische Ausbildung auch über Fachsprache, Wesen und Leistungsfähigkeit der Medizin und speziell der im Grenzbereich angesiedelten psychosomatischen Krankheitsbilder vor. Ob diese

Ansätze genau stimmen, ob sie durch bestimmte Schwerpunktbildungen bereichert werden müssen usw., wird erst die Erfahrung der Zukunft lehren. Es ist aber jedenfalls auch durch die hohe Zahl von Praktikumsstunden in Einrichtungen der medizinischen Versorgung ein guter Kontakt mit dem zu ergänzenden Erfahrungsbereich gewährleistet. Da umgekehrt der Fachbereich Psychotherapie bis vor kurzem im Ausbildungsgang des durchschnittlichen Mediziners nur untergeordnete Bedeutung einnahm, ist der Stand der Erfahrung und des Verständnisses für Wesen, Fachsprache und Leistungsfähigkeit der Psychotherapie unter der derzeit praktizierenden Ärzteschaft noch bedauerlich tief.

Insgesamt kann jedenfalls davon ausgegangen werden, dass der Wissensstand der Psychotherapeuten über Medizin im Durchschnitt weit höher liegt, als der der praktizierenden Ärzteschaft über Psychotherapie. Das wird sich voraussichtlich in den kommenden Jahren ändern, wobei den Vorgängen der persönlichen Kontaktaufnahme und Kooperation mit Erfahrungsaustausch mehr Gewicht beizumessen ist, als theoretischem Unterricht.

ad 2.2. Aus dem angeführten Erfahrungsmaterial geht eindeutig hervor, dass das Risiko für den Patienten nicht im Übersehen seltener Krankheiten durch den Therapeuten (ärztlicher oder psychotherapeutischer Provenienz) anzusetzen ist, sondern im Routineverhalten einerseits und im angstbedingten Vermeiden einer Krankheitsartikulation beim Patienten selbst. Gesetzlich verankerte Regelungen müssen daher auf Förderung der Kooperation zwischen Ärzten und Psychotherapeuten (ärztlicher oder nichtärztlicher Provenienz) abzielen und die Zugangsfindung der Patientin zur Hilfeleistung so offen, unkompliziert und unbürokratisch wie nur möglich gestalten. Dabei sind Zwangsregelungen jeder Art kontraproduktiv und störend einzuschätzen.

ad 2.3. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und damit die Zuweisung der sozialen Krankheitsrolle ist traditionell beim praktischen Arzt verankert, der damit eine gutachterliche Leistung für die Sozialversicherung auf sich nimmt. Diese könnte freilich auch andere Gutachter heranziehen. Der Psychotherapeut kommt jedoch für eine solche Aufgabe kaum in Frage, da sie sich mit der persönlichen Position an der Seite seines Patienten nicht verträgt. Die gutachterliche Suche nach objektiven Kriterien steht im Gegensatz zum Eingehen auf die Subjektivität der Patientin. Im Falle der therapeutischen Zusammenarbeit würde sich dieser Gesichtspunkt auch auf den Arzt ausdehnen und daher dann ein anderer, fremder Arzt zweckmäßig heranzuziehen sein.

Univ.Prof.Dr. Hans Strotzka, e.h.

Univ.Doiz.Dr. Raoul Schindler, e.h.

### **Kurz-Zusammenfassung:**

1. Die Textformulierung im § 1 des Psychotherapiegesetzes, BGBl.Nr. 361/1990, impliziert im Begriff der „umfassenden Behandlung“ auch die dazugehörige Untersuchung und Diagnostik. Das ist die Voraussetzung der im Text vorgeschriebenen Therapieplanung. Der medizinische Begriff „Diagnose“ ist auf ein körperliches Substrat ausgerichtet, das im Bereich der Seele fehlt. Daher hat die Psychotherapie eine operative Art der Indikationsstellung entwickelt. Medizinische Diagnostik kann die Indikation zur Psychotherapie weder begründen noch ausschließen.

2. Schädigung der Patientin durch unzweckmäßige Behandlung und Verzögerung der richtigen, gibt es im Bereich der Medizin und der Psychotherapie. Im Bereich der Medizin ist sie derzeit umfangreicher und besser gelegt (Selbstmordfälle durch Unterschätzung der psychischen Not, Konditionierung von Medikamenten-Abhängigkeit, 6,3 Jahre Fehlleitungen im Durchschnitt bei Psychosomatik-Patienten).

Die Ängste bezüglich übersehender Krebserkrankungen oder Hirntumorerkrankung betreffen extrem seltene Vorkommnisse, die aber derzeit viel häufiger dem praktischen Arzt unterlaufen, als dem Psychotherapeuten. Die Hauptgefährdung liegt hier in der Routinebildung bei der Untersuchung und weniger in mangelnder Ausbildung.

Die vermutlich größte, gefährdete Gruppe umfasst Patienten, die aus Angst vor ihrer vorbewusst wahrgenommenen Krankheit davonlaufen und den Arzt meiden, zu Biokost und dergleichen Zuflucht nehmen. Es kann angenommen werden, dass diese Patienten eher den Weg zum Psychotherapeuten finden und von diesem, nach Entängstigung, an den zweckmäßigen Arzt weitergeleitet werden können. Jede auf Angst abzielende Kampagne, sei es gegen E-Schock, Internierung oder Psychotherapie, vergrößert diese Gruppe.

Die Auslösung psychotischer Schübe durch Psychotherapie ist selten. Häufiger findet sich allerdings, dass Psychotherapie einen in Entwicklung begriffenen Psychoseschub zwar verzögert und bremst, aber nicht auf Dauer verhindert, so dass er dann in der Psychotherapie manifestiert.

2.1. Die Normen des Psychotherapiegesetzes gewährleisten für den Psychotherapeuten eine bessere Kenntnis der Medizin, als sie derzeit dem durchschnittlichen Kenntnisstand des praktizierenden Arztes bezüglich Psychotherapie entspricht. Ob Erweiterungen oder Schwerpunktsetzungen dieses Programms nötig sind, wird erst die Zukunft zeigen. Die ausgiebigen Praktikumszeiten garantieren jedenfalls eine ausreichende Kontaktnahme mit der medizinischen Realität und ist geeignet, die im kooperativen Austausch den Aufklärungsstand auf beiden Seiten auszubauen.

2.2. Gesetzliche Maßnahmen zur Sicherung der Patientin müssen auf die Förderung der Zusammenarbeit von Arzt und Psychotherapeut abzielen und den freien Zugang nach der Vertrauenslage der Patientin garantieren. Eine Unterbrechung des Behandlungsprozesses durch äußere Einflussnahmen bringt den Psychotherapeuten in Konflikt mit dem Psychotherapiegesetz, das ihm vorschreibt, den Patienten bei Abbruch der Behandlung in andere Betreuung überzuleiten.

## Anhang 2

### Höchstgerichtliche Entscheidungen

Der OGH hat in seiner Entscheidung vom 18.8.1998 wie folgt ausgeführt: Im Zuge der 50. Novelle zum ASVG wurde die psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gem. § 1 des Psychotherapiegesetzes, BGBl 1990/361, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, im Rahmen der Krankenbehandlung der ärztlichen Hilfe gleichgestellt; .... Wenn es sich daher bei seelischen Störungen um Störungen mit Krankheitswert im Sinne des § 120 Abs. 1 Z 1 in Verbindung mit § 133 Abs 2 ASVG handelt, dann hat die soziale Krankenversicherung die Kosten für deren Behandlung bzw. Diagnostik als Maßnahme der Krankenbehandlung (§ 133 Abs 2 ASVG) nach dem durch die 50. ASVG Novelle neu eingeführten § 135 Abs. 1 2. Satz Z 3 ASVG (freilich mit den durch diese Gesetzesstelle normierten Einschränkungen) zu übernehmen.

§ 135 Abs. 1 2. Satz Z 3 ASVG sieht vor, dass im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 133 Abs. 2) der ärztlichen Hilfe eine psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gem. § 1 des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 360/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, gleichgestellt ist, wenn nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung eine ärztliche Untersuchung stattgefunden hat. Laut § 133 Abs. 2 muss die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden.

Die Behandlung schwerer Entwicklungsdefizite und Verhaltensstörungen eines Minderjährigen, bei denen es sich um seelische Erkrankungen mit Krankheitswert, also um Krankheitszustände handelt und deren Bekämpfung psychotherapeutische Behandlungen erfordert, können auch dann der Leistungszuständigkeit der sozialen Krankenversicherung zugeordnet werden, wenn die Wurzeln der Verhaltensstörungen milieubedingt sind (OGH 18.8.1998, 10 Ob S 250/98g). Mit Bezug auf psychotische Störungen von Kindern wurde vom OGH festgestellt, dass es sich dabei um Störungen mit hohem Krankheitswert handelt (OGH 8. 9. 1993, 9 Ob A 218, 219/93).

Zur Transsexualität hat der OGH festgehalten, dass sie als Krankheit zu werten ist wenn die innere Spannung zwischen dem körperlichen Geschlecht und der seelischen Identifizierung mit dem anderen Geschlecht eine solche Ausprägung erfahren hat, dass nur durch die Beseitigung dieser Spannungsschwere Symptome psychischer Krankheiten behoben oder gelindert werden. Die für das Kostenbegehren relevante Krankenbehandlung beginnt nicht erst mit der geschlechtsumwandelnden Operation, sie schließt vielmehr auch psychotherapeutische Behandlungen ein (OGH 12.9.1996, 10 Ob S 2303/96s).

Die Behebung von Depressionen einer kinderlosen Frau durch ärztliche Befruchtung ist laut OGH hingegen keine Krankenbehandlung im Sinne des ASVG. Das Problem eines Kostenersatzes kann sich immer nur für tatsächlich gegebene psychische Störungen des Gesundheitszustandes einer vom unerfüllten Kinderwunsch belasteten Frau stellen; soweit bloß die Abwendung der Gefahr einer

schwerwiegenden Schädigung ihres geistigen Gesundheitszustandes (also einer erst in der Zukunft möglicherweise drohenden Erkrankung im Sinne der Legaldefinition des ASVG) angestrebt wird, wäre das Klagebegehren schon von vornherein als verfehlt anzusehen: die bloße Möglichkeit des Umschlagens einer psychischen Belastung in eine psychische Störung mit Krankheitswert, mit anderen Worten: die bloße Gefahr einer psychischen Erkrankung, ist keine Krankheit iSd § 120 Abs. 1 Z 1 ASVG(OGH 23.6.1998, 1 0 Ob S 11 5/98d).

Im Hinblick auf den sozialen Zweck der Krankenversicherung muss auch bei Dauerzuständen die Notwendigkeit von Krankenbehandlung schon dann als gegeben erachtet werden, wenn diese nur dem Ziel einer erträglichen Gestaltung des Leidens und der Verlängerung des Lebens dient (OLG. W. 15.3.1963). Die Krankenversicherung hat daher grundsätzlich auch für Dauerleiden einzutreten, solange deren Entwicklung nicht abgeschlossen und eine Behandlung noch erforderlich ist (OLG. W.5.10.1962 und 26.9.1980).

Der zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem österreichischen Bundesverband für Psychotherapie verhandelte, aber bis heute nicht abgeschlossene Gesamtvertrag bestimmt in Anlage 1 1 1 ZI den Begriff der seelischen Krankheit wie folgt:

Seelische Krankheit im Sinne der §§ 120 Absatz 1 ZI und 133 Absatz 2 ist eine regelwidrige (krankhafte) Störung, die durch seelische oder körperliche Faktoren verursacht wird und eine Krankenbehandlung notwendig macht; durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Seelische Krankheiten sind der willentlichen Steuerung durch den Patienten nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich; sie werden in seelischen, körperlichen Symptomen bzw. in krankhaften Verhaltensweisen erkennbar (Störungen der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen). Störungen der sozialen Beziehungen gelten nur dann als Ausdruck einer seelischen Krankheit, wenn die Beziehungsstörung mit einer regelwidrigen (krankhaften) Veränderung des seelischen oder körperlichen Zustandes eines Menschen verknüpft ist und eine Krankenbehandlung notwendig ist.

## **Anmerkung**

Der besondere Dank für die Erarbeitung der Diagnostik-Leitlinie gilt folgenden Personen:

BARTUSKA, Heinrich, BAUMGARTNER, Gertrude, BOLEN, Inge, HÖLL, Kathleen, HUTTERER, Robert, GRUBER, Eva, MARGREITER, Ursula, MEHTA, Gerda, MÜCKSTEIN, Eva, PARFY, Erwin, PAWLOWSKY, Gerhard, RUHS, August, TUCHACEK, Andreas, WIESER, Michael, WIESNAGROTZKI, Stefan

Für die redaktionelle Überarbeitung der Diagnostik-Leitlinie darf gedankt werden:

STEIGER-HIRSCH, Ulrike

## **Literaturhinweis**

Bartuska H., Buchsbaumer, M., Mehta, G., Pawlowsky, G., Wiesnagrotzki, S. (2005). Psychotherapeutische Diagnostik. Wien: Springer