

8 **Negativfolgen von Psychotherapie in der sozialmedizinischen Begutachtung**

Rainer Hellweg und Maria Kensche

8.1 **Die Aufgabe sozialmedizinischer Begutachtungen**

Gerichte, Sozialversicherungsträger, private Versicherungen und andere Einrichtungen, wie etwa die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, sind in ihrer Entscheidungsfindung regelmäßig auf ärztliche Gutachten angewiesen. Originär gutachterliche Aufgaben sind hierbei vielschichtig und umfassen sowohl die Feststellung einer chronischen Krankheit bzw. Behinderung, die Verlaufsbeurteilung, die Langzeittherapie, die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, die Beschreibung noch verbliebener Leistungs- und Einsatzmöglichkeiten und die Spezifizierung der Anforderungen an einen leidensgerechten Arbeitsplatz. Aus diesem Grunde stellt eine ärztliche Begutachtung immer einen komplexen und facettenreichen Explorations- und Bewertungsprozess dar, der als rechtliches Beweismittel weitreichende Konsequenzen für den Antragssteller und letztlich auch für die Gesellschaft hat. Die Qualität und Präzision ärztlicher Befundberichte ist ausschlaggebend für sachgerechte versicherungsrechtliche Verfahren und die Korrektheit der Konsequenzen für den Patienten (beispielsweise Arbeitsunfähigkeits-Feststellung, Befundberichte im Reha-Antragsverfahren, Anfragen des MDK usw.) (Muschalla u. Linden 2011).

Aus Schädigungen und Beeinträchtigungen werden sozialrechtlich relevante Kategorien gewonnen (z.B. Erwerbsminderungsrente, Leistung zur Rehabilitation und Teilhabe). Zu diesem Zweck werden qualitative (positives und negatives Leistungsvermögen) und quantitative (Abgleich des Leistungsvermögens mit den Anforderungen der beruflichen Tätigkeit) Leistungseinschränkungen bestimmt. Wichtige Begriffe in diesem Zusammenhang sind

- Minderung der Erwerbsfähigkeit,
- Arbeitsunfähigkeit und
- Grad der Behinderung.

Zugrunde gelegt wird dabei das Krankheitsfolgemodell der sogenannten „*Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*“ („*International Classification of Functioning, Disability and Health*“ (ICF), welches 2001 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben wurde. In diesem Modell wird grundsätzlich zwischen Ebenen der Funktionsstörung („*Impairment*“), der Fähigkeitsstörung („*Disabilities*“) und der Beeinträchtigung („*Handicaps*“) unterschieden (DIMDI 2005). Die Wechselwirkung dieser Ebenen entscheidet in Abhängigkeit von Rollenanforderungen an eine Person (im Sinne von Kontextfaktoren) über das Ausmaß der sozialen Krankheitsfolgen (Linden 2009).



Eine sozialmedizinisch wichtige Krankheitscharakterisierung ist die Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Erkrankungen. Erstere sind episodisch, letztere erstrecken sich über einen Zeitraum von länger als 6 Monaten bis hin zu lebenslanger Krankheit. Nach der Definition des SGB IX werden chronische (psychische) Erkrankungen Behinderungen gleichgestellt (SGB, § 2 und § 27 BGGI, S. 1046).

Die Nachfrage speziell im Bereich von sozialrechtlichen Begutachtungen hat in den letzten Jahren innerhalb der Medizin und hier insbesondere im Bereich der psychosomatischen und der psychiatrischen Disziplinen zugenommen (Irle et al. 2006; Muschalla u. Linden 2011). Dies ist sicherlich nicht zuletzt in der wachsenden Bedeutung begründet, die psychischen und psychosomatischen Erkrankungen zukommt. Inzwischen stellen diese den Hauptberentungsgrund bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit dar. Dies gilt sowohl für Frauen als auch für Männer. Der relative Anteil an psychiatrischen Berentungsdiagnosen ist mittlerweile auf mehr als ein Drittel gestiegen (Muschalla u. Linden 2011).

Für die meisten sozialmedizinischen Fragestellungen bündelt sich die gutachterliche Beurteilung in der medizinischen, zugleich unvermeidlich normativen Abgrenzung des krankheitsbedingten „Nicht-Könnens“ vom einfachen „Nicht-Wollen“ des zu begutachtenden Probanden. Dabei muss sich der sozialmedizinische Gutachter stets mit der Frage auseinandersetzen, ob mit zumutbarer Willensanstrengung die Hemmungen, die einer Arbeitsaufnahme nach Ansicht des Probanden entgegenstehen, überwunden werden können. Ohne Zweifel ist die Begutachtung psychischer Störungen mit dem Problem konfrontiert, dass die Mehrzahl der psychiatrischen Diagnosen nicht durch objektive Methoden zu beweisen ist, sondern auf der Basis eines psychopathologischen Befundes und den anamnestischen Angaben des Probanden erstellt wird. Dadurch ist der diagnostische Prozess grundsätzlich auch durch Täuschungsmanöver der zu begutachtenden Probanden beeinflussbar. Natürlich stellen Konstellationen, in denen eine materielle Entschädigung von einer psychiatrischen Diagnose abhängt, naturgemäß auch einen Anreiz für Übertreibung bestehender Beschwerden dar. Die Auswirkungen im Sinne eines volkswirtschaftlichen Schadens dürften erheblich sein.

Als objektiver und neutraler Sachverständiger hat der Gutachter in einem nächsten Schritt die Aufgabe, die Auswirkungen der Krankheit oder Behinderung des Probanden auf seine Funktions- bzw. Aktivitätsebene plausibel abzuleiten. Hieran anschließend kann der Sachverständige die Folgen für die Teilhabe am Erwerbsleben feststellen (Schneider et al. 2001). Bei der Bewertung einer Krankheit sind nicht vornehmlich die Krankheitssymptome im engeren Sinne das entscheidende Kriterium, sondern vor allem die sich daraus ergebenden Beeinträchtigungen für das alltägliche Leben des Probanden. Krankheitsverarbeitung hängt im Allgemeinen sehr stark von der Persönlichkeitsstruktur des Individuums ab (Muschalla u. Linden 2011). Bei Begutachtungsprozessen wird daher sorgfältig geprüft, inwieweit psychische Charakteristika des Probanden (z.B. spezielles konflikthafte Erleben oder Störungen der Persönlichkeitsstruktur) sowohl für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung, als auch für die Beurteilung der aktuell bestehenden Leistungsfähigkeit und nicht zuletzt für die Prognose von Bedeutung sind.

8.2 Die Bedeutung psychotherapeutischer Behandlungen für sozialmedizinische Begutachtungen

Ein wichtiger Teil der gutachterlichen Einschätzung bezieht sich auf die Beurteilung des bisherigen Krankheitsverlaufs des Probanden, da sie eine unabdingbare Voraussetzung für mehrere gutachterliche Urteile darstellt:

1. inwieweit überhaupt ein krankheitswertiger Zustand vorliegt,
2. welcher Art,
3. ob die gebotenen diagnostischen und therapeutischen Optionen ausgeschöpft sind,
4. wie die Prognose über die kommenden Jahre einzuschätzen ist, und
5. ob eine Minderung von Fähigkeiten derart vorliegt, dass eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr machbar erscheint und daher z.B. von einer Berentungsnotwendigkeit auszugehen ist.

Psychiatrische Sachverständige sehen nahezu ausschließlich Probanden, die bereits eine umfangreiche Krankheitsvorgeschichte aufweisen, welche sich u.a. in längeren bzw. häufigeren Arbeitsunfähigkeitszeiten, häufigen Arztkonsultationen, Arztwechseln, vermehrtem Medikamentenkonsum und wiederholter, aber oft unergiebig technischer apparativer Diagnostik äußert. Nicht selten befinden sich diese Probanden dabei auch in psychotherapeutischer Behandlung. Immer wieder fällt im psychiatrischen Begutachtungsprozess auf, dass Probanden, die wegen einer psychischen Problematik einen Rentenanspruch stellen, in ihrer Vorgeschichte unzureichend diagnostiziert worden sind und die psychiatrische und vor allem die psychotherapeutische Behandlung häufig nicht adäquat durchgeführt worden ist, d.h. nach Ansicht der Autoren zumindest nicht leitliniengerecht. Häufig sind die Beschwerden der Probanden zum Zeitpunkt der Begutachtung bereits chronifiziert und ihre intrapsychischen wie psychosozialen Ressourcen derart reduziert, dass sie zu der häufig unkorrigierbaren Überzeugung gelangt sind, dass ihnen weder ausreichend geistige noch körperliche Funktionen zur Verfügung stehen, welche ein ausreichendes Leistungsvermögen im Erwerbsleben gewährleisten würden.

Bei derartigen Erkrankungen sollte Psychotherapie dazu beitragen, die Probanden durch professionelle Diagnostik und Gesprächsführung bei der Klärung und emotionalen Verarbeitung ihrer Krankengeschichte zu unterstützen und ihnen zu helfen (z.B. durch die Vermittlung von Erfolgserfahrungen), die durch die Erkrankung entstandenen Beeinträchtigungen besser zu bewältigen. Das ideale Ergebnis von Psychotherapie wäre somit, dass sich das Befinden der Probanden verbessert, die Symptome verschwinden, ihr Selbstvertrauen steigt und ihre zwischenmenschlichen Beziehungen befriedigender werden. Etwas bescheidener formuliert: Verschlechterungen können verhindert werden, Lebensqualität kann stabilisiert oder verbessert werden und die Abhängigkeit von medizinischer oder stationärer Behandlung verringert sich. Für den sozialmedizinisch tätigen psychiatrischen Sachverständigen misst sich der Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung letztlich an der Frage, ob der Proband mit ihrer Hilfe wieder in die Lage versetzt werden kann, am Erwerbsleben teilzunehmen.

8.2.1 Psychotherapiebedingte Schwierigkeiten in der Beurteilung der Krankheitswertigkeit

Lange Arbeitsunfähigkeitszeiten und das damit geförderte psychosoziale Arrangement (wie beispielsweise Zeitberentung, vermehrte Aufmerksamkeit, „doctor shopping“ etc.) können den Chronifizierungsprozess einer psychischen Erkrankung fördern (Linden u. Weidner 2005). Entsteht für den Betroffenen ein sogenannter „sekundärer Krankheitsgewinn“, d.h., zieht er einseitig Vorteile und Gewinne aus seiner Krankenrolle und hat er nicht die ernsthafte Bereitschaft, sich um eine „Genesung“ zu bemühen, dann kann Psychotherapie sehr wohl krankheitsunterhaltend, im ungünstigeren Fall sogar krankheitsverstärkend wirken (Schulz 1984). Schon Heigl (1978) beurteilte Patienten, die von einem sekundären Krankheitsgewinn „profitieren“, in einer Psychotherapie als prognostisch äußerst ungünstig.

In den geltenden Psychotherapierichtlinien für das Land Österreich (BMGF 2005) gilt die sogenannte „Krankheitswertigkeit“ einer Störung als Voraussetzung für eine Therapie. Dass in diesen Richtlinien auf eine Definition des Begriffes „Krankheitswertigkeit“ verzichtet wurde, verweist nicht zuletzt auf den sogenannten „common sense“, der bei der individuellen Abwägung von Behandlungsbedürftigkeit eine entscheidende Rolle spielt und immer gesellschaftlichen Schwankungen unterworfen ist.

Wer befindet schließlich darüber, welche Störung Krankheitswert hat und welche nicht? Darf sich die Bewertung als Krankheit dem Wechselspiel gesellschaftlicher Kräfte und ökonomischer Zwänge anpassen, oder ist es möglich, dass der Proband für sich selbst über seine Entbindung von sozialen Verpflichtungen und über seine Behandlungsbedürftigkeit entscheidet? Ein Blick in die „*International Classification of Diseases*“ (ICD-10) hilft bei der Beantwortung dieser brisanten Frage wenig. Hierin wird eine Störung (der Begriff Krankheit wird absichtlich vermieden) als ein „Komplex von Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten [...]“, die immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- oder sozialen Ebene mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden sind“ definiert (Dilling et al. 2010, S. 23). Nach dieser Definition ist jede Verhaltensauffälligkeit eine Störung, wenn sie mit Belastung verbunden ist, also auch der Liebeskummer, die Trauerreaktion und nicht zuletzt auch die Arbeitsunlust. Die Frage nach den zumutbaren individuellen Belastun-

gen, die für die Sozialmedizin maßgeblich ist, wird dabei ausgeklammert, was weitreichende Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe im Gesundheitssystem haben muss. Anders als die ICD-10 berücksichtigt die ICF das Konzept einer bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgenlehre, die besagt, dass eine Person aufgrund einer gegebenen Fähigkeitsstörung an wichtigen sozialen Rollen nicht mehr teilhaben kann, weil sie entweder Rollenanforderungen nicht mehr gerecht werden oder gegebene Barrieren nicht mehr überwinden kann. Die ICF liefert also zusätzliche Informationen zur Funktionstüchtigkeit einer Person. Trotz dieser Erweiterung ist seine Implikation limitiert, denn auch dieses Modell baut auf dem (gesellschaftlich determinierten) „Normalitätskonzept“ auf und seine unkritische Übernahme bei der Beurteilung über die Krankheitswertigkeit einer psychischen Störung kann zu erheblichen Problemen führen (Schuntermann 2005).

8.2.2 Psychotherapiebedingte Schwierigkeiten in der Diagnostik

Fühlt sich ein Proband nicht mehr leistungsfähig, muss der Gutachter versuchen, die bestehende Symptomatik gegenüber Simulation, Aggravation und allgemeinen Verdeutlichungstendenzen eindeutig abzugrenzen (Foerster u. Winckler 2009).

Versteht man unter Simulation das bewusste und absichtliche Vortäuschen von Beschwerden oder Störungen zu bestimmten, klar erkennbaren Zwecken, bezeichnet der Begriff Aggravation die bewusst verschlimmernde Darstellung einer krankhaften Störung. Beide Verhaltensweisen dienen der absichtlichen Verfälschung der vorzugebenden bzw. der beklagten Beschwerden. Im Unterschied dazu beschreiben allgemeine Verdeutlichungstendenzen den (eher weniger bewussten) Versuch des Probanden, den Gutachter vom Vorhandensein seiner Beschwerdesymptomatik zu überzeugen, ein Phänomen, das in der Begutachtungssituation durchaus geläufig ist.

Diagnostische und gutachterliche Schwierigkeiten ergeben sich vor allem dann, wenn die Selbstbeobachtung des Probanden überaus stark ausgeprägt ist und in dessen Folge für sich genommen symptomverstärkend wirkt. Zwar kann der psychiatrische Sachverständige weder die Validität noch die Reliabilität der Selbstbeobachtung eines Probanden hinreichend beurteilen, doch dass jede Selbstbeobachtung auch die Möglichkeit der Selbsttäuschung in sich einschließt, ist sicherlich nicht von der Hand zu weisen. Nicht umsonst gilt „vermehrte Selbstbeobachtung“ auch als umschreibender Ausdruck für Hypochondrie und Überbewertung von Krankheits-symptomen (Peters 1984).

Welche Konsequenz ergibt sich hieraus für die Psychotherapie? In ihren Begutachtungsprozessen erleben es die Autoren immer wieder, dass psychotherapeutische Behandlungen, die introspektives Verhalten fördern, über Trainingseffekte zu einer gewissen Verfestigung und „Verselbstständigung“ (Habituation) der initialen Leiden des Probanden beitragen, derer sich der Proband kaum bewusst ist. Probanden mit ausgeprägt interozeptivem Wahrnehmungsstil beobachten sich selbst intensiver und mit ängstlicher Besorgnis und neigen bei unangenehmen Körpersignalen rascher dazu, diese als Zeichen einer Krankheit zu bewerten. Häufig zeigen sie in Anamnese und klinischem Eindruck eine Reihe von Phänomenen, die man summarisch als Ausdruck einer dysfunktionalen Bewertung von alltäglichen Befindlichkeitsstörungen

verstehen könnte und die bei Chronifizierung zu einem zähen Hindernis im Rehabilitationsprozess werden können.

8.2.3 Psychotherapiebedingte Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Adäquatheit der Vorbehandlung

Im Rahmen einer Begutachtung hat der psychiatrische Sachverständige immer auch einzuschätzen, ob der vorliegende negative Gesundheitszustand des Probanden irreversibel ist, ob also eine chronische Erkrankung vorliegt.

Im Sinne des § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist eine Krankheit **schwerwiegend chronisch**, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60% nach § 30 des Bundesversorgungsgesetzes oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60% nach § 56 Abs. 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch vor, wobei der GdB bzw. die MdE zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist (GBA 2004).

Chronizität ist somit immer konditional zur Vorbehandlung (Linden 2011). Beispielsweise gilt eine Depression erst dann als eine chronische Erkrankung, wenn der Betroffene trotz „adäquater“ (d.h. zumindest leitliniengerechter) Therapieinterventionen seit mindestens zwei Jahren unter einer depressiven Episode leidet (vgl. Kasper u. Bach 2011). Was heißt nun aber leitliniengerechte Vorbehandlung, v.a. im Bezug auf psychotherapeutische Interventionen? Obwohl in der wissenschaftlichen Literatur inzwischen ein evidenzbasierter Leitfaden zur Behandlung von komplexen (therapieresistenten) Depressionen existiert (das sogenannte klassische Stufenschema), bezieht sich dieser im Wesentlichen auf eine Optimierung der bestehenden medikamentösen Behandlung (Bauer et al. 2007). In der Beurteilung von nicht pharmakologischen Interventionen ist man eher zurückhaltend (dies gilt sowohl für biologische als auch für psychotherapeutische Behandlungsformen). Letztlich ist bis heute nicht eindeutig klar, wann eine Psychotherapie bei chronischer Depression indiziert ist und wann sie mit Antidepressiva oder anderen nicht pharmakologischen Verfahren kombiniert werden soll (Kasper u. Bach 2011). Auch Prädiktoren für eine Wirkung von Psychotherapie bei chronischer Depression gibt es nicht. Lange Zeit galt vor allem die kognitive Verhaltenstherapie als Behandlungsmethode der Wahl. Dies kann heute nicht mehr pauschal angenommen werden. Vielmehr geht aufgrund der aktuellen Datenlage die Psychotherapieforschung davon aus, dass die Verfahren gleichzeitig „störungsspezifisch“ und „integrativ“ sein müssen. Zu diesen Verfahren gehören beispielsweise Folgende: „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“

(CBASP), „Dialektisch behaviorale Therapie“ (DBT) oder „Achtsamkeitsbasierte kognitive Verhaltenstherapie“ (MBCT). Ihre Wirksamkeit basiert auf allgemeinen psychotherapeutischen Wirkfaktoren, hierzu gehören eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung, das Bewusstwerden der eigenen Gefühle, der Verweis auf Erfolgserlebnisse und die Vermittlung von Hoffnung sowie Ermutigungen.

Für den psychiatrischen Sachverständigen ergibt sich hieraus folgendes Problem: Wann immer er bei der psychiatrischen Begutachtung eines chronisch depressiven Probanden professionell einzuschätzen hat, ob dessen bisherige Therapie „adäquat“ (d.h. zumindest leitliniengerecht) erfolgt ist, kann er das in Bezug auf die Medikation vergleichsweise gut vornehmen. Bei der Beurteilung bzw. Bewertung von Psychotherapie muss er jedoch immer vorsichtig sein, da ein „adäquater“ Leitfaden bisher nicht vorliegt.

8.2.4 Psychotherapiebedingte Schwierigkeiten in der Prognosebeurteilung

Aussagen zur weiteren prognostischen Einschätzung werden besonders von Auftraggebern sozialmedizinischer Begutachtungen immer wieder gefordert. In der Prognosebeurteilung soll der weitere Verlauf der jeweiligen Gesundheitsproblematik des Probanden unter Berücksichtigung der kurativ-medizinischen (in diesem Sinne auch psychotherapeutischen) Versorgung eingeschätzt werden. In diesem Zusammenhang wird häufig auch gewünscht, dass der psychiatrische Sachverständige Interventionsmöglichkeiten (medizinische, berufliche, gesellschaftliche, private, kontextbezogene) benennt, die geeignet erscheinen, die Prognose des Probanden zu verbessern. Beide Aufgaben sind prinzipiell problematisch und komplex, da sie auf Zeitgänge in vernetzten Systemen anspielen, die mit nicht vorhersagbaren Wechselwirkungen verbunden sind. Die Gutachter können hierbei bislang nur auf allgemeine Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung und auf ihre Berufserfahrung zurückgreifen. Es gibt kaum standardisierte Messinstrumente. Die neu entwickelte „Indikatorenliste zur sozialmedizinischen Beurteilung der Reintegrationsprognose und des Rehabilitationsbedarfs“ (IREPRO) soll hier zukünftig Abhilfe schaffen, ist aber als psychometrisches Testinstrument bisher noch nicht ausreichend validiert (Hesse et al. 2007).

Der persönlichkeitsorientierte Ansatz vieler Psychotherapieverfahren bewirkt, dass es vornehmlich subjektive Faktoren sind, die aufseiten des Probanden darüber entscheiden, ob es wirksam ist. Die Interaktion mit dem Psychotherapeuten ist fortwährenden dynamischen Veränderungen unterworfen, die zu keinem Zeitpunkt eindeutig vorherzusagen sind. Veränderungsprozesse sind nicht vorhersehbar und prinzipiell unerschöpflich, sowohl in ihrer Qualität (was sich ändert) als auch in ihrer Dauer (wie lange es braucht). Das macht die Handhabung der Prognosebeurteilung hier besonders schwierig.

Generell sollen psychotherapeutische Interventionen im Bereich der Rehabilitationsmedizin die Betroffenen darin unterstützen, ihren beruflichen Wiedereinstieg erfolgreich umzusetzen. Hierfür ist vor allem das (Wieder-)Erlangen von beruflichen Basisqualifikationen notwendig, z.B. Gruppen- und Kommunikationsfähigkeit, alltagspraktische Fertigkeiten, sozial angemessene Verhaltensweisen in Beruf und Alltag sowie eine Verbesserung grundlegender berufsorientierter Fähigkeiten für die berufliche (Wieder-)Eingliederung.

Von einer final ausgerichteten Entschädigungshaltung (in früheren Zeiten irreführend als Rentenneurose bezeichnet) spricht der psychiatrische Sachverständige immer dann, wenn der Proband mit mehr oder weniger ausschließlichem Engagement für eine materielle Entschädigung (gewöhnlich Rente) kämpft anstatt für einen schnellstmöglichen Berufswiedereinstieg. Die Entschädigungshaltung ist dann oft als umso ausgeprägter einzuschätzen, je mehr dem Rehabilitanden vonseiten der Fachleute eine Eingliederungsmöglichkeit eingeräumt und ein konkreter Eingliederungsweg aufgezeigt wird. Es ist derzeit schwer zu beantworten, ob in so einem Fall eine psychotherapeutische Behandlung als weitgehend wirkungslos angesehen werden muss, womit der Fall abzuschließen wäre, oder aber als letzte Chance zu bezeichnen und damit unbedingt indiziert wäre.

8.3 Negativfolgen von Psychotherapie, die in der Begutachtung erkennbar werden

„Negativfolgen von Psychotherapie“ beschreibt für die Autoren die Tatsache, dass sich Probanden als unmittelbare Folge einer Psychotherapie seelisch schlechter bzw. weniger funktionsfähig fühlen, bzw. dass bei ihnen neben einigen Verbesserungen der seelischen Gesundheit in anderen Bereichen Verschlechterungen eingetreten sind (vgl. Hoffmann et al. 2008). Dies gilt insbesondere dann, wenn die Verbesserungen eher in den seelischen Nebengebieten zu finden sind und nicht in dem Hauptbereich der seelischen Beeinträchtigungen, deretwegen die Probanden eigentlich zur Psychotherapie kamen. Solche Negativentwicklungen müssen therapiebedingt sein (Schulz 1984), d. h., die negativen Veränderungen sind mittelbar (bedingt allein durch die Aufnahme einer Therapie) oder unmittelbar (zurückführbar auf therapeutisches Handeln) durch die Therapie hervorgerufen worden.

Natürlich ist es häufig schwierig zu beantworten, ob die bei einem Probanden eingetretene negative Veränderung durch die Therapie selbst bedingt ist, oder ob andere, außerhalb der Therapie liegende Ereignisse oder Einflüsse dafür verantwortlich sind. Genauso schwierig ist es zu bestimmen, was im Einzelfall unter schädigenden Einflüssen zu verstehen ist. Fragen der Weltanschauung, des Menschenbildes und der fachlichen Orientierung spielen dabei eine entscheidende Rolle. Ob eine Therapie von den Beteiligten als Erfolg oder Misserfolg gewertet wird, hängt nicht zuletzt entscheidend davon ab, wie der Therapieerfolg operationalisiert wird. Ist ein Kriterium beispielsweise eine klinisch signifikante Verbesserung der klinischen Symptomatik des Betroffenen, ist ein anderes möglicherweise seine Zufriedenheit mit der Behandlung. Nicht immer stimmen diese Kriterien überein. Ganz im Gegenteil: Im Rahmen von Begutachtungsprozessen erleben es die Autoren häufig, dass eine psychotherapeutische Behandlung bezüglich der Symptomatik zwar zu einem ungünstigen Ergebnis geführt hat, das „retrospektive Globalurteil“ des Probanden dennoch positiv ausfällt. Umgekehrt gilt das Gleiche.



Therapieerfolge bzw. Misserfolge sind also nicht eindimensional zu definieren, insbesondere dann nicht, wenn Teilerfolge auf unterschiedlichen Ebenen erreicht wurden, ohne dass die Hauptsymptomatik selbst verändert worden ist (Lambert u. Ogles 2004).

Obwohl klare, explizit formulierte und gemeinsam von Therapeut und Patient festgelegte Therapieziele vor allem in der Verhaltenstherapie eine Selbstverständlichkeit sein sollten (Wolpe, einer ihrer Mitbegründer, spricht in diesem Zusammenhang schon 1986 von einem „kategorischen Imperativ der Verhaltenstherapie“), entsteht den Gutachtern immer wieder der Eindruck, dass gerade dieser Anspruch nicht hinreichend eingelöst wird. Nicht eindeutig definierte Ziele öffnen jedoch Tür und Tor für Missverständnisse und potenziell negative Folgen. Problematisch wird es vor allem dann, wenn die Probanden der Vorstellung erliegen, dass das Therapieende als „Happy End“ mit der Lösung aller Probleme und einem endlos glücklichen Leben gleichzusetzen ist.

Schulenspezifisch sind wahrscheinlich die tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien (insbesondere die sogenannte Psychoanalyse) besonders gefährdet, diese Vorstellung zu nähren und in dessen Folge eine starke emotionale Abhängigkeit aufseiten der Klienten zu induzieren. Das sogenannte „Woody-Allen-Syndrom“ (nach dem Prinzip: „Ich muss erst meinen Therapeuten fragen, bevor ich eine Entscheidung treffe.“) umschreibt humorvoll und dennoch passend die Situation, dass die Emanzipation und Ablösung vom Psychotherapeuten und somit die (Wieder-)Herstellung der Fähigkeit, das eigene Leben ohne dauerhafte professionelle Hilfe selbst zu bewältigen, fehlschlägt. Eine gewisse Form der „Regression“ ist ein wesentliches (und effektives) Element tiefenpsychologischer Behandlung. Sie ist sicherlich ungefährlich, wenn sich die Richtung der psychischen Entwicklung des Betroffenen im Verlauf des therapeutischen Prozesses nicht generell umkehrt, er beispielsweise nur noch vor den Anforderungen der Außenwelt flüchtet, anstatt den Schritt in die Realität zu wagen. Psychotherapie sollte am Ende einen resilienzfördernden Ansatz verfolgen, der im Sinne der Selbstwirksamkeit den Betroffenen in die Lage versetzt, sein alltägliches Leben eigenverantwortlich zu bewältigen.

An dieser Stelle möchten die Autoren von einem 53-jährigen Beamten berichten, der ihnen zur Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit von dessen Dienstherrn (Ministerium) gutachterlich vorgestellt wurde. Psychopathologisch bestand zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung ein mittelgradig depressives Syndrom, sodass die Autoren unter Berücksichtigung der psychiatrischen Vorgeschichte des Probanden eine rezidivierende depressive Störung diagnostizierten (ICD10: F33.1). Der Proband berichtete, er habe seine erste depressive Episode vor mehr als 10 Jahren gehabt. Ein Psychiater einer Universitätsklinik habe ihn damals „antidepressiv“ (auf Mirtazapin) eingestellt. Unter dieser Therapie sei der Proband lange Zeit stabil gewesen, sodass er beschlossen habe, die antidepressive Medikation abzusetzen. Hierunter habe sich sein Zustand nicht wesentlich verschlechtert, bis die Mutter des Probanden verstorben sei und sich die depressive Symptomatik (v.a. Schlafstörungen und Grübeln) erneut verstärkt habe. Durch das Wiedersetzen der antidepressiven Medikation sei zunächst eine Linderung der Beschwerden erzielt worden. In der Vorstellung, dass auch „die restlichen depressiven Beschwerden“ verschwänden, „wenn er die Beziehung zu seiner Mutter aufarbeiten könne“, habe der Proband zum damaligen Zeitpunkt eine psychotherapeutische Behandlung begonnen. Um „an die Wurzel“ seiner Probleme zu kommen, sei die „Psychoanalyse“ von ihm gewählt worden. Kurz nach Beginn der Behandlung habe sein Analytiker (auch „Lehranalytiker“) vorgeschlagen, die psychiatrische Medikation abzusetzen, um auf diese Weise den Weg „der intensiven Auseinandersetzung mit inneren Selbstanteilen“ nicht zu „verfälschen“. Der Proband sei diesem Vorschlag bereitwillig nachgekommen, da er zu dem damaligen Zeitpunkt von der Wirkung der Medikation nicht mehr überzeugt ge-

wesen sei. Eine Besserung der depressiven Beschwerden des Probanden sei allerdings weder nach Wochen, noch nach Monaten eingetreten. Nach mehreren Jahren habe der Proband die psychoanalytische Behandlung schließlich abgebrochen. Als die Autoren den Probanden zur Begutachtung seiner Dienstfähigkeit explorierten, hatte dieser die Hoffnung auf eine zukünftige Besserung seiner Symptomatik bereits längst aufgegeben.

Die berichtete Kasuistik ist leider kein Einzelfall. Immer wieder können Gutachter beobachten, dass sich die psychische Symptomatik ihrer Probanden trotz jahrelanger tiefenpsychologischer Behandlung auf einem bestimmten Niveau überdauernd etabliert. Nicht selten scheint es, als suchten die Probanden in ihrer Therapie (in der irrigen Annahme einer linear-kausalen Verursachung) nach „der“ Geschichte ihrer Symptomatik (oder „der“ sogenannten Ursache ihrer Probleme). Häufig knüpfen sie daran die Idee eines „frühkindlichen Traumas“ (nach dem Prinzip: „Ich habe ein Symptom, also muss mir ein Trauma widerfahren sein.“). Die Autoren nehmen an, dass in diesem „Aufdeckungsprozess“ die theoretischen Vorstellungen des Therapeuten den „Suchprozess“ des Probanden maßgeblich beeinflussen; wäre der Proband also zu einem anderen Therapeuten gekommen, hätte sich eine andere Geschichte seiner Symptome gegeben.

Im ungünstigen Fall können Probanden von ihrer Psychotherapie also nicht nur nicht profitieren, sondern werden durch die Behandlung zusätzlich geschädigt. Ökonomisch ist das von doppeltem Interesse: Im Rehabilitationsrecht entscheidet der Therapieerfolg schließlich nicht nur darüber, ob die Probanden eine Rente erhalten, sondern zugleich auch darüber, ob sie als Beitragszahler für Krankenkassen und Rentenversicherer weiterhin zur Verfügung stehen. Folgeschäden treten daher nicht nur bei dem Erkrankten selbst auf, sondern haben Auswirkungen auf das gesamte Gesundheitssystem (Muschalla u. Linden 2011).

Fazit

Für einen sozialmedizinisch tätigen Gutachter ist die Frage nach einer systematischen Untersuchung zu etwaigen Misserfolgen, Nebenwirkungen und Schäden von Psychotherapie von großem Interesse. Auf der einen Seite kann dies dabei helfen, therapeutisch umsetzbare erwünschte Wirkungen deutlicher zu machen. Das wiederum dient nicht nur der Vermeidung von sich immer wiederholenden Fehlern in der Zukunft (und damit der Erhöhung der Ergebnisqualität einer Behandlungsform), sondern auch der Erhöhung der Prozessqualität. Bisher ist der Blick in die wissenschaftliche Literatur mehr als ernüchternd: Obwohl es inzwischen unstrittig ist, dass es auch negative Effekte von Psychotherapie geben kann, fehlt es insgesamt an einer systematischen Kategorisierung. In der Psychotherapieforschung werden dringend mehr empirische Untersuchungen benötigt; hierfür bedarf es einer stärkeren Forderung nach evidenzbasierter Praxis. Zentrale Voraussetzung ist eine fundierte Diagnostik und die Einholung einer kontinuierlichen Rückmeldung durch eine sorgfältige Evaluation der tatsächlichen Therapieergebnisse.

Sicherlich wäre es zukünftig hilfreich, die strenge (an der Heidelberger Schule und ihren Adepten orientierte) Störungsfixiertheit bzw. -zentriertheit zu relativieren und stattdessen den intakten Ressourcen, Kompetenzen und Potenzialen der Probanden mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Äußerungsformen psychischer Störungen sollten immer als „eingebettet“ in gesunde psychische Strukturen, Funktionen und Aktivitäten betrachtet werden. Die Versicherungspsychiatrie tut gut daran, sich der Erfassung des individuellen „Eingebettetseins“ von Funktions- und Aktivitätseinschränkungen in beruflichen Kompetenzen, Ressourcen und Potenzialen zu verschreiben, um ihren genuine Beitrag zur Wende in Richtung

beruflicher Wiedereingliederung zu leisten. Zeichen individueller Gesundheit validieren – das sollte nach Ansicht der Autoren im Fokus der psychotherapeutischen Behandlung stehen.

Literatur

- Bauer M, Bschor T, Pfennig A, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, Möller HJ, WFSBP Task Force on Unipolar Depressive Disorders (2007) World Federation of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care. *World J Biol Psychiatry* 8, 67–104
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) (2005) Diagnostik-Leitlinie für Psychotherapeutinnen und Therapeuten. Begriffsklärungen und Leitlinien zur psychotherapeutischen Diagnostik. URL: <http://www.psychotherapie.at/sites/default/files/files/beirat/Diagnostik-Leitlinie.pdf>, zuletzt abgerufen am 06.09.2012
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). WHO Genf
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (2010) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber Bern
- Foerster K, Winckler P (2009) Forensisch-Psychiatrische Untersuchung. In: Foerster K, Dreßing H (Hrsg.) Psychiatrische Begutachtung. 17–33. Elsevier München Jena
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2004) Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)
- Heigl F (1978) Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. Vandenhoeck und Ruprecht Göttingen
- Hesse B, Gebauer E, Heuft G (2007) The IRPRO List of indicators- a tool for systematic evaluation of the prognosis for reintegration and the need for rehabilitation in the course of psychiatric disability pension assessment. *Rehabilitation* 46, 24–32
- Hoffmann SO, Rudolf G, Strauß B (2008) Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut* 53, 4–16
- Irlé H, Fischer K, Grünbeck P (2006) Entwicklung in der Rehabilitation bei psychischen Störungen. *RV aktuell* 2, 62–70
- Kasper S, Bach M (2011) „Therapieresistente Depression“. Klinik und Behandlungsoptionen. *CliniCum neuropsych.* Sonderausgabe November 2011. URL: <http://www.medizin-medien.at/mm/mm025/neuropsych-sonderheft.pdf>, zuletzt abgerufen am 06.09.2012
- Lambert MJ, Ogles BM (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert M (Hrsg.) *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 139–193. Wiley New York
- Linden M (2009) Rehabilitationspsychotherapie. Definition, Aufgaben und Organisationsformen nach ICF und SGBIX. *Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 84, 137–142
- Linden M (2011) Patient education, crisis intervention, psychotherapy: talking medicine. *MMW Fortschr Med* 153, 28–30
- Linden M, Weidner C (2005) Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen. *Der Nervenarzt* 76, 1421–1431
- Muschalla B, Linden M (2011) Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen. Teil 1: Definition, Epidemiologie, Kontextbedingungen und Leistungsbeurteilung. *Der Nervenarzt* 82, 917–931
- Peters UH (1984) Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. Stichwort Selbstbeobachtung. 513. Urban und Schwarzenberg München
- Schneider W, Henningsen P, Rüger U (2001) Sozialmedizinische Begutachtung in der Psychosomatik und Psychotherapie. Autorisierte Leitlinien, Quellentexte und Kommentar. Huber Bern
- Schulz W (1984) Analyse negativer Therapieeffekte und Probleme der Kontraindikation. In: Jüttemann F (Hrsg.) *Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik*. 149–168. Hogrefe Göttingen
- Schuntermann MF (2005) The implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Germany: experiences and problems. *International Journal of Rehabilitation Research* 28, 93–102
- Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX). Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Artikel 1 des Gesetzes vom 19. 06. 2011, § 2 und § 27 BGBI. S. 1046
- Wendisch M (1999) Therapieziele. Unterschiede im ambulanten und stationären Setting. In: Ambühl H, Strauss B (Hrsg.) *Therapieziele*. 293–317. Hogrefe Göttingen
- Wolpe J (1986) Individualization. The categorical imperative of behavioral therapy. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry* 17, 145–153