

Kommen wir nun zur Studie von Gerd Rudolf⁵, deren Ergebnisse für den Aufbau dieses Buches maßgeblich waren.

Gerd Rudolf und seine Forschungskollegen gingen von folgender Kernfrage aus: „Welche ganz spezifischen Eigenschaften eines Berichts führen zu einer Bewilligung?“ In einer empirischen Studie (Rudolf, Jakobsen, Hohage & Schlösser, 2002) mit 452 Antragsberichten von insgesamt 40 unterschiedlichen Gutachtern⁶ legten sie dar, dass es eine Reihe von Merkmalen eines „guten“ Berichts gibt. Die hervorstechenden Qualitätskriterien von Antragsberichten zeigen zudem eine zahlenmäßige Schwelle, einen Wendepunkt, der über Erfolg und Nichterfolg unserer Berichte entscheidet.

Es kristallisierten sich sechs „*Kriterien heraus, die – wenn sie als gegeben bestätigt werden – in hohem Maße mit der Befürwortung oder – wenn sie fehlen – mit der Nicht-Befürwortung verknüpft sind.*“ (Rudolf et al., 2002, S. 251). Es handelt sich um die folgenden sechs Kriterien (nennen wir sie zur besseren Anschauung die „BIG SIX“):

Die BIG-SIX:

1.) Prognostische Einschätzung der Therapieplanung: Die Therapieziele und die vorgelegte (zum Beispiel tiefenpsychologisch fundierte) Behandlungskonzeption⁷ erscheinen der Störung, die behandelt werden soll, genau angemessen. Aus dieser Angemessenheit ergibt sich eine für den Gutachter nachvollziehbare gute Prognose, in dem Sinne, dass mit der geplanten Therapie die Ziele auch wirklich erreicht werden können. Für den Gutachter ist bei der prognostischen Einschätzung des Therapieplanes auch wichtig, wie der Behandlungsplan konzipiert ist: Ist er sehr allgemein gehalten, oder verspricht er viel zu viele oder lässt er prognostisch zu wenig erwarten? (In der Rudolf-Studie war bei den abgelehnten Anträgen dieses prognostische Kriterium nur zu 7% erfüllt.)

5 Prof. Dr. med. Gerd Rudolf ist ehemaliger Leiter der Universitätsklinik Heidelberg. Er war Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, hat die Strukturachse der OPD maßgeblich mitentwickelt, und er ist Begründer einer speziell auf strukturelle Störungen ausgerichteten psychodynamischen Psychotherapiemethode (s. Rudolf, 2006).

6 Für ihre Studie baten Rudolf und Mitarbeiter 40 Gutachter, während ihrer Routinetätigkeit zehn Fälle aus dem Bereich TP/AP (einschließlich je zweier Ablehnungen) anhand einer entwickelten Gutachter-Kriterien-Liste (siehe Anhang) zu dokumentieren.

7 Der Begriff „Therapieplan“ erscheint uns anschaulicher und alltäglicher, er wird im Folgenden häufiger verwendet.

2.) Prognostische Einschätzung angesichts des übergeordneten Krankheitsverlaufs: Hiermit ist gemeint, dass der bisherige Krankheitsverlauf und die bisherigen (Vor-)Behandlungen adäquat gewürdigt und eingeordnet werden. Die Einschätzung der Prognose berücksichtigt im Wesentlichen zwei Dinge: erstens eine eventuell bereits eingetretene Chronifizierung und zweitens die Frage nach einer ausreichenden Akuität und Aktualität der Störung.

In welchen Fällen wäre der übergeordnete Krankheitsverlauf nicht adäquat eingeordnet? Nicht adäquat würde der bisherige Krankheitsverlauf im Antragsbericht gewürdigt, wenn zum Beispiel ein tiefenpsychologischer Therapieplan vorgelegt wird, aber eine lange bestehende Chronifizierung der psychischen Störung aus den Angaben deutlich wird und nicht darauf Bezug genommen wird, warum hier kein analytisches Verfahren durchgeführt werden soll, was in solchen chronischen Fällen – bei ausreichendem Strukturniveau – eher angezeigt sein kann. Umgekehrt könnte der Gutachter Zweifel in Bezug auf eine beantragte AP anmelden, wenn ein sein Leben bislang immer gut bewältigender Patient durch einen abgrenzbaren Auslöser aktuell aus der Bahn geworfen wird. Oder es wird eine AP beantragt, und es wird aus dem übergeordneten Lebensverlauf deutlich, dass der Patient aus verschiedenen Gründen gar nicht „analysetauglich“ ist. In diesen Fällen wäre keine AP, sondern eine TP indiziert. Die prognostische Einschätzung des übergeordneten Verlaufs muss also nicht immer zuungunsten der TP ausfallen.

Die aus Sicht der Gutachter angemessene prognostische Einschätzung angesichts des Krankheitsverlaufs ist in der Rudolf-Studie nur bei 11% der abgelehnten Anträge erfüllt.

3.) Erörterung der Differenzialindikation: Der Bericht enthält indirekt oder direkt angemessene differenzialindikatorische Erörterungen, die plausibel machen, dass das gewählte Verfahren, in der Regel wird es sich um tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie handeln, bei dem jeweiligen Patienten auch unstrittig indiziert ist und zum Beispiel keine analytische Therapie indiziert ist (ebenfalls nur erfüllt bei 7% der abgelehnten Anträge).

4.) Schlüssigkeit der Psychodynamik: Die psychodynamischen Zusammenhänge zwischen Symptombildung, aktuellen Auslösern, der Neurosenstruktur und der inneren neurotischen Konfliktverarbeitung werden vor dem Hintergrund der biografischen Entwicklung und der aktuellen Lebensrealität gut nachvollziehbar dargestellt (nur erfüllt bei 22% der abgelehnten Anträge).

- 5.) **Stimmigkeit/Passung des Behandlungsverfahrens und der Behandlungsplanung:** Die therapeutische Zielsetzung und die geplante therapeutische Vorgehensweise entsprechen dem beantragten (psychodynamischen) Richtlinienverfahren. Nicht stimmig wäre es, wenn eine TP beantragt wird, aber ein umfangreicher analytischer Therapieplan oder ein anderes nicht richtlinienkonformes (zum Beispiel körperpsychotherapeutisches, gesprächspsychotherapeutisches, systemisches, gestaltpsychotherapeutisches usw.) Vorgehen vorgelegt wird. (Diese Stimmigkeit ist nur bei 11% der abgelehnten Anträge erfüllt.)
- 6.) **Wirtschaftlichkeit des Behandlungsplanes:** Das gewählte Verfahren und die konkrete Behandlungsplanung erscheinen mit Blick auf Art und Schwere der Störung wirtschaftlich und notwendig. Der unbewusste Konflikt ist auch abgrenzbar und aktuell wirksam, sodass die Störung ausreichend erfolgreich mit 50 bis max. 100 Stunden bearbeitet werden kann und keine 300 Stunden AP benötigt werden, was bei gleichem Erfolg unwirtschaftlicher wäre. (Dieses für die Gutachter wichtige Kriterium ist nur bei 9% der abgelehnten Anträge erfüllt.)

Nach Rudolf wurden bei 97% aller (für seine Studie eingesandten) abgelehnten Berichte die genannten sechs Kriterien („BIG SIX“) nicht erfüllt (in nur 3% waren sie bei abgelehnten Berichten erfüllt). Rudolf: *„Mit jedem nicht erfüllten Kriterium sinkt die Wahrscheinlichkeit der Befürwortung.“* Bei Nichtbewilligung sind durchschnittlich 3,3 Kriterien der „BIG SIX“ eindeutig nicht erfüllt⁸. Das bedeutet, dass *„eine hohe Wahrscheinlichkeit [besteht], dass ein Gutachter, der 4 und mehr Kriterien nicht bestätigt hat, keine oder höchstens eine eingeschränkte Befürwortung ausspricht. Umgekehrt wird er bei mindestens 7 erfüllten Kriterien mit hoher Wahrscheinlichkeit befürworten.“* (Rudolf et al., 2002, S. 251-252). Und: *„Mit jedem nicht erfüllten Kriterium sinkt die Wahrscheinlichkeit der Befürwortung. Wenn mehr als 3 Kriterien nicht bestätigt werden konnten, liegt eine Nichtbefürwortung nahe.“* Die wichtigsten Kriterien betreffen *„vor allem indikatorische und prognostische Themen“* sowie *„die psychodynamische Diagnostik“* (ebd., S. 252).

Bei den uneingeschränkten Antragsbewilligungen in dieser Studie waren die sechs BIG SIX-Kriterien zu 85% erfüllt. **Das heißt, wenn wir uns um Prüfung und**

8 Im Übrigen sind 3,7 Kriterien nur zweifelhaft erfüllt und zwei Kriterien ganz erfüllt.