

Ahmed El-Kordi  
Wen therapieren und warum?

CIP-Medien

Ahmed El-Kordi

# **Wen therapieren und warum?**

**Ethische, therapeutische und sozialrechtliche  
Aspekte der psychotherapeutischen  
Indikationsstellung**

Psychosozial-Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten  
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

© 2025 Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG

Gesetzlich vertreten durch die persönlich haftende Gesellschaft Wirth GmbH,

Geschäftsführer: Johann Wirth

Walltorstr. 10, 35390 Gießen, Deutschland

0641 9699780

[info@psychosozial-verlag.de](mailto:info@psychosozial-verlag.de)

[www.psychosozial-verlag.de](http://www.psychosozial-verlag.de)

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form  
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)  
ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert  
oder unter Verwendung elektronischer Systeme  
verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Wassily Kandinsky, *Ohne Titel*, 1928

Umschlaggestaltung und Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

Druck und Bindung: Majuskel Medienproduktion GmbH

Elsa-Brandström-Str. 18, 35578 Wetzlar, Deutschland

Printed in Germany

ISBN 978-3-8379-3361-1 (Print)

ISBN 978-3-8379-6298-7 (E-Book-PDF)

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Indikationsstellung</b>	11
	<b>Begriffsdefinition und Gegenstandsbestimmung</b>	
1.1	Die medizinische und die ärztliche Indikation	14
1.2	Patientenbezogene vs. therapeutenbezogene Indikationsaspekte	19
1.3	Psychotherapeutische Indikation	28
<b>2</b>	<b>Indikationsstellung in der Psychotherapie</b>	33
	<b>Ein Überblick</b>	
2.1	Der Indikationsbegriff in den unterschiedlichen Therapieschulen	34
2.1.1	Psychoanalyse	36
2.1.2	Verhaltenstherapie	38
2.1.3	Systemische Therapie	40
2.2	Facetten der Indikationsstellung bei unterschiedlichen PatientInnengruppen oder: Was nicht behandelt werden darf	41
2.3	»Das kann doch niemandem schaden, oder doch?« – Kontraindikation(en) in der Psychotherapie	47
<b>3</b>	<b>Psychotherapeutische Indikation zwischen Berufsethik und Versorgungsrealität</b>	57
3.1	Die medizinethischen Prinzipien nach Tom L. Beauchamp und James F. Childress	60

3.1.1	Das Prinzip der Nichtschädigung	64
3.1.2	Das Prinzip der PatientInnenautonomie	69
3.1.3	Das Prinzip der Gerechtigkeit	75
3.1.4	Das Prinzip der Fürsorge	84
3.1.5	Zusammenfassende Betrachtung	87
<b>3.2</b>	<b>Formal-rechtliche Aspekte bei der Indikationsstellung</b>	<b>89</b>
3.2.1	Die sozialrechtlichen Bestimmungen des SGB V	98
3.2.2	Die »WANZ«-Kriterien und die Indikationsstellung	100
<b>4</b>	<b>Die Rolle der Prognose bei der Indikationsstellung</b>	<b>103</b>
<b>5</b>	<b>Gesellschaftlicher Wandel als Herausforderung für die psychotherapeutische Indikationsstellung</b>	<b>117</b>
5.1	Spezielle Versorgungsthemen und ihre Relevanz für die Indikationsstellung	120
5.1.1	Long-/Post-Covid-Syndrom und postinfektiöse Syndrome	120
5.1.2	Menschen mit Fluchterfahrungen (aus Krisen- und Kriegsgebieten)	125
5.1.3	Klimaangst und globale Krisen	128
5.1.4	Einsamkeit und andere unangenehme Zustände	131
5.1.5	Beschwerdebilder des Älterwerdens – Geriatrische Psychotherapie	134
5.1.6	Psycho-Enhancement: Psychotherapie als Mittel zur Seelenoptimierung?	136
<b>6</b>	<b>Keine Richtlinienpsychotherapie indiziert – Was dann?</b>	<b>139</b>
6.1	Inhaltliche Gründe für eine fehlende Indikation gemäß Richtlinie	145
6.2	Die psychosoziale Versorgungsstruktur in Deutschland	150
6.2.1	Wer oder was regelt die Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Störungen?	152

6.2.2 Welche Angebote sind für wen gedacht und wie findet man diese?	158
<b>7    Ausblick und Zusammenfassung</b>	179
<b>Literatur</b>	183



*Für meine Eltern,  
die mir beigebracht haben, immer weiter Fragen zu stellen.  
Für meine Frau,  
die i. d. R. auf all meine Fragen eine schlaue Antwort hat.  
Und für Kitty,  
die uns gezeigt hat, wie schön das Leben sein kann.*



# 1 Indikationsstellung

## Begriffsdefinition und Gegenstandsbestimmung

Die Frage nach der Indikationsstellung zählt zu den frühen Themenfeldern in der Psychotherapieforschung. Ist es gegenwärtig notwendig, sich mit der Frage nach der psychotherapeutischen Indikationsstellung zu befassen – wo es gerade viele, andere, vielleicht sogar relevantere Facetten der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gibt, zum Beispiel die neue Psychotherapieausbildungsreform und deren Auswirkungen auf die psychotherapeutische Versorgungslandschaft? Zur Beantwortung dieser Frage schließe ich mich der Meinung von Urs Baumann und Beatrix von Wedel (1981) an. Ihrer Ansicht nach verlange jedes Thema, wenn es auch noch so alt sei, von Zeit zu Zeit eine Bestandsaufnahme, damit wenig bewährte Wege verlassen und neue Ideen aufgegriffen würden. In diesem Sinne ist die Auseinandersetzung mit dem Thema »Indikationsstellung in der Psychotherapie« eine äußerst notwendige und gegenwärtig längst überfällige Bestandsaufnahme in Anbetracht von demografischen, sozialpolitischen und gesellschaftlichen Veränderungen mit Auswirkung auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

In der Organmedizin geht es bei der Indikationsstellung – allgemein formuliert – um die Frage, welches Heilverfahren bei welchem Patienten<sup>1</sup> unter welchen Voraussetzungen zur Anwendung kommen soll. In dem Zusammenhang wird der medizinische Indikationsbegriff in Beziehung gesetzt zur Ursache des Leidens, zur Krankheit und zu den Symptomen (Schneider, 1990).

Urs Baumann (1981) und Reiner Bastine (1981) lehnen ein solches Modell für den psychotherapeutischen bzw. psychologischen Versorgungsbereich ab. Die fehlende Übertragbarkeit ergibt sich daraus, dass monokausale Zusammenhänge im Rahmen von psychologischen Störungsmodellen

---

1 Im Text wird sowohl die feminine als auch die maskuline Form ausgewogen genutzt.

sehr selten anzutreffen sind. In der Regel wird von multikonditionalen bzw. multifaktoriellen Verursachungspfaden als Nährboden für sehr unterschiedliche psychische Erkrankungen ausgegangen. Auch die primäre Fokussierung der Verursachungsdynamik auf die Krankheit, weniger auf das Individuum, ist mit psychologischer Konzeptbildung nicht vereinbar. Dagegen meint Walter J. Schraml (1969, zit. n. Bastine, 1981), dass der Begriff »Indikation« in der Psychologie bzw. Psychotherapie auf die Ermittlung einer geeigneten Therapieform für die spezifische Störung beim jeweiligen Patienten abzielt.

Zur Vermittlung eines allgemeinen Überblicks zum Thema »psychotherapeutische Indikation« möchte ich die Indikationstypologie von Bastine (1981) vorstellen, nach der die Indikation in der Psychotherapie wie folgt unterschieden wird:

1. Indikation zur Psychotherapie: Soll überhaupt eine Psychotherapie durchgeführt werden?
2. Schulenspezifische (oder differenzielle) Indikation: Welches Psychotherapieverfahren ist für welche Störungsbilder angezeigt?
3. Prozessorientierte (oder adaptive) Indikation: Wann soll das Verfahren, die Methode, die Technik wie angepasst werden?

Während Bastine sich dezidiert mit den Typen 2 und 3 auseinandersetzt, lässt er Typ 1 unbehandelt. Andere Arbeiten – vor allem aus dem psychodynamischen und psychoanalytischen Bereich (zum Beispiel König, 1994 bzw. Heigl, 1987) – beleuchten Typ 1 ausführlich. Dabei konzentrierten sich Karl König und Franz Heigl auf unterschiedliche Eigenschaften, Persönlichkeitsmerkmale und psychomentale Zusammenhänge bei potenziellen AnalysandInnen. Sucht man nach »Indikation zur Psychoanalyse«, lassen sich viele Forschungsarbeiten finden (z.B. König, 1994). Ebenso wurde die Kontraindikation für psychoanalytische Behandlungen erforscht (z.B. Heigl, 1987, S. 242–246).

Mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) 1999 und der Aufnahme von weiteren psychotherapeutischen Verfahren in die kassenfinanzierte ambulante Psychotherapie (Lieberz, 2021; Rüger, 2007) sowie dem gleichzeitigen Verdrängen psychoanalytischer Lehrstühle an Universitäten verlor die Frage nach psychoanalytisch orientierter Psychotherapie in der universitären Ausbildung an Breitenwirkung. Gleichzeitig fand eine inhaltliche und konzeptionelle Trennung der Indikationsfragen statt. Auf der einen Seite eröffnete sich die Frage nach der grundsätzlichen Zuordnung einer

Patientin mit einem bestimmten Störungsbild zu einer bestimmten psychotherapeutischen Methode. Auf der anderen Seite verblieben die bisherigen Indikationen, die sehr traditionsreich sind, im Bereich der Psychoanalyse. Zählt man die psychoanalytischen bzw. psychodynamischen Veröffentlichungen zum Thema »Indikation«, so entsteht der Eindruck, dass diese in der Überzahl sind im Vergleich zu kognitiv-verhaltenstherapeutischen und systemischen Verfahren. Dies gilt teilweise auch für die Schwesterdisziplin, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die eine deutsche Erscheinung bleibt (Jaeggi & Riegels, 2018).

Aufgrund der beschriebenen Entwicklung und der weiteren Etablierung und Integration der psychotherapeutischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung entwickelte sich die Psychotherapie von einem »privaten« zu einem »öffentlichen« Bereich, bei dem es auch darum geht, dass die Solidargemeinschaft finanziell für die Behandlung einzelner Individuen aufkommt (wie im organmedizinischen Bereich). Es ist keine ausschließliche Interaktion mehr zwischen einem Patienten und seinem Therapeuten. Hier sind weitere Erwägungen und Beurteilungsaspekte auch von Bedeutung – wie im üblichen gesundheitlichen Versorgungssektor seit Jahrzehnten der Fall. Bei knapper werdenden Ressourcen und finanziellen Mitteln und einer alternden Gesellschaft mit steigenden Raten zum einen an psychischen Erkrankungen und zum anderen an psychisch bedingten Fehltagen (DAK Report, 2024) sowie einer aktuell nicht geklärten Finanzierung des psychotherapeutischen Nachwuchses im Rahmen des Psychotherapeutenausbildungsgesetzes von 2020 sind wirtschaftlich relevante Maßstäbe wie Kosten-/Nutzenüberlegungen, Prioritätensetzung und Versorgungssicherung neue Definitionsmerkmale einer realitätsbezogenen Indikationsstellung.

Verkompliziert wird eine aktuelle Definition und Gegenstandsbestimmung der Indikationsfrage in der Psychotherapie durch medizinethische Abwägungen. Die zuvor genannten wirtschaftlichen Aspekte, die streng genommen Grundpfeiler einer solidarisch finanzierten Sozialversicherung im Allgemeinen sind, erzwingen eine dezidierte ethische Abwägung der Verordnung bzw. Durchführung von psychotherapeutischen Behandlungen. Da die psychotherapeutische Versorgung im Gesundheitssektor und im kassenfinanzierten Gesundheitswesen verortet ist – die sogenannte Richtlinienpsychotherapie – und nicht im Selbstoptimierungs- und Persönlichkeitsentwicklungsbereich (z.B. Coaching), ist es geboten, sich nicht nur mit dem einzelnen Individuum – also der Hilfesuchenden – zu befassen. Neben der Fürsorgepflicht gegenüber dem Einzelnen besteht auch eine Pflicht zur Gleichbehandlung

oder zur Fairness gegenüber dem Rest der Sozialgemeinschaft, denn erst durch diese ist eine Umsetzung einer kassenfinanzierten Richtlinienpsychotherapie möglich.

Ähnlich wie Wolfgang Schneider in seinem Werk *Indikationen zur Psychotherapie: Anwendungsbereiche und Forschungsprobleme* (1990) resümiert hat, entsteht auch heute noch der Eindruck, dass die Diagnostizierung einer psychischen Erkrankung fälschlicherweise mit der Geeignetheit der Psychotherapie zur Behandlung dieser Erkrankung gleichzusetzen ist (nach der Formel: psychisch krank = Richtlinienpsychotherapie als Methode der Wahl). Des Öfteren wird in der berufs- und gesundheitspolitischen Debatte Häufigkeit und Bedarf verwechselt. Die hohen Zahlen psychisch kranker Menschen bedeuten nicht automatisch, dass hierfür genauso viel Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungsplätzen vorliegt (siehe hierzu auch Freyberger & Linden, 2014). In einigen organmedizinischen Disziplinen ist dies durchaus plausibel, zum Beispiel benötigt eine bestimmte Anzahl an dialysepflichtigen PatientInnen die entsprechende Anzahl an Dialyseplätzen. Wie bereits erwähnt, wird die organmedizinische Modellvorstellung von »Indikation« als nicht ohne Weiteres anwendbar auf den psychotherapeutischen Bereich betrachtet. Diese Betrachtungsweise ist problematisch, denn dem Vorkommen psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft sollte gesundheitspolitisch und behandelungstechnisch nicht ausschließlich mit dem Angebot ambulanter Psychotherapie begegnet werden. Da psychische Leidenszustände und Erkrankungen ein multifaktorielles und -kausales Geschehen sind, sollte die gesellschaftliche und sozialversicherungsrechtliche Reaktion darauf ebenfalls multifaktoriell sein. Ambulante Richtlinienpsychotherapie wäre ein Interventionsaspekt im Rahmen eines facettenreichen, individuellen Behandlungskonzepts. Dies bedeutet gleichzeitig, dass eine gewisse Anzahl an psychisch erkrankten Individuen in der Gesellschaft von diesem Interventionsaspekt nicht profitieren werden. Aus gesundheitsökonomischer und medizinethischer Sicht wäre es daher geboten, frühzeitig psychisch erkrankte Individuen zu identifizieren, bei denen eine signifikante Leidensminderung durch Richtlinienpsychotherapie zu erwarten ist. Und genau mit dieser Thematik befasst sich dieses Buch.

## 1.1 Die medizinische und die ärztliche Indikation

Laut Felix Anschütz (1982) ist »die Indikation der begründete Entschluß zu einer bestimmten Handlung, nicht die Handlung selber« (S. 6). Ein

Entschluss basiert auf verschiedenen Informationsquellen und empirischem Wissen. Dazu kommen noch hoch individuelle und subjektive Erfahrungswerte, die diesen Entscheidungsprozess ergänzen. Anschütz (1982) differenziert außerdem zwischen absoluter und relativer Indikation. Hinsichtlich der Definition »absolut« unterscheidet er minimal zwischen den Fachgebieten Chirurgie und innere Medizin. So ist eine absolute Indikation in der Chirurgie zum Beispiel für einen Eingriff gegeben, wenn die Patientin ohne Operation mit Sicherheit in kurzer Zeit ihrer Erkrankung erliegen würde. Auch in der inneren Medizin ist es ähnlich; hier liegt eine absolute Indikation vor, wenn ein lebensbedrohlicher Zustand besteht. »Eine absolute Indikation bedeutet, daß eine Maßnahme hier und jetzt eingesetzt werden muß« (ebd., S. 10). Aus klinischer Sicht sollen individuelle PatientInneninformationen, wie zum Beispiel Alter, Komorbidität, Geschlecht etc., mit in die Indikationsfrage einfließen, da diese u. a. die Frage nach der Prognose gestalten. Denn ohne prognostische Erwägungen ist keine Indikationsstellung möglich bzw. wäre eine Indikationsstellung unvollständig. Im Vergleich zur absoluten Indikation ist die relative Indikation ein Abwägungsprozess des Für und Wider. Anschütz (1982) zufolge ist dies im Bereich der inneren Medizin durch zwei Aspekte gekennzeichnet: 1. Handlungsnotwendigkeit (jetzt oder später), 2. Abwägen der Vor- und Nachteile einer Handlung für den Patienten.

Neitzke (2015) dagegen postuliert, dass es keine absoluten Indikationen geben kann: »Indikationen sind relativ, da sie relational auf ein Therapieziel bezogen sein müssen« (S. 87). Bei der Indikationsstellung handelt es sich Neitzke zufolge um einen evaluativen Prozess mit zwei unterschiedlichen Schritten: der erste Schritt wird als »medizinische Indikation« bezeichnet, »da sich die erforderlichen Prüfaspekte auf medizinische Sachverhalte und Fakten beziehen« (ebd., S. 85). Der zweite Schritt wird dagegen als »ärztliche Indikation« bezeichnet. Dieser enthält eine Reihe von ärztlichen, subjektiven Einschätzungen zum vorliegenden Fall. Die Durchführung dieses zweiten Schrittes beinhaltet eine individuelle Einzelfallbewertung und basiert auf dem subjektiven, rein menschlichen Wissen einer behandelnden Ärztin bzw. eines behandelnden Arztes. Bei Neitzkes Modell handelt es sich primär um die Indikationsstellung im medizinisch-klinischen Rahmen. Ihm zufolge kann der zweite Schritt auch auf andere Gesundheitsberufe ausgeweitet werden, dann handelt es sich im zweiten Schritt im Rahmen unseres Themas also um die »psychotherapeutische Indikation«. Die Bezeichnung »psychotherapeutische Indikation« – analog

gäbe es auch die »pflegerische Indikation« im Bereich der Pflegewissenschaften etc. – impliziert fachspezifisches, empirisches sowie psychotherapeutisches Wissen und Handeln.

Zusammengefasst kann man das Modell von Neitzke für unseren Definitionsversuch folgendermaßen einsetzen: Der erste Schritt im gesamten psychotherapeutischen Indikationsprozess bleibt die von Neitzke vorgeschlagene »medizinische Indikation«, da es sich um die Einordnung des zu behandelnden Leidenszustands handelt und diese Kategorisierungsleistung psychiatrisch-psychotherapeutisches Fachwissen erfordert, was unter dem Begriff »medizinisch« zu subsumieren wäre. Wir behandeln diese erste Stufe bzw. diesen ersten Schritt in Kapitel 6.2, wenn wir uns mit dem Krankheitsbegriff im Sinne des SGB V und der Richtlinienpsychotherapie befassen. Denn durch die Brille der formalen Rahmenbedingungen soll auf den individuellen Fall geschaut werden. Der zweite Schritt ist fachspezifisch und befasst sich mit der psychotherapeutischen Expertise, daher »psychotherapeutische Indikation«.

Der erste Schritt, »medizinische Indikation«, wird in der Literatur (z. B. Gahl, 2015; Neitzke, 2015) weiter differenziert. Die zentrale Aussage, die nach dem Durchlaufen des ersten evaluativen Schrittes feststehen soll, lautet: »Bei einem Patienten, der an X, Y und Z leidet, sind die Maßnahmen a, b und c indiziert, weil sie sich grundsätzlich als nützlich und hilfreich erwiesen haben« (Neitzke, 2015, S. 85f.). Diese Aussage basiere nach Neitzke auf drei Teilaspekten, die logisch miteinander verknüpft seien. Das heißt, das Nichtvorliegen eines einzelnen Aspektes führe dazu, dass die ganze medizinische Indikation nicht gestellt werde, und in der Folge könne man auch keine psychotherapeutische Indikation stellen. Um welche Teilaspekte handelt es sich hier?

Der erste Teilaspekt ist die empirische Begründung der Indikation. Diese stellt sicher, dass die zu prüfende Maßnahme auf empirischem und gesichertem Wissen bzw. Erfahrungswerten basiert. Das empirische Wissen bestimmt beispielsweise, welche Krankheitszeichen mit welchen Krankheiten einhergehen. Dies hat auch Konsequenzen für die weiteren sowohl diagnostischen als auch therapeutischen Maßnahmen (z. B. wäre »Klangschalenthherapie« keine empirisch fundierte Behandlung für Kontaminationszwänge). Die empirische Begründung sollte auch psychotherapeutisches Fachwissen und Erfahrungen beinhalten. Es ist ein Teilaspekt, der von den bisherigen Berufserfahrungen stark determiniert ist.