

2 Einflüsse auf differenzialindikatorische Entscheidungen bei den psychodynamischen Therapieverfahren in der Richtlinien-Psychotherapie

KLAUS LIEBERZ , LUCIE ADAMEK ,
BERTRAM KRUMM

2.1 Einleitung

Neben der Diagnostik stellt die Differenzialindikation in der Psychotherapie eine weitere Schwachstelle dar. Dies betrifft sowohl die Zuweisung des jeweils einzelnen Patienten zu einer spezifischen Verfahrensweise, hier also Verhaltenstherapie oder psychodynamisches Verfahren, wie auch die verfahrensinterne Weichenstellung, hier also bei den untersuchten psychodynamischen Verfahren, die Beantragung einer Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TfP) oder einer Analytischen Psychotherapie (AP). In einer früheren Veröffentlichung auf Grundlage eines schmalen Samples des MARS-Projektes wurden ausführlich die Schwierigkeiten und Erwägungen hinsichtlich des differenzialindikatorischen Vorgehens dargelegt, weshalb darauf verwiesen werden soll (Lieberz et al. 2015). Die uns wesentlich erscheinenden Punkte werden deshalb hier nur kurz zusammenfassend dargestellt.

Grundsätzlich steht die Psychotherapie-Forschung vor der eigentlich unlösbaren Aufgabe, angesichts der zahllosen, auf die Therapieergebnisse Einfluss nehmenden Variablen, immer nur »Äpfel mit Birnen« zu vergleichen (Dührssen 1986). Diese Tatsache eröffnet sehr viel Spielraum für eine stark reduktionistische Vorgehensweise zumeist auf Basis hochselektiven Vorgehens und sehr kleiner Fallzahlen. Die propagandistische Wirkung derartiger Untersuchungen ist freilich nicht zu unterschätzen, da es, zumal unter naturalistischen Umständen, sehr mühsam und schwierig ist, wie auch immer zustande gekommene Ergebnisdarstellungen zu überprüfen. Es ist aber immer noch leichter, die jeweiligen Schwachstellen einzelner Studien darzulegen, als Studien mit größeren oder gar repräsentativen Stichproben zu erheben. Auch der Versuch, verschiedene Studienergebnisse mittels sog. Metaanalysen zusammenfassend aufzubereiten, ändert an dem grund-

sätzlichen Dilemma nichts, zumal in aller Regel bei solchen Analysen die Ergebnisse kleinerer Studien »aus aller Herren Länder« (mit ganz unterschiedlichen Rahmenbedingungen) zusammengetragen werden. Wir haben diese Sachlage seinerzeit mit folgenden Worten zusammengefasst: »Die Ergebnisforschung steht auf wackligen Füßen, da die vorhergehenden Prozesse der Behandlerwahl durch den Patienten (Lieberz et al. 2013), der differenzialindikatorischen Entscheidung durch den Therapeuten und der nachfolgende Behandlungs- und Interaktionsprozess nur schwer zu erfassen sind (Rudolf et al. 1987). Reduktionistische Forschungsansätze täuschen von daher eine Klarheit vor, die in diesem komplexen und nur schwer zu mathematisierenden Bereich nicht zu erreichen sind.« (Lieberz et al. 2015). Die Probleme der Psychotherapieforschung werden ausführlich in Kapitel III.2 dieses Buches dargelegt.

Differenzialindikatorische Entscheidungen berühren sowohl Einflussfaktoren vonseiten des Patienten, wie z. B. seine soziodemografischen Gegebenheiten und sozialen Umstände, sein Krankheitsbild mit zugehöriger Krankheitsgeschichte, seine biografischen Vorerfahrungen und seine individuellen persönlichkeitsstrukturellen Voraussetzungen und Einstellungen. Daneben ist die insbesondere in der Psychotherapie-Forschung der letzten zwei bis drei Jahrzehnte eher stiefmütterlich behandelte Person des Therapeuten, ihre Qualifikation und Erfahrung, ihre persönliche Einstellung wie auch z. B. die Art und der Sitz der Praxis bedeutsam.

Da die hier vorgelegte Untersuchung allein den ambulanten Versorgungsbereich umfasst, sei an dieser Stelle auch nochmals hervorgehoben, dass die meisten Psychotherapiestudien aus klinischen Einrichtungen (oder allenfalls angehängten Ambulanzen) stammen und von daher die von Land zu Land sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen, wie hier die Bestimmungen der RLPT, überhaupt nicht berücksichtigen, dieses Faktum zumeist sogar nicht einmal für erwähnenswert halten. Tatsache ist, dass unter den Bedingungen des gut ausgebauten deutschen psychotherapeutischen Versorgungssystems drei Viertel aller Patienten im Bereich der sog. Kurzzeittherapien (bis zu 25 Stunden) Betreuung finden (Multmeier und Tenckhoff 2014). Wie sich die Patienten, die dann den Weg in die sog. RLPT (Langzeittherapie) finden, von der Mehrzahl der psychotherapeutisch betreuten Patienten unterscheidet, wissen wir nicht. Allerdings ist davon auszugehen, dass es sich bei dieser Patientengruppe eher um eine Positivselektion (z. B. höherer Bildungsgrad) handelt (Lieberz et al. 2017).

In der bereits oben erwähnten früheren Untersuchung zur Differenzialindikation im psychodynamischen Bereich der RLPT (Lieberz et al. 2015) ließ sich auf Basis eines noch recht schmalen Samples von 400 Patienten vorläufig postulieren, dass klinische Variable keinen wesentlichen Einfluss auf die Therapiewahl auszuüben scheinen. Stattdessen wiesen diese Ergebnisse darauf hin, dass Alter und Geschlecht des Patienten wie auch die Qualifikation des Therapeuten bedeutsame Einflussfaktoren darstellen könnten. An dieser Stelle soll deshalb versucht

werden, die früheren Studienergebnisse nun auf der Grundlage des Gesamtsamples des MARS-Projektes zu überprüfen. Das Studiendesign und die Fragestellungen werden unverändert übernommen. Einbezogen in die Untersuchung werden soziodemografische und klinische Variablen des Patienten sowie die wenigen, im Rahmen des Antragsverfahrens zu einer RLPT zugänglichen Therapeutenvariablen hinsichtlich seines Grundberufes, seiner Qualifikation und des Praxisortes.

Folgende Null-Hypothesen wurden geprüft:

- H₁ Es besteht kein Unterschied hinsichtlich soziodemografischer Faktoren zwischen Patienten in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie einerseits und Patienten in analytischer Psychotherapie andererseits.
- H₂ Es finden sich keine Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen auf der Seite klinischer Variablen.
- H₃ Es finden sich keine Unterschiede mit Bezug zum Therapeuten.

2.2 Methodik

Die methodischen Grundlagen der Untersuchung wurden im Eingangskapitel vorgestellt und beschrieben. Sie sollen hier deshalb nur kurz wiedergegeben werden. Die im Rahmen des GAV angefertigten Therapeutenberichte wurden vom Erstautor als Gutachter und Obergutachter gesichtet und die darin enthaltenen Informationen zur Datenverarbeitung in ein zuvor entwickeltes Dokumentationssystem übertragen. Dieses Dokumentationssystem beinhaltet einen Erhebungsteil und einen Beurteilungsteil mit folgenden Modulen: 1. soziodemografische Basisdaten des Patienten, 2. klinische Daten (psychische und funktionelle Symptomatik, Suchtverhalten, Suizidalität, somatische Erkrankungen, Vorbehandlungen, ICD-Diagnosen), 3. Angaben zum Therapeuten (Geschlecht, Grundberuf Arzt/Psychologe, Fachqualifikation Facharzt/Zusatzbezeichnung oder als psychologischer Psychotherapeut tiefenpsychologisch fundierte/analytische Psychotherapie, Praxisort). Die Therapeuten wurden nicht weiter gekennzeichnet, da es ausdrücklich nicht Ziel des Projektes ist, die einzelnen Therapeuten zu bewerten. 4. Familiengeschichte (Dührssen und Lieberz 1999), 5. Bewertung durch den Gutachter (Rudolf et al. 2002, Rudolf und Jakobsen 2002, Schepank 1995).

In Rahmen des MARS-Projektes wurden insgesamt 1 005 Berichte erfasst. Diese Berichte wurden im Zeitraum zwischen 2007 und 2012 zugesandt, ausgewertet und dokumentiert. Für die jetzige Untersuchung wurden alle 1 005 Berichte berücksichtigt. Da die Frage nach der Differenzialindikation von Beginn an einen wichtigen Schwerpunkt des Projektes bilden sollte, wurden Anträge auf eine AP gesondert berücksichtigt und diese Gruppe so weit aufgefüllt, dass eine statistisch sinnvolle Aussagekraft zu erwarten war. Folgen wir den Angaben der KBV

(Gutachterstatistik 2019), dann wurden in diesem Jahr insgesamt 70 932 Anträge für eine psychodynamische Behandlung (TFP und AP) im Erwachsenenbereich begutachtet, davon 13 844 AP (19,51%). Die unten aufgeführten Zahlenverhältnisse entsprechen unter Berücksichtigung des Erhebungszeitraums zwischen 2007 und 2012 also ungefähr der zu erwartenden Relation zwischen TFP- und AP-Anträgen.

2.3 Ergebnisse

2.3.1 Soziodemografische Daten der Patienten

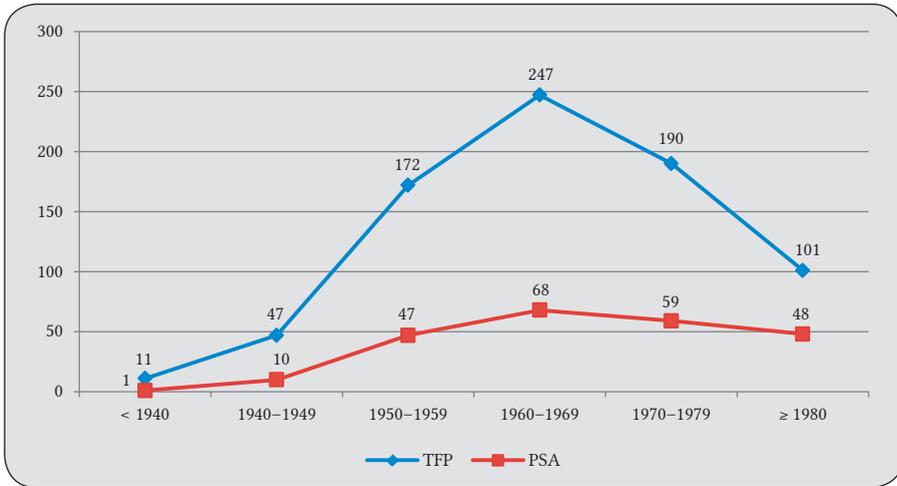
Untersucht wurden 1 005 Patienten, bei denen im Rahmen der RLPT Anträge auf Behandlung entweder für eine TFP oder AP (Einzel- oder Gruppentherapie) gestellt wurden. Die Patienten waren im Durchschnitt 47,9 Jahre alt (Range: 23–86 Jahre). Sie waren zu 73,8% weiblichen und zu 26,1% männlichen Geschlechtes. In der überwiegenden Zahl der Fälle wurde eine TFP im Einzelsetting beantragt (66,7%), während Gruppenpsychotherapien seltener (15,4%) vorgesehen waren (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11 Art der beantragten Therapie

	Häufigkeit	Prozent
Tiefenpsychologisch (Einzel)	670	66,7%
Tiefenpsychologisch (Gruppe)	94	9,4%
Tiefenpsychologisch (Einzel und Gruppe)	6	0,6%
Analytisch (Einzel)	171	17,0%
Analytisch (Gruppe)	60	6,0%
Analytisch (KJP)	2	0,2%
k. A.	2	0,2%
Gesamt	1 005	100,0

Die Altersspanne variiert in beiden Therapieformen beträchtlich. Während bei der AP eine Altersspanne zwischen 23 und 75 Jahren bei einem Mittelwert von 46,1 Jahren festzustellen ist, ist in der TFP eine größere Altersspanne zwischen 25 und 86 Jahren zu markieren. Bei einer Altersteilung zwischen jünger oder älter als 35 Jahre finden sich zwischen den beiden Therapiegruppen statistisch signifikante Unterschiede (Chi-Quadrat 6,998; df 1, $p = 0,009$). TFP-Patienten sind älter als AP-Patienten. Die Altersunterschiede zwischen beiden Therapiegruppen werden in Zehnjahresabständen verdeutlicht (siehe Abbildung 3). Dabei sind 4 Patienten hier

Abbildung 3 Jahrgang * TFP oder AP Behandlung



nicht erfasst, da bei $n = 2$ keine Angaben zum Alter und bei $n = 2$ keine Angaben zur Behandlung vorlagen.

Die Geschlechtsverteilung liegt in der TFP mit 576 Frauen (74,8%) zu 194 Männern (25,2%). In der AP finden wir eine Verteilung von 164 Frauen (70,7%) zu 68 Männern (29,3%). Der Unterschied zwischen den beiden Ansätzen ist nicht signifikant.

Die Bedeutung der Schulbildung des Patienten für die Auswahl des Therapieverfahrens ist sehr bedeutsam (siehe Tabelle 12). Bei einer Dichotomisierung zwischen Abitur/Fachabitur und kein Abitur finden wir zwischen den beiden Verfahren deutliche Unterschiede ($p = .002$). Patienten in AP haben eine wesentlich höhere Schulbildung als Patienten in TFP.

Tabelle 12 Bildungsstand und Therapieform

	TFP	PSA
(Fach-)Abitur	270 35,1%	111 47,6%
kein (Fach-)Abitur	377 49,0%	95 40,8%
nicht abklärbar	123 16,0%	27 11,6%

Chi-Quadrat = 12,295; df 1; $p = 0,002$

2.3.2 Das Symptombild des Patienten

Zunächst ist festzustellen, dass bei 18,9 % aller Fälle keine ICD-Diagnose seitens des Therapeuten gestellt wurde. Auffällig ist dabei besonders der Unterschied zwischen den beiden Therapieformen. Während bei TFP »nur« in 16,1 % der Fälle überhaupt keine ICD-Diagnose gestellt wurde, vergrößert sich diese Zahl bei den AP auf immerhin 27,9 %. Dieser Unterschied ist sehr signifikant (Chi-Quadrat 16,267, df 1, $p = .001$). Eine einzige ICD-Diagnose wurde von den Therapeuten in der TFP in 39,4 % der Fälle und in der AP in 30 % der Fälle angegeben; auch dieser Unterschied ist signifikant (Chi-Quadrat 6,634; df 1; $p = 0,011$)

Bei der angegebenen Hauptdiagnose in Beziehung zur gewählten Therapieform (siehe Abbildung 4) werden bedeutsame Unterschiede in den Angaben zu Diagnosen aus dem ICD-10 Kapitel F6 (Persönlichkeitsstörungen) deutlich. Diese werden in AP deutlich häufiger diagnostiziert als in TFP ($p = .001$). Unter Berücksichtigung aller Nebendiagnosen ist hinsichtlich der Diagnosen aus dem F3-Kapitel ($p = .008$) und dem F4-Kapitel ($p = 0,022$) der ICD 10 wie auch dem F6-Kapitel ($p = 0,01$) ein deutlicher Unterschied in der klassifikatorischen Zuordnung in beiden Therapieformen festzustellen. Bei zusätzlicher Betrachtung der im Therapeutenbericht aufgeführten Beschwerden und Krankheitsbilder lassen sich weder hinsichtlich vorhandener somatischer Erkrankungen, eventueller Suchttendenzen noch der Suizidalität der Patienten zwischen beiden Therapieformen Unterschiede ausmachen.

Abbildung 4 F-Hauptdiagnose nach beantragter Therapieform

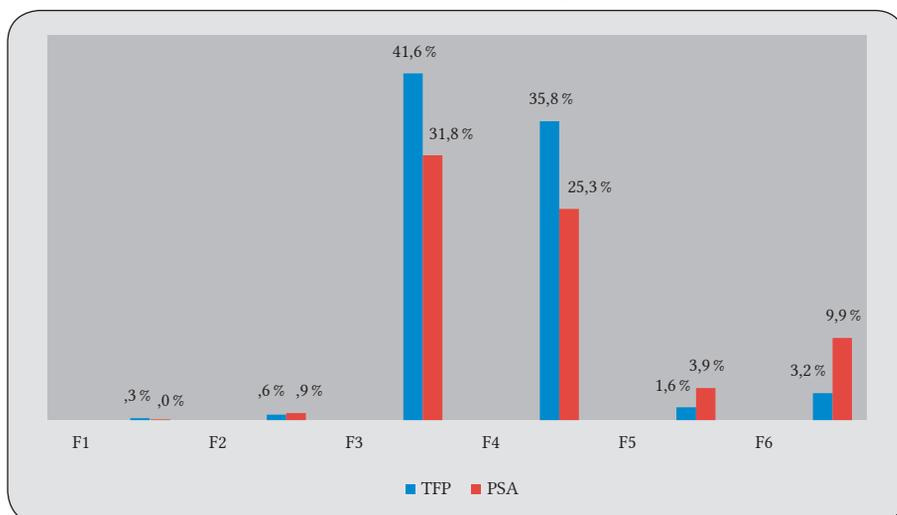
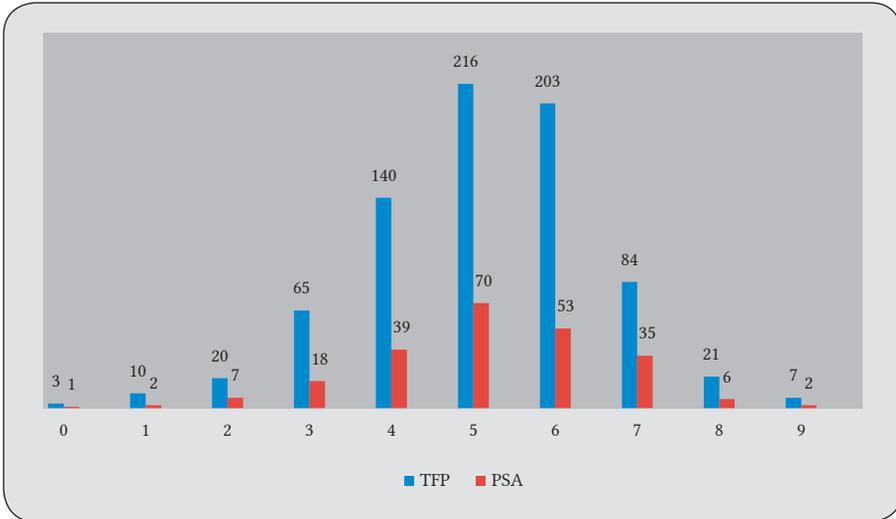


Abbildung 5 BSS Jahr Summe



Hinsichtlich der Beeinträchtigungsschwere (BSS) zwischen den beiden Therapiegruppen ist kein wesentlicher Unterschied festzustellen (siehe Abbildung 5). Dies gilt im Übrigen auch bei Hinzuziehung der Einschätzungen mittels der GAF-Skala und der aktuellen Funktionsniveaus der Patienten (OPD). Allerdings finden sich hinsichtlich einer ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlung zwischen den beiden Behandlungsgruppen deutliche Unterschiede. Bei 446 (45,8%) Patienten sind ambulante psychotherapeutische Vorbehandlungen auszumachen. Bei den vorbehandelten Patienten wurden in 322 Fällen eine TFP (72,2%) und in 124 Fällen eine AP beantragt (27,8%). Dieser Unterschied ist hochsignifikant (Chi-Quadrat 7,912; df 1; $p = 0,005$).

2.3.3 Therapeuten

Die Anträge wurden von 485 psychologischen Psychotherapeuten und 509 ärztlichen Psychotherapeuten gestellt. Eine ärztlich-psychologische Doppelqualifikation lag bei 8 Therapeuten vor, von denen haben 3 Therapeuten die ZB Psychoanalyse. Insgesamt 41 ärztliche oder psychologische Therapeuten waren in psychotherapeutischer Weiterbildung. Von den Psychologen waren 143 (29,5%) Psychoanalytiker, von den Ärzten trugen 128 (25,1%) die Zusatzbezeichnung Psychoanalyse. Zwei Drittel der psychologischen Psychotherapeuten sind weiblich, während wir bei den Ärzten immerhin 42,9% Männer finden. Hinsichtlich Ge-

Tabelle 13 Geschlecht des Therapeuten und Therapeutengrundberuf

		Grundberuf Therapeut		
		Arzt	Psychologe	Arzt und Psychologe
Therapeut: Geschlecht	männlich	215 42,9 %	159 33,1%	2 28,6%
	weiblich	286 57,1 %	322 66,9%	5 71,4%
Gesamt		501 100,0 %	481 100,0 %	7 100,0 %

Bei n = 13 k. A. zum Therapeutengeschlecht, bei n = 3 zum Grundberuf des Therapeuten

schlechts und Grundberufs des Therapeuten kann folgende Zuteilung vorgenommen werden (siehe Tabelle 13).

Die therapeutischen Vorgehensweisen zwischen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten variieren beträchtlich. Von den TFP-Therapeuten sind 410 Ärzte (53,2 %) und 356 Psychologen (46,2 %), bei der AP finden sich 99 Ärzte (42,5 %) und 129 Psychologen (55,4 %). Dieser Unterschied ist sehr bedeutsam (Chi-Quadrat 20,224, df 2, $p = 0,001$). Die Geschlechtsverteilung weist zwischen den beiden Berufsgruppen mit Bezug zur Therapieform ebenfalls deutliche Unterschiede auf. Während von den TFP-Therapeuten 268 (35,2 %) männlich und 494 (64,8 %) weiblich sind, finden sich unter den AP-Therapeuten 110 (48 %) Männer und 119 (52 %) Frauen. Der Unterschied in der Geschlechtsverteilung ist sehr signifikant (Chi-Quadrat 12,351; df 1; $p = 0,001$).

Fast 80 % der Patientinnen suchen einen weiblichen Therapeuten auf (siehe Tabelle 14), während bei den Männern etwas mehr als ein Drittel einen gleichgeschlechtlichen und zwei Drittel einen gegengeschlechtlichen Therapeuten wählt. Dieser Unterschied ist sehr signifikant.

Tabelle 14 Geschlecht des Patienten vs. Geschlecht des Therapeuten

		Therapeut: Geschlecht	
		männlich	weiblich
Geschlecht des Patienten/ der Patientin	männlich	135 35,6 %	124 20,3 %
	weiblich	244 64,4 %	488 79,7 %
Gesamt		379 100,0 %	612 100,0 %

Bei n = 14 k. A.; Chi-Quadrat 28,599; df 1; $p = 0,001$

Erwartungsgemäß deutlich wird, dass die Tatsache, ob sich die Praxis des Therapeuten auf dem Lande (< 100 000 Ew.) oder in der Großstadt (> 100 000 Ew.) befindet, erheblichen Einfluss auf die Wahl des Verfahrens ($p = 0.001$) hat. AP kommen zu 70,4 % im großstädtischen Bereich zur Anwendung.

Wenn wir nun versuchen, die verschiedenen Variablen im Rahmen einer Regressionsanalyse in ihrer Bedeutung für die Wahl des Therapieverfahrens abzuschätzen, so zeigt sich in Tab. 15, dass der Praxisort des Therapeuten, das Alter des Patienten und auch seine Schulbildung von Bedeutung sind. Weitere logische Regressionen unter Einbeziehung klinischer Variablen zeigen, dass klinische Faktoren keinen wesentlichen Einfluss auf die Therapieentscheidung zu nehmen scheinen.

Tabelle 15 Logistische Regression

	B*	s	Wald	df	p	OR
Praxisort	-,624	,178	12,240	1	,000	,536
Therapeutenberuf	-,003	,007	,221	1	,638	,997
Schulabschluss	-,292	,168	3,024	1	,082	,747
Geschlecht Patient	-,166	,182	,826	1	,363	,847
Jahrgang	-,526	,202	6,771	1	,009	,591
Konstante	1,399	,562	6,199	1	,013	4,051

* B Regressionskoeffizient

2.4 Diskussion

Es handelt sich hier um eine erweiterte Untersuchung auf der nunmehr vollständigen Datengrundlage im Rahmen des MARS-Projektes. Eine frühere Veröffentlichung erfolgte auf einer noch schmalen Datenbasis (Lieberz et al. 2015) und konnte von daher keine ausreichende Grundlage für die Einschätzung der Situation in der RLPT bieten. Bei der Konzeption der Studie wurde von vornherein nicht davon ausgegangen, dass eine Repräsentativität der Daten für die RLPT erreichbar sein würde, dennoch bleibt festzuhalten, dass es sich hier um den bisher größten Datenpool für die RLPT handelt. Aus verschiedenen Gründen müssen Vorbehalte hinsichtlich der Validität der Daten angebracht werden. (Lieberz et al. 2010) Dies gilt für die indirekte Datenerhebung ebenso wie für die Einschätzung der Schwere der Störungen mittels des BSS seitens des Gutachters.

Das wesentlichste Ergebnis der früheren Untersuchung kann mit der jetzigen Untersuchung bestätigt werden. Das klinische Bild des Patienten scheint keinen wesentlichen Einfluss auf die Therapiewahl auszuüben. Dies gilt jedenfalls für die

Berücksichtigung solcher Variablen wie Suizidalität, Suchtverhalten, Vorliegen somatischer Erkrankungen, oder der Einschätzung des Schweregrades der Störung über den BSS. Absolut gesehen werden Patienten mit Vorbehandlungen zwar wesentlich eher einer TfP zugeführt, relativ gesehen finden sich allerdings Patienten mit ambulanter psychotherapeutischer Vorbehandlung deutlich häufiger in AP (53,9% vs 43,3%). Dies könnte insofern einen Sinn ergeben, als bei weniger aufwendigen Vorbehandlungen mit begrenztem Therapieergebnis nun eine AP für notwendig gehalten wird.

Folgt man dem Kodierverhalten der Therapeuten, dann ist zunächst auf einige früher bereits gemachte Einschränkungen in dieser Hinsicht aufmerksam zu machen (s. Kapitel II.1). Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass im Rahmen der RLPT bei den psychodynamischen Verfahren zwischen »wahrer Morbidität« und »kodierter Morbidität« erhebliche Unterschiede bestehen. Suchterkrankungen werden von den Therapeuten ebenso wenig festgehalten wie eine etwaige somatische Komorbidität. Die meisten Therapeuten beschränken sich trotz hinreichend belegter ausgedehnter Komorbidität zudem auf die Angabe einer einzigen ICD-Diagnose. Dabei lassen sich unterschiedliche Kodiergewohnheiten bei Psychoanalytikern und Tiefenpsychologen feststellen. Psychoanalytiker geben in hohem Prozentsatz keine ICD-Diagnose an. Dies mag damit zusammenhängen, dass in dieser Gruppe der Psychotherapeuten die Vorbehalte hinsichtlich der ICD-Diagnostik wegen der damit verbundenen Unzulänglichkeiten besonders ausgeprägt sind (Hohage 2001). Die vorliegenden Ergebnisse zur klassifikatorischen Einordnung der Störungsbilder müssen also mit einigen Vorbehalten betrachtet werden.

Die Diskrepanz zwischen Einschätzung des Schweregrades des Störungsbildes im BSS und der häufigeren Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bei Patienten in analytischer Psychotherapie kann daher nicht als Beleg dafür angesehen werden, dass schwerer kranke Patienten eher in eine analytische Behandlung genommen werden. Dagegen könnte auch sprechen, dass eher gut gebildete männliche Patienten ein solches Therapieangebot bekommen. Denkbar wäre, dass weniger die Schwere des Krankheitsbildes oder die Tiefe der persönlichkeitsstrukturellen Verankerung der Symptomatik ausschlaggebend für die Wahl des Therapieangebotes ist, als dass hier vielmehr die Diagnose der Therapiewahl folgt und daher »strategischer« Natur ist. So könnten Therapeuten, die eine tiefenpsychologische Behandlung anbieten, eher dazu neigen, persönlichkeitsstrukturelle Einschränkungen des Patienten nicht zu sehr zu betonen, weil sie die Befürchtung haben, dass sie sonst im Rahmen des GAV Schwierigkeiten bekommen (ob zu Recht oder zu Unrecht soll hier nicht diskutiert werden) (Rudolf 2010). Umgekehrt könnten Psychoanalytiker zur Begründung ihres Behandlungsangebotes die Unterstreichung durch eine entsprechende F6-Diagnose nach ICD 10 heranziehen.

Die anderen hier vorgestellten Ergebnisse sind weniger überraschend. Die Wahl der Therapieform hängt in erster Linie davon ab, dass Patient und Therapeut

eine wirkliche Wahl haben. Dies ist zum einen von regionalen Besonderheiten abhängig und wohl nur in Großstädten wirklich realisierbar. Zum anderen hängt es davon ab, dass auch der Therapeut hinsichtlich der ihm zur Verfügung stehenden Therapieoptionen alle psychodynamisch-psychotherapeutischen Möglichkeiten besitzt.

Da dies nur bei den psychoanalytisch ausgebildeten Psychotherapeuten der Fall ist, wollen wir die in dieser Hinsicht besonders interessante Gruppe der Psychoanalytiker bezüglich ihres differenzialindikatorischen Verhaltens im folgenden Abschnitt gesondert untersuchen. In Anbetracht der Voraussetzungen, die ein Patient für eine analytische Psychotherapie mitbringen muss, ist es auch nicht verwunderlich, dass der mehrfach belegte Einfluss des Bildungsgrades für die Behandlungsform mitbestimmend ist (Rudolf et al. 1987, Rüger et al. 1997, 1999). Da Bildung und persönlichkeitsstrukturelle Festigkeit aus verschiedenen Gründen eng zusammenhängen, kann dies als ein konsistenter Hinweis darauf angesehen werden, dass analytische Psychotherapie nach wie vor einer Gruppe mittelschwer beeinträchtigter Patienten vorbehalten ist. In Anbetracht der therapeutischen Fortentwicklungen könnte allerdings auch angenommen werden, dass schwer beeinträchtigte Patienten heute bevorzugt in eine modifizierte analytische Psychotherapie genommen werden, womit Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Gruppen verwischt werden könnten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Ergebnisse darauf hinweisen, dass die klinischen Voraussetzungen des Patienten keinen entscheidenden Einfluss auf die gewählte Therapieform im Rahmen der RLPT zu haben scheinen. Nach Einschätzung des Gutachters werden zudem in etwa der Hälfte der Antragsberichte entweder keine differenzialindikatorischen Überlegungen angestellt oder es müssen erhebliche Zweifel an den differenzialindikatorischen Erwägungen angebracht werden. Es muss weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben zu klären, ob dieses bedenkliche Ergebnis darauf zurückzuführen ist, dass die hier zugrunde gelegten Therapeutenberichte die Feinheiten der Differenzialindikation nicht wiedergeben oder das Dokumentationssystem ein zu grobes Raster ist, um die Differenzialindikation zu erfassen. Ebenfalls denkbar wäre, dass hier die Mängel in der Erforschung differenzialindikatorischer Kriterien deutlich werden, und dass unter diesen Bedingungen mangelnder valider Abgrenzungskriterien letztlich die Rahmenbedingungen (Gesetzeslage, Finanzen) durchschlagen und das praktische Vorgehen bestimmen.