

3 Die Indikationsentscheidung analytischer Psychotherapeuten: zwischen tiefenpsychologischer und analytischer Psychotherapie

KLAUS LIEBERZ , LUCIE ADAMEK ,
BERTRAM KRUMM

3.1 Einführung

Wie im vorhergehenden Abschnitt bereits dargelegt, ist die Gruppe der psychoanalytisch weitergebildeten Therapeuten hinsichtlich der Indikationsentscheidung von besonderem Interesse, da nur diese Gruppe verschiedene Therapieoptionen besitzt und zwischen einem tiefenpsychologischen (TFP) oder einem Analytischen Ansatz (AP) entscheiden kann. Die Sinnhaftigkeit dieser Regelung soll hier nicht diskutiert werden, sie ist in erster Linie historisch gewachsen. Ob analytisch weitergebildete Psychotherapeuten tatsächlich für beide Vorgehensweisen (TFP und AP, in ET und GT) gut gerüstet sind, ist schwer auszumachen. Tatsache ist, dass die psychoanalytischen Weiterbildungsinstitute in den letzten zwei Jahrzehnten hier erhebliche Veränderungen in der Einstellung und im praktischen Unterricht und Training durchlaufen haben. Der Vorteil einer psychoanalytischen Grundausbildung besteht auf jeden Fall darin, dass auf dieser Basis eher die im Einzelfall günstigste Indikationsentscheidung erwogen und erlassen werden kann. Die gutachterliche Praxis weist darauf hin, dass »Psychoanalytiker« häufig psychodynamisch ausgefeiltere Berichte einreichen als die tiefenpsychologisch orientierten Therapeuten. Nicht so selten scheinen die Psychoanalytiker dafür Schwierigkeiten damit zu haben, sich »kurz zu fassen« und somit die Grundlage für eine erfolgversprechende TFP darzustellen. Andererseits scheint TFP-Therapeuten manchmal der Blick für die Notwendigkeit angemessenen regressionsfördernden Vorgehens zu fehlen, weshalb sie leicht Gefahr zu laufen scheinen, diesen Mangel mit einem bunten Mix an Techniken zu kompensieren. Dabei geht dann auch leicht einmal die notwendige Besinnung auf die durch derartige Techniken bedingte Einflussnahme auf das psychodynamische Geschehen in der Therapie verloren (Stichwort: EMDR, Lieberz 2014).

Von der Möglichkeit zur Auswahl zwischen verschiedenen psychodynamischen Behandlungsmöglichkeiten abgesehen, kann indes nicht ohne Weiteres davon aus-

gegangen werden, dass die Psychoanalytiker eine homogene Gruppe darstellen würden. Unabhängig vom Grundberuf betrachten sich einige als eigenständige Berufsgruppe, andere sehen in der Psychoanalyse eher ein zusätzliches Werkzeug für die Behandlung ihrer Patienten. Die meisten sehen die im Rahmen der RLPT realisierte analytische Psychotherapie pragmatisch als einen gangbaren und ausreichenden Weg, es gibt aber auch einige wenige, die der »tendenzlosen« und unbegrenzten »Psychoanalyse« anhängen und sich deshalb mit den vorgegebenen Begrenzungen in der RLPT schwertun. Die ärztlichen Psychoanalytiker besitzen zudem die Möglichkeit der Einbeziehung einer alleinigen oder auch unterstützenden medikamentösen Behandlung bei ihren Patienten, die Erfahrung zeigt aber, dass sie in dieser Hinsicht doch eher zurückhaltend sind. Nicht unwesentlich ist allerdings, dass auch der organisatorische Rahmen einer Praxis für ärztliche Psychoanalytiker deutlich anders gestaltet werden kann. Sie können sich als Fachärzte für Psychosomatische Medizin, Psychiatrie oder auch z. B. Innere Medizin niederlassen und haben damit ein erheblich breiteres Zugangsspektrum zu Patienten und Behandlungsmöglichkeiten. Die Indikationsstellung in einer solchen Arztpraxis sieht außerdem anders aus als in einer rein psychotherapeutischen Praxis mit Bestellsprechstunde. Jeder Patient der »reinschneit«, muss irgendwie versorgt werden, entweder in der eigenen Praxis oder per Überweisung an einen anderen ärztlichen oder psychologischen Therapeuten. In einer solchen Praxisform wird mit einiger Wahrscheinlichkeit ein breiteres Behandlungsangebot vorgehalten und durchgeführt als in einer sehr spezialisierten psychotherapeutischen oder gar psychoanalytischen Praxis.

Von daher ist zu bedenken, dass die Psychoanalytiker zwar im Rahmen der RLPT die gleichen aufgezeigten Behandlungsoptionen besitzen, sie aber, sofern sie eine rein psychotherapeutische Praxis führen, eher am Ende der Behandlungskette stehen. Dabei ist anzunehmen, dass die Therapeuten in einer rein psychotherapeutisch-psychoanalytisch ausgerichteten Praxis andere Patienten zu sehen bekommen oder auch aussuchen als die anderen Therapeutengruppen. Es müsste jedenfalls damit gerechnet werden, dass diese Therapeuten am ehesten auch AP durchführen möchten und sich dafür geeignete Patienten aussuchen. Jeder erfahrene Therapeut weiß, dass diese Patientenselektion vom Therapeuten bereits beim ersten Telefongespräch vorgenommen wird. Die kommunikativen Fähigkeiten oder Einschränkungen des Patienten werden hier zumeist schon sehr deutlich und lassen erkennen, ob dieser Patient für eine AP geeignet sein könnte. In Verbindung mit wenigen sozialen Kenndaten ist dann möglicherweise sehr schnell die Entscheidung gefallen, ob dieser Patient ein Gesprächsangebot in den nächsten Wochen oder Monaten bekommt. An diesen Sachverhalten werden auch die neuesten Veränderungen in der RLPT mit Sprechstunden und Akuttherapien wenig ändern.

So gesehen ist es auch nicht verwunderlich, dass von den zahlenmäßig eher in der Minderheit befindlichen Psychoanalytikern auch weniger Therapien be-

antragt werden. Gleichwohl ist das Verhalten der Psychoanalytiker hinsichtlich der Indikationsstellung trotz der ausgeführten Einschränkungen auch deshalb interessant, weil in den letzten Jahrzehnten das analytische Behandlungsspektrum deutlich ausgeweitet wurde, und infolgedessen wesentlich eher auch Patienten mit stärkeren Abhängigkeitspathologien in Behandlung genommen werden. Da diese ein modifiziertes analytisches Vorgehen notwendig machen, ist die Grenzziehung zwischen tiefenpsychologischen und modifizierten analytischen Psychotherapien weiter aufgeweicht worden. Dies bringt Vorteile für den Patienten wie auch für den Therapeuten. Der Patient profitiert davon, dass er bei einem entsprechend ausgebildeten Therapeuten in Behandlung ist, der sich der Pathologie des Patienten mit einem tieferen Verständnis widmen und dabei auch besser die übertragungsbedingten Behandlungsschwierigkeiten auffangen kann. Zudem steht den beiden ein größeres Behandlungskontingent zur Verfügung, das ggf. auch einen längerfristigen Behandlungsplan oder auch, im Bedarfsfall, höherfrequente Behandlungsabschnitte ermöglicht. Auf jeden Fall erschwert dieser Sachverhalt den Nachvollzug der Indikationsentscheidung, weil ein analytischer Psychotherapeut im Zweifelsfall sich eher für eine längerfristige und auch »bequemere« Vorgehensweise entscheiden wird.

Aus diesen Vorüberlegungen ergibt sich folgende Fragestellung: Welche Entscheidungskriterien hinsichtlich der Therapiewahl lassen sich bei den Psychoanalytikern ausmachen?

Damit sind folgende Null-Hypothesen verbunden: Bei den analytischen Psychotherapeuten besteht

- H₁ kein Unterschied hinsichtlich soziodemografischer Variablen bei den beiden Patientengruppen in TfP und AP,
- H₂ kein Unterschied hinsichtlich klinischer Variablen,
- H₃ kein Unterschied hinsichtlich des Beeinträchtigungsschweregrades und
- H₄ kein Unterschied hinsichtlich der biografischen Vorbelastung.

3.2 Methodik und Ergebnisse

Das methodische Vorgehen ist in den vorhergehenden Abschnitten ausführlich beschrieben worden; es kann deshalb hier ausgespart werden. Grundlage ist wiederum die Gruppe von $n = 1005$ Patienten, von denen Therapieanträge bei entsprechend vielen Therapeuten gestellt wurden. Von diesen Therapeuten waren 274 (27,3%) als psychoanalytisch qualifiziert ausgewiesen. Männlichen Geschlechts waren 125 psychoanalytisch tätige Behandler, 143 waren Frauen (bei 6 Therapeuten waren die Angaben nicht zuzuordnen).

3.2.1 Soziodemografische Variable

Die Psychoanalytiker beantragten Behandlungen bei 82 männlichen (30,6 %) und 189 weiblichen (69,4 %) Patienten (bei einem Patienten konnte keine Geschlechtszuordnung vorgenommen werden, bei zwei weiteren ist die Behandlungsform unklar). Von diesen Patienten hatten 119 (50,2 %) eine Schulbildung auf dem Niveau des Abiturs (Fachabiturs), 118 (49,8 %) hatten eine schulische Qualifikation unterhalb dieses Abschlusses (bei 35 Patienten konnte der Schulabschluss nicht zugeordnet werden, bei 2 Patienten ist die Behandlungsform unklar). Die Patienten waren im Mittel 47,7 Jahre alt, mit einer Spanne zwischen 23 und 80 Jahren. Die Mehrzahl der Behandlungen (64,0 %) sollten im großstädtischen Bereich (>100 000 Einwohner) stattfinden; entsprechend geringer war der Anteil beantragter Therapien im ländlich-kleinstädtischen Umfeld (36 %).

Betrachten wir uns nun die beantragten Therapien bei den Patienten, die eine Behandlung bei einem psychoanalytisch ausgerichteten Behandler suchten. Von den insgesamt beantragten 274 Therapien wurden 208 (75,9 %) als analytische Psychotherapien konzipiert, lediglich 64 (23,4 %) Patienten wurden für eine TFP vorgesehen (bei 2 Patienten konnte keine Zuordnung erfolgen). Für eine AP waren 62 Männer (30 %) und 145 Frauen (70 %) zugeteilt; diese Zahlenverhältnisse unterscheiden sich nicht von denen bei den TFP-Patienten. Wird das Geschlecht des Therapeuten in die Betrachtung einbezogen, dann sehen wir, dass bei den männlichen Psychoanalytikern 104 Patienten (83,2 %) für eine AP vorgesehen wurden, lediglich 16,8 % für eine TFP. Bei den weiblichen analytischen Therapeuten finden wir dagegen »nur« 100 (69,9 %) der Patienten für eine AP reserviert, während 43 (30,1 %) eine TFP erhalten sollten. Dieser Unterschied ist sehr signifikant (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16 Geschlecht des Therapeuten und Behandlungsform

		TFP/AP-Behandlung	
		TFP	AP
Therapeut*in: Geschlecht	männlich	21 16,8 %	104 83,2 %
	weiblich	43 30,1 %	100 69,9 %
Gesamt		64 76,1 %	204 23,9 %

bei n = 6 k. A.; Chi Quadrat 6,461; df 1; p = 0,014

Unter den soziodemografischen Variablen bedarf neben dem Geschlecht vor allem auch der Bildungsstand unserer besonderen Aufmerksamkeit. Von den für eine AP vorgesehenen Patienten weisen 103 einen Bildungsabschluss auf Abiturniveau auf (56,3%), während bei den TFP-Patienten lediglich 16 Patienten oder 29,6% einen solchen Abschluss besitzen (siehe Tabelle 17). Anders formuliert, über 70% der für eine TFP vorgesehenen Patienten eines analytischen Psychotherapeuten besitzen einen eher niedrigen Schulbildungsabschluss. Dieser Unterschied ist sehr signifikant.

Tabelle 17 Bildungsabschluss

		TFP-/AP-Behandlung	
		TFP	AP
Bildung	(Fach-)Abitur	16 29,6%	103 56,3%
	kein (Fach-)Abitur	38 70,4%	80 43,7%
Gesamt		54 100,0%	183 100,0%

Bei n = 37 k. A.; Chi-Quadrat 11,850; df 1; p = 0,001

Patienten, die für eine AP vorgesehen werden, sind im Schnitt auch deutlich jünger als Patienten, bei denen eine TFP zur Anwendung kommen soll (MW 46,4 vs. 52,1). Der Altersunterschied erweist sich im T-Test mit einem T von 3,250 und df 95 mit einem p = 0,002 als sehr signifikant.

Die Mehrheit (71,2%) der beantragten AP wird im großstädtischen Bereich beantragt, während knapp 60% der vorgesehenen TFP-Behandlungen im ländlich-kleinstädtischen Raum stattfinden sollen. Auch dieser Unterschied ist mit p = 0,001 sehr signifikant.

3.2.2 Klinische Variablen

Ein erster Blick auf die beschriebene oder deutlich werdende psychische/psychosomatische Symptomatik lässt zwischen den beiden Patientengruppen keine wesentlichen Unterschiede erkennen. Weder im Bereich des Vorhandenseins etwaiger psychischer oder psychosomatisch-funktioneller Beschwerden einschließlich früherer Suizidalität und möglicher Suchttendenzen noch im Bereich einer etwaigen somatischen Komorbidität sind zwischen den beiden Gruppen entscheiden-

de Unterschiede aufzufinden. Auch der Summenwert im BSS gibt keine Hinweise auf die differenzialindikatorischen Entscheidungsprozesse. Allerdings zeigen sich bei näherer Betrachtung der BSS-Beurteilung doch interessante Marker. So scheint die Gruppe der TFP-Patienten eine ausgeprägtere psychogen bedingte körperliche Symptomatik aufzuweisen. 38 von 64 Patienten (59,4 %) dieser Gruppe zeigen ein deutliches bis starkes (21,9 %) körperliches Beschwerdebild, während in der Untergruppe der AP-Patienten von insgesamt 208 Patienten 119 Patienten (57,2 %) zwar auch eine körperliche Symptomatik aufweisen, aber nur in 9,1 % der Fälle einen stark ausgeprägten Beeinträchtigungsgrad auf dieser Subskala des BSS. Dieser Unterschied erweist sich im Chi-Quadrat-Test mit Chi-Quadrat = 7,809 bei einer df von 3 mit einem $p = 0,05$ als signifikant.

Noch richtungsweisender sind die Ergebnisse auf der Subskala der sozialkommunikativen Beeinträchtigung des BSS. Hier treten bei 34 von 64 TFP-Patienten (53,1 %) deutliche bis extreme Beeinträchtigungen zutage, während das Ausmaß dieser Einschränkungen in der Gruppe der AP-Patienten wesentlich ausgeprägter und einschneidender zu sein scheint. Von den 208 für eine AP vorgesehenen Patienten weisen 129 (62 %) deutliche und starke Behinderungen auf. Wie sich zeigt, ist der Unterschied zwischen den beiden Gruppen sehr signifikant (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18 Behandlungsgruppe und sozialkommunikative Beeinträchtigung im BSS

		TFP-/AP-Behandlung	
		TFP	AP
Prävalenz Jahr: sozialkommuni- kativer Beein- trächtigungsgrad	gar nicht	9 14,1 %	10 4,8 %
	geringfügig	21 32,8 %	69 33,2 %
	deutlich	20 31,3 %	82 39,4 %
	stark	10 15,6 %	45 21,6 %
	extrem	4 6,3 %	2 1,0 %
Gesamt		64 100,0 %	208 100,0 %

Bei $n = 2$ k. A.; Chi-Quadrat 13,954; df 3; $p = 0,008$

3.2.3 Biografische Variablen

Die Vergleichbarkeit zwischen beiden Gruppen hinsichtlich der biografischen Vorbelastung wurde hier auf die Erfassung der beschriebenen Items im eingeschränkten Risiko-Index begrenzt. Bei der Betrachtung des Ausmaßes der Risikobelastung ergeben sich bei den beiden Patientengruppen keine Unterschiede.

3.2.4 Zusammenfassende Betrachtung

Die hier aufgezeigten Variablen wurden abschließend im Rahmen einer Regressionsanalyse auf ihre Wertigkeit hinsichtlich der differenzialindikatorischen Entscheidungen dieser speziellen Therapeutengruppe der analytischen Psychotherapeuten untersucht. Vor allem regionale und soziodemografische Variablen sind für die Patientenzuweisung entscheidend (siehe Tabelle 19). Klinische Variablen und der hier grob erfasste biografische Hintergrund der Patienten scheint dagegen nur eine sehr untergeordnete Rolle in diesem Zuweisungsprozess zu spielen. Hier scheint vor allem der Schulabschluss von größerer Bedeutung zu sein.

Tabelle 19 Regressionsanalyse

Variablen in der Gleichung						
	B*	s	Wald	df	p	OR
Geschlecht Therapeut	-,428	,345	1,532	1	,216	,652
Schulabschluss	-,731	,365	4,014	1	,045	,481
Wohnort	-1,213	,350	12,015	1	,001	,297
Jahrgang	0,027	,015	3,346	1	,067	1,028
BSS Soko	0,110	,190	,338	1	,561	1,117
BSS Körperl.	-0,060	,194	,094	1	,759	,942
Konstante	2,892	1,448	3,988	1	,046	18,034

* B Regressionskoeffizient

3.3 Diskussion

Die Einbeziehung von 274 (27,3%) analytisch ausgebildeten Therapeuten ärztlicher und psychologischer Herkunft ist im hier zugrunde liegenden Untersuchungszeitraum durch die vorgenommene Auswahl (jeder eingegangene AP-Antrag wurde

berücksichtigt bis eine hinreichende Anzahl an Anträgen erreicht war) vielleicht nicht gänzlich repräsentativ, scheint aber unter Berücksichtigung der KBV-Daten aus 2019 auch nicht ungewöhnlich hoch ausgefallen zu sein. Die mit diesem Vorgehen gegebene Anzahl an Behandlungsanträgen durch eben diese Therapeutengruppe ermöglichte jedenfalls erst die jetzige Untersuchung. Es lässt sich zunächst feststellen, dass psychoanalytisch weitergebildete Psychotherapeuten in erster Linie analytische Psychotherapien durchführen. Dies ist an sich nicht überraschend und zudem natürlich auch erfreulich, kommen sie damit doch auch der ihnen zugewiesenen Aufgabe nach, das vorhandene Behandlungsspektrum an psychotherapeutischer, hier psychodynamischer Verfahrensmethodik auch in seiner ganzen Breite anzubieten und durchzuführen.

Die eingangs skizzierte Vielfalt in der hier untersuchten Therapeutengruppe der Psychoanalytiker kann mit dem genutzten Ansatz nicht abgebildet werden. Dies bedürfte nicht nur der Einbeziehung einer wesentlich größeren Zahl psychoanalytisch weitergebildeter Therapeuten, sondern auch der gesonderten Erfassung der jeweiligen Praxisorganisation. Im Moment kann auf Grundlage des hier vorliegenden Datensatzes sicher nicht die Versorgungsbreite dieser Therapeutengruppe dargestellt werden, zumal damit zu rechnen ist, dass sich je nach individueller Praxisgestaltung die Patientenauswahl auch bei diesen Therapeuten sehr unterschiedlich ausnehmen kann, und damit gegenläufige Trends die Ergebnisse verzerren.

Die hier dargelegten Ergebnisse verfestigen den Eindruck, dass die diagnostische Einordnung der Patienten und der sich daraus ableitende Behandlungsplan einer »strategischen« Ausrichtung im Rahmen des GAV folgt. Dafür spricht jedenfalls die Tatsache, dass letztlich weniger die klinischen Eindrücke als vielmehr soziodemografische Faktoren wie Alter, Bildung und Geschlecht sowie die regionale Zugänglichkeit entscheidend für die Wahl des Therapieverfahrens sind. In diese Richtung weisen auch die gutachterlichen Zweifel an der Stimmigkeit der Behandlungsplanung in knapp mehr als der Hälfte der Anträge. Insbesondere die beschriebene Psychodynamik scheint häufig nicht zum Therapieplan zu passen. Sie wird hier vom Gutachter in über 60 % der Berichte als wenig plausibel eingeschätzt. Dies stimmt mit den von Lieberz und Seiffge (2011) beschriebenen Ergebnissen im Rahmen des Obergutachterverfahrens überein, wobei zu berücksichtigen ist, dass nur ein kleiner Teil der beanstandeten Berichte zu einer Ober-/Zweitbegutachtung Anlass gibt.

Auf der anderen Seite lassen die Ergebnisse auf der körperlichen und sozial-kommunikativen Skala des BSS erkennen, dass klinische Variablen bei der differenzialindikatorischen Entscheidung dieser Therapeuten nicht ohne Bedeutung sind. Patienten mit starker, psychogen bedingter körperlicher Symptomatik (Lieberz et al. 2013), insbesondere herzbezogener Symptomatik, werden im hier verfolgten Zusammenhang eher für eine TfP vorgesehen. Die oft hartnäckige körper-

liche Symptomfixierung dieser Patienten erscheint in diesem Rahmen wohl auch den psychoanalytisch ausgerichteten Therapeuten besser zugänglich.

Auf die besonderen Diagnostiziergewohnheiten dieser Behandlergruppe wurde bereits hingewiesen. Sie stehen den aktuellen Klassifikationsbemühungen wie sie sich z.B. in der ICD 10 niedergeschlagen haben, distanziert gegenüber und sind verfahrenskonform eher reserviert und skeptisch gegenüber einer »symptomspezifischen« Vorgehensweise (Hohage 2001, Rudolf 2001). Ihr Augenmerk ist biographisch angelegt und damit entwicklungsbezogen; es liegt eher auf den symptomgründenden persönlichkeitsstrukturellen Beeinträchtigungen der Patienten und dem damit verbundenen generellen Funktionsniveau als auf aktuellen Ausprägungen der einen oder anderen Symptomatik. Diese Sichtweise wird durch die Ergebnisse der epidemiologischen Langzeituntersuchungen der Mannheimer Kohortenstudie (MKS) gestützt (Schepank 1987, Franz et al. 2000, Lieberz et al. 2011). Danach bleibt bei wechselndem Symptombild über die Jahre die Beeinträchtigungsschwere der untersuchten Probanden weitgehend konstant.

Natürlich schließt eine solche Betrachtungs- und Herangehensweise nicht aus, dass im Einzelfall zunächst auch in einem psychodynamischen Ansatz symptomzentriert gearbeitet werden muss, z.B. bei einer Alkoholabhängigkeit, damit dann im Laufe der Zeit und mit zunehmender Stabilisierung andere Ansatzpunkte zunehmend in den Vordergrund rücken können. Es mag also dieser besonderen diagnostischen Herangehensweise geschuldet sein, dass wir bei den Patienten, die hier für eine AP vorgesehen worden sind, auch deutlich häufiger persönlichkeitsstrukturelle Beeinträchtigungen beschrieben sehen, wie sie sich dann auch in der Beurteilung des Gutachters auf der sozialkommunikativen Skala des BSS niederschlagen. Da die Einschätzungen des Gutachters gerade auch auf dieser Skala nicht allein auf die Beschreibungen des Therapeuten gründen, sondern sehr häufig auch auf externe Arzt- und Klinikberichte wie auch auf Unterlagen der Krankenkassen, spricht einiges dafür, dass diese Patientengruppe entsprechende Voraussetzungen für eine weiterreichende AP mitbringt. Dafür könnte auch sprechen, dass diese Patienten häufiger bereits Vorbehandlungen aufzuweisen haben, die offenbar kein ausreichendes Therapieergebnis erbracht haben, und es deshalb jetzt sinnvoll erscheinen lässt, diese Behandlungsoption einzusetzen. Ebenso denkbar wäre, dass wir es mit zwei verschiedenen Patientengruppen zu tun haben. Wir könnten also annehmen, dass eine eher bildungsstarke (und damit zumeist auch persönlichkeitsstrukturell gefestigte) Teilgruppe für eine analytische Psychotherapie unter Standardbedingungen vorgesehen wird, während eine eher andere, persönlichkeitsstrukturell stärker beeinträchtigte Gruppe (häufiger auch mit Vorbehandlungen) dann wohl zumeist für eine modifizierte AP reserviert werden könnte. Ob dieser Befund letztlich eher als Artefakt im Rahmen des GAV oder als differenzialindikatorisch richtungsweisend gelesen werden sollte, kann nur mit weiterführenden Untersuchungen bei gezielter Fragestellung beantwortet werden.

Abschließend ist also festzuhalten, dass Psychoanalytiker am ehesten AP durchführen. Die dafür vorgesehenen Patienten scheinen durchaus der besonderen Indikationsgruppe vornehmlich depressiv gestörter, eher mittelschwer beeinträchtigter, aber wenig kommunikationsscheuer Menschen zu entsprechen. Berücksichtigung finden sollten dabei allerdings auch die Ergebnisse zur geschlechtsabhängigen Therapeutenwahl. Auch für diese besondere Therapeutengruppe scheint bedeutsam zu sein, dass die Therapeuten- und damit auch die Verfahrenswahl vor allem entlang der Geschlechtsidentität verläuft. Männer suchen sich bevorzugt männliche Therapeuten (sofern sie welche finden können), weibliche Patienten suchen sich bevorzugt weibliche Therapeuten. Auf diese besondere Frage der Therapeutenwahl wird in einem späteren Kapitel noch genauer eingegangen werden (Kap. II.8).