

6 Biografische Risikobelastung und Beeinträchtigungsschweregrad als Prädiktoren der Behandlungsplanung in der Richtlinien-Psychotherapie: psychodynamische Verfahren

KLAUS LIEBERZ , LUCIE ADAMEK ,
KLARA A. MATHES , BERTRAM KRUMM

6.1 Einleitung

Die Erfassung der biografischen Vorerfahrungen des Patienten gilt für jeden Psychotherapeuten, insbesondere aber auch für die psychodynamisch ausgerichteten, als essenzieller Zugang zum Patienten und als Grundlage seiner Tätigkeit. Allerdings ist bis heute unklar, wie weit das biografisch fundierte Verständnis für den Patienten in der alltäglichen psychotherapeutischen Praxis unter den Rahmenbedingungen der in Deutschland geltenden Richtlinien-Psychotherapie (RLPT) reicht. Rüger et al. (1996, 1997) haben als Erste versucht, mit der Entwicklung des Göttinger-Biografie-Inventars und seiner Anwendung auf die Therapeutenberichte in der RLPT auszuloten, mit welchem Biografieverständnis die Psychotherapeuten in die beantragte tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie starten. Das Ergebnis war einigermaßen ernüchternd. Einige Jahre später haben Lieberz et al. (2011) nach zwischenzeitlichen einschneidenden Veränderungen der Rahmenbedingungen (sog. Psychotherapeutengesetz) mit der MARS-Studie einen weiteren Anlauf genommen, um die Informationsdichte in den Therapeutenberichten zu den biografischen Vorerfahrungen der Patienten zu erfassen. Es ließ sich feststellen, dass der bereits von Rüger et al. konstatierte Befund einer sehr eingeschränkten Berichterstattung hinsichtlich der Biografie der Patienten unverändert fortbestand. Weitere Befunde, die diesen Eindruck verdichten, wurden im vorhergehenden Kapitel vorgestellt. Auch wenn zu hoffen bleibt, dass sich in der Praxis die Biografieerfassung und das Verständnis für die Entwicklungsgeschichte des Patienten plastischer und differenzierter gestaltet als in der Berichterstattung, so sind aus wissenschaftlicher Sicht die Hinweise auf wesentliche Mängel in der Rezeption der Patientenbiografie nicht ausgeräumt und die diesbezüglich beste-

henden Sorgen durch weitere Entwicklungen (Veränderungen des Leitfadens PTV) eher verstärkt worden.

Hier ist zunächst auf die in den letzten dreißig Jahren verstärkte Hinwendung des Interesses auf frühe Abhängigkeitspathologien und die damit verbundene Ausweitung des Indikationsspektrums für psychodynamische Psychotherapien hinzuweisen. So wertvoll die dabei gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit diesen Patientengruppen sind, so bedenklich sind doch die nach wie vor bestehenden diagnostischen Probleme und konzeptionellen Verwirrungen. Geht man von der Rezeption der Berichte zu den Therapieanträgen aus, so entsteht der Eindruck, dass mittlerweile mindestens jeder zweite Patient an einer »frühen Störung« leidet. Dies führt zu dem aus unserer Sicht bis heute bestehenden erheblichen Mangel an einer empirisch angelegten psychodynamisch orientierten Biografie-forschung. Aus den Psychotherapie-Berichten ergibt sich deshalb das eher bedenkliche Bild, dass die Therapeuten viele, meist vage und wenig gut fundierte Annahmen über schädliche frühkindliche Entwicklungsbedingungen machen. Gleichzeitig besteht aber ein erheblicher Mangel an der Berücksichtigung auch nur einigermaßen gesicherter harter Daten in Kindheit und Jugend. Lebensabschnitte jenseits der (stets als schädigend angenommenen) frühen Mutter-Kind-Interaktion (Schulzeit, Pubertät und frühes Erwachsenenalter, elterliche und nachelterliche Phasen, höheres Alter) mit ihren jeweils eigenen Herausforderungen und Eigentümlichkeiten werden kaum wirklich erfasst und in die psychodynamische Betrachtung aufgenommen.

Diese eher brüchigen und empirisch wenig gesicherten theoretischen Annahmen unterliegen zudem Einflüssen konkurrierender (oft aber viel stärker empirisch ausgerichteter) Strömungen mit ganz andersartigen Krankheitsmodellen. So ist insbesondere in Deutschland mit seiner hohen Dichte stationärer Behandlungseinrichtungen festzustellen, dass die jungen psychodynamisch ausgerichteten Psychotherapeuten dort mit einem »bunten Mix« von Vorstellungen groß werden, der sicher anregend, aber nicht immer gut mit psychodynamischen Modellvorstellungen vereinbar ist. So stehen insbesondere völlig vereinfachte Modellvorstellungen von der Langfristwirkung einzelner (angenommener oder auch verifizierter) früher Traumata auf die spätere Entwicklung und Psychopathologie des Patienten aktuell hoch im Kurs. Leider stehen diese doch sehr vereinfachten Vorstellungen nicht immer im Einklang mit der empirisch nur schwer zu erfassenden Komplexität menschlicher Entwicklungsbedingungen, was diesen Vorstellungen dann wieder sehr entgegenkommt (Dührssen und Lieberz 1999, Küchenhoff 1996, Lieberz 2016).

Insgesamt hat sich aus der Erfahrung jahrelanger Begutachtung psychodynamisch angelegter Therapeutenberichte im Rahmen der RLPT der Eindruck herauskristallisiert, dass hinsichtlich der Biografie oftmals wenig gesicherte Annahmen das Patientenverständnis leiten und dann auch zu nicht immer wirklich kompatiblen Behandlungsplänen führen. Die Rahmenbedingungen begünstigen sicher die

festzustellende »Flucht in die Theorie« und wenig konkrete Darstellung der Entwicklungsbedingungen und vor allem auch der aktuell zur Hilfesuche führenden Umstände (s. Kap. III.1).

Dieses kurze Resümee mag genügen, um zu verdeutlichen, warum es notwendig erscheint, die psychotherapeutische Praxis in ihrem hier (noch) geltenden Rahmen wissenschaftlich zu begleiten. Gerade die aktuellen Veränderungen des »Leitfadens« zur Berichterstellung weisen darauf hin, dass mit der Biografie eher »lästiges« Beiwerk beseitigt und Raum für jedwede Vereinfachung (der Vorstellungen wie auch der Praxis) gegeben werden soll. Wir möchten deshalb an dieser Stelle den sich aus den Therapeutenberichten ergebenden Informationen zur Biografie der Patienten weiter nachgehen und im Anschluss an die Fragen des vorangegangenen Kapitels dabei folgende Fragen beleuchten:

1. Besteht ein Zusammenhang zwischen der erfassten biografischen Belastungsschwere und der nachfolgenden Beeinträchtigungsschwere des Krankheitsbildes?
2. In welchem Zusammenhang steht die biografische Risikobelastung mit der nachfolgenden Therapieplanung?
3. Gibt es einen Zusammenhang zwischen Risikobelastung und Beeinträchtigungsschweregrad und der aktuellen Therapieplanung?

Die zugehörigen Null-Hypothesen wären wie folgt zu formulieren:

- H₁ Zwischen biografischer Risikobelastung und erfasster Beeinträchtigungsschwere besteht kein Zusammenhang.
- H₂ Zwischen biografischer Risikobelastung und der nachfolgenden Therapieplanung besteht kein Zusammenhang.
- H₃ Zwischen der Beeinträchtigungsschwere und der Therapiewahl besteht kein Zusammenhang.
- H₄ Zwischen der biografischen Risikobelastung sowie dem Beeinträchtigungsschweregrad und der Therapiewahl besteht kein Zusammenhang.

6.2 Material und Methodik

Grundlage der hier vorgelegten Ergebnisse sind die im Rahmen psychodynamischer Therapien erforderlichen Berichte zur Beantragung einer Richtlinien-therapie seitens der Psychotherapeuten. Berichte zu Anträgen auf Kurzzeittherapie und Fortführungsbehandlung wurden ausgeschlossen. Das hier verfolgte methodische Vorgehen wurde eingangs ausführlich beschrieben und soll deshalb hier nicht wiederholt werden.

Der Beeinträchtigungsschweregrad des jeweiligen Patienten wurde mit dem Beeinträchtigungs-Schwere-Score (Schepank 1995) erfasst. Dabei wurde so vorgegangen, dass die im Bericht beschriebene Symptomatik aufgenommen und auf der jeweiligen Achse des BSS geratet wurde. Zusätzlich wurden zur Einschätzung alle enthaltenen Informationen aus dem Gutachter vorliegenden Arztberichten und Krankenkassenunterlagen herangezogen. Dies geschah in der Vorstellung, dass diese Informationen von den Therapeuten aus »strategischen Gründen« leicht ausgelassen oder heruntergespielt werden könnten, um die Antragstellung für das gewählte Verfahren nicht zu gefährden. Eine somatische Komorbidität wurde unabhängig vom BSS festgehalten und vom Gutachter nach ICD 10 kodiert.

Zugang zur RLPT haben nur entsprechend weitergebildete Ärzte und Psychologen. Zugelassen sind aktuell zwei Behandlungsverfahren, nämlich die psychodynamischen Verfahren und die sog. Verhaltenstherapie. An dieser Stelle beschränken wir uns auf den psychodynamischen Zweig der RLPT. Hier haben die Therapeuten die Möglichkeit, zwischen einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TfP) im Einzel- oder Gruppensetting oder einer Analytischen Psychotherapie (AP) zu wählen, sofern sie überhaupt beide Behandlungsoptionen besitzen. Ein Großteil der Therapeuten hat nur eine Behandlungsoption, nämlich die einer TfP, ggf. zusätzlich noch die einer medikamentösen Behandlung (sofern sie ärztliche Psychotherapeuten sind). Deshalb ist die Behandlungsplanung nie unabhängig vom jeweils gewählten Psychotherapeuten (Arzt oder Psychologe, tiefenpsychologisch und/oder analytisch qualifiziert).

6.3 Ergebnisse

6.3.1 Beeinträchtigungs-Schwere-Grad (BSS) in der Gesamtgruppe

Die Erfassung des Beeinträchtigungsschweregrades mittels des BSS wird, einschließlich der mit dem Vorgehen verbundenen Limitationen, ausführlich in Lieberz et al. (2017) und im einführenden Methodik-Kapitel erörtert. An dieser Stelle soll deshalb für den Leser das Ergebnis der BSS-Beurteilung in der jetzigen MARS-Studie im Vergleich zur epidemiologischen Erfassung des Schweregrades der Beeinträchtigung mit psychogenen Störungen in der Allgemeinbevölkerung (MKS-Studie) lediglich als Hilfestellung dargestellt werden. Mit einem Mittelwert von 5,12 Punkten liegt die Beeinträchtigungsschwere erwartungsgemäß deutlich über dem Vergleichswert in der Allgemeinbevölkerung.

Zur weiteren Veranschaulichung wurde im Folgenden der Versuch unternommen, die Patienten anhand der Einschätzung im Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) in zwei unterschiedliche Gruppen einzuteilen, nämlich eine Gruppe mit eher

Abbildung 6 BSS-Summe MKS (A-Studie) und MARS-Studie im Vergleich

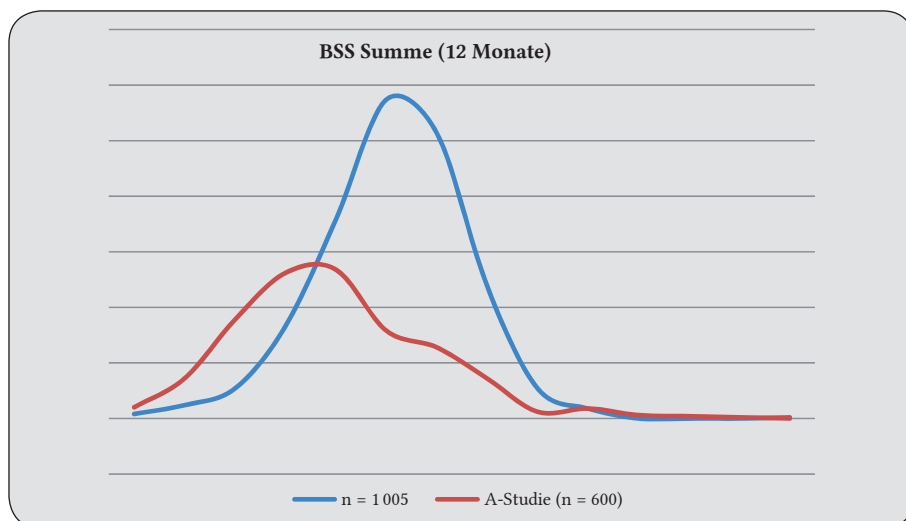


Tabelle 27 Beeinträchtigungsschwere im Vergleich einer klinischen Population (MARS) und der Allgemeinbevölkerung (MKS)

Prävalenz Jahr Summe	MARS-Studie (n = 1005)		MKS A-Studie (n = 600)	
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%
0	4	0,4%	10	1,7%
1	12	1,2%	36	6,0%
2	27	2,7%	89	14,8%
3	83	8,3%	131	21,8%
4	179	17,8%	134	22,3%
5	287	28,6%	79	13,2%
6	257	25,6%	64	10,7%
7	119	11,8%	36	6,0%
8	27	2,7%	6	1,0%
9	9	0,9%	9	1,5%
10	0	0,0%	3	0,5%
11	0	0,0%	2	0,3%
12	0	0,0%	1	0,2%
k.A.	1	0,1%	0	0,0%
Gesamt	1005	100,0%	600	100,0%

Tabelle 28 BSS – Extremgruppeneinteilung

Gruppe	BSS	Häufigkeit	Prozent
1	BSS \leq 4 (- Soko 3+)	296	65,6
2	BSS \geq 7	155	34,4
Gesamt		451	100,0

geringer Beeinträchtigung (Gruppe 1) und eine Gruppe mit hohem Beeinträchtigungsgrad (Gruppe 2).

6.3.2 Familiäre Belastung in den Extremgruppen

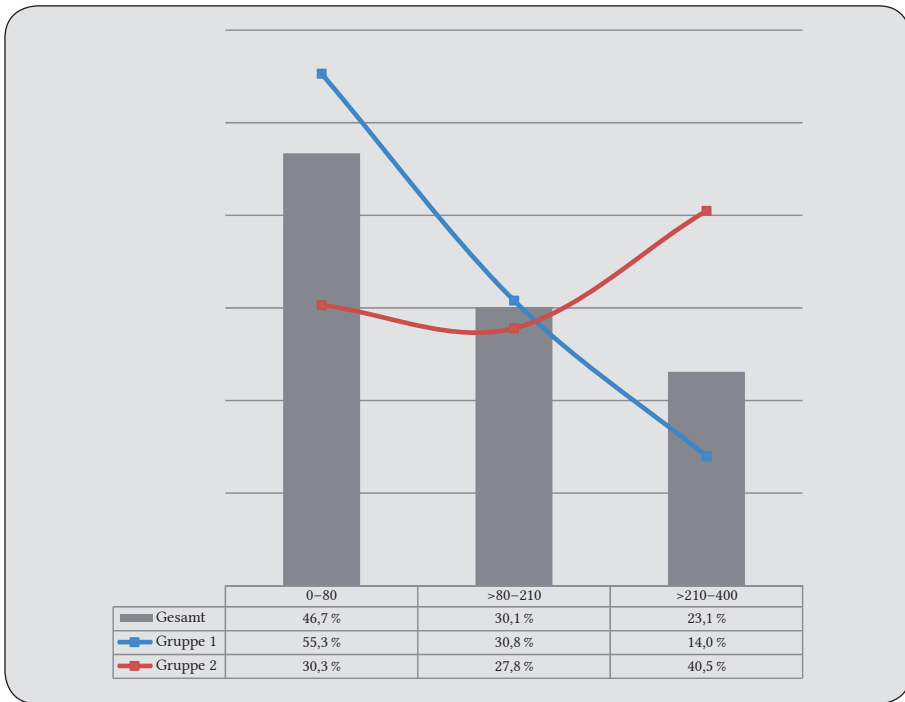
Wir haben sodann versucht, diese beiden Extremgruppen hinsichtlich ihrer biografischen Risikobelastung miteinander zu vergleichen. Betrachten wir zunächst die Ergebnisse hinsichtlich der erfassten Familienatmosphäre, so sehen wir deutliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen mit einer zu erwartenden wesentlich höheren Risikobelastung in der stark beeinträchtigten Gruppe im Vergleich mit der weniger stark beeinträchtigten Gruppe. Geringere bis keine Unterschiede ergeben sich dabei hinsichtlich der Belastung durch Erkrankung eines Familienmitgliedes wie auch hinsichtlich etwaiger Verwöhnungseinflüsse (siehe Tabelle 29).

Tabelle 29 Extremgruppen und belastete Familienatmosphäre

	Gruppe 1	Gruppe 2	Test	df	Signifikanz
Armut	40 (26,1%)	57 (65,5%)	Chi-Q 35,704	1	.001
Streit	50 (19,1%)	61 (50%)	Chi-Q 38,715	1	.001
Gewalt/Missbrauch	39 (13,7%)	70 (50,4%)	Chi-Q 65,453	1	.001
Vernachlässigung/ Verwahrlosung	48 (32,2%)	90 (85,7%)	Chi-Q 71,051	1	.001
Verwöhnung	18 (7,8%)	8 (6,1%)	Chi-Q		n. s.
Krankheit	76 (26,7%)	55 (37,4%)	Chi-Q 5,303	1	.027
Insgesamt belastet	175 (87,9%)	142 (100%)	Chi-Q 18,422	1	.001

Diesen Eindrücken sollen die Ergebnisse in Bezug auf die härteren Risikobelastungen beiseitegestellt werden. Auch hier zeigt sich ein sehr bedeutsamer Unterschied zwischen den beiden Extremgruppen. Erwartungsgemäß lässt sich bei der schwer beeinträchtigten Patientengruppe 2 eine deutlich höhere Risikobelastung als in der Vergleichsgruppe feststellen. Interessant ist allerdings, dass es auch in der Gruppe 2 einen hohen Anteil an Patienten gibt, die trotz ihrer schweren klinischen Beeinträchtigung keine entsprechende biografische Risikobelastung erkennen lassen, so wie es auch in Gruppe 1 einen immerhin über 10-prozentigen Anteil an Patienten gibt, der, jedenfalls nach den Beschreibungen des Therapeutenberichtes, keine schwerere Psychopathologie erkennen lässt.

Abbildung 7 Risikoindex und Extremgruppen-Belastungsschwere im Überblick und Mittelwertvergleich



Mann-Whitney-Test $T = 6,389$; $df = 261,899$; $p = 0,001$

Die einzelnen Belastungsfaktoren sollen nun noch im Gruppenvergleich zur Darstellung kommen (siehe Tabelle 30).

Tabelle 30 Erfasste Risikofaktoren in den Extremgruppen

	Gruppe 1	Gruppe 2	Test	df	sign
Altersabstand < 1,5 njG	27 (9,2 %)	19 (12,3 %)	Chi-Q	2	n. s.
Altersabstand < 1,5 näG	19 (6,4 %)	11 (7,1 %)	Chi-Q	2	n. s.
Anzahl Geschwister 0	52 (17,7 %)	41 (26,5 %)			
Anzahl G mx			t-Test		n.s
Anzahl StG mx			t-Test		.003
Verlust Vater	77 (26,1 %)	75 (48,4 %)	Chi-Q	1	.001
Chron. Krankheit Vater	17 (5,8 %)	6 (3,9 %)	Chi-Q	1	n. s.
Seelische Erkrankung Vater	45 (15,3 %)	53 (34,2 %)	Chi-Q	1	.001
SV/Suizid Vater	4 (1,4 %)	0	Chi-Q	1	n. s.
Verlust Mutter	34 (11,5 %)	46 (29,7 %)	Chi-Q	1	.001
Kurze Trennung Mutter	15 (5,1 %)	19 (12,2 %)	Chi-Q	2	.006
Chron. Krankheit Mutter	12 (4,1 %)	7 (4,5 %)	Chi-Q	1	n. s.
Seelische Krankheit Mutter	42 (14,3 %)	59 (38,1 %)	Chi-Q	1	.001
SV/Suizid Mutter	10 (3,4 %)	5 (3,2 %)	Chi-Q	1	n. s.
Ersatzpersonen	50 (16,9 %)	55 (35,5 %)	Chi-Q	1	.001
Heimaufenthalt/ Internat	16 (5,4 %)	22 (14,2 %)	Chi-Q	1	.002

6.3.3 Therapiepläne

Werfen wir zunächst einen Blick auf die insgesamt beantragten Therapiepläne. Erwartungsgemäß zu erkennen ist, dass ganz bevorzugt Einzeltherapien beantragt werden, ein Befund, der sicher noch deutlicher würde, wenn wir die gesonderte Auswahl im MARS-Projekt im Auge behalten. Zur Untersuchung der Gruppentherapien wurden seinerzeit bewusst gruppentherapeutische Therapieanträge angereichert (n = 100) und in die Studie aufgenommen, um die zu diesem Therapiesetting beitragenden Einflüsse untersuchen zu können.

Tabelle 31 Beantragte Therapie: TFP/AP-Behandlung

	TFP	AP
Einzel	670 (87%)	171 (73,4%)
Gruppe	94 (12,2%)	60 (25,7%)
Einzel und Gruppe	6	0
KJP	0	2
Gesamt	770	233

k. A. bei 2 Personen; Chi-Quadrat = 33,752; df 3; p = 0,001

6.3.3.1 Grundberuf, BSS und Therapieplan

Versuchen wir auf dieser Grundlage nun die Therapiepläne nachzuvollziehen, dann soll das Augenmerk zunächst auf die Wahl des jeweiligen Therapeuten gerichtet werden, da anzunehmen ist, dass Therapeuten- und Therapiewahl nicht unabhängig voneinander sind. Wie in den früheren Kapiteln bereits dargelegt wurde, wird bei der überwiegenden Anzahl von Patienten eine TFP beantragt, nur bei einem knappen Viertel ist eine AP vorgesehen.

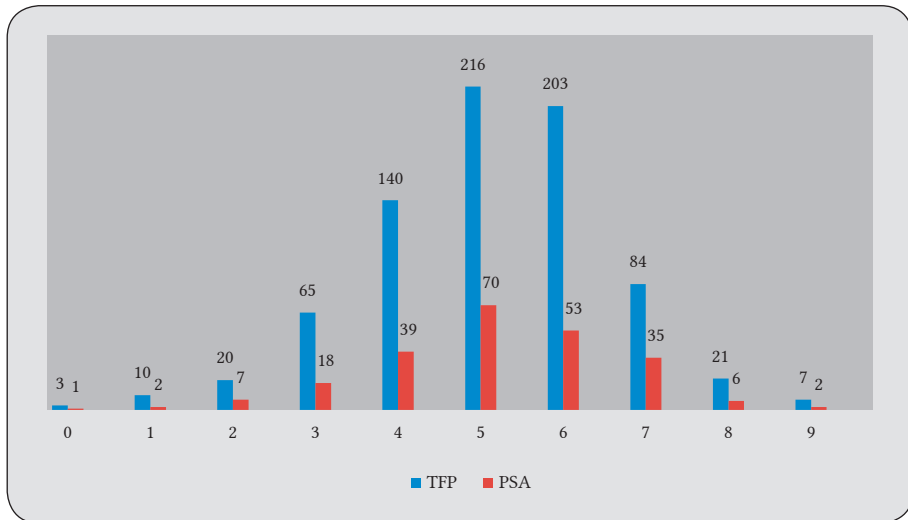
Wie sich zeigt, ist die Wahl eines ärztlichen Psychotherapeuten mehrheitlich mit einer TFP verbunden, während psychologische Therapeuten häufiger auch eine AP beantragen. Dieser Eindruck verstärkt sich insbesondere auch bei Einbeziehung der klinischen Beeinträchtigung (BSS). Wie sich auch zeigt, ist die klinische Beeinträchtigung nicht entscheidend für die Wahl des therapeutischen Vorgehens. Bei den beiden hier einbezogenen psychodynamischen Vorgehensweisen sind hinsichtlich des Beeinträchtigungsschweregrades keine Unterschiede festzustellen.

Tabelle 32 Grundberuf des Therapeuten und gewählte Therapieform

	TFP	AP	Gesamt
Arzt	410 53,5%	99 42,5%	509 50,9%
Psychologe	356 46,4%	129 55,4%	485 48,5%
Arzt und Psychologe	1 0,1%	5 2,1%	6 ,6%
Gesamt	767 100,0%	233 100,0%	1000 100,0%

Bei n = 5 k. A.; Chi-Quadrat = 19,274; df 2; p = 0,001

Abbildung 8 Beeinträchtigungsschweregrad und Therapieplan (BSS Jahr Summe)



T-Test: p = 0,516; T = -0,650

6.3.3.2 Biografische Risikobelastung (RI: gering/hoch) und Therapieplan

Wenn wir weiter betrachten möchten, wie die biografische Risikobelastung mit der Therapieplanung zusammenhängen könnte, dann zeigt sich, dass unabhängig von der Risikobelastung ganz bevorzugt Einzeltherapien beantragt werden (siehe Tabelle 33). Allerdings wird bei geringerer Risikobelastung offenbar eher auch eine Gruppentherapie ins Auge gefasst und bei hoher Risikobelastung noch häufiger eine AP für notwendig gehalten wird.

Tabelle 33 Risikobelastung und Therapieplan

	geringer RI	hoher RI
Einzel	276 (78,8%)	240 (86,3%)
Gruppe	72 (20,6%)	34 (12,2%)
Einzel und Gruppe	2	2
KJP	0	2
Gesamt	350	278

RI kleiner/gleich 80 (geringer RI) n = 352
 RI größer/gleich 210 (hoher RI) n = 278
 Chi-Quadrat = 10,011; df 3; p = 0,018

6.3.3.3 BSS-Extremgruppen, RI, Grundberuf und Therapieplan

Wenn wir versuchen, die bisherigen Variablen des Beeinträchtigungsschweregrades (Extremgruppen), der biografischen Risikobelastung und des Grundberufes des Therapeuten mit dem Therapieplan zu verbinden, dann ergibt sich zunächst folgendes Bild: Unabhängig von der Beeinträchtigungsschwere wird bevorzugt eine TfP beantragt. Die biografische Risikobelastung scheint allerdings Einfluss auf die Therapieentscheidung zu nehmen. In der geringer beeinträchtigten Gruppe 1 werden Patienten mit höherer Risikobelastung wesentlich häufiger als die Patienten dieser Gruppe mit geringer Risikobelastung für eine AP vorgesehen.

Tabelle 34 Therapiewahl und Risikobelastung bei geringer Beeinträchtigungsschwere

	Gruppe 1/geringer RI	Gruppe 1/hoher RI
TfP	138 84,1 %	24 58,5 %
AP	26 15,9 %	17 41,5 %
Gesamt	164 100,0 %	41 100,0 %

Chi-Quadrat = 12,978; df 1; p = 0,001

In der Gruppe 2 der stark beeinträchtigten Patienten (BSS) scheint die Therapiewahl weitgehend unabhängig von der jeweiligen Risikobelastung zu sein, auch wenn sich hier andeuten könnte, dass eine AP in dieser schwerer beeinträchtigten Patientengruppe bei geringerer Risikobelastung bevorzugt wird, während bei hoher Risikobelastung eine TfP das Mittel der Wahl ist. Damit lässt sich schluss-

Tabelle 35 Therapiewahl und Risikobelastung bei hoher Beeinträchtigungsschwere (Gruppe 2)

	Gruppe 2/geringer RI	Gruppe 2/hoher RI
TfP	32 68,1 %	49 77,8 %
AP	15 31,9 %	14 22,2 %
Gesamt	47 100,0 %	63 100,0 %

Chi-Quadrat = 1,303; df 1; p = 0,280

folgern, dass die Beeinträchtigungsschwere für sich zwar keinen nennenswerten Einfluss auf die Therapiewahl zu haben scheint, dass sie aber in Verbindung mit der biografischen Risikobelastung das therapeutische Vorgehen doch mitbestimmt.

Die Patienten mit einem starken Beeinträchtigungsgrad (BSS-Gruppe 2) und geringer biografischer Risikobelastung (RI) befinden sich eher in ärztlich-psychotherapeutischer Behandlung, während Patienten mit höherem RI häufiger in Therapie bei einem psychologischen Therapeuten sind. Zu berücksichtigen sind dieser Zusammenstellung natürlich die insgesamt geringen Fallzahlen.

Tabelle 36 Beeinträchtigungsschweregrad, Risikobelastung und Grundberuf des Therapeuten

	Gruppe 2/geringer RI	Gruppe 2/hoher RI
Arzt	32 68,1%	29 46,0%
Psychologe	15 31,9%	32 50,8%
Arzt und Psychologe	0 ,0%	2 3,2%
Gesamt	47 100,0%	63 100,0%

Chi-Quadrat = 6,098; df 2; p = 0,030

6.3.3.4 Einflüsse auf den Therapieplan (TfP vs. AP)

Versuchen wir nun, die verschiedenen bisher betrachteten Variablen in ihrer Bedeutung für die Therapieplanung im Sinne einer Regressionsanalyse zusammenzufassen, dann ergibt sich folgendes Bild (siehe Tabelle 37).

Wie sich zeigt, sind der Grundberuf des Therapeuten wie auch der Praxisort entscheidende Variablen für die Therapieentscheidung. Des Weiteren sind aber auch das Alter des Patienten, der Bildungsgrad und eine geringere biografische Risikobelastung für die Wahl des therapeutischen Vorgehens von Bedeutung. Andere Faktoren, insbesondere solche klinischer Art, wie sie hier mit dem BSS zu erfassen versucht wurden, zeigen sich für die Wahl des therapeutischen Vorgehens nicht von wesentlicher Bedeutung.

Tabelle 37 Regressionsanalyse – Einflüsse auf die Therapieplanung: TfP vs. AP

	B	s	Wald	df	p	OR
Geschlecht	-,211	,187	1,267	1	,260	,810
Alter	-,491	,210	5,460	1	,019	,612
Praxisort	-,562	,180	9,710	1	,002	,570
Abitur	-,314	,175	3,239	1	,072	,730
RI < 80	-,377	,196	3,705	1	,054	,686
RI > 240	-,279	,215	1,683	1	,195	,756
BSS Soko	,141	,125	1,284	1	,257	1,152
BSS Summe	-,020	,077	,068	1	,794	,980
Grundberuf Therapeut	,566	,164	11,935	1	,001	1,761
Konstante	,535	,731	,537	1	,464	1,708

6.4 Diskussion

Das Ziel der jetzigen Untersuchung bestand darin zu prüfen, ob den jeweils beantragten Therapieplänen eine nachvollziehbare Rationale hinsichtlich psychosozialer biografischer Risikobelastung und aktueller Beeinträchtigungsschwere zu entnehmen ist. Da die Validität der Daten angesichts des methodischen Vorgehens unsicher ist, sollte die Untersuchung nicht nur der Darlegung der entsprechenden Datenlage dienen, sondern auch einen Ansatz zur Aufstellung von Therapieplänen nach überprüfbareren Kriterien aufzeigen. Die im hier eingesetzten methodischen Vorgehen liegenden Limitierungen wurden schon ausreichend beschrieben und verdeutlicht, müssen deshalb an dieser Stelle nicht noch einmal wiederholt werden.

Im Vordergrund steht somit die Frage nach einer Nachvollziehbarkeit der Entscheidung der Therapeuten hinsichtlich des vorgelegten Therapieplans. Diese Frage setzt vor allem erst einmal voraus, dass der jeweilige Therapeut eine Entscheidungsmöglichkeit, hier im Sinne der Entscheidung zwischen einer TfP und einer AP hat. Da nur die Untergruppe der psychoanalytisch qualifizierten Therapeuten diese Wahlmöglichkeit hat, wurde diese Gruppe gesondert untersucht. Der größte Teil der Therapeuten hat diese Möglichkeit nicht, so dass die vorhandenen Daten von vornherein mit Einschränkungen versehen sind. Insofern führt die Frage über die der Differenzialindikation durch den Therapeuten hinaus und wirft Fragen nach der Therapeutenwahl auf. Der Therapeut ist sozusagen der begrenzende Faktor, mit der Wahl des Therapeuten ist zumeist auch die Wahl des Verfahrens oder des methodischen Vorgehens vorgegeben. Der Patient schränkt wissentlich oder

unwissentlich mit der Therapeutenwahl die Behandlungsoptionen von vornherein ein, sei es dadurch, dass er entweder einen verhaltenstherapeutisch orientierten Therapeuten wählt oder einen psychodynamisch orientierten, oder dadurch, dass er in dieser Gruppe wiederum einen »Tiefenpsychologen« oder einen »Psychoanalytiker« wählt. Zudem besteht die Wahl zwischen einem Arzt und einem Psychologen. Auch darin liegt eine Einschränkung der Behandlungsmöglichkeiten, da nur der Arzt die zusätzliche Möglichkeit einer medikamentösen Behandlung (ausschließlich oder begleitend zur Psychotherapie) aus einer Hand realisieren kann.

Insofern geht der Frage nach der Differenzialindikation immer die Frage nach der Therapeutenwahl voraus. Diese Frage ist mit der vorliegenden Studie nicht abschließend zu beantworten; es können lediglich einige Annäherungen vorgenommen werden. Außerhalb der Reichweite dieser Studie liegt z. B. die Frage, inwieweit die Entscheidung des Patienten einer Empfehlung, sei es aus dem Verwandten-/Bekanntenkreis oder seitens eines behandelnden Arztes, folgt. Unklar muss auch bleiben, inwieweit die verwirrende Vielfalt unterschiedlich etikettierter Leistungsanbieter dem Patienten eine vernünftige Entscheidung erschwert.

Zunächst stellt sich die Frage nach der Zugänglichkeit eines Therapeuten. Dabei sind z. B. regionale Besonderheiten zu beachten. So wird Psychotherapie im Allgemeinen in ländlichen Gebieten nicht nur in relativ geringem Umfang angeboten, sie ist im Wesentlichen städtischen Regionen, insbesondere großstädtischen Regionen vorbehalten. Hier ist demnach nicht nur die Therapeutendichte höher, hier besteht für die Patienten dank der eher vorhandenen Anonymität auch ein höherer sozialer Schutz. Auch von daher wird die Forderung nach einer verbesserten psychotherapeutischen Versorgung im ländlichen Bereich immer seine Grenzen finden. Da die Erfahrung zeigt, dass die Entfernung zur Praxis und der damit verbundene Zeitaufwand eine wichtige Rolle in der Therapeutenwahl spielen dürfte, wäre bereits an dieser Stelle mit entsprechenden Wegweisungen zu rechnen.

Regionale Besonderheiten im Therapeutenzugang sind allerdings auch im großstädtischen Bereich auszumachen und von den Krankenkassen schon frühzeitig angemerkt worden. So gibt es Regionen, in denen sich ganz bevorzugt nur verhaltenstherapeutische Psychotherapeuten finden lassen, oder es gibt andere Regionen, in denen vor allem psychodynamisch orientierte Psychotherapeuten »das Feld beherrschen«. Dies hängt zumeist mit gewachsenen Strukturen in der psychotherapeutischen Weiterbildung zusammen, wie beispielsweise etwa, dass sich in einer Stadt eine Universität mit der Möglichkeit zu einer psychologischen Ausbildung (oft mit angeschlossenem Institut zur Weiterbildung) befindet. Nach aktuellem Stand sind diese Aus- und Weiterbildungseinrichtungen aus verschiedenen Gründen vornehmlich verhaltenstherapeutisch ausgerichtet und bieten so gut wie nie die Möglichkeit zur Qualifikation im psychodynamischen Bereich. Diese oft wissenschaftspolitisch begründete Ausrichtung ist vornehmlich berufspolitisch motiviert, versorgungspolitisch fragwürdig und nachteilig für den Patienten. Wer

kann schon wollen, dass wir nur ein einziges »Antibiotikum« zur Verfügung haben! In anderen Fällen gibt es aber auch städtische Regionen, in denen eine Vielfalt psychodynamischer Weiterbildungsstätten existiert. Da die weitergebildeten Psychotherapeuten eher wenig mobil sind und dazu neigen, sich am Ort ihrer Weiterbildung auch niederzulassen, lassen sich in einem solchen Fall also auch Orte ausmachen, an denen ganz bevorzugt psychodynamische Psychotherapien »im Angebot« sind. Diese Einschränkungen betreffen somit die Frage nach der Verfügbarkeit eines Therapeuten.

Auch unsere Daten bestätigen den Einfluss regionaler Gegebenheiten bei der Therapeuten- und damit der Therapiewahl. Dies ist aufgrund der oben angedeuteten Gegebenheiten auch nicht verwunderlich. Wenn Psychotherapie im Allgemeinen eher in städtischen Regionen angeboten wird, dann gilt dies auch für psychodynamische Therapien, und hierbei insbesondere auch für psychoanalytische Psychotherapie. Ein tiefenpsychologisches Therapieangebot wird in ländlichen Regionen öfter mal von einem Arzt mit Zusatztitel »Psychotherapie« gemacht (eher seltener von einem Psychologen). Analytische Psychotherapien sind nicht nur bevorzugt im großstädtischen Bereich erreichbar, sie werden eher von psychologischen Psychotherapeuten angeboten, was in Zukunft noch mehr der Fall sein dürfte. Die in dieser Studie erfassten ärztlichen Psychoanalytiker sind wahrscheinlich eher älter, haben zumeist einen Facharzt für Psychosomatische Medizin, Psychiatrie oder auch Innere Medizin, Gynäkologie etc. Ihre Praxisorganisation dürfte sich in vielen Fällen von der Praxisform psychologischer Psychoanalytiker unterscheiden, welche deshalb auch andere Patienten sehen und aussuchen.

Zugänglichkeit und Verfügbarkeit umfassen aber nicht nur regionale und berufsabhängige Besonderheiten (Arzt/Psychologe/ganztags/halbtags/stundenweise), sondern beziehen sich z. B. auch auf die Frage des Geschlechts des Therapeuten. Sowohl auf der Seite der Patienten wie auch aufseiten der Therapeuten finden sich ganz bevorzugt Frauen; Männer bilden hier eine Minderheit (s. Kap. II.8). Damit ist die Möglichkeit, einen männlichen Psychotherapeuten zu finden, deutlich eingeschränkt. Denkbar wäre, dass dieser Sachverhalt die Behandlungsschwelle für männliche Patienten deutlich erhöht und mit dafür verantwortlich ist, dass relativ wenige Männer psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen.

Bezüglich des Alters der männlichen Patienten lassen sich aus dieser Studie zwei Trends ablesen, die der weiteren Beobachtung und Untersuchung bedürfen. Jungen und gut gebildeten Männern wird häufiger eine AP angeboten, während bei den älteren, sozial eher schlechter gestellten Männern wohl häufiger eine Gruppentherapie erwogen wird (Knoblich 2014, Lieberz und Knoblich 2014). Da wir über das Alter der Therapeuten keine näheren Angaben haben, lässt sich auf der hier gegebenen Grundlage keine Aussage darüber machen, welchen Einfluss das Alter des Therapeuten auf die Entscheidung des Patienten hinsichtlich der Therapeutenwahl hat. Somit lässt sich auch nicht ermesen, welchen Einfluss das Alter

des Therapeuten, und damit verbunden auch seine Berufserfahrung, auf die differenzialindikatorischen Entscheidungen nimmt.

Nach den hier vorgelegten Daten sind jedenfalls regionale und soziodemografische Einflüsse für die Therapeuten- und Therapiewahl bedeutsamer als das klinische Bild und die Beeinträchtigungsschwere des Patienten. Weder der psychopathologische Befund noch das Vorhandensein etwaiger komorbider Störungen in Form von Suizidalität, Suchttendenzen oder somatischen Erkrankungen ist für die Behandlungsform wegweisend. Freilich lässt sich doch erkennen, dass die klinischen Eindrücke für die Therapeuten mitbestimmend sind. Dies gilt, wie von Lieberz et al. (2015) beschrieben, mit einiger Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein psychogen bedingter körperlicher Störungen, insbesondere herzbezogener Ängste. Diese Symptomatik scheint die Patienten dazu zu bewegen, sich zumindest in der Anfangsphase solcher Beschwerdebilder bevorzugt auf die Suche nach einem Arzt zu begeben. Ein weiterer Einfluss scheint sich aus dem Vorhandensein ausgeprägterer sozialkommunikativer Störungen für die Therapiewahl zu ergeben, auch wenn dieser Befund nicht gradlinig und ohne Widersprüche zu bestehen scheint. Zum einen lässt sich mit den hier vorliegenden Daten jedenfalls nicht ausschließen, dass die relativ häufigere Entscheidung für eine AP strategischer Natur ist und zur Begründung des Therapieplans dem Gutachter gegenüber eingesetzt wird. Zudem scheint es nicht ausgeschlossen, dass innerhalb der Gruppe, für die eine AP beantragt wurde, Untergruppen auszumachen sind. So scheinen jüngere und gut gebildete Patienten mit nicht zu hoher biografischer Vorbelastung und einer mittelschweren Beeinträchtigung eher das Angebot zu einer AP zu bekommen, womit das alte, den analytischen Psychotherapien gegenüber geäußerte Vorurteil bezüglich der Indikation Bestätigung finden könnte (YAVIS-Debatte). Zum anderen aber finden wohl auch häufiger biografisch höher belastete und symptomatisch wie auch persönlichkeitsstrukturell stärker beeinträchtigte Patienten Zugang zu einer AP, wobei die hier (leider) nicht untersuchte Möglichkeit bestände, dass bei dieser Patientengruppe Modifizierungen im Vorgehen notwendig und auch vorgesehen sind.

Insgesamt geben die hier vorgelegten Daten viele Anregungen für weitere Untersuchungen mit gezielteren Fragestellungen. Die MARS-Studie war eher auf eine breitere Erfassung und Bestandsaufnahme bezüglich der zu diesem Zeitpunkt aktuellen Verhältnisse im Rahmen der RLPT ausgerichtet, für die Verfolgung der auch in diesem Abschnitt aufgeworfenen Fragen bedarf es einer vertiefteren Herangehensweise mit zugeschnittenem methodischem Inventar.