

## 8 Einflüsse auf die Therapeutenwahl: Die Bedeutung des Geschlechts – explorierende Untersuchungen

KLAUS LIEBERZ , MARIE-LUISE RIEPING ,  
BERTRAM KRUMM

### 8.1 Einleitung

Sofern die Rahmenbedingungen, wie in Deutschland, eine freie Arzt- und Psychotherapeutenwahl ermöglichen, ist davon auszugehen, dass Verlauf und Ergebnis einer Psychotherapie in hohem Maße bereits mit der Wahl des Therapeuten entschieden werden. Dennoch spielt die Therapeutenwahl in der psychotherapeutischen Forschung so gut wie keine Rolle. Man könnte gar von einer Art Tabu reden. Obwohl seit Jahrzehnten bekannt ist, dass Psychotherapie »Frauensache« ist, wird den Hintergründen dieser Tatsache wenig Aufmerksamkeit geschenkt, sie wird als »gottgegeben« hingenommen. Anzunehmen ist, dass dies auf verschiedene Gründe zurückzuführen ist. Außer Existenzfragen und sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den verschiedenen Ländern dieser Erde spielt auch die Tatsache eine Rolle, dass in den letzten zwei Jahrzehnten der Therapeut zunehmend in den Hintergrund getreten ist zugunsten einer eher methodischen und technischen Herangehensweise. Dieser Zeitgeist verleugnet die offensichtlichsten Tatbestände in der Psychotherapie, nämlich dass der Therapeut ganz entscheidend verantwortlich für den Verlauf und das Ergebnis einer Therapie ist, und auch die Frage, warum wir eigentlich mit den heute ausgeübten Vorgehensweisen vornehmlich Frauen behandeln, obwohl die Männer nachweislich nicht weniger psychisch krank sind, auch wenn sie ein anderes Hilfesuchverhalten und Morbiditätsspektrum aufweisen.

Der geschichtliche Grundstein für die freie Arztwahl in Deutschland liegt in der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes vom 15. Juni 1883, das Arbeiter in der Industrie und im gewerblichen Bereich verpflichtete, einer Krankenversicherung beizutreten. Die Versicherten erhielten hierdurch einen Anspruch auf kostenlose ärztliche Behandlung und medikamentöse Versorgung. Der behandelnde Arzt konnte seinerzeit allerdings noch nicht frei ausgewählt werden. Eine erste landesweite Regelung für die kassenärztliche Versorgung wurde mit der durch die

Wirtschaftskrise bedingten Notverordnung von 1931 durchgesetzt, wonach alle in der Krankenkasse Versicherten erstmals frei zwischen den Kassenärzten wählen konnten. Mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten 1933 wurde diese Notverordnung allerdings wieder außer Kraft gesetzt. Erst nach dem zweiten Weltkrieg wurde 1955 den Versicherten durch die Verabschiedung des Kassenarztrechtens die freie Arztwahl erneut eingeräumt (Kunstmann et al. 2002).

Anders als in Deutschland, wo das Privileg freier Arztwahl besteht, ist die Entscheidungsfreiheit des einzelnen Patienten hinsichtlich der Wahl des Arztes schon im europäischen Ausland häufig eingeschränkt. So haben Finnland oder Großbritannien beispielsweise ein staatliches Gesundheitswesen, in dem die Wahl eines Hausarztes zwar grundsätzlich frei, jedoch insoweit stark regional begrenzt ist, als nur das Gesundheitszentrum der jeweiligen Gemeinde oder Vertragsärzte der jeweiligen Region aufgesucht werden dürfen. Die Hausärzte wiederum haben eine strikte Zuweisungsfunktion zu den jeweiligen Fachärzten (Butzlaff et al. 2001).

Befasst man sich nun mit der Frage, nach welchen Kriterien ein Geschlecht bei der Wahl des Therapeuten präferiert wird, muss man sich zunächst mit der historischen Entwicklung der Medizin- und Heilberufe auseinandersetzen. Erst hieraus ergibt sich, seit wann es neben männlichen Ärzten auch weibliche Ärzte und damit überhaupt erst eine Möglichkeit der Wahl zwischen Mann und Frau gegeben hat.

Frauen konnten erst ab etwa 1900 an deutschen Universitäten Medizin studieren und promovieren (Brinkschulte 2006). Betrachtet man die zeitliche Zulassung zu medizinischen Fakultäten im internationalen Vergleich, so war Deutschland deutliches Schlusslicht (Burchardt 1997). In den Vereinigten Staaten war das Studium der Medizin Frauen bereits ab 1830 möglich, in Frankreich in den 1860er Jahren, in Großbritannien ab 1869. Ebenso war ein Studium für Frauen in der Schweiz möglich, so dass es ab 1876 in Deutschland niedergelassene Ärztinnen gab, die in der Schweiz studiert hatten. Sie erlangten allerdings nicht die deutsche Approbation. Erst durch einen Beschluss des Bundesrates im Jahre 1899 waren Frauen zum ärztlichen und zahnärztlichen Studium zugelassen.

Eine Untersuchung von Bleker aus dem Jahr 2000 zeigt, wie die Anzahl approbierter Ärztinnen sich in den Jahren 1901 bis 1918 entwickelte. Von anfänglich 6 approbierten Ärztinnen 1901, stieg die Zahl bis ins Jahr 1913 auf 45 approbierte an. Der Anstieg bis 1914 auf 165 approbierte Ärztinnen ist mit dem ersten Weltkrieg zu erklären, durch dessen Beginn das Studium verkürzt wurde und das praktische Jahr entfiel, mit dem Ziel, in Kriegszeiten schneller mehr Ärzte zur Verfügung zu haben. Neben dem Immatrikulationsrecht und der Möglichkeit zur Promotion erlangten Ärztinnen im Jahr 1920 auch das Recht der Habilitation. Im Jahr 1932 waren 3 391 Ärztinnen in Deutschland berufstätig, und der Anteil der Medizinstudentinnen betrug 20 %. Durch die Diffamierung der berufstätigen Frau zu Zeiten des Nationalsozialismus kam es zu einer drastischen Verschlechterung der Chancen

für weibliche Ärzte. 1933 wurde eine Quote von 10 % für weibliche Studienanfängerinnen eingeführt. Erst in der Nachkriegszeit stieg der Anteil der berufstätigen Ärztinnen wieder deutlich an (Neises 1997)

Betrachtet man nun gesondert die Geschichte der Akademisierung der Psychologie, so ist vor allem zunächst Wilhelm Wundt zu nennen. Im Jahre 1875 erhielt dieser als erster einen Lehrstuhl für Psychologie, umgewandelt aus einem Philosophielehrstuhl an der Universität Leipzig. Ab 1883 gibt es Belege für Lehrveranstaltungen in Psychologie. Als erster Professor der Psychologie sei Moritz Lazarus genannt, welcher 1860 die erste Honorarprofessur für Psychologie an der Universität in Bern innehatte. Bis 1941 gab es in Deutschland allerdings keine standardisierte Ausbildung, was sich erst mit der Normierung des Psychologiestudiums durch die Diplomprüfungsordnung änderte. Seitdem konnten sich erstmals Studenten für das Fach Psychologie in Deutschland immatrikulieren (Krampen 1992).

Die Entwicklung der Zahl der Studenten an den deutschen Universitäten der letzten Jahrzehnte zeigt einen deutlichen Trend. Von den im Jahr 1975 43 368 immatrikulierten Studenten der Medizin waren 71 % männliche und 29 % weibliche. Demgegenüber waren von den im Jahr 2018 immatrikulierten 96 115 Medizinstudenten in Deutschland nur noch 38 % männlich und 62 % weiblich (statistisches Bundesamt 2018). Im Fach Psychologie gab es im Jahr 1992 26 970 immatrikulierte Studenten, von denen 34 % männlichen und 66 % weiblichen Geschlechts waren. Im Jahr 2018 war die Zahl der Psychologie Studierenden bundesweit auf 85 190 angewachsen, davon waren 26 % Studenten und 74 % Studentinnen (statistisches Bundesamt 2020).

Rein statistisch standen den seelisch Kranken im Jahr 2018 in Deutschland insgesamt 27 103 Psychotherapeuten zur Verfügung. Unter diesen befanden sich 20 801 psychologische Psychotherapeuten, von denen 15 264 weiblich waren. Daneben gab es 6 302 Psychotherapeuten mit ärztlichem Hintergrund, von denen wiederum 4 121 weiblich waren (DGPPN 2019, Kassenärztliche Bundesvereinigung 2018). Damit standen Ende 2018 insgesamt 19 385 Psychotherapeutinnen für die Versorgung seelisch Kranker in Deutschland zu Verfügung; dies entspricht 72 % der insgesamt gelisteten Psychotherapeuten. Eine andere Studie aus dem Jahr 2019 besagt, dass im Jahr 2018 insgesamt 392 402 berufstätige Ärzte gelistet waren; davon waren 185 310 weiblich. Mit der Berufsbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie waren insgesamt 11 346 Ärzte geführt, davon 5 919 Frauen. Die Berufsbezeichnung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie führten 4 155 Ärzte, unter ihnen 2 281 Ärztinnen (Bundesärztekammer 2019).

Die Statistik der letzten Jahre zeigt, dass sich die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland prozentual immer deutlicher zugunsten weiblicher Psychotherapeuten entwickelt. Auf Patientenseite liegt die geschlechterspezifische Prävalenz psychogener Erkrankungen bei einem Verhältnis von 2:1 von erwachsenen weiblichen zu erwachsenen männlichen Patienten. Erwachsene Männer sind zu-

dem unterrepräsentiert in der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung, erwachsene Frauen nehmen statistisch weitaus häufiger Psychotherapie in Anspruch (Strauß et al. 2002).

Angesichts der Überrepräsentation sowohl weiblicher Psychotherapeuten als auch weiblicher Patienten stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien sich ein seelisch kranker Patient seinen Therapeuten aussucht und welche Rolle dabei das Geschlecht des Therapeuten spielt.

Zunächst fällt auf, dass die meisten Studien zu Präferenzen von Patienten hinsichtlich des Geschlechts des zu wählenden Arztes in englischer Sprache verfasst sind und aus den Vereinigten Staaten oder Großbritannien stammen. Es finden sich nahezu keine Studien aus dem deutschsprachigen Raum. Studien, die sich mit den Kriterien befassen, nach denen ein seelisch kranker Patient das Geschlecht seines Psychotherapeuten wählt, sind nur spärlich zu finden. Die hierzu existierenden Studien, beziehen sich fast ausschließlich auf Ärzte. In einer Studie von Engleman aus dem Jahr 1974 wurden Patienten zu männlichen und weiblichen Ärzten befragt. 96 % der Befragten aus dieser Studie gaben an, dass der für sie typische Arzt männlichen Geschlechts sei. 78 % präferierten einen männlichen Arzt, wenn die Befragten zwischen beiden Geschlechtern frei wählen konnten. Immerhin 51 % dieser Stichprobe gaben das Geschlecht des Arztes als wichtigstes Attribut in einer langen Liste biosozialer Eigenschaften an. Ärztinnen wurden als unerfahrener und weniger kompetent als ihre männlichen Kollegen aufgefasst, allerdings auch als vertrauenswürdiger und umsorgender. Aus dieser Studie ging zudem hervor, dass weibliche Patienten Ärztinnen eher zugeneigt waren als männliche Patienten. Auch das Alter schien eine Rolle zu spielen; so zeigten die unter 30-Jährigen eine höhere Präferenz zu Ärztinnen.

In einer anderen Studie wurde untersucht, ob sich die Beziehung zwischen Patienten und Ärztinnen von der Beziehung zwischen Patienten und einem männlichen Arzt unterscheiden lässt. Ärztinnen werden als sozial engagierter, fürsorglicher, sanfter und emotionaler beschrieben, wohingegen männliche Ärzte oft als distanziert, arrogant und bevormundend wahrgenommen werden (Gray 1982). Aus diversen Untersuchungen geht hervor, dass Ärztinnen patientenfokussierter arbeiten als Ärzte. Zudem haben Ärztinnen ein anderes Gesprächsverhalten mit dem Patienten. Sie fragen gezielter nach, geben häufiger positives Feedback, wirken beruhigend ein und lassen ein Gespräch entstehen, das beide Gesprächspartner gleichberechtigt zu Wort kommen lässt. Männliche Kollegen hingegen steuern das Patientengespräch aktiver in eine vom Arzt gewünschte Richtung. Zudem gibt es Arbeiten, die besagen, dass die Konstellation der Geschlechter von Arzt und Patient die Interaktion zwischen beiden Parteien beeinflusst. Demnach sollen sich Patienten als stärkere, durchsetzungsfähigere Individuen fühlen, wenn sie von einem weiblichen Arzt betreut werden. Der vermeintliche Respekt vor einem männlichen Arzt lässt Patienten weniger nachfragen oder unterbrechen, sollte etwas im Bera-

tungsgespräch nicht verstanden worden sein. Die Arzt-Patienten-Beziehung wird weniger partnerschaftlich beschrieben (Zemp Stutz und Ceschi 2007).

Auf dem Gebiet der Gynäkologie wurde die Präferenz von Patientinnen bezüglich der Wahl zwischen Arzt und Ärztin bereits von diversen Autoren untersucht. Ivins und Kent ließen in ihrer Arbeit aus dem Jahr 1993 Frauen zwischen zwei völlig identisch ausgebildeten Gynäkologen wählen, die sich lediglich hinsichtlich des Geschlechts unterschieden. 7% der an dieser Umfrage beteiligten Frauen wählten einen Gynäkologen, wohingegen 59% eine Ärztin bevorzugten; 34% zeigten sich in ihrer Wahl indifferent bezüglich des Geschlechts. Die Frauen sollten ihre Entscheidung zudem begründen und gaben hierbei zum einen persönliche Faktoren, wie Schamgefühl, zum anderen Faktoren, welche die emotionale und technische Fähigkeit des Arztes betrafen, an. Einen weiteren Grund dafür, dass Frauen eine Gynäkologin bevorzugen, sehen Neises und Ploeger (2003) in der Selbstidentifikation der Ärztin als weiblichem Wesen. So kann sich die Gynäkologin eher in die Patientin einfühlen und das Krankheitserleben besser nachempfinden. Zudem gaben in diesen Studien die Frauen an, sich bei der intimen Untersuchung in der Gynäkologie bei einem Mann unwohl zu fühlen und Scham zu empfinden. Die Präferenz von Frauen für eine Gynäkologin wird auch durch eine niederländische Studie belegt, bei welcher Patienten zu einer möglichen Geschlechtspräferenz bei Ärzten in 13 verschiedenen Gesundheitsberufen befragt wurden, hierunter die Berufe des Hausarztes, des Gynäkologen und des Psychiaters. Präferenzen zu weiblichen Ärzten von weiblichen Patienten fanden sich vor allem in der Gynäkologie. Ebenso wählten Frauen eher weibliche Ärzte bei psychiatrischen Belangen. Gerade in den psychiatrischen Fächern zeigten Männer nach derselben Studie eine recht gleichmäßige Verteilung auf beiderlei Geschlechter der behandelnden Ärzte. Allerdings zeigt diese Studie auch, dass die Minderheit aller Befragten ein Geschlecht präferierte, die Mehrheit der Befragten gaben keine Präferenzen diesbezüglich an. Zudem scheinen solche Geschlechtspräferenzen bei weiblichen Patienten weitaus deutlicher ausgeprägt als bei Männern (Kerssens et al. 1997).

Es lässt sich also sagen, dass nach der aktuellen Forschungslage eine Tendenz zur Präferenz von gleichgeschlechtlichen Arzt-Patienten-Paaren in Bereichen zu bestehen scheint, die dem Patienten physisch oder psychisch intim erscheinen.

In dieser Arbeit soll anhand der MARS-Studie der Frage nachgegangen werden, ob herauszufinden ist, von welchen Kriterien die Wahl des Therapeutengeschlechtes bei weiblichen Patienten beeinflusst wird.

Daraus ergeben sich die folgenden Hypothesen:

- H1 Es besteht kein Einfluss durch regionale Bedingungen auf die Wahl des Therapeutengeschlechts.
- H2 Es besteht kein Einfluss seitens soziodemografischer Faktoren auf die Wahl des Therapeutengeschlechts.

- H<sub>3</sub> Es besteht kein Einfluss durch das Krankheitsbild auf die Wahl des Therapeutengeschlechts.
- H<sub>4</sub> Es besteht kein Einfluss seitens der Biografie auf die Wahl des Therapeutengeschlechts.
- H<sub>5</sub> Es besteht kein Einfluss durch aktives oder passives Hilfesuchverhalten auf die Wahl des Therapeutengeschlechts.

## 8.2 Material und Methodik

In dieser Arbeit wurden die Daten aller weiblichen Patienten ( $n = 732$ ) der MARS-Studie hinsichtlich der Wahl des Geschlechts des Therapeuten ausgewertet. Ausgeschlossen wurden demnach alle männlichen Patienten.

Die in den MARS-Evaluationsbogen eingeflossenen Variablen umfassen soziodemografische, klinische und biografische Informationen zum Patienten und bilden die Grundlage für die Auswahl der unabhängigen Variablen bei der Analyse mit der abhängigen Variablen des Therapeutengeschlechts. Da der Hintergrund und das Vorgehen im Rahmen des MARS-Projekts in anderen Kapiteln ausführlich beschrieben wurde, soll an dieser Stelle auf diese Darstellungen verwiesen werden (Lieberz et al. 2010, Lieberz et al. 2015, Lieberz und Seiffge 2011, Lieberz et al. 2014, Lieberz et al. 2015, Lieberz et al. 2015).

Die Datenauswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SAS, Version 9.4. Zu jeder Hypothese gehört eine Variablengruppe. Für jede dieser Variablen wurde der Zusammenhang mit der Zielgröße (Geschlecht des Therapeuten) mit Chi-Quadrat-Tests nach Pearson analysiert um einen Chi-Quadrat-Wert, *Degree of Freedom* (DF) und den P-Wert zu ermitteln. In Fällen, bei denen einer der Werte in den Vierfelder- oder Mehrfeldertafeln  $n < 5$  wird und SAS nach seinen Regeln eine Warnung ausspricht, dass der Chi-Quadrat-Wert hierdurch nicht valide ist, wurde der exakte Chi-Quadrat-Test durchgeführt. P-Werte  $< 0,05$  wurden als signifikant, P-Werte  $< 0,001$  als hochsignifikant angesehen.

Für die Untersuchung des Einflusses mehrerer unabhängiger Variablen auf die Zielgröße »Geschlecht des Therapeuten« werden zwei Methoden, nämlich logistische Regression und binäre Klassifikationsbäume, benutzt. Die binären Klassifikationsbäume dienen zur Deskription des multiplen Zusammenhangs zwischen den unabhängigen Variablen und der Zielgröße. Die Klassifikationsbäume wurden mit dem Package RPart aus dem Analyzesystem R konstruiert. Bei der Anwendung der *Tree*-Methode bildet das Programm RPart Klassifikationsmodelle mit einer sehr allgemeinen Struktur in einem zweistufigen Verfahren (Therneau und Atkinson, 2019). Die resultierenden Modelle können als binäre Bäume dargestellt werden. Binäre Klassifikationsbäume werden in einem schrittweisen Verfahren konstruiert. Im ersten Schritt werden eine unabhängige Variable  $v$  und ein *Cutpoint*  $c$  aus-

gewählt. Das Kriterium, das bei der Auswahl der Variablen  $v$  und des *Cutpoints*  $c$  maximiert wird, ist die Homogenität der Verteilung der Zielgröße in den beiden neu entstehenden Knoten. Homogenität der Verteilung der Zielgröße in einem Knoten liegt dann vor, wenn die Zielgröße »Geschlecht des Therapeuten« in diesem Knoten nur eine einzige Ausprägung, nämlich männlich oder weiblich, hat. Die Stichprobe (= Knoten A) wird in die Teilmengen Knoten  $B = \{v \geq c\}$  und Knoten  $C = \{v < c\}$  zerlegt. In den weiteren Schritten werden die neu entstandenen Knoten mit demselben Verfahren weiter zerlegt. Die Konstruktion ist beendet, wenn die Größe der entstehenden Knoten eine vorher festgelegte Grenze unterschreitet oder wenn die entstehenden Knoten homogen sind oder wenn im eventuell folgenden Schritt die Zunahme der Homogenität nicht groß genug ist. RPart liefert keinen Baum, wenn im eventuellen ersten Schritt die Zunahme der Homogenität nicht groß genug ist.

### 8.3 Ergebnisse

In die Berechnungen sind insgesamt 732 weibliche Patienten eingeschlossen, von denen 244 einen männlichen Therapeuten und 488 einen weiblichen Therapeuten wählten. Dies entspricht einer prozentualen Verteilung von 33,3 % (männlicher Therapeut) zu 66,7 % (weiblicher Therapeut), somit  $1/3$  zu  $2/3$ .

Das Patientenkollektiv dieser 732 Frauen ist im Mittel 47,60 Jahre (SD 11,48) alt. Sie leben zu 57 % in Großstädten mit über 100 000 Einwohnern, 34 % in Städten mit mehr als 10 000 Einwohnern, 7 % in Städten mit weniger als 10 000 Einwohnern und an letzter Stelle mit 3 % auf dem Land. Die Patientinnen sind zu 95 % deutscher Nationalität, 10,2 % haben einen Migrationshintergrund.

Mit 40,6 % sind die meisten Studienteilnehmer zum Zeitpunkt der Studie ledig, 27,8 % sind verheiratet, 13,2 % geschieden, 7,3 % getrennt lebend, 5 % wieder verheiratet, 3,2 % mehrfach geschieden und 2,8 % verwitwet. Kinder haben 52,4 % des Patientenpools.

Etwa 42 % der Patienten haben als höchsten Schulabschluss das Abitur/Fachabitur, 31 % haben die mittlere Reife erlangt, 24 % haben einen Haupt-/Volksschulabschluss, knapp 3 % haben keinen Schulabschluss oder einen Sonderschulabschluss. Als höchsten Berufsabschluss geben 56 % der Patientinnen eine Lehre an, knapp 20 % haben einen Abschluss an einer Fachhochschule oder einer Universität, 17 % haben keinen Berufsabschluss erlangt, 7 % befinden sich zum Studienzeitpunkt noch in der Berufsausbildung. Mit 39 % sind die meisten Patientinnen vollzeitlich berufstätig, die Gruppe der Teilzeitberufstätigen stellt 12 %, 10 % sind arbeitslos, 8 % befinden sich in Ausbildung oder im Studium, 7 % geben an, als Hausfrau tätig zu sein, 6 % sind zum Studienzeitpunkt krankgeschrieben und 6 % sind berentet. Der Rest verteilt sich noch auf verschiedene kleinere Kategorien. Die un-

tersuchten Patientinnen sind zu 83% arbeitsfähig, 9% des Patientenkollektivs ist zum Untersuchungszeitpunkt arbeitsunfähig, und bei 8% ist die Arbeitsfähigkeit unbekannt. Die Patientinnen sind zu 93% nicht berentet.

### 8.3.1 Regionalisierung und Therapeutenwahl

In diesem Abschnitt wollen wir uns mit dem Zusammenhang der Variablen »Praxisort« mit der Variablen »Geschlecht des Therapeuten« beschäftigen (siehe Tabelle 41).

Tabelle 41 Praxisort und Geschlecht des Therapeuten

		Männlicher Therapeut	Weiblicher Therapeut	Gesamt
Praxisort	Land	6 28,6%	15 71,4%	21 2,9%
	Stadt <10 000 Einwohner	13 27,1%	35 72,9%	48 6,6%
	Stadt >10 000 Einwohner	89 36,0%	158 63,0%	247 33,7%
	Stadt >100 000 Einwohner	135 32,5%	281 67,5%	416 56,8%
Gesamt		243 33,2%	489 66,8%	732 100%

Chi-Quadrat = 2,01; df 3; p = 0,57

Der Anteil der Patientinnen, die einen weiblichen Therapeuten wählen, variiert zwischen 73% in Städten, die weniger als 10 000 Einwohner haben, und 64% in Städten mit mehr als 10 000 Einwohnern. Der minimale und der maximale Wert der Zielgröße »Geschlecht des Therapeuten« unterscheiden sich somit nur um etwa 10 Prozentpunkte. In Gemeinden, die zu den Stufen Land und Stadt mit weniger als 10 000 Einwohnern gehören, liegt die Häufigkeit weiblicher Therapeuten über 70 Prozent, in den größeren Städten hingegen unter 70 Prozent. Der Zusammenhang zwischen Praxisort und dem Geschlecht des Therapeuten ist nicht signifikant (Chi-Quadrat-Test; p = 0,57).

### 8.3.2 Soziodemografische Einflussvariablen

Folgende soziodemografischen Variablen wurden in die weitere Analyse einbezogen: Nationalität, Migrationshintergrund, Partnersituation, Schulabschluss, Abitur, Berufsabschluss, Universitätsabschluss sowie Kinder. Zwischen diesen Variablen und der Therapeutenwahl lässt sich kein Zusammenhang aufweisen.

Das Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests für die Variable »Familienstand« zeigt mit  $p = 0,08$  einen Trend, ist aber nicht signifikant. Die Ausprägung »geschieden« der Variablen »Familienstand« wurde gesondert analysiert. Der Anteil der Patienten mit weiblichen Therapeuten beträgt knapp 58 % bei den geschiedenen Patienten und 68,0 % bei den Patienten mit einem anderen Familienstand. Insofern lässt sich ein signifikanter Einfluss ( $p = 0,05$ ) des Items »geschieden« auf die Therapeutenwahl belegen. Geschiedene Patientinnen wählen über die Erwartung hinaus häufiger männliche Therapeuten.

Tabelle 42 Familienstand und Geschlecht des Therapeuten

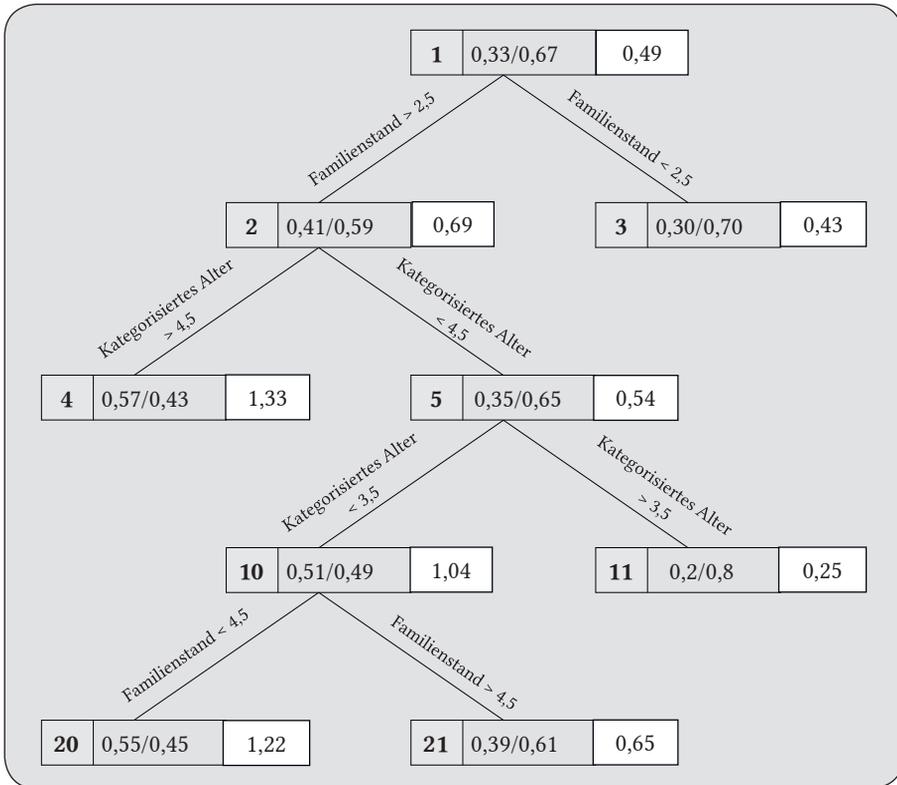
		Männlicher Therapeut	Weiblicher Therapeut	Gesamt
Familienstand	geschieden	40 42,1 %	55 57,9 %	95 13 %
	Alle anderen Familienstände außer geschieden	204 32,0 %	434 68,0 %	638 87,04 %
Gesamt		244 34,0 %	489 66,7 %	733 100 %

Chi-Quadrat = 3,82; df 1;  $p = 0,05$

Im Folgenden wird die Verteilung der Variablen »Familienstand« und »Alter« im *Tree*-Modell dargestellt. Am Anfang (Knoten 1) steht die Verteilung der Variablen »Therapeutengeschlecht« im Gesamtpatientenpool mit den Anteilen von 0,33 für die männlichen und 0,67 für die weiblichen Therapeuten. Die Chance, einen männlichen Therapeuten zu haben, beträgt also 0,49.

Im ersten Schritt wird die Stichprobe mit Hilfe der Variablen »Familienstand« und dem *Cutpoint* 2,5 in Knoten 2 (getrennt lebend, geschieden, verwitwet, wieder verheiratet oder mehrfach geschieden) und Knoten 3 (ledig, verheiratet) zerlegt. In Knoten 2 steigt die Chance, einen männlichen Therapeuten zu haben, auf den Wert 0,69, in Knoten 3 sinkt sie auf 0,43. Knoten 3 ist ein Endknoten und wird nicht weiter zerlegt. Durch weitere Zerlegung von Knoten 2 mit Hilfe der Variablen »kategorisiertes Alter« und noch einmal »Familienstand« entstehen die Endknoten 4, 11, 20 und 21.

**Abbildung 10** rpartTree zum Zusammenhang zwischen kategorisiertem Alter und Familienstand mit der Therapeutenwahl



In Endknoten 11 nimmt die Chance, einen männlichen Therapeuten zu haben, den minimalen Wert von 0,25 an. Die Chance, einen männlichen Therapeuten zu haben, hat in Endknoten 4 den maximalen Wert ( $C = 1,33$ ). In dem dem Tree zugrunde liegende Modell werden nur die Variablen »Familienstand geschieden« (*Cutpoint* 2,5), »kategorisiertes Alter« (*Cutpoints* 4,5 und 3,5) sowie »Familienstand anderes« (*Cutpoint* 4,5) einbezogen. Alle anderen Variablen werden nicht in den Klassifikationsbaum aufgenommen. Sie haben keinen Zusammenhang mit der Zielgröße (siehe Abbildung 10).

### 8.3.3 Krankheitsbild

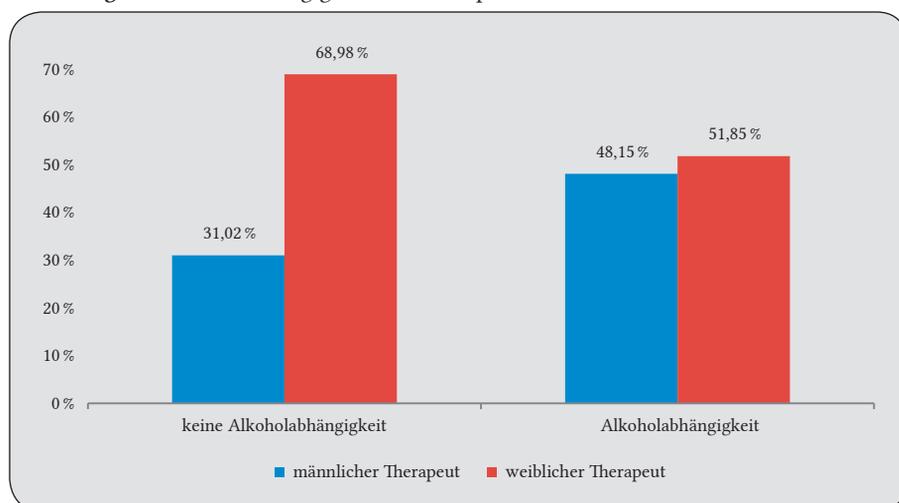
Im Weiteren wurde versucht, den Einflüssen von Symptomatik, somatischer Erkrankung, Beeinträchtigungsschwere und Vorbehandlung auf die Therapeutenwahl

nachzuspüren. Hinsichtlich des symptomatischen Erscheinungsbildes ergaben sich in dieser Analyse wenig bedeutsame Zusammenhänge. Das Vorliegen einer Karzinomerkkrankung scheint allerdings einen Effekt auf die Therapeutenwahl zu gewinnen. Vergleicht man die Häufigkeitsverteilung des Therapeutengeschlechts anhand einer möglichen somatischen Grunderkrankung, zeigt sich ein fast signifikanter  $\chi^2$ -Test nach Pearson. Die stärkste Abweichung von der 1/3 zu 2/3 Verteilung des Therapeutengeschlechts in der Gesamtstichprobe findet sich in der Gruppe der Karzinompatienten mit einer Verteilung von 20 % (männlicher Therapeut) zu 80 % (weiblicher Therapeut). Das Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests zeigt mit  $p = 0,07$  einen Trend, ist aber nicht signifikant. Zudem deutet sich, wenn auch auf einer sehr kleinen Fallzahl, an, dass auch das Stadium einer schweren somatischen Erkrankung Einfluss auf die Therapeutenwahl gewinnen könnte. Der Anteil der Patienten mit weiblichem Therapeuten variiert zwischen 33,3 % und 76,1 %. Es zeigt sich eine Umkehrung des 1/3- zu 2/3-Verhältnisses zugunsten der männlichen Therapeuten bei Patienten mit einer Stadium-3-Erkrankung.

Auch das Vorhandensein einer Alkoholabhängigkeit scheint Einfluss auf die Entscheidung des Patienten zu gewinnen. Der Anteil der Patienten mit weiblichem Therapeuten differiert zwischen 69 % (keine Alkoholabhängigkeit) und 51,9 % (Alkoholabhängigkeit). Die Differenz beträgt in etwa 20 Prozentpunkte (Chi-Quadrat 6,6; df 1;  $p = 0,01$ ).

Um die Einflussstärke der Variablen »BSS-Rating« auf das Zielmerkmal »Therapeutengeschlecht« darzustellen, wurde eine logistische Regressionsanalyse durchgeführt. In der Analyse zeigt sich, dass der Beeinträchtigungsschweregrad keinen

Abbildung 11 Alkoholabhängigkeit und Therapeutenwahl



Einfluss auf die Wahl des Therapeutengeschlechts nimmt ( $p = 0,40$ ). Vorbehandlungen scheinen hingegen bedeutsam zu sein (Chi-Quadrat 5,91; df 1;  $p = 0,02$ ).

### 8.3.4 Patientenbiografie und Wahl des Therapeutengeschlechts

In diesem Abschnitt wird der Zusammenhang des konstruierten Risiko-Indexes (siehe Material und Methoden) mit der Therapeutenwahl analysiert.

Tabelle 43 Risiko-Index und Wahl des Therapeuten

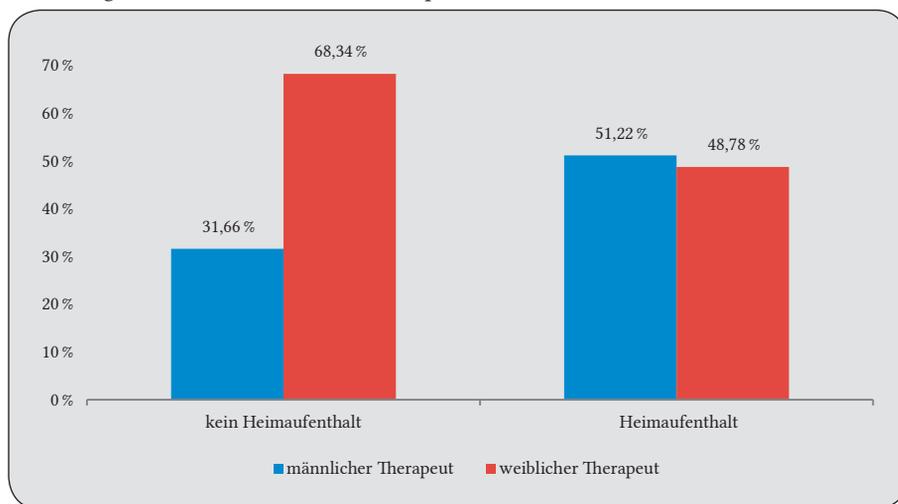
		Männlicher Therapeut	Weiblicher Therapeut	Gesamt
Risiko-Index	1	36	83	119
	Risiko-Indexwert zwischen 0 und 155 Punkten	30,25 %	69,75 %	31,65 %
	2	47	94	141
Risiko-Indexwert zwischen 156 und 290	Risiko-Indexwert	33,33 %	66,67 %	37,50 %
	3	40	76	116
Risiko-Indexwert größer als 290	Risiko-Indexwert	34,48 %	65,52 %	30,85 %
	Gesamt	123	253	376
		32,71 %	67,29 %	100 %

Chi-Quadrat = 0,52; df 2;  $p = 0,77$

Die Analyse zeigt, dass der Anteil der Patienten mit weiblichem Therapeuten zwischen 65,5 % und 69,7 % variiert. Die erwartete 1/3- zu 2/3-Verteilung besteht. Die hier eingesetzte, an die Bedingungen des Datenzugangs adaptierte Form des Risiko-Indexes, lässt keinen Zusammenhang zur Therapeutenwahl erkennen. Die weiterführende Betrachtung einzelner Variablen macht deutlich, dass der Anteil der Patienten mit weiblichem Therapeuten in Bezug auf einen Heimaufenthalt variiert zwischen 48,8 % (Heimaufenthalt) und 68,3 % (kein Heimaufenthalt). Die Differenz liegt bei nahezu 20 Prozentpunkten. Ein Heimaufenthalt erweist sich dabei als wichtige Einflussgröße hinsichtlich der Therapeutenwahl. (Chi-Quadrat-Test 6,71, df 1,  $p = 0,01$ ). Die Maßzahl Odds Ratio hat einen Wert von 2,27. Die Variable »Heimaufenthalt« hat somit eine große Einflussstärke.

Über die mit dem Risiko-Index erfassten harten Belastungsfaktoren hinaus wurde versucht, den Therapieberichten die atmosphärischen Störungen in der Ursprungfamilie zu entnehmen. Die sechs Ausprägungen der Belastungsmöglich-

Abbildung 12 Heimaufenthalt und Therapeutenwahl



keiten der Familienatmosphäre, die als einzelne Variable im Datensatz existieren, wurden gesondert mit jeweiligen Chi-Quadrat-Tests analysiert. Hier zeigen sich für die Ausprägungen belastet durch »Armut«, »Vernachlässigung«, »Verwöhnung« und »Krankheit« in der Analyse mit dem Chi-Quadrat-Test keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Geschlecht des Therapeuten.

Vergleicht man hingegen die Häufigkeitsverteilung des Therapeutengeschlechts hinsichtlich einer durch Streit geprägten Familienatmosphäre, ergibt sich ein signifikantes Ergebnis ( $\chi^2$ -Test nach Pearson 7,93, df 1,  $p = 0,01$ ). Der Anteil der einen weiblichen Therapeuten wählenden Patienten variiert zwischen 71,1% (keine Belastung durch Streit) und 60,7% (Belastung durch Streit). Es kommt zu einer Veränderung der 1/3- zu 2/3-Verteilung.

Analysiert man mit dem Chi-Quadrat-Test den Einfluss einer durch Gewalt geprägten Familienatmosphäre auf die Häufigkeitsverteilung des Therapeutengeschlechts, zeigt sich auch hier ein signifikantes Ergebnis (Chi-Quadrat 6,19, df 1,  $p = 0,01$ ). Von den Patienten mit Gewaltbelastung wählen 60,3% einen weiblichen Therapeuten, bei denen ohne Gewaltbelastung wählen 70,2% einen weiblichen Therapeuten (siehe Abbildung 13).

Versuchen wir, die aufgezeigten biografischen Hinweise wieder mittels des *Tree*-Modells darzustellen, dann ergibt sich folgendes Bild. Inhalt der Knoten: Verteilung des Therapeutengeschlechtes (männlicher Therapeut/weiblicher Therapeut), Chance, einen männlichen Therapeuten zu wählen; Beschriftung der Zweige: durch Streit belastete Familienatmosphäre (1, ja; 0, nein); Heimaufenthalt (1, ja; 0, nein).

Abbildung 13 Streit-/Gewaltbelastung und Therapeutenwahl

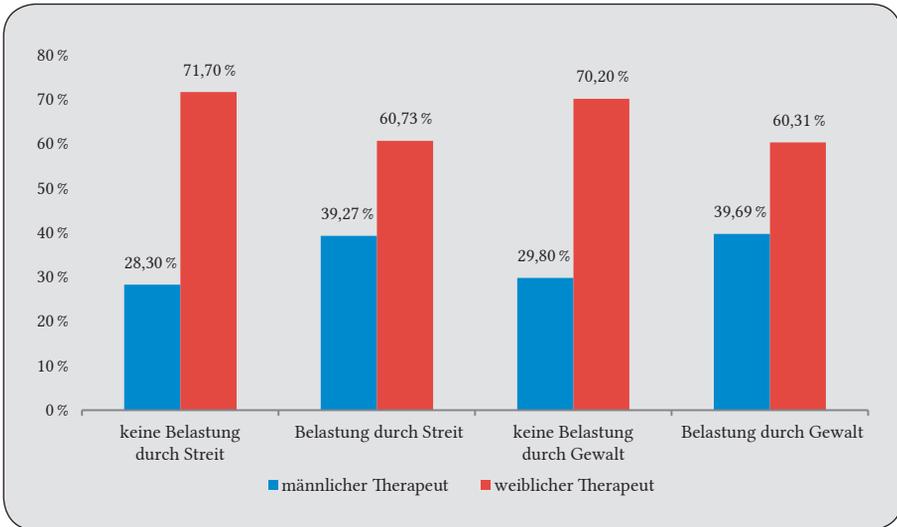
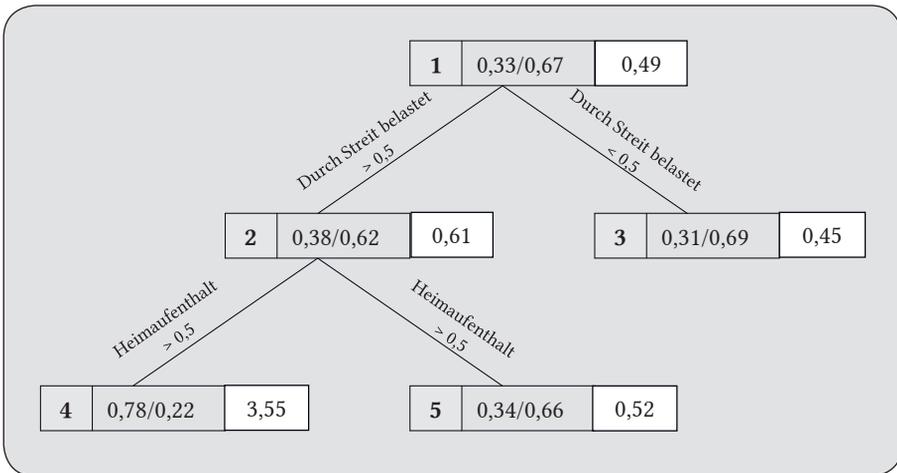


Abbildung 14 rpartTree zum Zusammenhang biografischer Einflüsse mit der Therapeutenwahl



Am Anfang (Knoten 1) steht die Verteilung der Variablen »Therapeutengeschlecht« im Gesamtpatientenpool mit den Anteilen von 0,33 für die männlichen und 0,67 für die weiblichen Therapeuten. Die Chance, einen männlichen Therapeuten zu haben, beträgt also  $0,33/0,67 = 0,49$ .

Im ersten Schritt wird die Stichprobe mit Hilfe der Variablen »Familienatmosphäre belastet durch Streit« und dem *Cutpoint* 0,5 in Knoten 2 in »belastet durch Streit« und Knoten 3 »nicht belastet durch Streit« zerlegt. In Knoten 2 steigt die Chance, einen männlichen Therapeuten zu haben, auf den Wert 0,61, in Knoten 3 sinkt sie auf 0,45. Knoten 3 ist ein Endknoten und wird nicht weiter zerlegt. Durch weitere Zerlegungen von Knoten 2 mit Hilfe der Variablen »Heimaufenthalt« ergeben sich die Endknoten 4 und 5. In Endknoten 5 nimmt die Chance, einen männlichen Therapeuten zu haben, den Wert von 0,52 an. Die Chance, einen männlichen Therapeuten zu haben, hat in Endknoten 4 den maximalen Wert ( $C = 3,55$ ).

In das dem Klassifikationsbaum zugrunde liegende Modell werden nur die Variablen »Familienatmosphäre belastet durch Streit« (*Cutpoint* 0,5), sowie »Heimaufenthalt« (*Cutpoint* 0,5) einbezogen. Alle anderen Variablen werden nicht in den Klassifikationsbaum aufgenommen. Sie haben keinen Zusammenhang mit der Zielgröße.

#### 8.4 Diskussion

Die oben beschriebenen Untersuchungsergebnisse müssen mit einigen Einschränkungen betrachtet werden. Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die hier gewählte Fragestellung nicht im ursprünglichen Fokus des MARS-Projektes stand. Angesichts der wenigen Daten, die im Rahmen der Unterlagen zu einer Richtlinien-Psychotherapie überhaupt vom Therapeuten vorliegen, erschien es uns nicht sinnvoll, weiterführende Untersuchungen in Bezug auf den Therapeuten anzustreben. Zudem erschien es uns aus Gründen der Akzeptanz unserer Untersuchungen auch wichtig, jeden Anschein von individueller Klassifikation der Therapeuten (gute, schlechte usw.) auszuschließen.

Von vornherein war zu erwarten, dass mehr weibliche Patienten und mehr weibliche Therapeuten in der erfassten Stichprobe vertreten sein würden. Da eine erste Analyse der Daten zeigte, dass die Therapeutenwahl am ehesten entlang der Geschlechtsidentität erfolgt, lag es angesichts der Zahlenverhältnisse nahe, zunächst die weiblichen Patienten hinsichtlich ihres Wahlverhaltens weiter zu untersuchen. Dabei waren wir uns der Begrenztheit unseres Vorgehens sehr bewusst, sahen diese »Tastversuche« aber als durchaus interessant und anregend an.

Weitere methodische Einschränkungen wurden in früheren Kapiteln schon ausführlich diskutiert und müssen deshalb hier nicht weiter ausgeführt werden. Auch

wenn der Datensatz den bisher größten Überblick über Patienten in der Richtlinien-Psychotherapie darstellt, kann nicht von einer Repräsentativität der Daten ausgegangen werden. Hinzu kommen Einschränkungen hinsichtlich der Validität der Daten durch die indirekte Erhebung aus den Therapeutenberichten, Gutachterunterlagen und anderen ärztlichen Informationsquellen. Diese können einige Verzerrungen aufweisen, und es können Informationen fehlen, da sie vom Therapeuten nicht in den Bericht aufgenommen wurden (Lieberz et al. 2010) Diese fehlenden Informationen, die aus den Gutachterunterlagen nicht gewonnen werden konnten, spiegeln sich in den teilweise sehr verschiedenen n-Werten der einzelnen Chi-Quadrat-Tests wider. Waren bei einer Patientin Informationen zu einzelnen Variablen aus den Gutachterunterlagen nicht ersichtlich, so wurden sie als *Missing Values* behandelt. In die Berechnungen der Chi-Quadrat-Test flossen die *Missing Values* nicht mit ein. Durch eine direktere Datenerhebung (direktes Interview mit dem Patienten) ließe sich die Datenqualität deutlich verbessern und die Anzahl der *Missing Values* vermindern. Die genannte Verzerrung kann sich beispielsweise auch beim BSS-Score bemerkbar machen. Zur Berechnung des BSS-Scores sind Informationen zur körperlichen Beeinträchtigung, psychischen Beeinträchtigung und sozialkommunikativen Beeinträchtigung nötig. Fehlen Angaben, da der Therapeut diese nicht dokumentiert hat, so können diese auch nicht in die Berechnung des Scores einfließen. In der Konsequenz könnte es zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Beeinträchtigungsschwere der Patienten kommen (Lieberz et al. 2010, Lieberz et al. 2017).

Auch die Art der Anträge schränkt die Ergebnisse der Studie ein. Zum einen werden nur psychodynamische Therapieanträge berücksichtigt, welche 47 Prozent der Gesamtanträge auf Richtlinien-Psychotherapie ausmachen (laut Abrechnungsdaten von 17 Kassenärztlichen Vereinigungen). Damit entfallen in dieser Untersuchung alle Patienten, die eine Verhaltenstherapie beantragt haben, so dass hier dringender Nachholbedarf besteht, um die bis heute offenen Fragen der Differenzialindikation zu den einzelnen Therapieverfahren besser nachvollziehbar zu machen. Zum anderen werden in der Analyse keine KZT-Anträge berücksichtigt. 70 Prozent der therapiebedürftigen Fälle werden allerdings durch reine Kurzzeittherapie behandelt (Multmeier und Tenckhoff 2014). Nur bei 30 Prozent der psychotherapeutisch betreuten Patienten wird eine Langzeittherapie erstbeantragt oder eine KZT in eine LZT überführt (Lieberz 2015). Dies schränkt die Aussagekraft der Ergebnisse bezogen auf die Gesamtheit der Richtlinien-Psychotherapie ein. Weiter limitierend ist, dass in der Studie nur Kassenpatienten berücksichtigt werden. Privatpatienten oder Selbstzahler, die keiner Begutachtung durch einen Gutachter unterliegen, können in dieser Untersuchung nicht erfasst werden. Eine entsprechende vergleichende Untersuchung dieser verschiedenen Patientengruppen ist im Rahmen des MARS-Projektes von Ullrich im Jahr 2021 (s. Kap II.9) vorgenommen worden.

Außerdem findet sich keine Information darüber, auf wessen Empfehlung der Patient die Entscheidung für den jeweiligen Psychotherapeuten getroffen hat. Laut einer Studie aus dem Jahr 2009 kamen nur 22,8 Prozent der psychisch kranken Patienten aus eigenem Antrieb in die Ambulanz der Innsbrucker Universitätsklinik für Psychologie und Psychotherapie. Der Großteil war von Hausärzten, anderen Fachärzten, Angehörigen, Freunden, Arbeitskollegen oder Beratungsstellen überwiesen worden (Doering 2009, Doering et al. 2007). Eine Studie, die sich mit dem Aufsuchen von Fachärzten befasst, zeigt, dass 58 Prozent der Patienten den Facharzt aufgrund einer Empfehlung von Freunden und Kollegen auswählen. Weiter entscheiden sich 39 Prozent der Patienten für einen Facharzt aufgrund einer Überweisung durch den Hausarzt, 27 Prozent schlagen im Telefonbuch nach, 25 Prozent entscheiden auf Empfehlung der Familie. 7 Prozent ziehen für die Suche nach einem passenden Facharzt das Internet mit Arztbewertungsportalen zu Rate, 6 Prozent treffen die Wahl durch ein zufällig gesehenes Praxisschild und 4 Prozent kommen auf Anraten der Krankenkasse. Laut Umfrage ist als Erstkriterium für das Entscheiden zugunsten eines Facharztes die Erreichbarkeit der Praxis nahe der Wohnung oder dem Arbeitsplatz des Patienten genannt (Kofahl und Horak 2010). Durch das Nichterfassen dieser Überweiserinformationen könnten wichtige Kriterien bezüglich der Therapeutenwahl nicht berücksichtigt worden sein.

Regionale, mit dem Praxisort des Therapeuten verbundene Einflüsse auf die Therapeutenwahl und sein Geschlecht scheinen nicht von Bedeutung zu sein. Die Analysen der soziodemografischen Variablen weisen darauf hin, dass der Familienstand die Therapeutenwahl beeinflusst; geschiedene Frauen wählen häufiger, als zu erwarten wäre, einen männlichen Therapeuten. Es ist nicht leicht auszumachen, wie dieser Befund zu deuten wäre, wenn er sich bei anderen Untersuchungen bestätigen ließe. Denkbar wäre, dass die geschiedenen Patientinnen sich von der Begegnung mit einer »männlichen Perspektive« ein besseres Verständnis ihres Scheiterns in der Ehe versprechen. Möglich erschiene es auch, dass sich hier eine Schnittstelle zwischen biografischer Vorerfahrung und aktueller Lebenserfahrung auftut.

Von großer Bedeutung scheinen uns die Ergebnisse hinsichtlich des geringen Einflusses klinischer Variablen auf die Therapeutenwahl zu sein. Wenn sich diese Ergebnisse in weiteren Untersuchungen erhärten sollten, geben sie einen starken Hinweis darauf, dass die Therapeutenwahl nicht in erster Linie durch das klinische Erscheinungsbild geleitet wird. Dass die Symptomatik nicht ganz ohne Bedeutung für die Therapeutenwahl ist, zeigen allerdings frühere Ergebnisse aus dem MARS-Projekt. Dabei geht es um die Wahl eines ärztlichen gegenüber der eines psychologischen Psychotherapeuten bei Vorliegen einer akuten psychogenen Herzkreislauf-Symptomatik (Lieberz et al. 2013). Die dort auch beschriebenen Einflüsse durch das Vorliegen einer schweren somatischen Erkrankung, insbesondere einer Karzinomkrankung, lassen sich wohl neben allfälligen Selektionseffekten am

ehesten dadurch erklären, dass bei den weiblichen Patienten vor allem eine psychotherapeutische Begleitbehandlung bei Vorliegen eines Mammakarzinoms gewünscht wird, und damit ein explizit weibliches Thema im Mittelpunkt des Therapieanliegens steht.

Alkoholabhängige Patientinnen scheinen häufiger einen männlichen Therapeuten zu bevorzugen. Natürlich wäre auch dieser Befund in zukünftigen Studien zu überprüfen. Darüber hinaus wäre es interessant zu wissen, ob dies auch für andere Suchtpatienten gilt. Möglicherweise versprechen sich die alkoholkranken Frauen durch eine männliche Behandlungsführung mehr Halt, Struktur und Sicherheit. Biografische Vorerfahrungen z. B. mit väterlichem Suchtverhalten scheinen dabei jedenfalls keine Rolle zu spielen.

Der Hinweis auf die Bedeutung von Vorbehandlungen für die jetzige Therapeutenwahl entspricht der klinischen Erfahrung und ist plausibel. Wenn der Patient mit dem Ergebnis der Vorbehandlung nicht zufrieden ist, dann läge es jedenfalls nahe, dass er im Falle einer weiteren Behandlung häufiger auch einen Geschlechtswechsel bei seinem Therapeuten ins Auge fasst. Da hier allerdings das Geschlecht eines etwaigen Vorbehandlers nicht berücksichtigt werden konnte, lassen sich zu dieser Hypothese keine Aussagen machen.

Bei der Erhebung biografischer Erfahrungen erbrachte die Analyse der sog. »harten Daten« mithilfe des modifizierten Risiko-Indexes (Dührssen und Lieberz 2000) keine weiterführenden Hinweise. Das Ausmaß an biografischen Vorbelastungen als solches scheint keinen Einfluss auf das Wahlverhalten der hier untersuchten Frauen zu besitzen. Wie sich allerdings zeigt, scheinen einzelne Belastungsfaktoren dennoch von Bedeutung zu sein, wie die hier nur grob erfassten atmosphärischen Bedingungen in den Herkunftsfamilien. Heimaufenthalte weisen in der Regel auf »Broken Home«-Situationen hin, wobei hier weder die Hintergründe noch die Dauer oder der Verlauf eines solchen Aufenthaltes erfasst werden konnten. Immerhin deutet sich an, dass das Aufwachsen mit Stiefeltern oder Großeltern als geläufige Bedingungen im Anschluss an einen passageren Heimaufenthalt keinen Einfluss auf die Zielvariable zeigt. Da mit solchen familiären Auflösungen passagerer oder dauerhafter Art am ehesten auch ein Vaterverlust verbunden ist, wäre es jedenfalls denkbar, dass sich in diesem Befund die Sehnsucht nach einer väterlichen Schutzfigur niederschlägt. Inwieweit Familienzerfall und Heimaufenthalt mit den atmosphärischen Auffälligkeiten in den Herkunftsfamilien korrelieren, wurde hier nicht weiter untersucht. Zusammenfassend ließen sich diese Ergebnisse zur biografischen Entwicklung dahingehend interpretieren, dass Patientinnen, die unter stark verunsichernden Bedingungen aufgewachsen sind und/oder später in sehr verunsichernde Lebensumstände geraten, häufiger väterlichen/männlichen Schutz suchen.

Die Ergebnisse der hier vorgelegten Untersuchung sollten als Anregung für weiterführende Studien betrachtet werden, die sich dann auch explizit auf die

Frage der Therapeutenwahl und ihrer Einflussbedingungen ausrichten. Dabei könnten dann auch Faktoren einbezogen werden, die hier keine Berücksichtigung finden konnten, wie z. B. biografische Bedingungen mit Vater- und Mutterbildern usw., Empfehlungen durch Dritte oder auch ärztliche Überweisungen.