

## 4 Vorbehandlungen bei Patienten in der RLPT: psychodynamische Verfahren

KLAUS LIEBERZ , LUCIE ADAMEK ,  
BERTRAM KRUMM

### 4.1 Einleitung

Eine nicht zu unterschätzende Anzahl an Patienten neigt dazu, ärztliche bzw. therapeutische Dienste unangemessen oft zu nutzen. Patienten, die ärztliche bzw. therapeutische Dienste wesentlich häufiger oder länger in Anspruch nehmen als andere, werden häufig als High Utilizer bezeichnet. Im Fachgebiet der Psychiatrie existiert für diese Patienten mit inadäquater Inanspruchnahme therapeutischer Dienste kein einheitlicher Begriff. In der Literatur werden sie oft High Utilizer genannt (Bauer et al. 2002, Freyberger et al. 2008, Hiller und Fichter 2004, Pasic et al. 2005, Schmitz und Kruse 2002). Es finden sich jedoch auch die Begriffe Frequent Users oder Heavy Users, Repeat Users und Abwandlungen hiervon (Hiller u. Fichter 2004, Hiller et al. 2004, Hunt et al. 2005, Mandelberg et al. 2000, Pasic et al. 2005, Simon et al. 2001, Spießl et al. 2002, Sullivan et al. 1993, Roick et al. 2002). Auf eine einheitliche Einteilung der High Utilizer konnte man sich bislang nicht einigen. Im Bereich der Psychosomatik und Psychotherapie ist die Datenlage bezüglich der High Utilizer eher spärlich gesät. Untersuchungen aus dem Versorgungssektor der RLPT sind bisher nicht bekannt.

Seit langem bekannt ist, dass psychisch Kranke sehr lange brauchen, um in eine angemessene psychotherapeutische Behandlung zu kommen. Auch wenn in den letzten Jahrzehnten durch entsprechende Verbesserungen in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung wie auch in der psychotherapeutischen Versorgung selbst mit ihren entsprechenden Rahmenbedingungen diese Anlaufphase beträchtlich verkürzt werden konnte, beträgt sie im Durchschnitt auch heute noch mehrere Jahre vom ersten Auftreten der Symptomatik bis zu einer adäquaten Behandlung (Mack 2014). Dazu gehört auch, dass auf diesem langen Wege mit immer wieder auftretenden Beschwerden nicht so selten falsche Pfade begangen werden, Behandlungen gesucht und gefunden werden, die eher zu einer Ausbreitung des Krankheitsbildes, häufig auch einer somatischen Verfestigung und Chronifizierung beitragen. Die Gründe für dieses Verhalten der Kranken sind bestimmt vielfältig, sicher ist aber auch, dass sich diese Vorphase auch unter den besten äußere-

ren Bedingungen nicht sehr viel weiter wird reduzieren lassen (heute etwa 5 bis 6 Jahre).

Hollingshead und Redlich (1958) machten bereits in den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts darauf aufmerksam, dass der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung, allerdings unter den Bedingungen des amerikanischen Versorgungsalltags, in hohem Maße von der sozialen Schichtzugehörigkeit abhängig ist. Angehörige der Unterschicht und unteren Mittelschicht werden demnach (und dies gilt bis zum heutigen Tage, was die Bedeutung der Rahmenbedingungen widerspiegelt!) in erster Linie mit Psychopharmaka behandelt, während Angehörige der höheren Schichten sich eben eher eine psychotherapeutische Behandlung leisten konnten und können.

Wie eingangs dargestellt, hat die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland einen ganz anderen geschichtlichen Hintergrund. Im Institut für psychogene Erkrankungen der AOK Berlin wurde bereits Anfang der fünfziger Jahre des letzten Jahrhunderts die Möglichkeit zur psychotherapeutischen Versorgung auch niedrigerer sozialer Schichtangehöriger geschaffen. Die Erfahrungen und Ergebnisse dieser Institution haben gezeigt, dass diese Menschen einer psychotherapeutischen Versorgung grundsätzlich durchaus aufgeschlossen gegenüberstehen, erreichbar sind und bei entsprechender Bereitschaft zur Modifikation des therapeutischen Vorgehens sehr gut von den Behandlungen profitieren. Die aus diesem Institut unter der Leitung von A. Dührssen hervorgegangenen großen Therapiestudien haben denn auch den Grundstein für die heute in Deutschland existierende Versorgungslandschaft, insbesondere auch die RLPT, gelegt und damit auch breiten Schichten der Bevölkerung den Zugang zu einer Psychotherapie ermöglicht (Dührssen 1962, Dührssen & Jorswieck 1965). Gleichwohl zeigen die bereits beschriebenen Ergebnisse aus unserer Studie, dass auch unter diesen günstigen Bedingungen mit einer sozialen Selektion gerechnet werden muss, und dass die Schwelle zu einer der heute angewandten psychotherapeutischen Verfahren für bestimmte Bevölkerungsgruppen nach wie vor recht hoch ist.

Allerdings hängt der Zugang zu einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung nicht nur von den sozialpolitischen und psychotherapeutischen Rahmenbedingungen ab. Wie unsere Ergebnisse auch bereits deutlich gemacht haben, ist Psychotherapie (in ihrer heutigen Form) vornehmlich »Frauensache«. Dies gilt sowohl für die Patienten, aber auch für die Therapeuten. Wir müssen von daher feststellen, dass hier und heute nicht nur die soziale Schichtzugehörigkeit, sondern auch die Geschlechtszugehörigkeit eine entscheidende Bedeutung für den Zugang zu einer Psychotherapie, selbst unter den, international gesehen, hervorragenden Bedingungen in Deutschland, besitzt. Männer zeigen ein anderes Hilfesuchverhalten und sind in der Inanspruchnahme medizinischer und psychotherapeutischer Hilfestellungen zurückhaltender, was den Verlauf von Erkrankungen jeglicher Art natürlich nicht begünstigt. Demnach ist damit zu rechnen, dass

jene Männer, die unter den aktuell geltenden Versorgungsbedingungen wegen einer psychischen/psychosomatischen Erkrankung den Weg zum Arzt oder Psychologen finden, eine besondere Auswahl darstellen. Hierzu gehört ebenso, dass wir auf Seiten der Therapeuten ein deutliches Übergewicht weiblicher Therapeuten vorfinden, und dies den Zugang für Männer zu einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung nicht erleichtert. Wie wir in dieser Untersuchung (s. Kap. II.8) aufzeigen können, läuft die Therapeutenwahl in erster Linie entlang der Geschlechtsidentität, was die Zugangsschwelle für die Männer zusätzlich anhebt.

Zudem zeigt der Praxisalltag, dass es nicht so selten vorkommt, dass männliche Patienten eine Vorbehandlung bei einer Therapeutin hatten, bevor sie dann den Weg zu einem männlichen Therapeuten gesucht haben. Natürlich kann es auch umgekehrt vorkommen, dass erst ein therapeutischer Anlauf bei einem Mann gesucht (was rein statistisch seltener vorkommen dürfte) und dann, aus welchem Grund auch immer, ein weiterer Anlauf bei einer Therapeutin gewagt wird. Auf jeden Fall weisen diese praktischen Erfahrungen darauf hin, dass die Therapeutenwahl und die Passung zwischen Patient und Therapeut naturgemäß erheblichen Einfluss auf Verlauf und Ergebnis einer Behandlung nehmen und auch die Grenzen des Erreichbaren mitbestimmen.

Selbstverständlich spielen auch andere Patientenvariablen eine wichtige Rolle auf dem Weg in eine psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung. Hier ist in erster Linie an das Krankheitsbild (Lieberz et al. 2013) und vor allem die Krankheitsschwere zu denken, die der Patient mitbringt (und welche mit den oben erwähnten Chronifizierungsbedingungen zusammenhängen können). Da psychische Erkrankungen keinem kategorialen Schema folgen (vorhanden oder nicht vorhanden), sondern zumeist dimensional angelegt sind (mehr oder weniger), sind natürlich auch die Therapieergebnisse eher relativer Art. Sie hängen immer auch von den Ausgangsbedingungen ab, die der Patient in sozialer, psychologischer und somatischer Hinsicht mit in die Therapie einbringt. Nicht überraschend wäre daher, wenn viele Patienten nicht mit einer einzigen Behandlung wieder gesunden, sondern mehrere Therapieschritte notwendig werden können, um einen Patienten auf den Weg der Besserung zu bringen. Vorbehandlungen sind deshalb auch nicht einfach ein Hinweis auf einen nicht oder wenig erfolgreichen Therapieverlauf, sie können vielmehr auch Ausdruck einer schrittweise erfolversprechenden Entwicklung des Patienten darstellen, eine Entwicklung, in deren Verlauf die Motivation und Zuversicht des Patienten zunehmend gestiegen sind, leichte Verbesserungen im Hinblick auf persönlichkeitsstrukturelle Funktionalität und soziale Lage auch den Symptomdruck verringert haben, ohne dass bereits von einer ausreichenden gesundheitlichen Ausbalancierung gesprochen werden könnte. Die Patienten sind sozusagen »auf den Geschmack gekommen«, und die Therapieziele werden im Laufe der Zeit höher gesetzt.

Doch natürlich können Therapien auch scheitern oder misslingen, weil z. B. die Veränderungsmotivation des Patienten (noch) nicht ausreichend ist, weil andere Motivationen den Gesundheitwunsch überlagern und ein erheblicher sekundärer »Krankheitsgewinn« aktuell keine Fortschritte erwarten lässt. Auch ist daran zu denken, dass es Patienten gibt, die eher an Therapie als an Veränderung interessiert sind und für die die Beziehung zu ihrem Therapeuten Ersatzcharakter für real fehlende soziale Beziehungen annimmt. Hier ließe sich am ehesten die oben angeführte problematische Gruppe der High Utilizer verorten.

Nicht so selten kommt es gerade bei Frauen vor, dass die Therapie nicht unmittelbare Effekte erzeugt, die angestoßenen Veränderungsschritte von der Patientin aber aufgeschoben werden und ein günstigerer Zeitpunkt abgewartet wird, um z. B. die Trennung einer Partnerschaft zu vollziehen, eben erst dann, wenn die Kinder »aus dem Größten raus sind«. Auch dann wird häufig zu einem späteren Zeitpunkt nochmals therapeutische Hilfestellung in Anspruch genommen, um nun auf der früher bereits hergestellten Basis den Änderungsprozess zu vollenden.

Natürlich ist es auch denkbar, dass die aktuelle Symptomatik, das aktuelle Beschwerdebild, die Wahl eines bestimmten Therapeuten mit einem entsprechenden methodischen Verfahren nahelegt. Bei Wiederauftreten einer Symptomatik zu einem späteren Zeitpunkt kann dann eine erneute Therapie notwendig werden und, ggf. damit verbunden, auch eine andere Therapeuten- und Verfahrenswahl.

Nicht zuletzt ist die hier im Mittelpunkt stehende Frage nach Vorbehandlungen bei unseren Patienten mit der Indikationsfrage verbunden. Welche Vorgehensweise wird vom Therapeuten präferiert bzw. auf welches Vorgehen haben sich Therapeut und Patient verständigt und von daher beantragt. Dabei ist die schwer nachvollziehbare Frage der Fehlindikation einzubeziehen, denn natürlich könnte der Therapeut aufgrund eigener begrenzter Therapiemöglichkeiten den Patienten in ein verfügbares Therapieangebot lotsen, obwohl bei objektiver Betrachtung möglicherweise z. B. das Krankheitsbild des Patienten oder der aktuelle Zeitpunkt eine andere Vorgehensweise angemessener und erfolgversprechender erscheinen lassen könnten. Solche Fehlindikationen könnten dann also einen Beitrag zu etwaigen Vorbehandlungen leisten, da mit dem früher angewandten Vorgehen kein hinreichendes Therapieergebnis zu erzielen war.

Hiermit seien nur einige der Möglichkeiten aufgezeigt, die eine psychosomatisch-psychotherapeutische Vorbehandlung plausibel erscheinen lassen. Von besonderem Interesse ist dabei auch die Frage, wie die Patienten, die in eine Langzeittherapie überführt werden, sich von denen unterscheiden, die im ambulanten Bereich unterhalb dieser Schwelle bleiben. Diese Patientengruppe umfasst nach den Informationen von Multmeier und Tenckhoff (2014) drei Viertel aller in Psychotherapie befindlicher Patienten; das heißt, nur ein kleinerer Teil der offenbar behandlungsbedürftigen Patienten wird in eine Langzeittherapie nach den Richtlinien überführt. Völlig unklar ist, welche Entscheidungsprozesse dieser Auswahl

vorausgehen. Folgen wir den Angaben im Psychotherapie-Report (DPtV 2021) dann werden die meisten Richtlinien-Therapien innerhalb des ersten Stundenkontingents beendet. Nur in höchstens 30% der Fälle wird das erste Stundenkontingent ausgeschöpft. Noch seltener wird offenbar das zweite Stundenkontingent ausgeschöpft, maximal bei 11% in der TfP und bei 10% in der VT. Offenbleiben muss dabei, ob diese Situation der Tatsache geschuldet ist, dass die Patienten damit ausreichend versorgt sind, oder ob diese Verhältnisse Ausdruck einer Fehlindikation oder »Fehlpassung« zwischen Patient und Therapeut zuzuschreiben sind.

Ebenso unklar ist jedoch, welche Verzahnung zwischen dem ambulanten und dem stationären Behandlungsbereich besteht, und in welchem Ausmaß die Patienten in Langzeittherapie bereits stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische oder auch psychiatrische Unterstützung erfahren haben.

Vor diesem Hintergrund möchten wir in diesem Kapitel folgenden Fragestellungen nachgehen:

- a. In welchem Ausmaß lassen sich bei den Patienten dieser Studie psychotherapeutische/psychiatrische Vorbehandlungen ambulanter oder stationärer Art feststellen?
- b. Welcher Art sind diese Vorbehandlungen?
- c. Hängt die Schwere der Erkrankung mit dem Ausmaß der Vorbehandlungen zusammen?
- d. Haben Vorbehandlungen Einfluss auf die getroffene Therapiewahl?

Die zugehörigen Null-Hypothesen wären demnach wie folgt zu formulieren:

- H<sub>1</sub> Die hier untersuchten Patienten haben keine Vorbehandlungen erfahren.
- H<sub>2</sub> Bei etwaigen Vorbehandlungen bestehen keine Unterschiede hinsichtlich des jeweiligen Verfahrens.
- H<sub>3</sub> Die Schwere der Erkrankung hat keinen Einfluss auf das Vorhandensein von Vorbehandlungen.
- H<sub>4</sub> Vorbehandlungen haben keinen Einfluss auf die Wahl des therapeutischen Vorgehens (hier TfP vs. AP).

## 4.2 Methodik und Ergebnisse

Die hier angewandte Methodik wurde eingangs ausführlich beschrieben und soll deshalb hier nicht wiederholt werden. Untersuchungsgrundlage sind auch hier  $n = 1\,005$  Patienten, für die im Rahmen der RLPT ein Therapieantrag gestellt und ein Gutachterverfahren durchgeführt wurde.

Tabelle 20 Vorbehandlungen

	Gesamtgruppe		Keine Angaben
	Häufigkeit abs.	Prozent	
Vorbehandlung			
nein	387	38,5	
ja	606	60,3	
Gesamt	993	100	12 (1,2 %)
.....			
Vorbehandlung			
einmal	228	22,7	
mehrfach	359	35,7	
unklar	31	3,1	
nichtzutreffend	387	38,5	
Gesamt	1 005	100	
.....			
Vorbehandlung			
Ambulante PT			
nein	528	52,5	
Ja	447	44,5	
Gesamt	975		30 (3,0 %)
.....			
Vorbehandlung			
Ambulant psychiatrisch			
nein	628	62,5	
ja	175	17,4	
Gesamt	803	100	202 (20,1 %)
.....			
Vorbehandlung			
Stationär PSM			
nein	706	70,2	
ja	264	26,3	
Gesamt	970	100	35 (3,5 %)
.....			
Vorbehandlung			
Stationär Psychiatrie			
nein	817	81,3	
ja	150	14,9	
Gesamt	967	100	38 (3,8 %)

#### 4.2.1 Häufigkeit und Art der Vorbehandlung

Wir wollen zunächst der Frage nachgehen, wie häufig sich überhaupt Vorbehandlungen bei dieser Patientengruppe ausmachen lassen. Wie sich zeigt, erfuhren 387 Patienten (39 %) keine Vorbehandlungen, während bei 605 Patienten (61 %) Vorbehandlungen festgestellt werden konnten. Bei 13 Patienten waren keine Angaben vorhanden. Fast zwei Drittel der hier zur Behandlung angemeldeten Patienten haben also psychotherapeutisch/psychiatrische Vorerfahrungen. Bei 228 (22,7 %) der Patienten bestand eine einmalige Vorbehandlung, bei 358 (35,7 %) der Patienten eine mehrfache Vorbehandlung. Bei 446 (45,8 %) der Patienten wurde bereits eine ambulante Psychotherapie durchgeführt, 174 (21,7 %) waren in ambulanter psychiatrischer Behandlung. 263 Patienten (27,2 %) befanden sich zuvor schon einmal in stationärer (auch Rehaklinik) psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung, 150 Patienten (15,5 %) mussten früher schon einmal stationär psychiatrisch betreut werden (siehe Tabelle 20).

Versuchen wir nun in einem zweiten Schritt der Frage nach der Art der psychotherapeutischen Vorbehandlung, wenn gegeben, nachzugehen. Dabei ist zunächst festzustellen, dass nur bei einem Teil der 446 Patienten, bei denen eine psychotherapeutische Vorbehandlung angegeben wurde, auch die Art der Vorbehandlung spezifiziert werden konnte. Insgesamt finden wir Angaben zu 841 Patienten, wovon bei 309 Patienten eine Verfahrenszuordnung getroffen werden konnte. Bei 98 (11,65 %) Patienten wurde im Vorfeld der jetzigen Behandlung eine Verhaltenstherapie durchgeführt, bei 139 Patienten (16,5 %) eine TFP und bei 53 (6,3 %) Patienten auch schon eine AP.

#### 4.2.2 Krankheitsschwere und Vorbehandlung

Zur Erfassung der Krankheitsschwere dient hier die BSS-Einschätzung mit der Zweiteilung in eine eher leicht beeinträchtigte Gruppe 1 mit einem BSS von 0 bis 4 und einer stärker beeinträchtigten Gruppe 2 mit einem BSS  $\geq 7$ . Zu diesem Vorgehen sei auch auf eine frühere Veröffentlichung aus diesem Projekt (Lieberz et al. 2017) und Kapitel II.6 verwiesen.

Diese beiden Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Vorbehandlung sehr signifikant (siehe Tabelle 21). Während in der Gruppe 1 knapp 47 % der Patienten eine Vorbehandlung erhalten hatten, erreicht dieser Wert mit 82 % in Gruppe 2 beachtliche Ausmaße. Natürlich ist nicht auszuschließen, dass Vorbehandlungen seitens des die Krankheitsschwere beurteilenden Gutachters auch in den BSS mit eingeflossen sind, so dass eine gewisse Konfundierung einzurechnen ist.

Ähnliche Ergebnisse finden wir, wenn wir einmalige und mehrfache Vorbehandlungen gegenüberstellen. Einmalige Vorbehandlungen sind mit 26,7 % in

Tabelle 21 Vorbehandlung der Extremgruppen

	Gruppe 1	Gruppe 2
keine Vorbehandlung	155 52,4%	28 18,1%
Vorbehandlung	138 46,6%	127 81,9%
nicht abklärbar	3 1,0%	0 0%
Gesamt	296 100,0%	155 100,0%

Chi-Quadrat = 50,915; df 1; p = 0,001

der Gruppe 1 häufiger als in der Gruppe 2 mit 12,9%, während mehrmalige Vorbehandlungen in der Gruppe 1 zu 19,3% gegeben sind, in der Gruppe 2 hingegen zu 65,2% (!). Dieser Unterschied ist hochsignifikant ( $p = 0,001$ ). Auch wenn wir nur die ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlungen in den Blick nehmen, zeigen sich zwischen den beiden Gruppen deutliche Unterschiede ( $p = 0,006$ ). In Gruppe 1 wurden 116 Patienten (40,1%) ambulant psychotherapeutisch vorbehandelt, während in Gruppe 2 mehr als die Hälfte der Patienten (80, 51,6%) entsprechende psychotherapeutische Vorbehandlungen aufwiesen. Ähnliche Verhältnisse finden wir auch bei Betrachtung allein der ambulanten bzw. stationären psychiatrischen Vorbehandlungen. In Gruppe 2 haben 59 Patienten (38,1%) eine ambulante psychiatrische und 53 Patienten (34,2%) auch eine stationäre psychiatrische Vorbehandlung aufzuweisen ( $p = 0,001$  in beiden Fällen). Unterschiede hinsichtlich der Dauer etwaiger Vorbehandlungen finden sich nicht; in beiden Gruppen waren psychotherapeutische Langzeittherapien vorherrschend (75,6% vs. 82,1%). Auch

Tabelle 22 Art der ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlung

	Gruppe 1	Gruppe 2
Verhaltenstherapie	23 28,8%	20 37,7%
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	41 51,3%	19 35,8%
Analytische Psychotherapie	16 20,0%	14 26,4%
Gesamt	80 100,0%	53 100,0%

Chi-Quadrat = 3,054; df 2; p = 0,224



die Art der Vorbehandlung weist zwischen den beiden Gruppen keine Unterschiede auf (siehe Tabelle 22).

Gewiss lässt sich dieser Tabelle auch eine gewisse Verfahrenstreue entnehmen. In beiden Gruppen überwiegen deutlich psychodynamische Vorbehandlungen, und freilich lässt sich in Gruppe 2 auch bei über einem Drittel der Patienten ein Verfahrenswechsel konstatieren.

#### 4.2.3 Vorbehandlungen und Therapiewahl

Werfen wir nun einen Blick auf das beantragte therapeutische Vorgehen (TfP vs. AP) und das Ausmaß an Vorbehandlungen, so lässt sich zunächst feststellen, dass zwischen diesen beiden Therapiegruppen keine Unterschiede hinsichtlich des Vorhandenseins einer Vorbehandlung oder hinsichtlich des Umstands einer einmaligen oder einer mehrfachen Vorbehandlung bestehen. Wenn wir aber allein die Tatsache einer ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlung in den Fokus rücken, dann registrieren wir, dass zwischen den beiden Therapiegruppen deutliche Unterschiede bestehen. In der Therapiegruppe TfP wurden 322 Patienten (43,3 %) bereits psychotherapeutisch vorbehandelt, in der Therapiegruppe AP mit 124 Patienten aber fast 54 %. Wie sich zeigt, ist dieser Unterschied sehr signifikant (siehe Tabelle 23).

Tabelle 23 Behandlungsgruppe und ambulante Vorbehandlungen

		TfP/AP-Behandlung	
		TfP	AP
Vorbehandlungen:	nein	421	106
Ambulant psychotherapeutisch	ja	322	124
Gesamt		743	230

Bei n = 32 k. A.; chi-Quadrat 7,912; df 1; p = 0,005

Hinsichtlich einer stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Vorbehandlung oder Vorbehandlungen im ambulanten und stationären psychiatrischen Bereich ergeben sich zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede. Beziehen wir nun noch die Art der psychotherapeutischen Vorbehandlung in unsere Darstellung ein, dann ergeben sich die niedergelegten Ergebnisse (siehe Tabelle 24).

Am augenscheinlichsten ist der Unterschied hinsichtlich etwaiger Vorbehandlungen mit einer AP. Knapp 15 % der Patienten mit beantragter AP waren bereits in

Tabelle 24 Behandlungsgruppe und Art der ambulanten Vorbehandlung

		TfP-/AP-Behandlung	
		TfP	AP
Art der ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlung	Nicht zutreffend	427 66,9 %	105 51,7 %
	Verhaltens- therapie	70 11,0 %	28 13,8 %
	Tiefenpsycholo- gisch fundierte Psychotherapie	105 16,5 %	34 16,7 %
	Analytische Psychotherapie	23 3,6 %	30 14,8 %
	Sonstiges	13 2,0 %	6 3,0 %
Gesamt		638 100,0 %	203 100,0 %

Bei n = 164 k. A.; chi-Quadrat 37,769; df 4; p = 0,001

einer entsprechenden Vorbehandlung, wobei hier unklar bleiben muss, ob dieses Ergebnis eher einer Verfahrenstreue oder einer Behandlerstreue entspringt.

### 4.3 Diskussion

Bis heute liegen keine Daten über etwaige Vorbehandlungen bei Patienten, die sich in psychotherapeutischer Versorgung befinden, vor. Dies gilt auf jeden Fall für die in Deutschland mit der RLPT anzutreffenden Rahmenbedingungen. Dreiviertel aller psychotherapeutisch betreuten Patienten werden nach Multmeier und Tenckhoff (2014) im Bereich der Kurzzeittherapie behandelt. Wir wissen bis heute nicht, wodurch sich diese Patienten von denen unterscheiden, die schließlich in eine psychotherapeutische Langzeitbehandlung übernommen werden. Denkbar wäre also, dass die meisten behandlungssuchenden Patienten nur wenig beeinträchtigt sind und mit geringem Aufwand wieder stabilisiert werden können. Auch denkbar wäre allerdings, dass die Lebensumstände der Patienten, ihre jeweils aktuelle Motivation und Abwehrlage eine an sich angezeigte Langzeitbehandlung nicht zulassen. Möglich ist außerdem, dass die Patienten die KZT nutzen, um auszuloten, ob mit dem jeweiligen Therapeuten eine zufriedenstellende Passung erreicht werden kann. Die relativ niedrige Ausschöpfung auch des zweiten Behandlungskontingentes lässt jedenfalls daran denken, dass es wohl auch etliche Patienten gibt, deren Behandlung nicht wegen ausreichender Besserung beendet wird, sondern

dass, jedenfalls aus psychodynamischer Sicht, auch damit gerechnet werden muss, dass die Patienten zwischenzeitliche Zweifel an der Passung mit ihrem Therapeuten entwickeln, und dass erste, ernsthafte Übertragungswiderstände dann einen Behandlungsabbruch oder auch eine irgendwie begründete Beendigung begünstigen. Nicht zuletzt wäre daran zu denken, dass auch die Therapeuten manchmal ein Interesse daran haben könnten, die Patienten nicht in eine Langzeittherapie zu überführen und sie eher in einer Art fraktionierter KZT zu halten, sei es, weil sie auf diesem Wege am ehesten einen Zugang zum Patienten herstellen können, sei es, weil sie sich den mit der Berichterstattung im Rahmen des GAV gegebenen Aufwand ersparen möchten. Hier und heute lässt sich also nicht feststellen, ob diese Verhältnisse dem aus gesundheitlicher Sicht notwendigen Aufwand entsprechen oder aber eher die Chronifizierung der zumeist ohnehin bereits chronisch beeinträchtigten Patienten begünstigen.

Unter den gegebenen Rahmenbedingungen der hier untersuchten Behandlungen bleibt jedenfalls festzuhalten, dass ein außerordentlich hoher Anteil der Patienten bereits Vorbehandlungen im psychosomatisch-psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgungsfeld erfahren hat. Damit kann die erste von uns aufgestellte Hypothese abgewiesen werden. Dies weist sicherlich auch darauf hin, dass wir in Deutschland ein gutes und eng geknüpftes Netz an Versorgungsmöglichkeiten besitzen und die Patienten eben häufig schon länger auf der Suche nach einer weiterführenden psychotherapeutischen Hilfestellung sind. Das Ausmaß an Patienten mit ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlungen, in aller Regel eben auch einer Langzeitbehandlung, wirft allerdings auch ein Licht auf die anzunehmenden Selektionsmechanismen. Gerade wenn wir davon ausgehen, dass die in eine Langzeitbehandlung überführten Patienten eher eine Positivselektion hinsichtlich Bildungsgrads, sozialer Schichtzugehörigkeit und Behandlungsmotivation darstellen, dann ergeben sich daraus zwei wichtige Schlussfolgerungen. Zum einen scheinen die Patienten, die eher in allgemeinmedizinischer oder psychotherapeutischer Kurzzeitbehandlung verbleiben, eher eine besondere Auswahl an Patienten zu sein, denen der Zugang zur Psychotherapie in ihrer heutigen Form schwerer fällt (z. B. Männer mit geringem Bildungsgrad). Zum anderen sind die in eine Langzeitbehandlung überführten Patienten zwar aufgeschlossener gegenüber psychotherapeutischen Maßnahmen, sie können aber nicht ohne Weiteres als stabiler oder gesünder angesehen werden. Jedenfalls sind in hohem Maße chronische Krankheitsverläufe mit anhaltendem Symptomdruck anzunehmen.

Hinsichtlich der Art einer psychotherapeutischen Vorbehandlung weisen unsere Ergebnisse vor allem darauf hin, dass ein Verfahrenswechsel von den Patienten eher seltener angestrebt wird. Festzustellen ist eher eine ausgeprägte Verfahrenstreue, wobei unklar bleiben muss, ob dies darauf zurückzuführen ist, ob der Patient mit seiner Vorbehandlung eigentlich zufrieden war und auf dieser Grundlage weitere Unterstützung derselben Art sucht. Ebenfalls denkbar ist jedoch, dass

es sich eher um eine Behandlerstreue handelt, und wir annehmen können, dass der Patient mit der Vorbehandlung eine tragfähige Bindung zum Therapeuten hergestellt hat. Er möchte deshalb nicht noch mal »von vorne anfangen«, sondern die Behandlung eben »wieder aufnehmen« oder auch »fortführen«, vielleicht auch, weil in der Vorbehandlung keine ausreichende Linderung der Beschwerden oder strukturelle Festigkeit entwickelt werden konnte. Der eher seltene Fall eines Verfahrenswechsels lässt andererseits wohl erkennen, dass Patienten, die hier mit einer Verhaltenstherapie keine ausreichende Erleichterung erfahren konnten, oder, wie es oft formuliert wird, »nicht mehr weitergekommen« sind, ihr eigenes Behandlungsziel dennoch weiterverfolgen und die systemgegebenen Möglichkeiten eines Verfahrenswechsels auch nutzen. Anzunehmen ist, dass dies auch für den umgekehrten Fall eines Wechsels von einem psychodynamischen Verfahren in eine Verhaltenstherapie gilt. Interessant wäre jedenfalls zu wissen, ob die hier ausgewiesene Quote von 12 % der vorbehandelten Patienten auch für einen Wechsel von einem psychodynamischen Verfahren hin in eine Verhaltenstherapie gilt.

Plausibel und nachvollziehbar ist, dass die Schwere der Erkrankung, wie sie hier mittels des BSS eingeschätzt wurde, mit etwaigen Vorbehandlungen verbunden ist. Die entsprechende eingangs formulierte Null-Hypothese kann also abgewiesen werden. Eine gewisse Konfundierung der Variablen ist dabei anzunehmen. Naheliegend ist jedenfalls, dass der Beurteiler die Häufigkeit von Vorbehandlungen auch in seine Einschätzung der Krankheitsschwere hat einfließen lassen. Auf jeden Fall ist sehr bemerkenswert, dass zwei Drittel der schwer Erkrankten bereits mehrfach vorbehandelt worden sind und die Hälfte bereits eine ambulante psychotherapeutische Vorbehandlung erfahren hat. Auch die Häufigkeit und Notwendigkeit ambulanter wie auch stationärer psychiatrischer Vorbehandlungen lassen erkennen, dass wir in dieser Patientengruppe eine »High Risk«-Population wiederfinden.

Art und Ausmaß von Vorbehandlungen haben einen nachweislichen Einfluss auch die aktuelle Therapieplanung. Die eingangs aufgestellte Null-Hypothese kann also ebenfalls abgewiesen werden. Die Schwere der Erkrankung scheint nicht in einem nachweisbaren Zusammenhang mit der Art der Vorbehandlung zu stehen. Umgekehrt lässt sich feststellen, dass Häufigkeit und Art der psychotherapeutischen Vorbehandlung deutlichen Einfluss auf die jetzige Therapieplanung nehmen. Weniger die Schwere der Erkrankung als vielmehr die Art der Vorbehandlung ist für die weitere Therapieplanung also bedeutsam und ausschlaggebend. Dies gilt insbesondere für die Beantragung einer AP, wobei ein knappes Drittel der für eine AP vorgesehenen Patienten entweder eine vorherige Verhaltenstherapie oder eine TfP aufweisen. Diese Indikationsstellung wäre insofern nachvollziehbar, als demnach nun mit einem aufwendigeren und vermutlich tiefergreifenden therapeutischen Ansatz versucht werden soll, die Gesundheit des Patienten wieder herzustellen oder jedenfalls deutlich zu verbessern.

Allerdings hat auch ein beträchtlicher Teil (knapp 15%) der für eine AP vorgesehenen Patienten im Vorfeld schon eine AP durchgeführt. Ob dies im Einzelfall sinnvoll und weiterführend ist, kann hier nicht entschieden werden. Diese Therapiepläne dürften im Rahmen des GAV kritisch diskutiert werden. Jedenfalls eröffnet sich hier die bereits oben aufgeworfene Frage nach möglichen Fehlindikationen auch im Vorfeld der jetzigen Behandlungsplanung, Fehlindikationen, die dann natürlich auch zur weiteren Chronifizierung und auch entsprechenden Vorbehandlungen beitragen können. Diese Frage ist freilich mit den hier vorliegenden Daten nicht abschließend zu beantworten, zumal angesichts des fließenden Übergangs zwischen verschiedenen Graden der Krankheitsschwere oder auch den verschiedenen psychodynamisch orientierten Vorgehensweisen (KZT, TFP vs. AP, Einzeltherapie vs. Gruppentherapie) klare Indikationsentscheidungen nur mit einiger Mühe zu vertreten sein werden. Die Ergebnisse hinsichtlich der gutachterlichen Einschätzung von Therapieanträgen zeigen allerdings, dass gerade die Frage der Therapieplanung von den Gutachtern eher kritisch gesehen wird; das heißt, auf Basis der Therapeutenberichte stimmen die Gutachter mit der beantragten Therapieplanung in hohem Maße nicht überein (Lieberz und Seiffge 2011). Auch die hier dargelegten Ergebnisse hinsichtlich der Differenzialindikation lassen erkennen, dass klinische Variablen eher in geringem Maße zur jeweiligen Therapieplanung beitragen und hier eher soziale Kennzeichen der Patienten und auch die Therapiemöglichkeiten des Therapeuten von entscheidender Bedeutung zu sein scheinen.

Zusammenfassend bleibt also festzuhalten, dass ein außerordentlich hoher Anteil der für eine Langzeittherapie im der RLPT vorgesehenen Patienten bereits Vorbehandlungen, auch psychotherapeutische Vorbehandlungen, erfahren hat. Die Häufigkeit dieser Vorbehandlungen steht in einem Zusammenhang mit der Schwere der Erkrankung. Die weitere Therapieplanung wird von der Art und Häufigkeit der Vorbehandlungen beeinflusst.