

Aus der Psychosomatischen Klinik des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit  
der Medizinischen Fakultät Mannheim  
(Direktor: Prof. Dr. med. Christian Schmahl)

**Einflüsse auf die Wahl des Therapeutengeschlechts bei  
psychotherapeutischen Behandlungen**

Inauguraldissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades in der Zahnmedizin  
der  
Medizinischen Fakultät Mannheim  
der Ruprecht-Karls-Universität  
zu Heidelberg

vorgelegt von

Marie-Luise Camilla Elisabeth Rieping

aus Mannheim

2020

Dekan: Prof. Dr. med. Sergij Goerd  
Referent: Prof. Dr. med. Klaus Lieberz

# INHALTSVERZEICHNIS

ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....	VII
TABELLENVERZEICHNIS .....	VIII
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....	IX
<b>1 EINLEITUNG.....</b>	<b>1</b>
1.1 Thematische Einführung .....	1
1.2 Freie Arzt-/Therapeutenwahl.....	2
1.3 Psychotherapie-Richtlinien und Gutachterverfahren .....	3
1.4 Geschichtliche Aspekte .....	8
1.5 Präferenzen hinsichtlich des Geschlechtes des Arztes-/Therapeuten.....	13
1.6 Fragestellung der Arbeit.....	16
<b>2 MATERIAL UND METHODEN .....</b>	<b>17</b>
2.1 Mannheimer Richtlinien-Psychotherapie - Studie .....	17
2.2 Patientenkollektiv .....	17
2.3 Evaluationsbogen .....	18
2.3.1 Basisdaten des Patienten .....	18
2.3.2 Klinische Daten des Patienten .....	18
2.3.3 Angaben zum Therapeuten .....	19
2.3.4 Familiengnese.....	20
2.3.4.1 Fragen, die sich unmittelbar auf den Patienten beziehen .....	20
2.3.4.2 Fragen, die sich auf den Vater des Patienten beziehen.....	20
2.3.4.3 Fragen, die sich auf die Mutter des Patienten beziehen .....	20
2.3.4.4 Fragen, die sich auf andere Bezugspersonen beziehen .....	20
2.3.4.5 Fragen, die sich auf Elternersatzpersonen beziehen .....	20

2.3.4.6	Fragen, die sich auf die Familie beziehen.....	21
2.3.5	Stellungnahme des Gutachters .....	22
2.3.6	ICD Diagnosen.....	25
2.4	Aktivitäts-Score .....	27
2.5	Auswertung .....	27
<b>3</b>	<b>ERGEBNISSE .....</b>	<b>30</b>
3.1	Beschreibende Statistik.....	30
3.2	Soziodemographische Daten.....	31
3.3	Regionale Bedingungen.....	34
3.4	Soziodemographische Einflüsse auf die Wahl des Therapeutengeschlechts .....	36
3.4.1	Simultane Analysen .....	39
3.4.1.1	Logistische Regressionsanalyse der soziodemographischen Einflüsse auf die Therapeutenwahl .....	40
3.4.1.2	Klassifikationsbaum: Zusammenhang soziodemographischer Einflüsse auf die Therapeutenwahl .....	41
3.5	Einflüsse seitens des Krankheitsbildes der Patientinnen auf die Wahl des Therapeutengeschlechts .....	42
3.5.1	Somatische Erkrankungen .....	42
3.5.2	Psychische Erkrankungen .....	45
3.5.3	Simultane Analysen .....	47
3.5.3.1	Logistische Regressionsanalyse der Einflüsse durch das Krankheitsbild auf die Therapeutenwahl .....	47
3.5.3.2	Klassifikationsbaum: Zusammenhang des Krankheitsbildes auf die Therapeutenwahl .....	48
3.6	Einflüsse seitens der Patientenbiographie auf die Wahl des Therapeutengeschlechtes .....	48
3.6.1	Analysen zu Variablen, die sich auf die mütterliche Seite der Patientenbiographie beziehen .....	48

3.6.2	Analysen zu Variablen, die sich auf die väterliche Seite der Patientenbiographie beziehen .....	50
3.6.3	Weitere biographische Variablen in Zusammenhang mit dem Therapeutengeschlecht .....	51
3.6.4	Belastete Familienatmosphäre.....	52
3.6.5	Simultane Analysen .....	54
3.6.5.1	Logistische Regression zu den Einflüssen seitens der Patientenbiographie.....	54
3.6.5.2	Klassifikationsbaum zu den Einflüssen seitens der Patientenbiographie.....	55
3.6.6	Problemrelevante Lebensbereiche .....	56
3.6.7	Einflüsse auf die Therapeutenwahl durch den Risikoindex .....	57
3.7	Einflüsse auf die Therapeutenwahl durch den Aktivitäts-Score .....	57
4	DISKUSSION.....	59
4.1	Einführung.....	59
4.2	Besteht ein Einfluss durch regionale Bedingungen auf die Wahl des Therapeutengeschlechts? .....	59
4.3	Spielen soziodemographische Einflüsse eine Rolle bei der Wahl des Therapeutengeschlechts? .....	60
4.4	Spielen Einflüsse seitens des Krankheitsbildes der Patientin eine Rolle bei der Wahl des Therapeutengeschlechts? .....	64
4.5	Spielen Einflüsse seitens der Biographie der Patientin eine Rolle bei der Wahl des Therapeutengeschlechts?.....	72
4.6	Beeinflusst der Aktivitäts-Score der Patientin die Wahl des Therapeutengeschlechts? .....	78
4.7	Limitation der Studie.....	81
4.8	Fazit .....	84
5	ZUSAMMENFASSUNG .....	86

6	LITERATURVERZEICHNIS .....	89
7	TABELLARISCHER ANHANG.....	98
8	LEBENS LAUF .....	125
9	DANKSAGUNG.....	126

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Verteilung der Patientinnen auf das Geschlecht des Therapeuten .....	30
Abbildung 2: Wahl des Geschlechtes des Therapeuten in Bezug auf den Praxisort .....	35
Abbildung 3: Einfluss des Familienstandes auf die Wahl des Therapeutengeschlechts .....	37
Abbildung 4: Einfluss des Alters auf die Therapeutenwahl .....	39
Abbildung 5: rpart Tree zum Zusammenhang zwischen kategorisiertem Alter und Familienstand auf die Therapeutenwahl.....	41
Abbildung 6: Zusammenhang des Stadiums der somatischen Erkrankung mit der Wahl des Therapeutengeschlechts .....	45
Abbildung 7: Alkoholabhängigkeit .....	47
Abbildung 8: Trennung von der Mutter .....	50
Abbildung 9: Heimaufenthalt.....	52
Abbildung 10: Einfluss durch Streit und Gewalt .....	54
Abbildung 11: rpart Tree zum Zusammenhang biographischer Einflüsse auf die Therapeutenwahl .....	55

## TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	"Risikoindex". Ranking der Risikofaktoren .....	22
Tabelle 2:	ICD-10 Klassifikation .....	25
Tabelle 3:	Verteilung der Patienten auf das Therapeutengeschlecht .....	30
Tabelle 4:	Soziodemographische Daten .....	31
Tabelle 5:	Praxisort.....	35
Tabelle 6:	Soziodemographische Einflüsse .....	36
Tabelle 7:	Familienstand geschieden .....	38
Tabelle 8:	Kategorisierte Altersverteilung.....	38
Tabelle 9:	Schrittweise logistische Regression zu soziodemographischen Einflüssen auf die Therapeutenwahl .....	40
Tabelle 10:	Somatische Erkrankung .....	42
Tabelle 11:	ICD-Diagnosen .....	43
Tabelle 12:	Stadium der somatischen Erkrankung.....	44
Tabelle 13:	Logistische Regression zu BSS-Rating.....	45
Tabelle 14:	Einflüsse durch psychische Erkrankungen des Patienten .....	46
Tabelle 15:	Logistische Regression der Einflüsse durch das Krankheitsbild auf die Therapeutenwahl .....	47
Tabelle 16:	Analyse der Variablen die sich auf die mütterliche Seite der Patientenbiographie beziehen .....	49
Tabelle 17:	Analyse der Variablen die sich auf die väterliche Seite der Patientenbiographie beziehen .....	51
Tabelle 18:	Weitere biographische Variablen .....	51
Tabelle 19:	Belastete Familienatmosphäre.....	53
Tabelle 20:	Einfluss der Belastung der Familienatmosphäre .....	53
Tabelle 21:	Logistische Regression der Einflüssen seitens der Patientenbiographie auf die Therapeutenwahl.....	55
Tabelle 22:	Problemrelevante Lebensbereiche .....	56
Tabelle 23:	Risikoindex.....	57
Tabelle 24:	Aktivitäts-Score.....	58



## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb.	Abbildung
BSS	Beeinträchtigungs-Schwere-Score
CA	Carcinom
COPD	<i>chronic obstructive pulmonary disease</i> (chronisch fortschreitende Lungenerkrankung)
DF	Freiheitsgrad ( <i>degree of freedom</i> )
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
d. h.	das heißt
div.	divers
et al.	<i>et alii</i>
etc.	<i>et cetera</i>
GAF	Global Assessment of Functioning
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKL	Gutachter-Kriterien-Liste
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision
Kap.	Kapitel
KHK	Koronare Herzkrankheit
KZT	Kurzzeittherapie
LZT	Langzeittherapie
MARS	Mannheimer Richtlinien-Psychotherapie-Studie
METS	Metabolisches Syndrom
max.	maximal
mind.	mindestens
MW	Mittelwert
n	Anzahl in der Merkmalsausprägung
o. g.	oben genannt
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
PA	Psychoanalyse
PTV	Psychotherapie-Vereinbarung

RLPT	Richtlinien-Psychotherapie
s.	siehe
s. o.	siehe oben
s. u.	siehe unten
SD	Standartabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannt
Tab.	Tabelle
TFP	Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie
u. U.	unter Umständen
vgl.	vergleiche
vrs.	voraussichtlich
vs.	versus
VT	Verhaltenstherapie
WHO	<i>World Health Organization</i>
z. B.	zum Beispiel

# 1 EINLEITUNG

## 1.1 Thematische Einführung

Laut Statistik 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 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 waren 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).

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 psychischer Erkrankungen bei einem Verhältnis von 2:1 von erwachsenen weiblichen zu erwachsenen männlichen Patienten. Erwachsene Männer sind demnach 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 Patientinnen stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien sich eine seelisch kranke Frau das Geschlecht des Psychotherapeuten aussucht.

Diese Arbeit soll im Rahmen der „Mannheimer Richtlinien-Psychotherapie-Studie (MARS)“ erstmals einen Beitrag zur Erforschung der Kriterien leisten, anhand derer sich Patientinnen für ein Geschlecht bei der Wahl des Psychotherapeuten entscheiden (Lieberz und Seiffge, 2011).

## 1.2 Freie Arzt-/Therapeutenwahl

Im deutschen Recht besteht der Grundsatz der freien Arztwahl, die im fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) geregelt ist. So dürfen laut SGB V alle gesetzlich Krankenversicherten grundsätzlich unter den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten frei wählen. Gesetzlich Krankenversicherte dürfen Ärzte, welche nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, nur im Notfall konsultieren (§76 Absatz 1 SGB V). Die Approbation ist Voraussetzung, um an dieser vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Ärztliche Psychotherapeuten erlangen sie mit dem Bestehen des medizinischen Staatsexamens bzw. der abgeschlossenen Psychotherapie-Weiterbildung. Psychologische Psychotherapeuten müssen ihrem Psychologiestudium eine Ausbildung zum Psychotherapeuten anschließen. Diese Ausbildung ist mit dem Bestehen des Staatsexamens für psychologische Psychotherapeuten abzuschließen, um die Approbation zu erlangen.

Der geschichtliche Grundstein für die freie Arztwahl in Deutschland liegt in der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes vom 15. Juni 1883, welches 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. Die Kassenärzte traten jedoch mit dem Krankenversicherungsgesetz erstmals in ein genau geregeltes Vertragsverhältnis mit den Krankenkassen (Schwalbe, 1896). 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 Kassenarztrechtes die freie Arztwahl erneut eingeräumt (Kunstmann et al., 2002).

Dass die freie Wählbarkeit des behandelnden Arztes oder Therapeuten für die Deutschen einen hohen Stellenwert besitzt, zeigt eine Studie des deutschen Meinungsforschungsinstitutes Emnid aus den Jahren 1998 und 1999, die ergab, dass 96 % der befragten erwachsenen Deutschen sie für wichtig erachteten. Es zeigt sich auch, dass nur 11% der Befragten eine Senkung der Versicherungsbeiträge bei gleichzeitiger Einschränkung der freien Arztwahl befürworteten (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).

### 1.3 Psychotherapie-Richtlinien und Gutachterverfahren

Mit Einführung der Psychotherapie-Richtlinien im Jahre 1967, wurde der Grundstein gelegt, um die psychotherapeutische Behandlung als Heilverfahren in den Leistungskatalog der kassenärztlichen Versorgung zu integrieren. Damit erhält jeder gesetzlich krankenversicherte Patient bei seelischer Erkrankung Anspruch auf Psychotherapie. Durch die freie Arztwahl können auch Patienten, die Psychotherapie benötigen, einen Psychotherapeuten grundsätzlich nach Belieben frei wählen.

Gegenstand der Psychotherapie-Richtlinien ist die Regulierung der psychotherapeutischen Behandlung. Zum einen wird der Begriff der seelischen Erkrankung in den Psychotherapie-Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses von 2009 *„als krankhafte Störung der Wahrnehmung, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen [...], die der willentlichen Steuerung durch die Patientin oder den Patienten nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich sind“*, definiert. Des Weiteren geben die Psychotherapie-Richtlinien die für die kassenärztliche Versorgung zugelassenen Behandlungsformen vor. Zu diesen Behandlungsformen zählen zum einen die psychoanalytisch begründeten Verfahren, zu welchen die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie

gehören, zum anderen die Verhaltenstherapie. Hinzu kommen die Anwendungsformen, in welcher die Psychotherapie ausgeübt werden kann, nämlich entweder als Einzeltherapie oder als Gruppentherapie, sowie die Behandlungsfrequenz. Ebenso sind die Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie genau aufgeführt, sowie der Leistungsumfang und die Leistungsbegrenzung in der vertragsärztlichen Versorgung. Auch die Festlegung eines Konsiliar-, Antrags- und Gutachterverfahrens ist in den Psychotherapie-Richtlinien enthalten um die Leistungspflicht durch die Krankenkassen zu überprüfen. Ferner gibt es Regelungen bezüglich der Qualifikation des Leistungserbringers, der schriftlichen Dokumentation, des Regelungsbereiches der Psychotherapie-Vereinbarung und der Übergangsregelungen (gemeinsamer Bundesausschuss, 2009).

Auf das Antrags- und Gutachterverfahren soll hier noch genauer eingegangen werden. In der Regel erhalten niedergelassene Ärzte eine sogenannte Kassenzulassung, welche sie nach Prüfung durch einen Ausschuss der Krankenkassen und der vertragsärztlichen Vereinigungen dazu befähigt, Behandlungen, für welche sie zugelassen sind, am Patienten zu erbringen und die Kosten dieser Leistungen im Nachhinein mit der Krankenkasse des Patienten abzurechnen (Bleumer und Schunter, 1997). Hierdurch kommt es erst nach bereits erfolgter Therapie zu einer Wirtschaftlichkeitsprüfung der erbrachten Leistung, was den Leistungserbringer, in diesem Falle den behandelnden Arzt, der Gefahr einer nachträglichen Regressforderung durch die Krankenkasse aussetzt.

Psychotherapie als vertragsärztliche Versorgung hingegen erfolgt nach einer vorausgehenden Begutachtung und ist somit ein Antragsverfahren. Im Rahmen dieser Begutachtung wird die geplante Behandlung im Vorhinein auf Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit überprüft. Im Anschluss erfolgt eine Empfehlung gegenüber der zuständigen Krankenkasse. Die Entscheidung über die Bewilligung der vorgesehenen Behandlung fällt dann der Kostenträger, nämlich die Krankenkasse (Rüger, 2007).

Durch das in den Psychotherapie-Richtlinien geregelte Gutachterverfahren wird geprüft, ob die beantragte Psychotherapie-Methode von den Psychotherapie-Richtlinien anerkannt ist, ob eine Indikation für den spezifischen Behandlungsfall besteht und ob die Prognose für eine erfolgreiche Behandlung als günstig zu erachten ist. Das Gutachterverfahren besteht aus mehreren Schritten. Ein Patient mit Verdacht auf eine seelische Krankheit konsultiert einen Psychotherapeuten seiner Wahl. Dem Psychotherapeuten stehen nun zur Diagnosestellung

fünf probatorische Sitzungen mit dem Patienten zur Verfügung, bei welchen auch eine biographische Anamnese des Patienten erhoben wird. Die Erhebung der Anamnese durch den Therapeuten ist wichtig, um die Erkrankung in die Lebensgeschichte des Patienten einordnen zu können. Der Therapeut veranlasst nach diesen probatorischen Sitzungen, dass der Patient als Antragsteller einen sogenannten „Antrag des Versicherten auf Psychotherapie“ bei seiner Krankenkasse mit dem sogenannten Psychotherapie-Vereinbarungs-Formular 1 (PTV 1-Formular) (siehe Faber und Haarstrick, 2015) stellt.

Dieses PTV 1-Formular ist nicht zur Weiterleitung an den Gutachter, sondern nur an die Krankenkasse vorgesehen. Der Patient trägt auf diesem Formular eine Chiffre ein, bestehend aus dem Anfangsbuchstaben des Familiennamens und des Geburtsdatums. Ferner muss er Angaben zur Mitgliedschaft in der Krankenkasse machen (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse und Mitgliedsnummer). Weiter muss auf dem Formular angekreuzt werden, ob der Patient eine Feststellung der Leistungspflicht für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie oder Verhaltenstherapie beantragt und ob es sich um einen Erstantrag oder einen Umwandlungs- bzw. Fortführungsantrag handelt. Zudem müssen Angaben zu etwaiger Vorbehandlung getätigt werden (Vorbehandlung ja oder nein, ambulant oder stationär, Dauer einer Vorbehandlung und der Kostenträger), sowie dazu, ob ein Rentenantrag gestellt wurde.

Der Therapeut ergänzt dieses PTV 1-Formular des Patienten durch das PTV 2-Formular (siehe Faber und Haarstrick, 2015), welches an den Gutachter weitergeleitet wird. Da durch die RLPT impliziert ist, dass dem Gutachter nur Unterlagen des Patienten übersandt werden dürfen, auf welchen die Personaldaten der Patienten anonymisiert sind, trägt auch hier der Therapeut die Patienten-Chiffre ein (siehe oben). Es ist weiter vom Therapeuten anzukreuzen, ob eine Kurzzeittherapie (KZT) oder eine Langzeittherapie (LZT) beantragt wird.

Die KZT, die im Zeitraum der MARS-Studie 25 Leistungen beinhaltet, wird häufig in einer akuten Krise beantragt und bedarf bei Befreiung des Therapeuten nicht zwingend einer Begutachtungspflicht (Faber und Haarstrick, 2015). Um sich von der Begutachtungspflicht für KZT befreien zu lassen, muss der Psychotherapeut für das Therapieverfahren 35 bereits genehmigte Therapien desselben Verfahrens nachweisen können (Lieberz et al., 2010). Bei Beantragung einer KZT muss angegeben werden, ob es sich um einen Erstantrag oder um einen erneuten Antrag handelt. Weiter muss die vorgesehene Art der Behandlung

(tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder Verhaltenstherapie) angekreuzt werden, ebenso wie die Behandlungsform (Gruppen oder Einzeltherapie). Ferner muss der Therapeut seinen Behandlungsplan begründen.

Die LZT, die mehr als 25 Leistungen beinhaltet, kann direkt nach den probatorischen Sitzungen beantragt werden oder auch nach maximal 20 bereits erfolgten KZT-Sitzungen. Sie muss allerdings stets durch den Gutachter befürwortet werden. Bei Beantragung der LZT muss angegeben werden, ob es sich um einen Erstantrag, einen Umwandlungsantrag oder einen Fortführungsantrag handelt. Der geplante Leistungsumfang muss eingetragen werden, ebenso die Art der Behandlung, sowie die Behandlungsform. Ferner sind Therapiebeginn und Diagnose vom Therapeuten anzugeben. Bei einem Fortführungsantrag ist der Vorgutachter offenzulegen. Zuletzt sind etwaiger bisheriger Behandlungsumfang und Therapieform anzugeben, sowie eine Erklärung des Therapeuten zu seiner Person.

Dem PTV-2 Formular muss der Therapeut einen Bericht an den Gutachter beifügen, in welchem er die Diagnose mitteilt, die Indikation zur geplanten Therapie aufführt, sowie Art und Dauer der geplanten Therapie in einem exemplarischen Behandlungsplan erörtert und eine Prognose abgibt. Hier soll nun näher auf den Bericht für Erst- oder Umwandlungsantrag von Erwachsenen für tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie eingegangen werden.

Der Bericht sollte drei DIN A4 Seiten nicht überschreiten und erfolgt in freier Form auf dem Briefkopf des Therapeuten. Zur Erstellung und gleichzeitig Vereinheitlichung dieses Berichts, kann der Therapeut einen Fragenkatalog bei der Krankenkasse anfordern (siehe Faber und Haarstrick, 2015), anhand dessen der Bericht strukturiert werden soll. Hierbei wird als erstes von den Spontanangaben des Patienten berichtet (durch wen veranlasst kommt der Patient zu diesem Zeitpunkt?), die Klagen des Patienten und die Symptome zu Beginn der Behandlung werden möglichst wörtlich wiedergegeben. Es folgt eine kurze Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung, wobei die Familienanamnese, die körperliche Entwicklung, die psychische Entwicklung und die Sozialentwicklung (familiäre und berufliche Situation, Bildungsgang und die Beschreibung bereits früher erfolgter psychotherapeutischer Behandlung) des Patienten beschrieben werden und möglichst alle Informationen über den Patienten, die bis dahin gewonnen wurden, einfließen. Weiter wird auf die Krankheitsanamnese des Patienten eingegangen, unter welcher alle ärztlichen Befunde



(anonymisiert) aufgelistet werden. Der psychische Befund zum Zeitpunkt der Antragstellung umfasst den emotionalen Kontakt des Patienten (Motivation des Patienten zur Therapie, Krankheitseinsicht), bevorzugte Abwehrmechanismen und psychopathologische Befunde (z.B. Bewusstseinsstörungen, Störungen der Stimmungslage, der Affektivität und der mnestischen Funktionen, Wahnsymptomatik, suizidale Tendenzen). Die Angaben zu den psychischen Befunden sind vom Therapeuten fundiert zu belegen. Es schließt sich ein somatischer Befund/Konsiliarbericht an, welcher alle körperlichen Befunde des Patienten aufführt. Der somatische Befund darf hierbei nicht älter als drei Monate sein. Des Weiteren geht der Bericht auf die Psychodynamik der neurotischen Erkrankung ein, wobei zu beschreiben ist, zu welchem Zeitpunkt es zum Auftreten der Symptome kam und in welchem Zusammenhang mit auslösenden Faktoren diese stehen. Es folgt eine Darstellung der Diagnose auf der symptomatischen und strukturellen Ebene (Neurosenpsychologische Diagnose), welcher sich dann der Behandlungsplan und die Zielsetzung der Therapie anschließt. Ebenfalls muss in dem Bericht auf die Prognose der Psychotherapie eingegangen werden (Beurteilung des Problembewusstseins, Beurteilung der Verlässlichkeit, Tendenz zur Regression, Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten) und es muss dem Gutachter mitgeteilt werden, ob es sich bei Erstantrag um eine Umwandlung von KZT auf LZT handelt.

All diese Informationen über den Patienten werden mittels PTV-1 Formulars, PTV-2 Formulars und des Berichts des Psychotherapeuten an die Krankenkasse des Patienten weitergeleitet. Diese wiederum schickt die Unterlagen an einen von der Krankenkasse vorgesehenen Gutachter, dem es nun obliegt zu entscheiden, ob alle Voraussetzungen für die beantragte Psychotherapie nach den Psychotherapie-Richtlinien gegeben sind. Der Gutachter spricht daraufhin gegenüber der Krankenkasse eine Empfehlung auf Bewilligung oder Ablehnung der beantragten Psychotherapie aus. Die Entscheidung liegt jedoch, wie oben beschrieben, bei der Krankenkasse. Der Gutachter hat zu seiner Entscheidung mithilfe des PTV-5-Formulars Stellung zu nehmen (Faber und Haarstrick, 2015)

Wegen der freien Arztwahl hat ein Patient zwar grundsätzlich die Möglichkeit, den Psychotherapeuten eigenständig zu wählen. Aus der vorstehenden Beschreibung des Antrags- und Gutachterverfahrens und deren Regulierung durch die Psychotherapie-Richtlinien ergibt sich aber, welche Schritte ein seelisch kranker Patient gehen muss, um psychotherapeutisch behandelt werden zu können. Zudem ist ersichtlich, wie umfangreich Informationen über den

Patienten gesammelt und in den Antragsformularen und Berichten dokumentiert werden müssen, bis eine Therapie genehmigt werden kann.

#### 1.4 Geschichtliche Aspekte

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 auch weibliche Ärzte und damit überhaupt erst eine Möglichkeit der Wahl zwischen Mann und Frau gegeben hat.

Die ersten schriftlichen Belege antiker Medizin stammen aus Ägypten. Die alten Ägypter besaßen 42 sogenannte „hermetische Bücher“, die dem Gott Thot zugeschrieben wurden. Unter diesen befanden sich sechs medizinische Bücher, welche vom Bau des menschlichen Körpers, von Krankheiten, von chirurgischen Instrumenten, von Arzneimitteln, von weiblichen Erkrankungen und Augenerkrankungen handelten (Lessing, 1838). Es gab damals bereits eine Aufteilung in Spezialärzte; auch geistige Erkrankungen waren den Ägyptern bereits bekannt, allerdings gab es hierfür keine Spezialisten. Zur ärztlichen Ausbildung zählte neben dem Studieren von Schriften ein praktischer Teil. Auch Angehörige des stets männlichen Priesterstandes konnten Ärzte sein (Budka, 2000). Die Tätigkeit von Ärztinnen oder Krankenpflegerinnen ist allerdings bereits in der männerdominierten ägyptischen Medizin schriftlich belegt. So spielten Frauen eine wichtige Rolle bei gynäkologischen Behandlungen, unter anderem der Geburt, zudem sind weitere weibliche Ärzte in anderen Gebieten überliefert (Pinch, 2010).

Die Medizin des antiken Griechenland wurde fast ausschließlich von männlichen Ärzten, Philosophen und Priestern beherrscht. Dies zeigt sich bereits bei Asklepios, den man nach seinem Tod zum Schutzgott der Arzneikunde erhob (Lessing, 1838), und setzt sich fort durch Hippokrates, welcher als erster die Medizin und Arzneikunde von der griechischen Naturphilosophie der damaligen Zeit trennte und sie zu einer eigenständigen Wissenschaft werden ließ. Er beobachtete Krankheiten, deren Verlauf und mögliche Heilmethoden und schrieb diese in einer Sammlung nieder. Hieraus entwickelte sich dann später der *Corpus Hippocraticum*, eine bedeutende Sammlung von über 60 medizinischen Schriften, die zum Teil von Hippokrates selbst, teilweise auch später von seinen Anhängern und Nacheiferern

verfasst wurde, und als Anleitung der medizinischen Heilkunst von Ärzten zu Rate gezogen wurde (Craik, 2015). Auch die griechischen Kampfschulen, in denen es unweigerlich häufig zu Verletzungen kam, dienten als Beobachtungsstätten, in welchen die ersten chirurgischen Kenntnisse erlangt werden konnten, die bei erfolgreicher Behandlung weitergetragen wurden (Lessing, 1838). Schließlich ist mit Galen, einem hauptsächlich in Rom praktizierenden griechischen Arzt, einer der wichtigsten griechischen Schöpfer der Medizin zu nennen, dessen Lehre noch bis weit ins Mittelalter Bestand hatte. Galen sah in den Lehren des Hippokrates den Maßstab der medizinischen Basis, auf welcher er weiter aufbaute und für junge Ärzte Einführungsschriften verfasste. So trug er wesentlich zur Verbesserung der Ausbildung von Ärzten seiner Zeit bei. Galen galt als einer der bedeutendsten Ärzte und Anatomen der Antike (Kullmann et al, 1998).

Trotz der deutlichen Dominanz männlicher Ärzte im antiken Griechenland sind auch einige weibliche Ärztinnen überliefert. Die Priesterin Anyte war im Äskulaptempel von Epidauros als eine der ersten Ärztinnen jener Zeit tätig. Auch in weiteren Tempelanlagen heilten Frauen (Dietrich, 2016). Als eine der berühmtesten griechischen Ärztinnen sei Agnodice genannt. Einem Mythos zufolge verkleidete sie sich, da es Frauen nicht gestattet war zu studieren, als Mann, um eine medizinische Ausbildung zu erhalten und später als gefragte Ärztin für Frauenheilkunde zu wirken (Mayer, 2002).

Im römischen Reich regelte der Staat das Medizinwesen, um die medizinische Versorgung der Bürger Roms zu gewährleisten. Sie orientierte sich nicht zuletzt deshalb an den griechischen Vorbildern, da sich viele griechische Ärzte in Rom niederließen und in Schulen ihr Wissen weiter gaben. Die Regulierung durch den Staat erlaubte zum einen, dass griechische Ärzte, die in Rom praktizierten, eingebürgert wurden, um den damals herrschenden Ärztemangel zu beseitigen. Diese Stadtärzte waren von Steuern befreit, gleichzeitig war die Anzahl der genehmigten Stadtärzte staatlich begrenzt und reguliert. Zur Ausbildung neuer Ärzte wurden Gelder aus der Staatskasse zur Verfügung gestellt, um Mediziner zu entlohnen, die ihr Wissen in öffentlichen Hörsälen kundtaten (Kollesch, 1979).

Anders als bei den Griechen gibt es im römischen Reich nicht nur männliche, sondern auch weibliche Ärzte. So beschreibt Fischer in einem Artikel die Honorare von Ärzten beiderlei Geschlechts zur damaligen Zeit und weist darauf hin, dass es zur Zeit des römischen Reiches Spezialärzte für Chirurgie und Augenheilkunde, daneben für Ohren-, Zahn- und

Frauenheilkunde und auch eine gewissen Anzahl an Ärztinnen in Rom gegeben hat (Fischer, 1979).

Durch den Zerfall des römischen Reiches endete die Antike. Mit Beginn der Völkerwanderung und der Christianisierung im frühen Mittelalter geriet die antike Medizin zunehmend in Vergessenheit. Die Medizin im Frühmittelalter basierte zum einen auf den Erfahrungen, welche Laien in der Heilung von Kranken gemacht hatten und dies meist mündlich weitertrugen, zum anderen auf dem Wissen von Mönchen und Klerikern. Zu dieser Zeit war das Schrifttum den Gelehrten und somit den Mönchen und Klerikern vorbehalten, so dass das antike und mittelalterliche medizinische Wissen in schriftlicher Form fast ausschließlich in Klöstern tradiert wurde (Brunsch, 2007). Die Entwicklung der Medizin in Richtung der klösterlichen Einrichtungen sieht ihren Ursprung in der *Regula Benedicti*, dem sogenannten benediktinischen Regelwerk. Dieses Regelwerk, verfasst durch den Abt Benedikt von Nursia, regelte verpflichtend, kranke Mitbrüder und Hilfsbedürftige medizinisch zu versorgen. Somit wurde durch diese Regelung Benedikts das Kloster zu einer Institution der Heilung, sowohl des Körpers (*cura corporis*) als auch der Seele (*cura animae*). Die Medizin des frühen Mittelalters wird demnach auch als „Mönchsmedizin“ tituliert (Jankrift, 2005).

Nonnen in Frauenklöstern hatten im Gegensatz zu den Mönchen deutlich weiter eingeschränkte Bildungschancen. Sie waren einer strengen Klausur unterzogen, was den Austausch mit anderen Gelehrten erschwerte. Zudem war ihnen eine klerikale Karriere verwehrt. Es ist überliefert, dass die Bibliotheken der weiblichen Konvente im Vergleich zu den männlichen deutlich weniger Bestände aufwiesen. Die Recherche nach medizinischen Werken in den weiblichen Konvents-Bibliotheken erbringt nur sehr wenige Resultate. Bei der Pflege von kranken und hilfsbedürftigen Nonnen wurde daher bei schwierigen Erkrankungen ein männlicher Arzt zu Rate gezogen (Bodarwé, 2002). Im Mittelalter war demnach die Tätigkeitsstätte von Ärzten und Heilern auf die Klöster und kirchlichen Einrichtungen für mehrere Jahrhunderte festgelegt (Baader, 1979). Hildegard von Bingen, Äbtissin des 12. Jahrhunderts, stellt eine Ausnahme dar. Sie war eine einflussreiche Frau in einer von der männlichen Kirche dominierten Zeit und wurde zur berühmtesten Medizinerin des Mittelalters. Ihre Arbeiten sind in mehreren Manuskripten überliefert, die auch Zeichnungen und Illustrationen enthalten (Singer, 2005).

Außerhalb der Klöster wurde die Heilkunde im Mittelalter oft von Laien betrieben, die nach Erfahrungen behandelten. Heil- und Arzneikunde war damals im späteren Deutschland noch nicht als Wissenschaft anerkannt. Der Berufsstand des Arztes etablierte sich nach und nach. Eine erste medizinische Hochschule entstand im 10. Jahrhundert durch die Schule von Salerno. Nach deren Vorbild entwickelten sich im 13. Jahrhundert die ersten Universitäten für Medizin, die einen Arzt nach Ablegung einer öffentlichen Prüfung zum Praktizieren befähigten (Kristeller, 1945). Die erste deutschsprachige Universität für Medizin entstand im Jahr 1348 in Prag (Nutton, 1997). Es gibt Belege dafür, dass es im 13. Jahrhundert in Deutschland Ärzte gab, die in städtischen Diensten standen. Nach anderen Quellen gab es zu dieser Zeit neben Frauen, die als Geburtshelferinnen tätig waren, auch schon weibliche Ärzte (Kriegk, 1863). Ende des 14. Jahrhunderts soll es in Deutschland im damaligen deutschen Reich fünfzehn niedergelassene Ärztinnen gegeben haben. Deren Zahl stieg deutlich im 15. Jahrhundert auf Befehl des Kaisers, welcher weibliche Ärztinnen zur Behandlung Mittelloser bestellte, da Frauen deutlich geringer als ihre männlichen Kollegen zu entlohnen waren. Ein universitäres Medizinstudium war für Ärztinnen jedoch keine Zulassungsvoraussetzung (Dietrich, 2016).

Als erste Frau in Deutschland erlangte Dorothea Erxleben bereits 1754 den Grad einer Doktorin der Medizin. Erxleben gilt außerdem als Vorkämpferin dafür, das Medizinstudium für Frauen zugänglich zu machen (Fischer-Defoy, 1911). Allerdings sollte nach Erxleben noch mehr als ein weiteres Jahrhundert vergehen, bis Frauen ab etwa 1900 an deutschen Universitäten Medizin studieren konnten und promovieren durften (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, welche 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. Die Bundesländer reagierten mit Verzögerung auf diesen Beschluss, so dass sich in Baden im Jahr 1900 erstmals Frauen immatrikulieren ließen, es folgte Bayern 1903 und letztlich Preußen 1908. Für die ersten Ärztinnen, die nach dem bestandenen deutschen Staatsexamen die Approbation erhielten, war der Einstieg in die Berufswelt mühevoll. Für große Teile der deutschen Bevölkerung und auch der männlichen Ärzte galt es

als undenkbar, als Mann von einer Ärztin behandelt zu werden. In der Konsequenz behandelten die ersten Ärztinnen somit vornehmlich Frauen und Kinder (Brinkschulte, 2006).

Eine Untersuchung von Bleker aus dem Jahr 2000 zeigt, wie die Anzahl approbierter Ärztinnen sich in den Jahren 1901-1918 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. Seitdem steht der wissenschaftlichen Karriere einer Ärztin an der Universität nichts im Wege. Es habilitierten sich elf Ärztinnen in der Medizin bis zum Jahre 1933 (Brinkschulte, 2006). Im Jahr 1932 waren 3391 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 als erstes 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 dann durch die Normierung des Psychologiestudiums durch die Diplomprüfungsordnung änderte. Seither konnten sich erstmals Studenten für das Fach Psychologie in Deutschland immatrikulieren (Krampen, 1992).

Die geschichtlichen Aspekte der Medizin und Psychotherapie zeigen, dass Frauen schon seit jeher eine Rolle in der medizinischen Versorgung von Kranken spielen. In den Anfängen der Medizin hatte ein Patient deutlich weniger Entscheidungsfreiheiten, was die Wahl des Helfenden betrifft. In der heutigen Zeit stehen dem Patienten alle Wahlmöglichkeiten offen, sich für einen weiblichen oder einen männlichen Therapeuten zu entscheiden. Es stellt sich

nun die Frage, ob sich eine Präferenz zu einem Geschlecht hinsichtlich der Wahl eines Therapeuten feststellen lässt.

### 1.5 Präferenzen hinsichtlich des Geschlechtes des Arztes-/Therapeuten

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. Die Beziehung zwischen Arzt oder Therapeut und Patient kann zunächst als sehr asymmetrisch bezeichnet werden. Asymmetrisch insoweit, als der Arzt/Therapeut als Spezialist auf der einen Seite der Beziehung steht. Für den Arzt/Therapeuten ist die Interaktion mit Patienten tägliche Routine. Auf der anderen Seite steht der Patient als Laie, der sich auf das Wissen und die Entscheidungen des Arztes/Therapeuten verlassen muss, der aufgrund eines akuten Leidens den Fachmann konsultiert und für den die Interaktion mit dem Arzt/Therapeuten womöglich höchst ungewöhnlich ist (Böker, 2003). 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 Analyse 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 Studien 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 Beratungsgespräch nicht verstanden worden sein. Die Arzt-Patienten-Beziehung wird zudem weniger partnerschaftlich beschrieben (Zemp Stutz und Ceschi, 2007). Laut Shapiro aus dem Jahr 1979 herrsche unter der Bevölkerung der allgemeine Glaube, dass männliche Ärzte kompetenter seien und weibliche Ärzte sich respektvoller und einfühlsamer gegenüber Patienten verhalten würden. Bem sieht im Jahr 1981 den Ursprung hierfür in den Geschlechterstereotypen, wonach Männern im Allgemeinen eine höhere technische Kompetenz zugesprochen wird und Frauen die Eigenschaften besitzen, menschlich und einfühlsam zu sein. Demnach würden weibliche Patienten eine einfühlsame Person als Arzt bevorzugen und männliche Patienten einen technisch versierten Arzt präferieren. Hopkins und Kollegen gehörten 1967 zu den Ersten, die berichteten, dass Patientinnen einen weiblichen Hausarzt bevorzugten, wenn sie in einer städtischen Gemeinschaftspraxis die Wahl zwischen beiden Geschlechtern hatten. Cooke und Ronalds bestätigten diese Präferenz in einer großen repräsentativen Stichprobe im Jahr 1985. Ahmad und Kollegen untersuchten 1991 in einer Studie den Zusammenhang zwischen Patientengeschlecht und dem Geschlecht und der ethnischen Zugehörigkeit des Arztes, um Rückschlüsse auf die Wahl des Arztes feststellen zu können. In der Studie lag der Anteil der asiatischstämmigen Patienten bei 33%. Obwohl das Geschlecht des Arztes bei der Wahl des Patienten wichtig war, waren für asiatische Patienten dieser Stichprobe die Kultur und Sprache des Arztes wichtiger. Nicht-asiatische Patienten beiderlei Geschlechts zogen es jedoch vor, unabhängig von der ethnischen Herkunft des Arztes einen Arzt des gleichen Geschlechts zu konsultieren.

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 unterscheiden. 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 im Jahr 2003 in der Selbstidentifikation der Ärztin als weibliches Wesen. So kann sich die Gynäkologin deshalb besser 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, des Psychologen und Psychiaters. Die Patienten konnten angeben, ob eine Geschlechtspräferenz vorliegt und wenn ja, welches Geschlecht von Ihnen bevorzugt wird. Präferenzen zu weiblichen Ärzten von weiblichen Patienten fanden sich vor allem in der Gynäkologie und bei Hebammen. 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 besteht.

Zudem gibt es in Bereichen, die dem Patienten physisch oder psychisch intim erscheinen, eine deutliche Präferenz zum gleichen Geschlecht des Arztes oder Therapeuten. Es steht fest, dass ein dezidiertes theoretischer Rahmen erforderlich ist, um Geschlechterpräferenzen zu erforschen und zu erklären. Bislang ist die Präferenz eines seelisch Kranken hinsichtlich des Therapeutengeschlechts kaum untersucht. Es ist unklar, welche Kriterien für eine solche Entscheidung von Belang sind. Demnach sollen in dieser Arbeit erstmals systematisch Variablen nach deren Einfluss auf die Wahl des Therapeutengeschlechts untersucht werden.

## 1.6 Fragestellung der Arbeit

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

Daraus ergeben sich die folgenden Hypothesen:

1. H0: Es besteht kein Einfluss durch regionale Bedingungen auf die Wahl des Therapeutengeschlechts.
2. H0: Es besteht kein Einfluss seitens soziodemographischer Faktoren auf die Wahl des Therapeutengeschlechts.
3. H0: Es besteht kein Einfluss durch das Krankheitsbild auf die Wahl des Therapeutengeschlechts.
4. H0: Es besteht kein Einfluss seitens der Biographie auf die Wahl des Therapeutengeschlechts.
5. H0: Es besteht kein Einfluss durch aktives oder passives Hilfesuchverhalten auf die Wahl des Therapeutengeschlechts.

## 2 MATERIAL UND METHODEN

### 2.1 Mannheimer Richtlinien-Psychotherapie - Studie

Als Gutachter und Obergutachter erhielt Professor Lieberz Zugang zu Informationen von Patienten, welche um psychotherapeutische Behandlung ersuchten. Es handelte sich hierbei um Informationen aus den Antragsunterlagen, die zur Genehmigung einer Richtlinienpsychotherapie notwendig sind und dem Gutachter zur Begutachtung zugesandt werden. Die Informationen sind soziodemographischer, klinischer und biographischer Natur (siehe Kapitel 1.3), außerdem gibt es Informationen zum Therapeuten und der Gutachterbewertung.

Die Antragsunterlagen umfassen zum einen den Bericht des Therapeuten an den Gutachter, zum anderen das vom Therapeuten ausgefüllte PTV 2-Antragsformular. Es wurden ausschließlich Informationen aus Anträgen zur Genehmigung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Therapien verwendet. Außerdem wurden ausschließlich Erst- und Umwandlungsanträge für Langzeittherapie berücksichtigt.

Ziel war es, die Informationen der Patienten, die in den Antragsformularen enthalten waren, zu extrahieren und sie somit einer Datenanalyse zugänglich zu machen. Hierzu musste ein strukturierter, analysierbarer Datensatz erstellt werden, wozu ein Evaluationsbogen entwickelt wurde, der die Informationen sortierte. So entstand die Mannheimer Richtlinien-Psychotherapie-Studie (MARS). Die Studie bezieht sich auf den Zeitraum der Jahre 2007 bis 2012.

Insgesamt setzte sich die Studie aus 1005 solcher Anträge zusammen. Für die Berechnungen relevant sind die Daten von 991 Patienten, hierbei handelte es sich um 732 weibliche Patienten und 259 männliche Patienten.

### 2.2 Patientenkollektiv

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

Grundlage für die Auswahl der unabhängigen Variablen bei der Analyse mit der abhängigen Variablen des Therapeutengeschlechts sind die Variablen aus dem MARS-Evaluationsbogen,

die direkt den Patienten betreffen, somit soziodemographische, klinische und biographische Informationen zu den Patienten enthalten.

### 2.3 Evaluationsbogen

Der Evaluationsbogen der MARS-Studie gliedert sich in einen Teil der Erhebung und einen Teil der Beurteilung und beinhaltet folgende sechs Module:

- 1) Basisdaten des Patienten
- 2) Klinische Daten des Patienten
- 3) Angaben zum Therapeuten
- 4) Familiengesehe des Patienten
- 5) Stellungnahme des Gutachters
- 6) ICD Diagnosen

Im Folgenden werden die einzelnen Module genauer erläutert.

#### 2.3.1 Basisdaten des Patienten

In diesem Modul werden soziodemographische Basisdaten des Patienten erhoben. Es handelt sich hierbei um Angaben zum Geschlecht, der Nationalität, einem möglichen Migrationshintergrund, dem aktuellen Familienstand und der Partnersituation. Bei möglichen Kindern ist deren Anzahl evaluiert, ebenso, ob diese leibliche oder Stiefkinder sind. Darüber hinaus ist dokumentiert, in wessen Haushalt der Patient lebt, wie auch die Größe des Wohnortes/Praxisortes, der höchste Schulabschluss, der höchste Berufsabschluss und der letzte ausgeübte Beruf, sowie die jetzige berufliche Situation. Auch eine etwaige derzeitige Arbeitsunfähigkeit und ein mögliches laufendes Rentenverfahren zählen zu diesem Modul.

#### 2.3.2 Klinische Daten des Patienten

Bei den klinischen Daten des Patienten handelt es sich zunächst um eine genaue Kategorisierung der Art der Symptomatik. Erhoben wird hier die Art der psychischen Erkrankung (Angst/Depression/Zwang/Anderes), sowie die Art einer funktionell-psychosomatischen Symptomatik (Herz-Kreislauf/Magen-Darm/Schmerz/Anderes). Ebenso

werden eine akute oder frühere Suizidalität, somatische Erkrankungen und Suchttendenzen erfasst. Weiter werden Art des Antrages, Dauer der Erkrankung und Einsatz von Psychopharmaka dokumentiert. Wurde der Patient bereits vorbehandelt, so ist evaluiert, ob die Vorbehandlung ambulant oder stationär durchgeführt wurde und um welche Art der Vorbehandlung es sich handelt (psychotherapeutisch oder psychiatrisch). Es wird erläutert, ob ein Therapeutenwechsel bis dato stattgefunden hat. Zuletzt werden Lebensbereiche, die für den Patienten problemrelevant sein könnten, wie Beruf, Partnerschaft, Familie, Freizeit, Soziale Bedingungen, Selbstverantwortung und Gesundheitsverhalten, aufgeführt und dokumentiert

Als Letztes wird die Symptomatik mit Hilfe der Achse IV-Struktur der operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) und der OPD-Struktur-Skala genauer eingeordnet. Hierbei kommt es zu einer Gesamteinschätzung des Strukturniveaus des Patienten. Das Strukturniveau beschreibt das grundsätzliche psychische Funktionieren, beziehungsweise den Entwicklungsgrad der psychischen Funktion eines Patienten und teilt diesen ein. Durch die Erfassung dieses Strukturniveaus eines Patienten lässt sich die psychische Störung weiter beschreiben. Hierbei werden die sechs Strukturdimensionen Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation und Bindung, welche für die Diagnostik von Bedeutung sind, mit vier Niveaus der Integration bewertet. Die Bewertung „desintegriert“ ist mit einer schweren psychischen Störung gleichzusetzen, eine Bewertung mit „gut integriert“ wird vergeben, wenn bei dem Patienten keine nachhaltigen Entwicklungsstörungen auftraten. (AG OPD, 1998)

### 2.3.3 Angaben zum Therapeuten

Das Modul der Angaben zum Therapeuten bezieht sich zunächst auf die Art des Antrages und die Art der beantragten Therapie. Es wird so ersichtlich, ob eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder eine analytische Therapie gefordert wird. Weiter ergibt sich aus diesem Modul das Geschlecht des Therapeuten und ob es sich um einen Arzt oder einen Psychologen handelt.

### 2.3.4 Familiengenes

In diesem Modul der MARS-Studie werden Fragen zur Herkunft und der Familie des Patienten gestellt. Das Modul gliedert sich in folgende sechs Teile.

#### 2.3.4.1 Fragen, die sich unmittelbar auf den Patienten beziehen

In diesem Teil handelt es sich um Fragen zu Geburtsstatus, Alter des Vaters bei Geburt, Alter der Mutter bei Geburt, Altersabstand zum nächstjüngeren Geschwister, Altersabstand zum nächstälteren Geschwister, Anzahl der Geschwister, Anzahl Stiefgeschwister, Häufigkeit von Umzügen bis zum 15. Lebensjahr, Trennungen oder Verlust des Vaters und/ oder der Mutter, Verlust anderer Bezugspersonen, kurzzeitige Trennungen von Vater oder Mutter, chronische Erkrankungen des Patienten.

#### 2.3.4.2 Fragen, die sich auf den Vater des Patienten beziehen

Der Teil befasst sich mit der Erhebung von Daten, die sich direkt auf den Vater des Patienten beziehen. Er besteht aus Fragen zu Verlust der Eltern des Vaters, Schulbildung des Vaters, zuletzt ausgeübter Beruf des Vaters, chronische Erkrankungen des Vaters, schwere seelische Erkrankungen des Vaters und möglichem Suizid oder Suiziddrohung des Vaters.

#### 2.3.4.3 Fragen, die sich auf die Mutter des Patienten beziehen

Es werden in diesem Teil die gleichen Fragen behandelt wie in 2.3.4.2, jedoch in Bezug auf die Mutter des Patienten.

#### 2.3.4.4 Fragen, die sich auf andere Bezugspersonen beziehen

In diesem Teilmodul wird erörtert in wie weit eine Bezugsperson des Patienten chronisch krank, seelisch krank oder suizidal ist.

#### 2.3.4.5 Fragen, die sich auf Elternersatzpersonen beziehen

Daten, die Aufschluss darüber geben, ob der Patient mit einer Ersatzperson für Mutter oder Vater aufwuchs und der Grund für ein etwaiges Aufwachsen ohne leibliche Eltern werden in diesem Unterpunkt dokumentiert. Zudem wird evaluiert, wer die Ersatzperson ist und ob ein Heim- oder Internatsaufenthalt stattfand.

#### 2.3.4.6 Fragen, die sich auf die Familie beziehen

In diesem letzten Teil wird beleuchtet, ob bei dem Patienten eine belastete Familienatmosphäre vorliegt. Es wird zudem erhoben, ob die Familienatmosphäre durch Armut, Streit, Gewalt/Missbrauch, Vernachlässigung/Verwahrlosung, Verwöhnung oder Krankheit gekennzeichnet ist.

Das Modul der Familiengese mit den sechs Teilbereichen erlaubt eine gute Einsicht in das Vorhandensein von psychosozialen Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung im Kindheits- und Jugendalter des Patienten, sowie in die atmosphärischen Bedingungen der Familie. Alle Fragen dieses Moduls der Familiengese leiten sich aus dem Risikoindex nach Dührssen und Lieberz (1999) ab.

#### **Der Risikoindex**

Als Kinder- und Jugendtherapeutin erhielt Dührssen einen Einblick, welche Einflüsse im Kindesalter zu einer gestörten Kindesentwicklung, und später zu einer psychischen Erkrankung führen können und begann, diese zu dokumentieren. Hierbei wurden nur Informationen zu den Einflüssen der Patienten dokumentiert und festgehalten, die auch zu einem späteren Zeitpunkt (Erwachsenenalter) durch den Patienten noch sicher wiedergegeben werden konnten (sogenannte „harte Daten“). Diese „harten Daten“ werden durch die Fragen im Modul Familiengese repräsentiert. Kindlichen Erfahrungen, die die spätere Entwicklung womöglich negativ beeinflussen, bezeichnet Dührssen als Entwicklungsrisiken. Von zentraler Bedeutung für diese Arbeit war nicht nur die Dokumentation der vorgenannten Risiken, sondern ihre Gliederung bezüglich der Belastungsschwere für die weitere Entwicklung (Dührssen und Lieberz, 2000, 2016). Hieraus entwickelte sich später der Risikoindex, welcher anhand der Familiengese verschiedene Punktwerte für Risikofaktoren im Kindesalter des Patienten vergibt und zu einem Index aufsummiert wird. Die Höhe des Wertes dieses errechneten Index spiegelt das Risiko für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung im Erwachsenenalter (Dührssen und Lieberz, 1999). Da im Modul Familiengese nicht alle relevanten Bereiche zur Errechnung des Risiko-Index nach Dührssen erfasst sind, wurde für diese Arbeit ein angepasster, kompakterer Risikoindex erstellt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: "Risikoindex". Ranking der Risikofaktoren

Rang	Art der Risikofaktoren	Punktzahl	Maximal vergebene Punktzahl
1.	Verlust Elternteil	160	320
2.	Erkrankung Elternteil	130	260
3.	Familienatmosphäre gekennzeichnet durch Gewalt	95	95
4.	Heim-/Internataufenthalt	80	80
5.	Stiefgeschwister	25	25

Die Punktzahl wird für jeden Elternteil gesondert vergeben, so dass ein Verlust oder eine Erkrankung beider Eltern, eine Verdopplung der jeweiligen Punktzahl ergibt. Bei der Vergabe der Punkte für die Erkrankung eines Elternteils wurde nicht zwischen chronischen somatischen oder seelischen Erkrankungen differenziert. Da die Angaben zur Familiengnese in den Anträgen häufig unvollständig sind, ist der aufsummierte Risikoindex immer als minimal möglicher Wert zu betrachten. Der jeweilige Patient könnte potentiell einen höheren Wert erzielen, wären alle Angaben der Familiengnese vollständig.

In den Analysen des Ergebnisteils wird der Risikoindex in 3 Gruppen zusammengefasst. Den Wert 1 erhalten Patienten mit einem Risikoindex von 0–155, den Wert 2 erhalten Patienten mit einem Risikoindex von 156-290 und den Wert 3 erhalten Patienten mit einem Risikoindex von 290 und größer.

### 2.3.5 Stellungnahme des Gutachters

Das Modul der Stellungnahme des Gutachters unterteilt sich in die Gutachter-Kriterien-Liste (GLK), die *Global Assessment of Functioning Skala* (GAF) und das Beeinträchtigungs-Schwere-Score-Rating (BSS-Rating). Diese werden nachfolgend weiter erläutert.

#### **Gutachter-Kriterien-Liste**

Die Kostenübernahme einer Psychotherapie durch die gesetzlichen Krankenkassen, welche durch die Richtlinienpsychotherapie geregelt ist, wird durch Gutachter geprüft (siehe



Einleitung). Im Rahmen einer empirischen Studie zur Überprüfung dieses Begutachtungsvorganges aus dem Jahre 2002 entstand eine Liste der wichtigsten Entscheidungskriterien, die für eine positive Begutachtung erfüllt sein müssen (Rudolf et al., 2002). Die Verwendung dieser Gutachter-Kriterien-Liste (GKL) durch den Gutachter standardisiert den Prozess des Entscheidungsvorganges bei der Begutachtung der Therapeutenberichte und macht ihn zudem transparent. Demnach bewertet der Gutachter die Kriterien anhand der GKL aus den ihm zugesandten Berichten mit der Abstufung „uneingeschränkte Befürwortung“/ „eingeschränkte Befürwortung“/ „Nichtbefürwortung“. Sind mindestens sechs Kriterien mit „uneingeschränkt befürwortet“ bewertet worden, ist die Wahrscheinlichkeit für eine Befürwortung des Antrages durch den Gutachter hoch.

Nachfolgend sind die Kriterien der GKL aufgelistet:

*A) Psychodynamische Diagnostik*

1. Krankheitswertigkeit der Störung
2. Biographie
3. Diagnostische Einschätzung der Persönlichkeitsstruktur
4. Berücksichtigung somatischer Anteile
5. Psychodynamik

*B) Indikation und Prognose*

6. Erörterung der Differentialindikation
7. Stimmigkeit des Behandlungsverfahrens und der Behandlungsplanung
8. Prognostische Einschätzung im Blick auf die Behandlungskonzeption
9. Prognostische Einschätzung angesichts des Verlaufes
10. Wirtschaftlichkeit des Behandlungsplans

*Gutachterliche Stellungnahme zur Kostenübernahme*

***Global-Assessment-of-Functioning-Scale***

In der vierten Auflage des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) (Sass et al, 1998), einem Leitfaden für psychische Störungen, wurden psychiatrische Diagnosen eines Patienten durch fünf verschiedene Achsen beurteilt. Die Achse V beurteilt anhand der *Global-Assessment-of-Functioning-Scale* (GAF) das allgemeine Funktionsniveau des Patienten. Hierbei beurteilt man das psychische, berufliche, schulische und soziale

Funktionieren eines Patienten und bringt es in Relation zur psychischen Gesundheit oder Krankheit. Die GAF-Skala ist hierbei in 10 Funktionsniveaus à 10 Punkten aufgeteilt, wobei 100 das höchste Leistungsniveau (keine Symptome, psychisch gesund) und 1 das niedrigste Leistungsniveau (größtmögliche psychische Krankheit) beschreibt. Der Wert 0 wird bei unzureichender Information angegeben. Der Beurteiler wählt das Funktionsniveau, welches nach Symptomschwere und Ausmaß der Beeinträchtigung als passend erachtet wird.

Skalierung (Zwischenstufen sind möglich zwischen 0-100):

- 100 = Optimale Funktion in allen Bereichen
- 90 = Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten
- 80 = Höchstens leichte Beeinträchtigung
- 70 = Leichte Beeinträchtigung
- 60 = Mäßig ausgeprägte Störung
- 50 = Ernsthafte Beeinträchtigung
- 40 = Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
- 30 = Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
- 20 = Selbst- oder Fremdgefährlichkeit
- 10 = Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit
- 0 = Unzureichende Information

Durch die GAF-Skala wird in der Dokumentation der MARS-Studie das Funktionsniveau des Patienten zum einen der letzten sieben Tage angegeben und zum anderen wird der maximale GAF während des letzten Jahres vor Behandlungsbeginn ermittelt.

### **Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS-Rating)**

Durch den Beeinträchtigungs-Schwere-Score nach Schepank (1995) kann die Schwere und die damit korrespondierende Beeinträchtigung einer psychogenen Erkrankung eingeschätzt werden, in der MARS-Studie bezogen auf den Prävalenzzeitraum des letzten Jahres vor Antragsstellung. Die Einteilung erfolgt in drei Dimensionen der Beeinträchtigung: 1. Körperliche Beeinträchtigung, 2. Psychische Beeinträchtigung, 3. Sozialkommunikative Beeinträchtigung. Jede Dimension unterteilt sich in fünf Schweregradstufen (0 = gar nicht

beeinträchtigt, 1 = geringfügig beeinträchtigt, 2 = deutlich beeinträchtigt, 3 = stark beeinträchtigt, 4 = extrem beeinträchtigt). Die aufsummierten Punktwerte der einzelnen Dimensionen ergeben den Gesamt-BSS-Wert, welcher den Wert 0 bis maximal 12 annehmen kann.

Der Gesamt-BSS-Wert kann wie folgt interpretiert werden:

- 0-1 Punkte optimale Gesundheit
- 2-3 Punkte leichte Störung
- 4-5 Punkte deutliche Störung
- 6-7 Punkte ausgeprägte, ziemlich schwer beeinträchtigende Erkrankung
- 8-9 Punkte außerordentlich schwere Erkrankung
- 10-12 Punkte schwerstgestörte Patienten mit Extremgraden psychischer Erkrankungen

### 2.3.6 ICD Diagnosen

Im Teil ICD Diagnosen werden die Diagnosen des Therapeuten, des Gutachters und der Krankenkasse/Arztbriefe nach der ICD-10-Klassifikation angegeben.

Die ICD-10 Klassifikation ist ein internationales, statistisches Klassifikationssystem von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen, welches von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlicht wird (WHO, 2018).

Die ICD-10 Klassifikation gliedert sich in 22 Kapitel:

Tabelle 2: ICD-10 Klassifikation

Kapitel	Gliederung	Titel
I	A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
II	C00-D48	Neubildungen
III	D50-D89	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
IV	E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen

V	F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen
VI	G00-G99	Krankheiten des Nervensystems
VII	H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
VIII	H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
IX	I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
X	J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems
XI	K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems
XII	L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
XIII	M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
XIV	N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
XV	O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
XVI	P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
XVII	Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
XVIII	R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
XIX	S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursache
XX	V01-Y98	Äußere Ursache von Morbidität und Mortalität
XI	Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
XII	U00-U85	Schlüsselnummern für besondere Zwecke

Psychische und Verhaltensstörungen fallen in der ICD-10-Klassifizierung in das Kapitel V (F00-F99) und sind, wie folgt, weiter eingeteilt:

- F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F30-F39	Affektive Störungen
F40-F49	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzminderung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Es werden hier alle bekannten ICD-10 kodierten Erkrankungen des Patienten angegeben.

#### 2.4 Aktivitäts-Score

Um auf ein aktives bzw. ein passives Gesundheitsverhalten/Hilfesuchverhalten der Patientinnen aus dem Kollektiv schließen zu können, wurde der sogenannte Aktivitäts-Score aus dem Datensatz der MARS konstruiert. Grundlage für den Aktivitätsscore sind die klinischen Daten der Patientinnen, bei denen für gewisse positive Merkmale Punkte vergeben wurden. Ein Punkt wurde vergeben, wenn in der Betrachtung der „Problemrelevanten Lebensbereiche“ die Variable „Selbstverantwortung“ als problemrelevant angegeben wurde. Ein Punkt wurde vergeben, wenn in der Betrachtung der „Problemrelevanten Lebensbereiche“ die Variabel „Gesundheitsverhalten“ als problemrelevant angegeben wurde. Ein Punkt wurde vergeben, wenn die Patientin psychiatrisch vorbehandelt wurde. Ein weiterer Punkt wurde vergeben, wenn die Patientin psychotherapeutisch vorbehandelt wurde. Die Punkte werden summiert, wodurch der Aktivitäts-Score die Werte 0-4 annehmen kann. Im Anschluss erfolgte die Aufteilung der Patientinnen in zwei Gruppen:

Aktivitäts-Score Wert von 0 oder 1	:	aktives Gesundheitsverhalten
Aktivitäts-Score Wert 2, 3 oder 4	:	passives Gesundheitsverhalten

#### 2.5 Auswertung

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 von mehreren unabhängigen Variablen auf die Zielgröße „Geschlecht des Therapeuten“ werden zwei Methoden, nämlich logistische Regression und binäre Klassifikationsbäume, benutzt.

Die schrittweise logistische Regression dient zur inferenzstatistischen Behandlung des Zusammenhangs. Sie liefert einen statistischen Test für die Regressionskoeffizienten. Kategoriale Variablen wurden bei der logistischen Regression als solche behandelt.

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 Analysesystem 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*  $c$  ausgewählt. 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

## Material und Methoden

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.

Alle Werte wurden auf zwei Stellen hinter dem Komma gerundet.

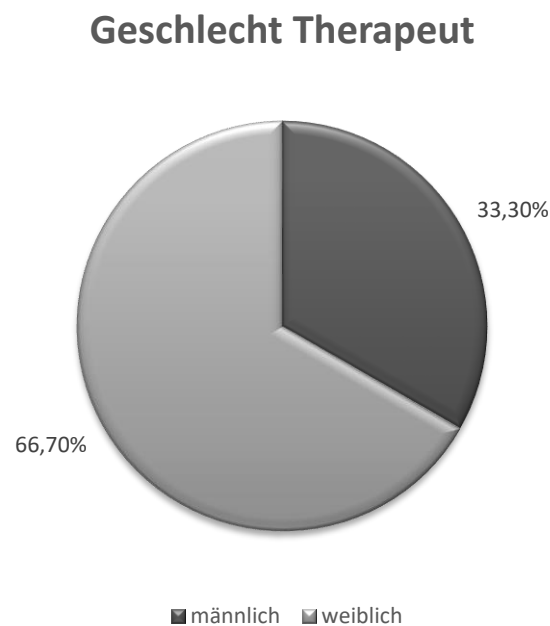
### 3 ERGEBNISSE

#### 3.1 Beschreibende Statistik

Tabelle 3: Verteilung der Patienten auf das Therapeutengeschlecht

			Weibliche Patienten
<b>Therapeut: Geschlecht</b>	Männlich	Anzahl	244
		Prozent	33,30%
	Weiblich	Anzahl	488
		Prozent	66,70%
<b>Gesamt</b>		Anzahl	732
		Prozent	100%

Abbildung 1: Verteilung der Patientinnen auf das Geschlecht des Therapeuten



In die Berechnungen sind insgesamt 732 weibliche Patienten eingeschlossen, wobei 244 weibliche Patienten einen männlichen Therapeuten wählen und 488 weibliche Patienten einen weiblichen Therapeuten (siehe Tabelle 3/Abbildung 1). Dies entspricht einer prozentualen Verteilung von 33,30% (männlicher Therapeut) zu 66,70% (weiblicher Therapeut), somit 1/3 zu 2/3.



## 3.2 Soziodemographische Daten

Tabelle 4: Soziodemographische Daten

	MW/ Häufigkeit	SD/Prozent
<b>Alter</b>	47,60	11,48
<b>Geschlecht:</b>		
<b>weiblich</b>	732	100%
<b>Wohnort:</b>		
<b>Land</b>	21	2,87%
<b>Stadt (&lt;10.000 Einwohner)</b>	48	6,56%
<b>Stadt (&gt;10.000 Einwohner)</b>	247	33,74%
<b>Stadt (&gt;100.000 Einwohner)</b>	416	56,83%
<b>Nationalität:</b>		
<b>Deutsch</b>	681	95,11%
<b>Deutscher Spätaussiedler</b>	9	1,26%
<b>Europäische Union</b>	11	1,54%
<b>Türkei</b>	7	0,98%
<b>Sonstiges</b>	8	1,12%
<b>Migrationshintergrund:</b>		
<b>Nein</b>	562	89,81%
<b>Ja</b>	74	10,19%
<b>Familienstand:</b>		
<b>Ledig</b>	289	40,59%
<b>Verheiratet</b>	198	27,81%
<b>Getrennt lebend</b>	52	7,30%
<b>geschieden</b>	94	13,20%
<b>Verwitwet</b>	20	2,81%
<b>Wieder verheiratet</b>	36	5,06%
<b>Mehrfach geschieden</b>	23	3,23
<b>Partnersituation:</b>		
<b>Kurzfristig kein Partner</b>	106	15,01%

<b>Langfristig/dauerhaft kein Partner</b>	150	21,25%
<b>Wechselnde Partner</b>	26	3,68%
<b>Fester Partner (Ehepartner)</b>	262	37,11%
<b>Fester Partner (nicht Ehepartner)</b>	161	22,80%
<b>Kinder:</b>		
<b>Nein</b>	346	47,59%
<b>Ja</b>	381	52,41%
<b>Höchster Schulabschluss:</b>		
<b>Kein Schulabschluss</b>	14	2,25%
<b>Sonderschulabschluss</b>	3	0,48%
<b>Hauptschul- /Volksschulabschluss</b>	148	26,76%
<b>Realschulabschluss/ Mittlere Reife</b>	195	31,30%
<b>Abitur/Fachabitur</b>	263	42,22%
<b>Höchster Berufsabschluss:</b>		
<b>Noch in der Ausbildung</b>	46	6,78%
<b>Lehre/Fachschule</b>	381	56,19%
<b>Meister</b>	1	0,15%
<b>Fachhochschule/Universität</b>	134	19,76
<b>Ohne Berufsabschluss</b>	113	16,67%
<b>sonstiges</b>	3	0,44%
<b>Berufliche Situation:</b>		
<b>Berufstätig, Vollzeit</b>	238	38,70%
<b>Berufstätig, Teilzeit</b>	74	12,03%
<b>Berufstätig, gelegentlich</b>	28	4,55%
<b>Hausfrau</b>	42	6,83%
<b>Ausbildung/Student</b>	50	8,13%
<b>Wehr-/Zivildienst /FSJ</b>	1	0,16%

<b>Arbeitslos gemeldet</b>	64	10,41%
<b>Erwerbsrente auf Dauer</b>	9	1,46%
<b>Erwerbsrente auf Zeit</b>	15	2,44%
<b>Frührente/ Altersrente/ Pension</b>	36	5,85%
<b>Witwenrente</b>	3	0,49%
<b>Ohne berufliche Beschäftigung</b>	16	2,60%
<b>Krankschreibung</b>	39	6,34%
<b>Derzeit arbeitsunfähig:</b>		
<b>Nein</b>	607	82,81%
<b>ja</b>	65	8,87%
<b>unbekannt</b>	61	8,32%
<b>Rentenverfahren:</b>		
<b>Nein</b>	683	93,18%
<b>Rentantrag laufend</b>	14	1,91%
<b>Zeitrente</b>	3	0,41%
<b>Nicht abklärbar</b>	33	4,50%

Das Patientenkollektiv von 732 Frauen ist im Mittel 47,60 Jahre (SD 11,48) alt.

Mit 56,83% wohnen die meisten Personen in Großstädten über 100.000 Einwohnern, 33,74% in Städten mit mehr als 10.000 Einwohnern, 6,56% in Städten mit weniger als 10.000 Einwohnern und an letzter Stelle mit 2,87% ist ein Wohnort auf dem Land angegeben.

Deutscher Nationalität sind 95,11% der Patientinnen, 1,26% sind deutsche Spätaussiedler, 1,54% stammen aus der europäischen Union, 0,98% sind türkischer Staatsangehörigkeit und 1,12% besitzen andere als die zuvor genannten Nationalitäten. 10,19% der Personen haben einen Migrationshintergrund.

Mit 40,59% sind die meisten Studienteilnehmer zum Zeitpunkt der Studie ledig, 27,81% sind verheiratet, 13,20% geschieden, 7,30% getrennt lebend, 5,06% wieder verheiratet, 3,23% mehrfach geschieden und 2,81% verwitwet.

Mit 37,11% sind die meisten Frauen verheiratet, 22,80% leben in einer eheähnlichen festen Partnersituation, 21,25% haben dauerhaft keinen Partner, 15,01% sind kurzfristig ohne Partner. Mit 3,68% stellen die Patientinnen mit wechselnden Partnern die kleinste Gruppe.

52,41% des Patientenpools haben Kinder.

42,22% des Patientenkollektivs absolvierten als höchsten Schulabschluss das Abitur/Fachabitur, 31,30% haben die mittlere Reife erlangt, 23,76% haben einen Haupt-/Volksschulabschluss, 2,25% keinen Schulabschluss und 0,48% einen Sonderschulabschluss.

Als höchsten Berufsabschluss geben 56,19% der Patientinnen die Lehre an, 19,76% haben einen Abschluss an einer Fachhochschule oder einer Universität, 16,67% haben keinen Berufsabschluss erlangt, 6,78% befinden sich zum Studienzeitpunkt noch in der Berufsausbildung, 0,44% haben einen anderen nicht näher beschriebenen Berufsabschluss und 0,15% der Studienteilnehmer haben einen Meistertitel. Mit 38,70% sind die meisten Patientinnen vollzeitig berufstätig, mit 12,03% stellt die Gruppe der Teilzeitberufstätigen das zweithäufigste Ergebnis, 10,41% sind arbeitslos, 8,13% befinden sich in Ausbildung oder im Studium, 6,83% geben an, als Hausfrau tätig zu sein, 6,34% sind zum Studienzeitpunkt krankgeschrieben, 5,85% sind berentet, 4,55% geben ihre berufliche Situation mit gelegentlich berufstätig an, 2,60% sind ohne berufliche Beschäftigung, 0,49% beziehen Witwen-Rente und 0,16% befinden sich im Wehr-/Zivildienst.

82,81% der untersuchten Patientinnen sind arbeitsfähig, 8,87% des Patientenkollektivs ist zum Untersuchungszeitpunkt arbeitsunfähig, bei 8,32% ist die Arbeitsfähigkeit unbekannt.

93,18% sind nicht berentet, bei 4,50% ist der Rentenstatus nicht aufklärbar, 1,91% haben ein laufendes Rentenverfahren und 0,41% der Untersuchten befinden sich in Zeitrente (siehe Tabelle 4).

### 3.3 Regionale Bedingungen

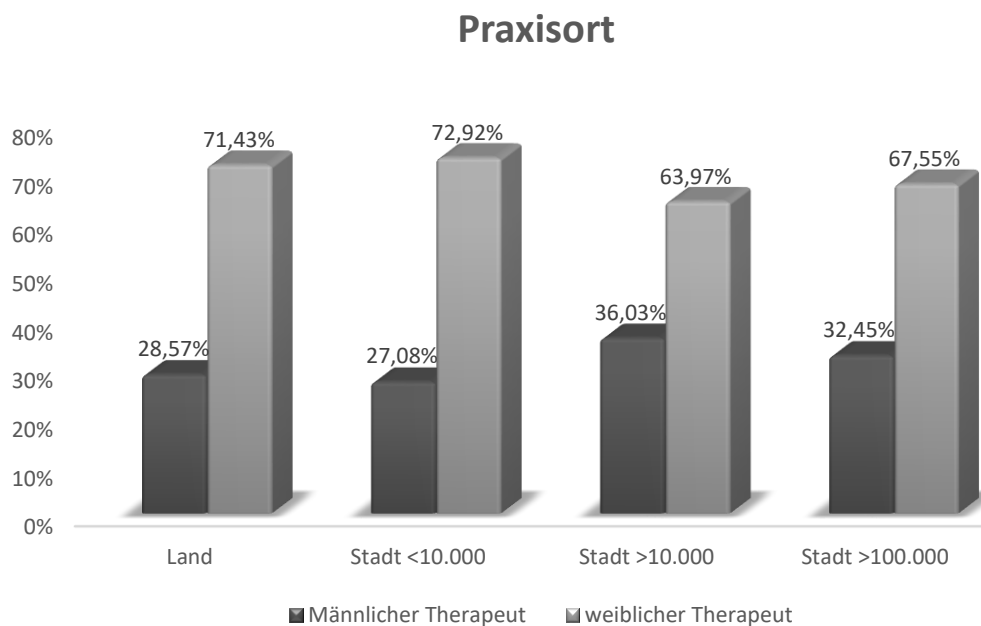
Im Abschnitt „Regionale Bedingungen“ wird der Zusammenhang der Variablen Praxisort mit der Variablen Geschlecht des Therapeuten analysiert (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Praxisort

			Männlicher Therapeut	Weiblicher Therapeut	Gesamt
Praxisort	Land	Anzahl	6	15	21
		Prozent	28,57%	71,43%	2,87%
	Stadt <10.000 Einwohner	Anzahl	13	35	48
		Prozent	27,08%	72,92%	6,56%
	Stadt >10.000 Einwohner	Anzahl	89	158	247
		Prozent	36,03%	63,97%	33,74%
	Stadt >100.000 Einwohner	Anzahl	135	281	416
		Prozent	32,45%	67,55%	56,83%
Gesamt		Anzahl	243	489	732
		Prozent	33,20%	66,80%	100%

$\chi^2 = 2,01$ , df = 3, p-Wert= 0,57

Abbildung 2: Wahl des Geschlechtes des Therapeuten in Bezug auf den Praxisort



Die Variable Praxisort ist vierstufig. Stufe 1 (Land) bilden die Gemeinden, die keine Städte sind. Zu den Stufen 2-4 gehören die Gemeinden, die Städte sind. Die Zuweisung zur Stufe ergibt sich aus der Anzahl der Einwohner. Der Zusammenhang zwischen Praxisort und dem Geschlecht des Therapeuten wird mit dem Chi-Quadrat-Test untersucht. Er ist nicht signifikant (p= 0,57).

Der Anteil der Patientinnen, die einen weiblichen Therapeuten wählen, variiert zwischen 72,92% in Städten, die weniger als 10.000 Einwohner haben, und 63,97% 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 (siehe Abbildung 2)

### 3.4 Soziodemographische Einflüsse auf die Wahl des Therapeutengeschlechts

In diesem Abschnitt wird der Zusammenhang von soziodemographischen Variablen mit dem Geschlecht des Therapeuten untersucht. Die Ergebnisse befinden sich in der Tabelle „soziodemographische Einflüsse“ (siehe Tabelle 6).

**Tabelle 6: Soziodemographische Einflüsse**

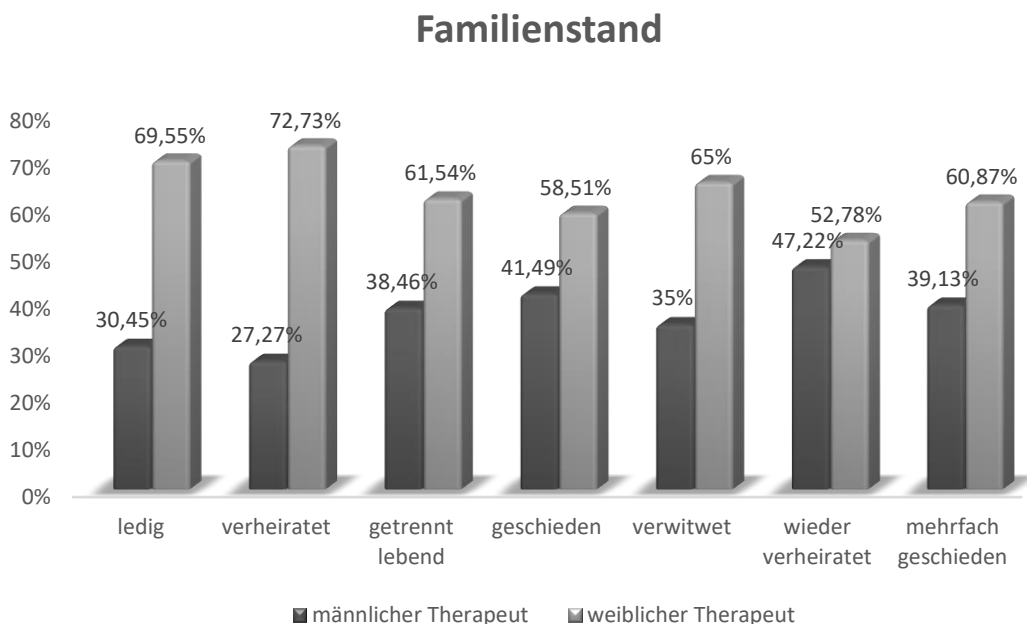
<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>Chi-Quadrat-Test/ exakter Chi-Quadrat-Test</b>	<b>Test</b>	<b>DF</b>	<b>P-Wert</b>	<b>Odds-Ratio</b>
<b>Nationalität</b>	716	Exakter Chi-Quadrat-Test	1,97	4	0,76	
<b>Migrationshintergrund</b>	726	Chi-Quadrat-Test	0,02	1	0,88	0,96
<b>Partnersituation</b>	706	Chi-Quadrat-Test	3,50	5	0,62	
<b>Schulabschluss</b>	623	Chi-Quadrat-Test	7,24	4	0,12	1,07
<b>Abitur</b>	623	Chi-Quadrat-Test	0,14	1	0,71	
<b>Berufsabschluss</b>	678	Chi-Quadrat-Test	8,84	5	0,12	
<b>Universitätsabschluss</b>	678	Chi-Quadrat-Test	1,57	1	0,21	1,28
<b>Kinder</b>	727	Chi-Quadrat-Test	0,36	1	0,55	0,91
<b>Familienstand</b>	712	Chi-Quadrat-Test	11,29	6	0,08	

Die Analyse mit dem Chi-Quadrat-Test zeigt, dass die Variablen „Nationalität“, „Migrationshintergrund“, „Partnersituation“, „Schulabschluss“, „Abitur (im Vergleich zu anderen Schulabschlüssen)“, „Berufsabschluss“, „Universitätsabschluss“ (im Vergleich zu anderen Berufsabschlüssen) und die Frage nach „Kindern“ keinen signifikanten

Zusammenhang mit dem Geschlecht des Therapeuten haben. Die p-Werte variieren zwischen  $p=0,12$  (Variable Schulabschluss) und  $p=0,71$  (Variable Abitur).

Das Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests für die Variable Familienstand zeigt mit  $p=0,08$  einen Trend, ist aber nicht signifikant. Die Abbildung „Einfluss des Familienstandes auf die Wahl des Therapeutengeschlechts“ zeigt die Verteilung der Variablen Geschlecht des Therapeuten für die sieben Ausprägungen der Variablen Familienstand. Der Anteil der Patienten mit weiblichem Therapeuten variiert zwischen 52,78% (wieder verheiratet) und 72,73% bei den verheirateten Patienten. Die Differenz beträgt fast 20 Prozentpunkte. Dennoch ergibt der Chi-Quadrat-Test ( $p=0,08$ ) zwar einen Trend, aber kein signifikantes Ergebnis (siehe Abbildung 3).

**Abbildung 3: Einfluss des Familienstandes auf die Wahl des Therapeutengeschlechts**



Die Ausprägung „geschieden“ der Variablen Familienstand wurde gesondert analysiert. Der Anteil der Patienten mit weiblichen Therapeuten beträgt 57,89% bei den geschiedenen Patienten und 68,03% bei den Patienten mit einem anderen Familienstand. Die Hypothese „die Verteilung des Geschlechts des Therapeuten ist bei den Geschiedenen und bei den Patienten mit anderen Familienständen gleich“ wird vom Chi-Quadrat-Test verworfen ( $p=0,05$ ) (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Familienstand geschieden

			Männlicher Therapeut	Weiblicher Therapeut	Gesamt
Familienstand	geschieden	Anzahl	40	55	95
		Prozent	42,11%	57,89%	12,96%
	Alle anderen Familienstände außer geschieden	Anzahl	204	434	638
		Prozent	31,97%	68,03%	87,04%
Gesamt		Anzahl	244	489	733
		Prozent	33,29%	66,71%	100%

$\chi^2 = 3,82$ ,  $df = 1$ ,  $p$ -Wert= 0,05

Vergleicht man die Häufigkeitsverteilung des Therapeutengeschlechts nach Alterskategorisierung, zeigt sich ein 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 Altersgruppe 70-80 Jahre mit einer Verteilung von 47,37% (männlicher Therapeut) zu 52,63% (weiblicher Therapeut). Weitere deutliche Abweichungen finden sich in der Altersgruppe 40-50 Jahre mit einer Verteilung von 40,69% (männlicher Therapeut) zu 59,31% (weiblicher Therapeut) und in der Altersgruppe 60-70 Jahre mit einer Verteilung von 40,66% (männlicher Therapeut) zu 59,34% (weiblicher Therapeut) (siehe Tabelle 8/Abbildung 4).

Tabelle 8: Kategorisierte Altersverteilung

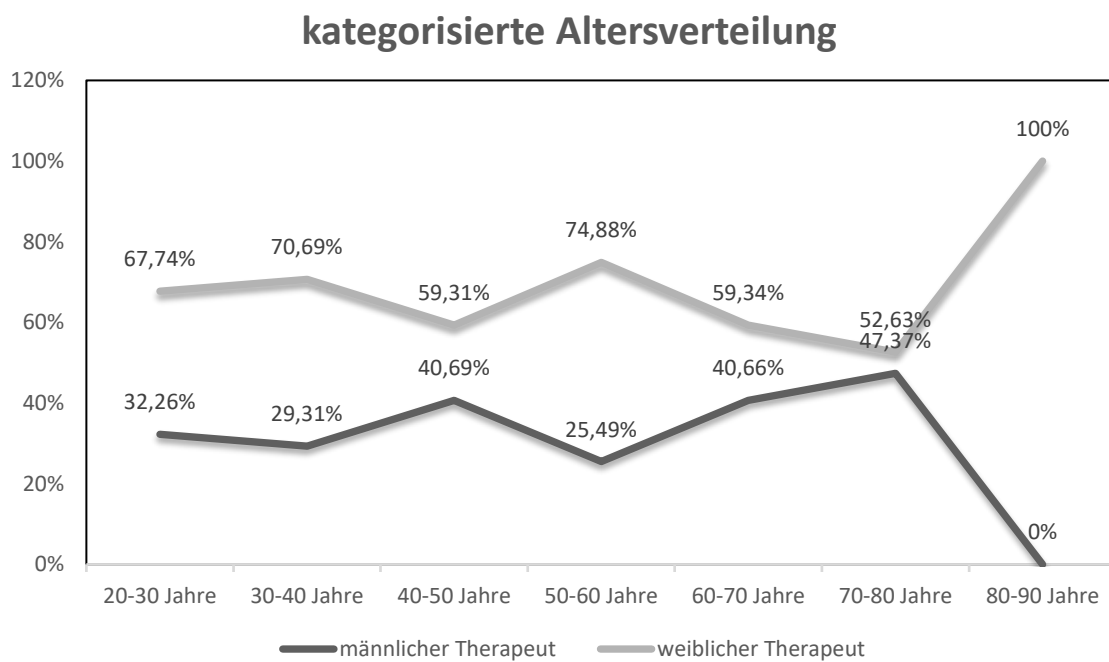
			Männlicher Therapeut	Weiblicher Therapeut	Gesamt
Alter	20-30 Jahre	Anzahl	10	21	31
		Prozent	32,26%	67,74%	4,24%
	30-40 Jahre	Anzahl	51	123	174
		Prozent	29,31%	70,69%	23,80%
	40-50 Jahre	Anzahl	83	121	204
		Prozent	40,69%	59,31%	27,91%



	<b>50-60 Jahre</b>	Anzahl	52	155	207
		Prozent	25,12%	74,88%	28,32%
	<b>60-70 Jahre</b>	Anzahl	37	54	91
		Prozent	40,66%	59,34%	12,45%
	<b>70-80 Jahre</b>	Anzahl	9	10	19
		Prozent	47,37%	52,63%	2,60%
	<b>80-90 Jahre</b>	Anzahl	0	5	5
		Prozent	0%	100%	0,68%
<b>Gesamt</b>		Anzahl	242	489	731
		Prozent	33,11%	66,89%	100%

$\chi^2 = 18,56$ ,  $df = 6$ ,  $p\text{-Wert} = <0,01$

Abbildung 4: Einfluss des Alters auf die Therapeutenwahl



### 3.4.1 Simultane Analysen

Bisher wurden die unabhängigen Variablen und die Zielgröße paarweise betrachtet. Für je eine unabhängige Variable und die Zielgröße wurde der Zusammenhang mit dem Chi-Quadrat-Test

analysiert. Die unabhängigen Variablen können miteinander interagieren. Der gemeinsame, simultane Einfluss auf die Zielgröße, der durch Interaktion der unabhängigen Variablen entsteht, wurde bisher nicht analysiert.

Der simultane Einfluss auf die Zielgröße wird mit zwei Methoden untersucht. Die logistische Regression dient der Analyse und dem statistischen Testen des simultanen Zusammenhangs, der hauptsächliche Zweck eines Klassifikationsbaumes ist die Deskription des Zusammenhangs.

### 3.4.1.1 Logistische Regressionsanalyse der soziodemographischen Einflüsse auf die Therapeutenwahl

Um die Einflussstärken der Variablen auf das Zielmerkmal Therapeutengeschlecht darzustellen, wurde eine schrittweise logistische Regression durchgeführt, hierzu wurden die zuvor signifikanten oder nahezu signifikanten Variablen ausgewählt

Tabelle 9: Schrittweise logistische Regression zu soziodemographischen Einflüssen auf die Therapeutenwahl

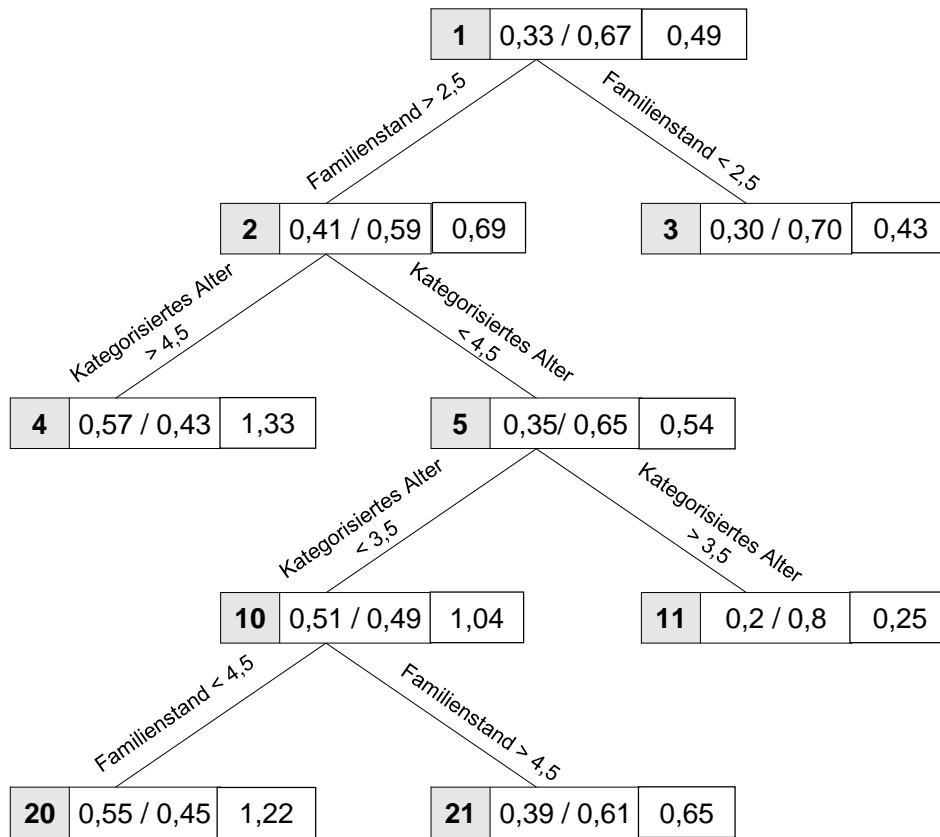
Variable	n	DF	Chi-Quadrat	P-Wert
Familienstand geschieden	710	1	0,00	0,97
Familienstand (alle Ausprägungen)	710	6	6,62	0,36
Alter (kategorisiert)	710	6	16,51	0,01

LR=33,67, DF=13, p<0,01

Anders als in der univariaten Analyse zeigen sich „Familienstand geschieden“ (p=0,97) und „Familienstand“ (0,36) als nicht signifikant Einfluss nehmend. Die Variable „Alter (kategorisiert)“ zeigt sich in der Regression als signifikant mit einem p-Wert von 0,01. Die Gesamtheit der für die logistische Regression ausgewählten Variablen ist signifikant (p<0,01) (siehe Tabelle 9).

### 3.4.1.2 Klassifikationsbaum: Zusammenhang soziodemographischer Einflüsse auf die Therapeutenwahl

Abbildung 5: rpart Tree zum Zusammenhang zwischen kategorisiertem Alter und Familienstand auf die Therapeutenwahl



Inhalt der Knoten: Verteilung des Therapeutengeschlechtes (männlicher Therapeut/ weiblicher Therapeut), Chance einen männlichen Therapeuten zu wählen; Beschriftung der Zweige: Familienstand (1, ledig; 2, verheiratet; 3, getrennt lebend; 4, geschieden; 5, verwitwet; 6, wieder verheiratet; 7, mehrfach geschieden); kategorisiertes Alter (1, 20-30 Jahre; 2, 30-40 Jahre; 3, 40-50 Jahre; ...; 7, 80-90 Jahre).

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.

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 das dem Tree zu Grunde liegende Modell werden nur die Variablen Familienstand (*cutpoint* 2,5), kategorisiertes Alter (*cutpoints* 4,5 und 3,5) sowie Familienstand (*cutpoint* 4,5) einbezogen. Alle anderen Variablen werden nicht in den Klassifikationsbaum aufgenommen. Sie haben keinen Zusammenhang mit der Zielgröße (siehe Abbildung 5).

### 3.5 Einflüsse seitens des Krankheitsbildes der Patientinnen auf die Wahl des Therapeutengeschlechts

#### 3.5.1 Somatische Erkrankungen

Im Abschnitt „somatische Erkrankungen“ wird der Zusammenhang der Variablen, die im Zusammenhang mit einer somatischen Erkrankung stehen mit der Variablen des Therapeutengeschlechts analysiert.

Tabelle 10: Somatische Erkrankung

			Männlicher Therapeut	Weiblicher Therapeut	Gesamt
<b>Somatische Erkrankung</b>	<b>Keine somatische Erkrankung</b>	Anzahl Prozent	167 35,68%	301 64,32%	468 65,64%
	<b>METS/KHK</b>	Anzahl Prozent	2 33,33%	4 66,67%	6 0,84%
	<b>CA</b>	Anzahl Prozent	11 20,00%	44 80,00%	55 7,71%
	<b>COPD</b>	Anzahl Prozent	1 100%	0 0%	1 0,14
	<b>Anderes</b>	Anzahl Prozent	54 29,51%	129 70,49%	183 25,67%
<b>Gesamt</b>		Anzahl Prozent	235 32,96%	478 67,04%	713 100%

## Ergebnisse

$$\chi^2 = 8,77, df = 4, p\text{-Wert} = 0,07$$

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 CA Patienten mit einer Verteilung von 20,00% (männlicher Therapeut) zu 80,00% (weiblicher Therapeut) (siehe Tabelle 10). Das Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests zeigt mit  $p=0,07$  einen Trend, ist aber nicht signifikant.

Gesondert analysiert wurden die somatischen Erkrankungsvariablen der ICD-10 C, ICD-10 D, ICD-10 G, ICD-10 I und ICD-10 O-Diagnosen. Die Analyse mit dem Chi-Quadrat-Test/ exakten Chi-Quadrat-Test ergibt keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Geschlecht des Therapeuten, bei p-Werten zwischen 0,11 und 1,00 (siehe Tabelle 11).

**Tabelle 11: ICD-Diagnosen**

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>Chi-Quadrat-Test/ exakter Chi-Quadrat-Test</b>	<b>Test</b>	<b>DF</b>	<b>P-Wert</b>
<b>ICD-10 C-Diagnose</b>	733	Chi-Quadrat-Test	1,22	1	0,27
<b>ICD-10 D-Diagnose</b>	733	Exakter Chi-Quadrat-Test	1,57	1	0,28
<b>ICD-10 G-Diagnose</b>	733	Chi-Quadrat-Test	0,49	1	0,48
<b>ICD-10 I-Diagnose</b>	733	Exakter Chi-Quadrat-Test	2,94	1	0,11
<b>ICD-10 O-Diagnose</b>	733	Exakter Chi-Quadrat-Test	0,50	1	1,00

Betrachtet man die Variable „Stadium der somatischen Erkrankung“ in Hinsicht auf die Häufigkeitsverteilung der Wahl des Therapeutengeschlechtes, zeigt sich ein signifikanter Chi-Quadrat-Test mit einem p-Wert von 0,04. (siehe Tabelle 12).

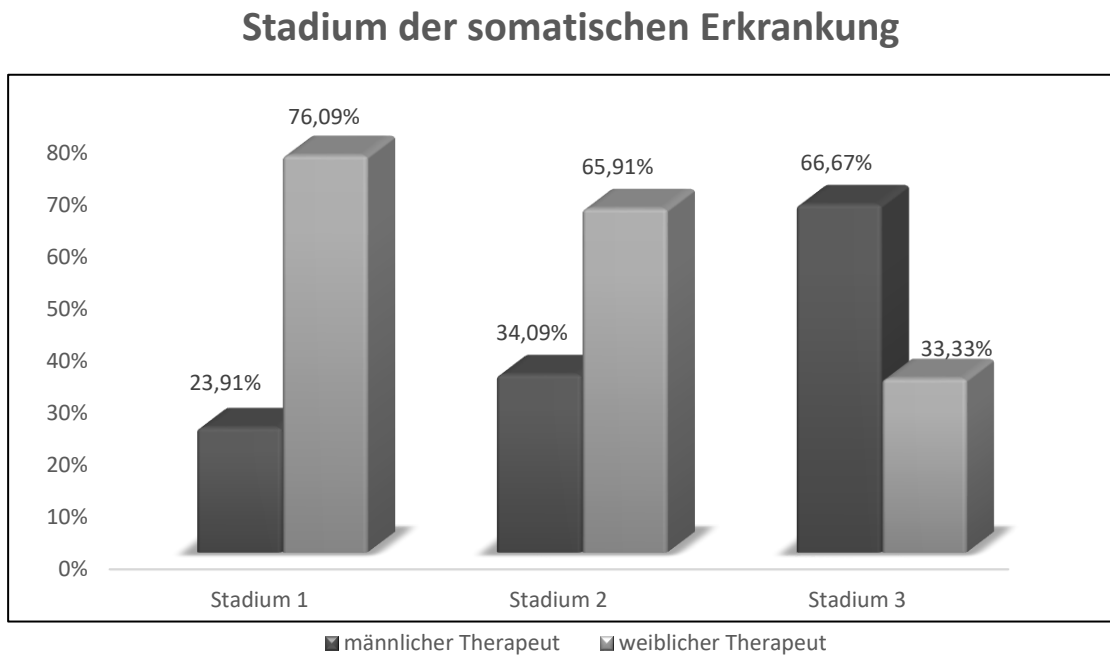
Tabelle 12: Stadium der somatischen Erkrankung

			Männlicher Therapeut	Weiblicher Therapeut	Gesamt
<b>Stadium der somatischen Erkrankung</b>	<b>Stadium 1</b>	Anzahl	11	35	46
	Erste Symptome, keine Einschränkungen	Prozent	23,91%	76,09%	46,46%
	<b>Stadium 2</b>	Anzahl	15	29	44
	Fortgeschrittener Verlauf, eingetretene Behinderung	Prozent	34,09%	65,91%	44,44%
	<b>Stadium 3</b>	Anzahl	6	3	9
	Terminalstadium, progredienter Verlauf, Todesbegleitung	Prozent	66,67%	33,33%	9,09%
<b>Gesamt</b>		Anzahl	32	67	99
		Prozent	32,32%	67,68%	100%

$\chi^2 = 6,40$ ,  $df=2$ ,  $p=0,04$

Der Anteil der Patienten mit weiblichem Therapeuten variiert zwischen 33,33% und 76,09%, wie auch in der Abbildung (siehe Abbildung 6) ersichtlich. Die Hypothese „Die Verteilung des Geschlechts des Therapeuten ist bei allen Stadien der somatischen Erkrankung gleich“ wird vom Chi-Quadrat-Test mit  $p=0,04$  verworfen. Es zeigt sich eine Umkehrung des 1/3 zu 2/3 Verhältnisses zugunsten der männlichen Therapeuten bei Patienten mit einer Stadium 3-Erkrankung (bei allerdings sehr kleinen Fallzahlen).

Abbildung 6: Zusammenhang des Stadiums der somatischen Erkrankung mit der Wahl des Therapeutengeschlechts



### 3.5.2 Psychische Erkrankungen

Im Abschnitt „psychische Erkrankungen“ wird der Zusammenhang der Variablen, die im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung stehen, mit der Variablen des Therapeutengeschlechts analysiert.

Um die Einflussstärke der Variablen BSS-Rating auf das Zielmerkmal Therapeutengeschlecht darzustellen, wurde eine logistische Regressionsanalyse durchgeführt (siehe Tabelle 13). In der Analyse zeigt sich, dass die Variable BSS-Rating nicht signifikant Einfluss nehmend auf das Therapeutengeschlecht ist ( $p=0,40$ ).

Tabelle 13: Logistische Regression zu BSS-Rating

Variable	n	Schätzwert	Standardfehler	Chi- Quadrat	P-Wert	Odds Ratio	95% Konfidenzintervall	
							Unterer Wert	Oberer Wert
<b>BSS-Rating</b>	732	0,04	0,05	0,69	0,40	1,05	0,94	1,16

In weiteren Chi-Quadrat-Analysen zeigen die Variablen „Zu erwartende Prognose der somatischen Erkrankung“, „Essstörung“, „Akute Suizidalität“ und „frühere Suizidalität“ keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Geschlecht des Therapeuten (siehe Tabelle 14).

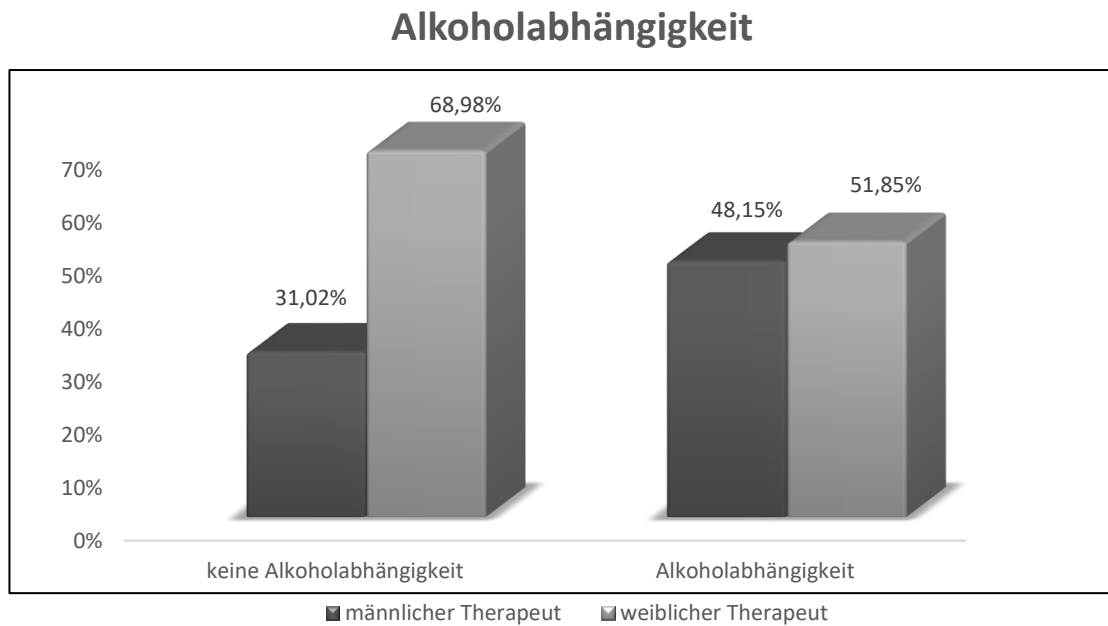
**Tabelle 14: Einflüsse durch psychische Erkrankungen des Patienten**

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>Chi-Quadrat-Test/ exakter Chi-Quadrat-Test</b>	<b>Test</b>	<b>DF</b>	<b>P-Wert</b>	<b>Odds-Ratio</b>
<b>Zu erwartende Prognose der somatischen Erkrankung</b>	103	Chi-Quadrat-Test	2,41	2	0,30	
<b>Essstörung</b>	631	Chi-Quadrat-Test	0,15	1	0,70	4,11
<b>Akute Suizidalität</b>	729	Chi-Quadrat-Test	0,28	1	0,59	0,84
<b>Frühere Suizidalität</b>	717	Chi-Quadrat-Test	0,87	1	0,35	1,24
<b>Vorbehandlung</b>	725	Chi-Quadrat-Test	5,91	1	0,02	1,49
<b>Alkoholabhängigkeit</b>	631	Chi-Quadrat-Test	6,60	1	0,01	2,06

Die Hypothese „Die Verteilung des Geschlechtes des Therapeuten ist bei Patienten mit Vorbehandlung und bei Patienten ohne Vorbehandlung gleich“ wird verworfen. Die Analyse ergibt einen p-Wert von 0,02. Ebenso wird die Hypothese „Die Verteilung des Geschlechtes des Therapeuten ist für Patienten mit Alkoholabhängigkeit gleich denen ohne Alkoholabhängigkeit“ vom Chi-Quadrat-Test mit einem p-Wert von 0,01 verworfen. Der Anteil der Patienten mit weiblichem Therapeuten differiert zwischen 68,98% (keine Alkoholabhängigkeit) und 51,85% (Alkoholabhängigkeit). Die Differenz beträgt in etwa 20 Prozentpunkte. (siehe Abbildung 7)



Abbildung 7: Alkoholabhängigkeit



### 3.5.3 Simultane Analysen

#### 3.5.3.1 Logistische Regressionsanalyse der Einflüsse durch das Krankheitsbild auf die Therapeutenwahl

Um die Einflusstärken der einzelnen Variablen des Krankheitsbildes auf das Zielmerkmal Therapeutengeschlecht darzustellen, wurde eine schrittweise logistische Regression durchgeführt. Aufgrund der Menge der im Einzelnen analysierten Variablen wurden für die Regression alle signifikanten oder nahezu signifikanten Variablen gewählt.

Tabelle 15: Logistische Regression der Einflüsse durch das Krankheitsbild auf die Therapeutenwahl

Variable	n	DF	Chi-Quadrat	P-Wert
Somatische Erkrankung	74	1	0,27	0,99
Vorbehandlung	74	1	0,56	0,45
Stadium der somatischen Erkrankung	74	1	5,05	0,08
Alkoholabhängigkeit	74	1	0,02	0,88
ICD-10 I-Diagnose	74	1	0,68	0,41

## Ergebnisse

LR=18,12, DF=9, p=0,03

Anders als in der univariaten Analyse zeigen sich die Variablen „somatische Erkrankung“ (p=0,99), „Vorbehandlung“ (p=0,45), „Alkoholabhängigkeit“ (p=0,88) und „ICD-10 I-Diagnose“ (P=0,41) als nicht signifikant. Mit einem P-Wert von 0,08 zeigt die Variable „Stadium der somatischen Erkrankung“ einen Trend, ist aber nicht signifikant. Die Gesamtheit der für die logistische Regression ausgewählten Variablen ist signifikant (p=0,03) (siehe Tabelle 15)

### 3.5.3.2 Klassifikationsbaum: Zusammenhang des Krankheitsbildes auf die Therapeutenwahl

Das Programm RPart kann anhand der Variablen keinen Klassifikationsbaum erstellen.

RPart konstruiert für die Variablengruppen „Krankheitsbild“ keinen Klassifikationsbaum. Die Zunahme der Homogenität im eventuellen ersten Schritt bleibt unter dem geforderten cutpoint.

## 3.6 Einflüsse seitens der Patientenbiographie auf die Wahl des Therapeutengeschlechtes

Im diesem Abschnitt werden die biographischen Variablen der Patienten im Zusammenhang mit der Variablen des Therapeutengeschlechts analysiert

### 3.6.1 Analysen zu Variablen, die sich auf die mütterliche Seite der Patientenbiographie beziehen

Die Analyse durch den Chi-Quadrat-Test zeigt, dass die Variablen „Alter der Mutter bei der Geburt (kategorisiert)“, „Verlust oder Trennung von der Mutter bis zum 15.Lebensjahr der Patientin“, „chronische Krankheit/Behinderung der Mutter bis zum 15.Lebensjahr der Patientin“, „schwere seelische Erkrankung der Mutter bis zum 15 Lebensjahr der Patientin“, „Suizidversuch der Mutter bis zum 15.Lebensjahr der Patientin“, „Aufwachsen mit Stiefmutter als Ersatzperson“ und „Aufwachsen mit Großmutter als Ersatzperson“ keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Geschlecht des Therapeuten haben (siehe Tabelle 16).

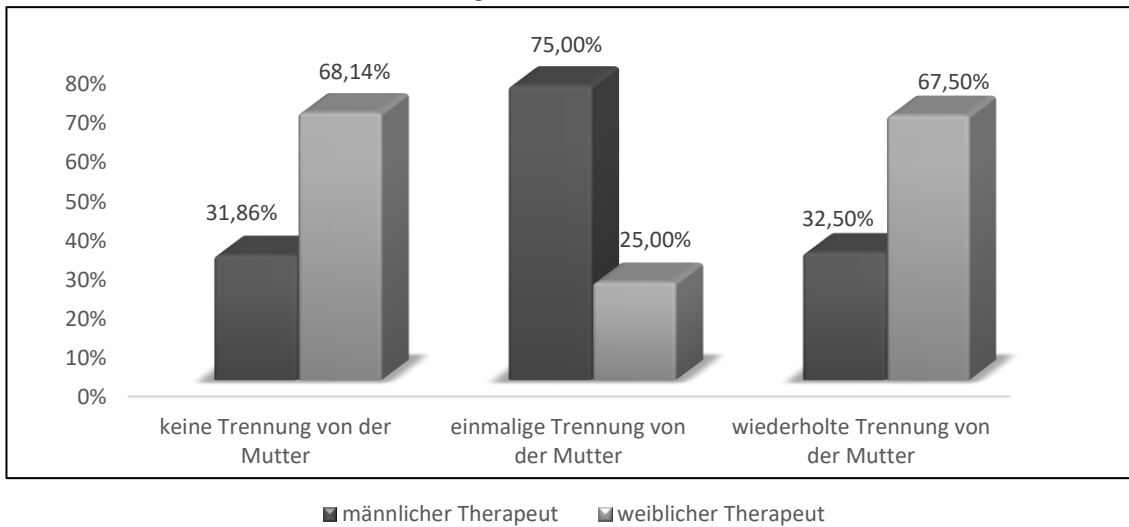
Tabelle 16: Analyse der Variablen die sich auf die mütterliche Seite der Patientenbiographie beziehen

Variable	n	Chi-Quadrat-Test/ exakter Chi-Quadrat-Test	Test	DF	P-Wert	Odds-Ratio
Alter der Mutter bei der Geburt (kategorisiert)	482	Chi-Quadrat-Test	0,80	2	0,67	
Verlust oder Trennung von der Mutter - 15. Lebensjahr	710	Chi-Quadrat-Test	1,42	1	0,23	1,29
Kurzzeitige Trennung von der Mutter -15 Lebensjahr	639	Chi-Quadrat-Test	9,95	2	<0,01	
Chronische Krankheit/Behinderung der Mutter - 15.Lebensjahr	695	Chi-Quadrat-Test	2,48	1	0,12	0,56
Schwere seelische Erkrankung der Mutter - 15 Lebensjahr	644	Chi-Quadrat-Test	0,15	1	0,70	0,93
Suizidversuch der Mutter – 15. Lebensjahr	702	Chi-Quadrat-Test	1,32	1	0,25	1,53
Aufwachsen mit Stiefmutter als Ersatzperson	721	Chi-Quadrat-Test	0,58	1	0,45	1,20
Aufwachsen mit Großmutter als Ersatzperson	723	Chi-Quadrat-Test	0,23	1	0,63	1,13

Die Abbildung (siehe Abbildung 8) zeigt die Verteilung der Variablen Geschlecht des Therapeuten für die drei Ausprägungen der Variablen „Kurzzeitige Trennung von der Mutter bis zum 15.Lebensjahr der Patientin“. Der Anteil der Patienten mit weiblichem Therapeuten variiert zwischen 25,00% (einmalige Trennung) und 68,14% (keine Trennung). Die Differenz beträgt 43,14 Prozentpunkte. Das Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests ist mit einem p-Wert <0,01 signifikant.

Abbildung 8: Trennung von der Mutter

### Kurzzeitige Trennung von der Mutter bis zum 15 Lebensjahr der Patientin



#### 3.6.2 Analysen zu Variablen, die sich auf die väterliche Seite der Patientenbiographie beziehen

Die Analyse durch den Chi-Quadrat-Test zeigt, dass die Variablen „Alter des Vaters bei der Geburt“, „Verlust oder Trennung von dem Vater bis zum 15. Lebensjahr der Patientin“, „kurzzeitige Trennung von dem Vater bis zum 15. Lebensjahr der Patientin“, „chronische Krankheit/Behinderung des Vaters bis zum 15. Lebensjahr der Patientin“, „Alkoholabusus des Vaters bis zum 15. Lebensjahr der Patientin“ und „Suizidversuch des Vaters bis zum 15. Lebensjahr der Patientin“ keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Geschlecht des Therapeuten haben. Einzig die Variable „Schwere seelische Erkrankung des Vaters bis zum 15. Lebensjahr“ zeigt mit einem P-Wert von 0,06 einen Trend, ist aber nicht signifikant. (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Analyse der Variablen die sich auf die väterliche Seite der Patientenbiographie beziehen

Variable	n	Chi-Quadrat-Test/ exakter Chi-Quadrat-Test	Test	DF	P-Wert	Odds-Ratio
Kategorisiertes Alter des Vaters bei der Geburt	442	Chi-Quadrat-Test	0,31	2	0,86	
Verlust oder Trennung von dem Vater - 15. Lebensjahr	712	Chi-Quadrat-Test	0,74	1	0,39	1,16
Kurzzeitige Trennung von dem Vater -15. Lebensjahr	650	Chi-Quadrat-Test	3,94	2	0,14	
Chronische Krankheit/Behinderung des Vaters - 15.Lebensjahr	626	Chi-Quadrat-Test	0,10	1	0,76	1,12
Schwere seelische Erkrankung des Vaters 15. Lebensjahr	591	Chi-Quadrat-Test	3,46	1	0,06	1,42
Alkoholabusus des Vaters – 15. Lebensjahr	733	Chi-Quadrat-Test	0,78	1	0,38	1,19
Suizidversuch des Vaters – 15. Lebensjahr	629	Exakter Chi-Quadrat-Test	0,01	1	1,0	0,94

### 3.6.3 Weitere biographische Variablen in Zusammenhang mit dem Therapeutengeschlecht

Die Variablen „Trennung der Eltern“ und „ Elternersatz bis zum 15. LJ“ zeigen bei der Analyse mit dem Chi-Quadrat-Test keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Thera

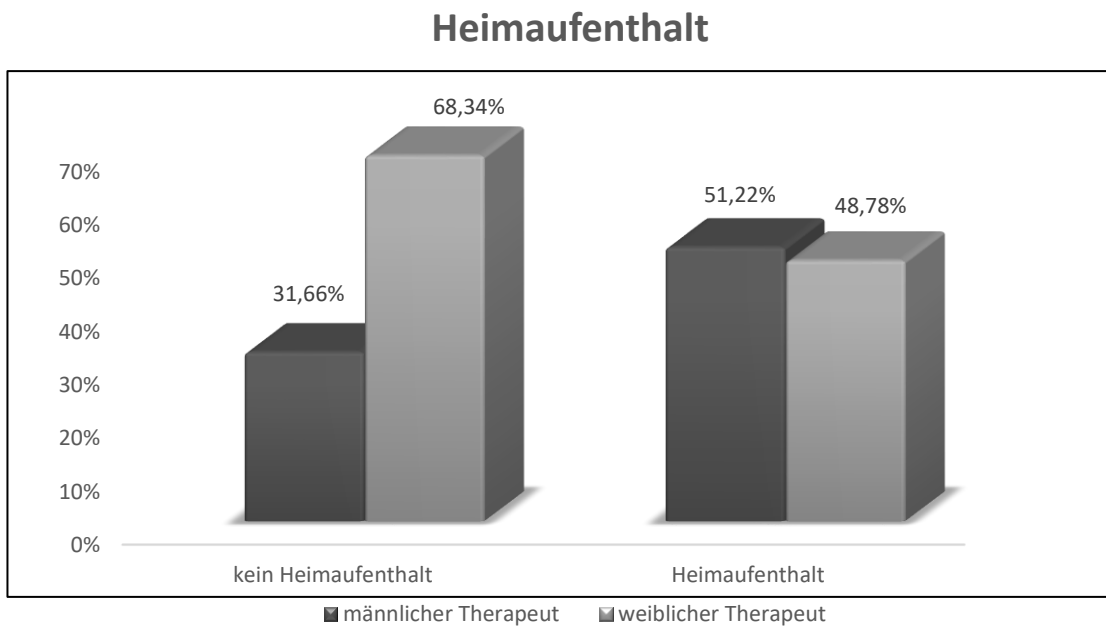
Tabelle 18: Weitere biographische Variablen

Variable	n	Chi-Quadrat-Test/ exakter Chi-Quadrat-Test	Test	DF	P-Wert	Odds-Ratio
Trennung der Eltern	721	Chi-Quadrat-Test	0,59	1	0,44	1,15
Elternersatz bis zum 15. LJ	721	Chi-Quadrat-Test	0,59	1	0,44	1,15
Heimaufenthalt	720	Chi-Quadrat-Test	6,71	1	0,01	2,27

Die Abbildung (siehe Abbildung 9) zeigt die Verteilung der Variablen Geschlecht des Therapeuten für die Ausprägungen der Variablen Heimaufenthalt der Patienten. Der Anteil der Patienten mit weiblichem Therapeuten variiert zwischen 48,78% (Heimaufenthalt) und 68,34% (kein Heimaufenthalt). Die Differenz liegt bei nahezu 20 Prozentpunkten. Die

Hypothese „ Die Verteilung der Variablen Geschlecht des Therapeuten ist unabhängig von einem Heimaufenthalt des Patienten“ wird mit dem Chi-Quadrat-Test geprüft. Sie kann verworfen werden ( $p=0,01$ ). Die Maßzahl Odds Ratio hat einen Wert von 2,27. Die Variable „Heimaufenthalt“ hat somit eine große Einflussstärke.

Abbildung 9: Heimaufenthalt



### 3.6.4 Belastete Familienatmosphäre

In diesem Abschnitt wird der Zusammenhang der Variablen „Familienatmosphäre“ mit der Variablen Geschlecht des Therapeuten analysiert. Der Anteil der Patienten, die einen weiblichen Therapeuten wählen, variiert zwischen 65,46% (belastete Familienatmosphäre) und 80,77% (nicht belastete Familienatmosphäre). Das Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests ist mit einem p-Wert von 0,11 nicht signifikant (siehe Tabelle 19)

Tabelle 19: Belastete Familienatmosphäre

			Männlicher Therapeut	Weiblicher Therapeut	Gesamt
Familien- atmosphäre	Nicht Belastet	Anzahl	5	21	26
		Prozent	19,23%	80,77%	4,70%
	Belastet	Anzahl	182	345	527
		Prozent	34,54%	65,46%	95,30%
Gesamt		Anzahl	187	366	553
		Prozent	33,82%	66,18%	100%

$$\chi^2 = 2,59, df = 1, p\text{-Wert} = 0,11$$

Die sechs Ausprägungen der Belastungsmöglichkeiten der Familienatmosphäre, welche als einzelne Variablen 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 bei p-Werten von 0,13 bis 0,65 (siehe Tabelle 19).

Tabelle 20: Einfluss der Belastung der Familienatmosphäre

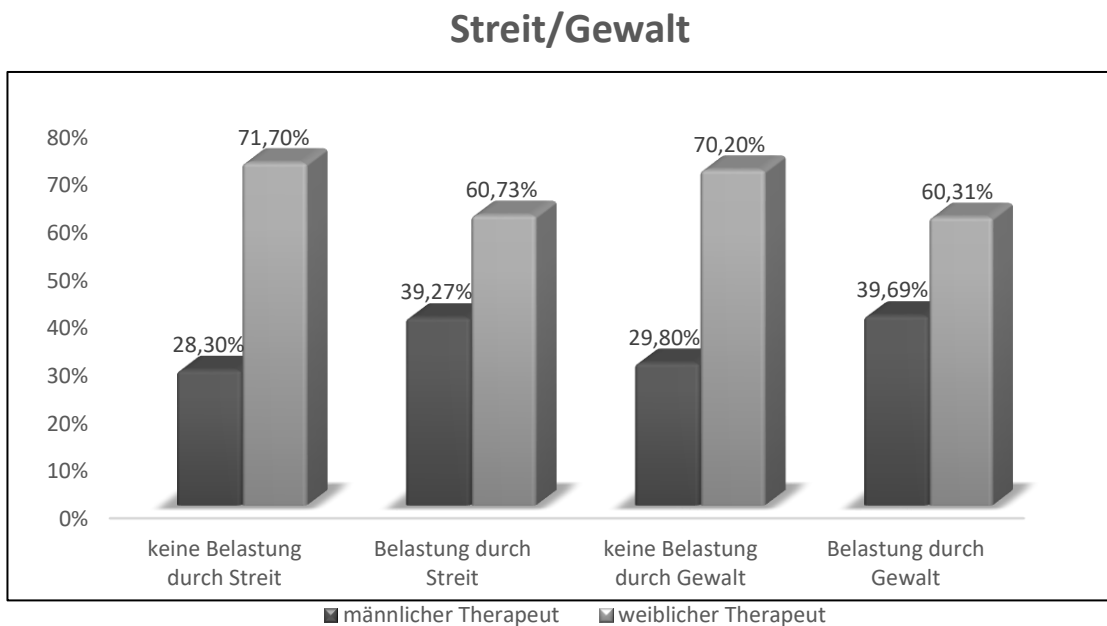
Familienatmosphäre belastet durch:	n	Chi-Quadrat- Test/ exakter Chi- Quadrat-Test	Test	DF	P-Wert	Odds- Ratio
Armut	362	Chi-Quadrat-Test	1,20	1	0,27	1,27
Streit	636	Chi-Quadrat-Test	7,93	1	0,01	1,64
Gewalt	684	Chi-Quadrat-Test	6,19	1	0,01	1,55
Vernachlässigung	410	Chi-Quadrat-Test	2,33	1	0,13	1,38
Verwöhnung	590	Chi-Quadrat-Test	0,20	1	0,65	1,16
Krankheit	698	Chi-Quadrat-Test	2,24	1	0,13	0,77

Vergleicht man die Häufigkeitsverteilung des Therapeutengeschlechts hinsichtlich einer durch Streit geprägten Familienatmosphäre, zeigt sich ein signifikanter  $\chi^2$ -Test nach Pearson mit einem p-Wert von 0,01. Der Anteil der einen weiblichen Therapeuten wählenden Patienten

variiert zwischen 71,10% (keine Belastung durch Streit) und 60,73% (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 mit einem p-Wert von 0,01. Von den Patienten mit Gewaltbelastung wählen 60,31% einen weiblichen Therapeuten, bei denen ohne Gewaltbelastung wählen 70,20% einen weiblichen Therapeuten (siehe Abbildung 10).

Abbildung 10: Einfluss durch Streit und Gewalt



### 3.6.5 Simultane Analysen

#### 3.6.5.1 Logistische Regression zu den Einflüssen seitens der Patientenbiographie

Um die Einflussstärken der einzelnen Variablen seitens der Patientenbiographie auf das Zielmerkmal Therapeutengeschlecht darzustellen, wurde eine schrittweise logistische Regression durchgeführt. Aufgrund der Menge der im Einzelnen analysierten Variablen wurden für die Regression alle signifikanten oder nahezu signifikanten Variablen gewählt



Tabelle 21: Logistische Regression der Einflüssen seitens der Patientenbiographie auf die Therapeutenwahl

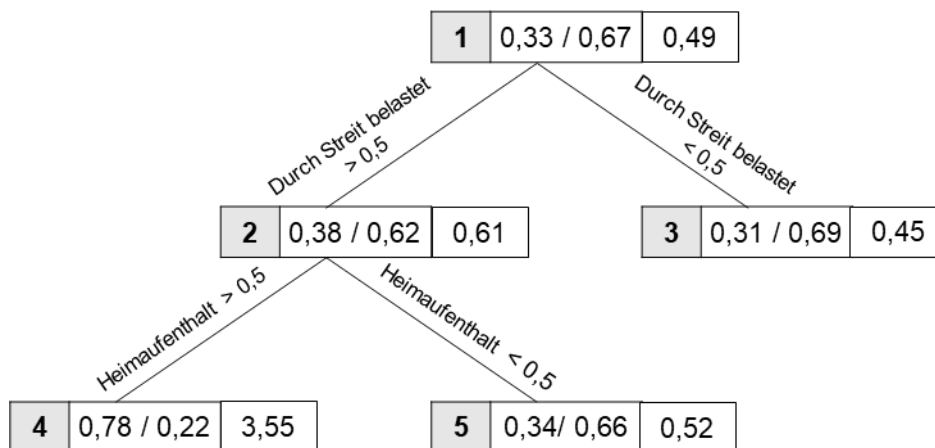
Variable	n	DF	Chi-Quadrat	P-Wert
Familienatmosphäre belastet durch Gewalt	456	1	5,27	0,02

LR=5,13, DF=1, p=0,02

Die logistische Regression hat die Variable „Familienatmosphäre belastet durch Gewalt“ ausgewählt und zeigt sich in dieser mit einem P-Wert von 0,02 signifikant (siehe Tabelle 21).

### 3.6.5.2 Klassifikationsbaum zu den Einflüssen seitens der Patientenbiographie

Abbildung 11: rpart Tree zum Zusammenhang biographischer Einflüsse auf die Therapeutenwahl



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).

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 zu Grunde 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 (siehe Abbildung 11)

### 3.6.6 Problemrelevante Lebensbereiche

In diesem Abschnitt wird der Zusammenhang der Variablen der verschiedenen problemrelevanten Lebensbereiche mit der Variable Geschlechts des Therapeuten analysiert.

Tabelle 22: Problemrelevante Lebensbereiche

Variable	n	Chi-Quadrat-Test/ exakter Chi-Quadrat-Test	Test	DF	P-Wert	Odds-Ratio
<b>Beruf/Ausbildung</b>	669	Chi-Quadrat-Test	1,77	1	0,18	1,30
<b>Partnerschaft</b>	685	Chi-Quadrat-Test	0,11	1	0,74	1,16
<b>Familie</b>	670	Chi-Quadrat-Test	0,0	1	0,99	1,00
<b>Freizeit</b>	246	Chi-Quadrat-Test	0,34	1	0,56	0,78
<b>Soziale Bedingungen</b>	551	Chi-Quadrat-Test	0,53	1	0,47	1,15
<b>Selbstverantwortung</b>	723	Chi-Quadrat-Test	0,05	1	0,83	1,03
<b>Gesundheitsverhalten</b>	711	Chi-Quadrat-Test	1,44	1	0,23	1,21

Die Analyse mit dem Chi-Quadrat-Test zeigt, dass alle Variablen der problemrelevanten Lebensbereiche keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Geschlecht des Therapeuten haben. Die p-Werte reichen von 0,18 bis 0,99. Die Hypothese „ Die Verteilung der Variablen Geschlecht des Therapeuten ist unabhängig von problemrelevanten Lebensbereichen“ ist bestätigt (siehe Tabelle 22).

### 3.6.7 Einflüsse auf die Therapeutenwahl durch den Risikoindex

Im diesem Abschnitt wird der Zusammenhang des konstruierten Risikoindex (siehe Material und Methoden) mit der Therapeutenwahl analysiert.

**Tabelle 23: Risikoindex**

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

$\chi^2 = 0,52$ ,  $df=2$ ,  $p=0,77$

Die Analyse zeigt, dass der Anteil der Patienten mit weiblichem Therapeuten zwischen 65,52% und 69,75% variiert. Die erwartete 1/3 zu 2/3 Verteilung besteht. Die Hypothese „ Die Verteilung der Variablen Geschlecht des Therapeuten ist unabhängig vom Risikoindex des Patienten“ wird mit dem Chi-Quadrat-Test geprüft. Sie kann bei einem P-Wert von 0,77 nicht verworfen werden. (siehe Tabelle 23)

### 3.7 Einflüsse auf die Therapeutenwahl durch den Aktivitäts-Score

Im diesem Abschnitt wird der Zusammenhang des konstruierten Aktivitätsindex (siehe Material und Methoden) mit der Therapeutenwahl analysiert.

Tabelle 24: Aktivitäts-Score

			Männlicher Therapeut	Weiblicher Therapeut	Gesamt
<b>Aktivitäts- Score</b>	<b>Aktives Gesundheitsverhalten</b> (Wert 0, 1)	Anzahl	84	207	291
		Prozent	28,87%	71,13%	50,96%
	<b>Passives Gesundheitsverhalten</b> (Wert 2, 3, 4)	Anzahl	95	185	280
		Prozent	33,93%	66,07%	49,04%
<b>Gesamt</b>		Anzahl	179	92	571
		Prozent	31,35%	68,65%	100%

$\chi^2 = 1,70$ ,  $df=1$ ,  $p=0,19$

Die Analyse mit dem Chi-Quadrat-Test zeigt, dass die Hypothese „Die Verteilung der Variablen Geschlecht des Therapeuten ist unabhängig der Ausprägung des Aktivitäts-Scores (aktives oder passives Gesundheitsverhalten)“ kann nicht verworfen werden ( $p= 0,19$ ) (siehe Tabelle 24)

## 4 DISKUSSION

### 4.1 Einführung

In der durchgeführten Analyse sollte untersucht werden, nach welchen Kriterien sich weibliche Patienten das Geschlecht ihres Psychotherapeuten aussuchen.

Im Folgenden werden unter Bezugnahme auf die in Kapitel 1.6 genannte Fragestellung der Arbeit deren Ergebnisse diskutiert.

### 4.2 Besteht ein Einfluss durch regionale Bedingungen auf die Wahl des Therapeutengeschlechts?

In der Analyse zeigte sich, dass kein Zusammenhang zwischen dem Praxisort und der Wahl des Therapeutengeschlechts besteht, der Chi-Quadrattest ist mit einem p-Wert von 0,57 nicht signifikant. Die meisten Patientinnen (416 Individuen) leben in Städten mit mehr als 100.000 Einwohnern, auf dem Land sind lediglich 21 Personen der Stichprobe heimisch. Das Verhältnis der Frauen, die einen männlichen Therapeuten wählen, zu denen, die einen weiblichen Therapeuten wählen, bleibt auch in Abhängigkeit des jeweiligen Praxisortes in etwa bei der bekannten 1/3 zu 2/3 Verteilung der Wahl eines männlichen zu einem weiblichen Therapeuten der Gesamtstichprobe. Die H<sub>0</sub> Hypothese ist somit bestätigt.

Dieses Ergebnis erscheint zunächst unerwartet, da man annehmen könnte, dass ländliche Gegenden, in denen eine geringere Therapeutendichte besteht, einen Einfluss auf die Wahl des Therapeutengeschlechts haben könnten. Eine Studie aus dem Jahr 2010 jedoch geht von einem Gesamtverhältnis weiblicher zu männlichen psychologischen Psychotherapeuten von 63:37 aus, wobei weibliche Psychotherapeuten deutlich überrepräsentiert sind (Nübling et al, 2010). Somit ist anzunehmen, dass auch in ländlichen Regionen prozentual mehr weibliche Psychotherapeuten niedergelassen sind und somit weibliche Patientinnen nicht aus Mangel an Psychotherapeutinnen auf dem Land einen männlichen Therapeuten präferieren.

Eine andere Untersuchung weist auf einen Engpass der Versorgung durch ambulante Psychotherapie vor allem in ländlichen Gebieten hin, welcher von den Autoren durch ein Stadt-Land-Gefälle der psychotherapeutischen Versorgung zu erklären ist (Hannöver et al, 2013). Laut Schulz und Kollegen, zeigen Psychotherapeuten in ihrer Niederlassungswahl eine deutliche Präferenz hin zu Großstädten. Als Resultat dessen zeigt

sich eine Verteilung der Psychotherapeuten/Arzt-Relation von 23106:1 in ländlichen Gebieten, im Vergleich hierzu eine Psychotherapeuten/Arzt-Relation von 2577:1 in Großstädten (Schulz et al., 2008). Gleichzeitig sind in den ländlichen Regionen die abgerechneten Leistungen für psychischen Störungen in allgemeinärztlichen Praxen deutlich gestiegen (Hannöver et al, 2013).

Hieraus lässt sich entnehmen, dass Frauen selbst in psychotherapeutisch minderversorgten ländlichen Gebieten dennoch eine Psychotherapeutin bevorzugen. Anzunehmen ist zudem, dass in ländlichen Gebieten wegen Fachärztemangels die Beziehung zum Hausarzt deutlich intensiver und umfassender wahrgenommen wird und somit auch ein Anstieg der Leistungen in Zusammenhang mit psychischen Störungen der Hausärzte auf dem Land zu erklären sein könnte. Möglich ist, dass auf dem Land lebende Patientinnen auch bei seelischen Erkrankungen primär den Hausarzt konsultieren und somit durch das Raster dieser Studie fallen.

#### 4.3 Spielen soziodemographische Einflüsse eine Rolle bei der Wahl des Therapeutengeschlechts?

Bei der Auswertung der durchgeführten Tests zeigt sich keine Signifikanz bezüglich eines Einflusses der Nationalität ( $p=0,76$ ) oder eines möglichen Migrationshintergrundes ( $p=0,88$ /Odds-Ratio 0,96) der Patientinnen auf die Wahl des Therapeutengeschlechts. 95 % der weiblichen Patientinnen in der Stichprobe sind deutscher Nationalität, weitere 1,26% sind deutsche Übersiedler, 1,54% sind EU Bürgerinnen. Lediglich sieben Patientinnen dieser Studie sind Türkinnen. Insgesamt sind lediglich 35 Patientinnen nicht deutsch und 74 Patientinnen haben einen Migrationshintergrund (das entspricht 10,19% der Stichprobe).

In der Literatur zu psychischen Problemen von Migrantinnen wird ein Bedingungsgefüge zwischen der Migration in ein anderes Land, einer Gewaltbereitschaft der Ehemänner, der womöglich durch den Anpassungsdruck der Gesellschaft mitverursacht ist, und psychischen Erkrankungen der migrierten Frauen beschrieben (Erim und Senf, 2002). Eine Studie von Yilmaz und Battegay aus dem Jahr 1997 besagt, dass bei Türkinnen Gewalt in der Partnerschaft die häufigste Ursache einer behandlungsbedürftigen psychischen Krise ist und dass hierbei ausschließlich Frauen betroffen sind. Kronenthaler und Kollegen zufolge gibt jede dritte bis vierte muslimische Patientin an, in ihrem Leben mindestens einmal Opfer körperlicher oder sexueller Gewalt geworden zu sein, deren Ursache laut den Autoren mit den Ehrvorstellungen

innerhalb der Familie assoziiert sind (Kronenthaler et al., 2014). Brucks beschreibt, dass psychische Erkrankungen von Migranten zwingend in Zusammenhang mit einer durchlebten Migration aus dem Heimatland zu sehen sind. Demnach soll das Erlebte ein Verlusterlebnis und eine folgende Trauerreaktion auslösen, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit in einer anhaltenden Depression enden soll (Brucks, 2004).

Dies zeigt, dass bei Patientinnen mit Migrationshintergrund oder nichtdeutscher Nationalität durchaus Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung bestehen kann. In der Stichprobe dieser Arbeit ist der Anteil der Patientinnen nichtdeutschen Ursprungs oder mit Migrationshintergrund sehr niedrig und demnach die Aussagekraft auf die Gesamtbevölkerung als gering einzustufen. Es stellt sich die Frage, warum der Anteil an diesen Patientinnen so gering ist, angesichts der circa 4,3 Millionen in Deutschland lebenden Muslimen. Spielt eine kulturelle Vertrautheit zum behandelnden Therapeuten eine übergeordnete Rolle in der Wahl? In dieser Arbeit ist der kulturelle Hintergrund und die Nationalität des Therapeuten nicht erfasst, so dass keine Rückschlüsse gezogen werden können, ob eine Patientin mit Migrationshintergrund einen Therapeuten mit gleichem kulturellen Hintergrund bevorzugt und dies somit Einfluss auf die Wahl des Therapeutengeschlechts haben könnte.

Ein Grund für den niedrigen Anteil von türkischen Patientinnen oder Patientinnen mit Migrationshintergrund an dieser Studie könnte in der Ehrvorstellung muslimischer Patientinnen innerhalb der Familie gesehen werden. Laut Wunn und Klein zeigt sich die Ehrvorstellung von Frauen in einer angemessenen Schamhaftigkeit gegenüber dem anderen Geschlecht, was wiederum darauf schließen lassen dürfte, dass weibliche muslimische Patienten überproportional häufig einen weiblichen Therapeuten aufsuchen könnten. Dies bedarf jedoch aufgrund des niedrigen Anteils dieser Patientinnen in dieser Arbeit weiterer Untersuchungen um eine gesicherte Aussage treffen zu können. Die Ehre des Mannes einer muslimischen Familie gilt dann als beschädigt, wenn eine unehrenhafte Handlung an die Öffentlichkeit gelangt. Zu diesen Handlungen zählen auch Gewalt und Missbrauch gegenüber eigenen Frauen. Die Familie ist zum Schutz der Ehre des Mannes angehalten, solche Verhaltensweisen nicht an die Öffentlichkeit zu tragen, was auch die Konsultation eines Psychotherapeuten mit einschließt und sie demnach untersagt (Wunn und Klein, 2011). Daraus kann geschlussfolgert werden, dass viele psychisch kranke muslimische Frauen aufgrund des resultierenden Ehrverlustes des Ehepartners dazu angehalten sind, keine

professionelle Hilfe der psychischen Probleme anzunehmen. Sie sind möglicherweise dadurch in diese Studie auch nicht erfasst.

In den Ergebnissen der Berechnungen zeigen sich keine Signifikanzen hinsichtlich eines Einflusses des Bildungsstandes der Patientinnen auf die Wahl des Therapeutengeschlechtes. Zwar geben mit 42,22% die meisten Patientinnen das Abitur als höchsten Bildungsstand an, dennoch zeigt sich der Schulabschluss als nicht signifikant einflussnehmend auf die Zielgröße. Vergleicht man den Schulabschluss Abitur mit allen anderen Schulabschlüssen, so zeigt sich auch in dieser Berechnung keine Einflussnahme auf die Zielgröße. Auch der Berufsabschluss der Patientinnen scheint bei der Wahl des Therapeutengeschlechts keinen Einfluss zu spielen.

Diese Ergebnisse sind insofern unerwartet, als aus verschiedenen Studien ersichtlich ist, dass es eine Korrelation zwischen einer erhöhten Inanspruchnahme von Psychotherapie in Zusammenhang mit einem hohen Schulabschluss gibt. Rüger und Leibing beschreiben in ihrer Studie aus dem Jahr 1999 sogar einen vom Bildungsstand abhängigen Selektionsprozess für die Psychotherapie-Inanspruchnahme. Die Autoren sehen die Ursache hierfür im recht komplexen Antragsverfahren, wonach Patienten mit Abitur signifikant häufiger eine Psychotherapie in Anspruch nehmen, als Patienten mit niedrigerem Bildungsniveau, obwohl die psychischen Erkrankungen per se deutlich häufiger in niedrigeren Bildungsschichten der Gesamtbevölkerung auftreten (Rüger und Leibing, 1999). Eine weitere Untersuchung beschreibt ebenso einen signifikanten Einfluss eines hohen Schulabschlusses auf die Therapieaufnahme. So fällt es Patienten mit Abitur oder Hochschulabschluss deutlich leichter, einen Zugang zu Fachtherapeuten zu erlangen und somit auch eine Therapie in die Tat umzusetzen. Zudem zeigen selbige Patienten eine höhere Akzeptanzrate für die Psychotherapie (Franz et al., 1999). Trotz des gezeigten Einflusses, den ein hoher Bildungsstand auf Inanspruchnahme von Psychotherapie hat, kann nicht rückgefolgert werden, dass sich dies auch auf die Wahl des Therapeutengeschlechtes auswirkt. Ein Einfluss auf die Geschlechterwahl des Therapeuten durch Kriterien, die die das Bildungsniveau der Patienten betreffen, ist nicht festzustellen.

Es fällt weiter auf, dass die aktuelle Partnersituation der Patientinnen keinen Einfluss auf die Wahl des Therapeuten hat, hingegen der Familienstand mit einem p-Wert von 0,08 einen Trend zeigt. Der Chi-Quadrat-Test des Familienstandes „geschieden“ im Vergleich zu allen anderen Familienständen ist signifikant mit einem p-Wert von 0,05, was einen Einfluss auf die



abhängige Variable bestätigt. Die geschiedenen Patientinnen wählen etwas häufiger einen männlichen Therapeuten (42,11% wählen einen männlichen Therapeuten, 57,89% einen weiblichen Therapeuten), das Ergebnis weicht somit von der sonst üblichen 1/3 zu 2/3 Verteilung ab.

Die Mehrzahl der Patientinnen dieser Stichprobe sind ledig (40,95%), 27,81% sind verheiratet; geschieden sind 13,20%. Franz et al teilten in einer Untersuchung eine Patientengruppe in eine Teilgruppe bestehend aus ledigen Patienten und in eine zweite Teilgruppe bestehend aus nicht ledigen Patienten, um die Akzeptanz der psychotherapeutischen Behandlung in Bezug auf den Familienstand zu beurteilen. Es zeigte sich, dass ledige Patienten signifikant häufiger ein psychotherapeutisches Therapieangebot annahmen. Zudem teilten die Autoren den Patientenstamm daraufhin weiter nach weiblichen und männlichen Patienten auf. Es zeigte sich in Folge, dass ledige Frauen häufiger als ledige Männer Psychotherapie in Anspruch nahmen (Franz et al, 1999). Diese Ergebnisse decken sich insofern mit der hiesigen Studie, als die Mehrzahl der Patientinnen ebenso ledig ist. Interessant ist, dass bei Franz et al in der Gruppe der nicht ledigen Patienten die größte Inanspruchnahme von Psychotherapie in der Gruppe der geschiedenen Patienten zu finden ist. Dass eine Scheidung mit emotionalem Stress einhergehen kann, welcher in einer psychotherapeutischen Behandlung resultieren kann, ist nicht von der Hand zu weisen. Wieso der Familienstand „geschieden“ bei weiblichen psychotherapeutisch betreuten Patientinnen einen signifikanten Einfluss auf die Wahl des Therapeutengeschlechts hat, bedarf allerdings weiterer Untersuchungen.

Schaut man sich den Einfluss des Alters auf die Wahl des Therapeutengeschlechtes an, so zeigt sich ein signifikanter Chi-Quadrat-Test mit einem p-Wert von  $<0,01$ . Es ist auffällig, dass sich die Altersgruppen in dieser Studie hinsichtlich der gewählten Geschlechterpräferenz der Patientinnen unterscheiden. Es lässt sich jedoch kein Trend feststellen, welcher beispielsweise besagt, dass die Patientinnen mit zunehmendem Alter eher ein bestimmtes Geschlecht des Therapeuten bevorzugen. Vielmehr ändert sich die Verteilung auf die Therapeutengeschlechter nahezu wahllos innerhalb jeder Altersgruppe. Mit einem Altersmittelwert von 47,60 Jahren sind die Patientinnen dieser Untersuchung etwas älter als die Patienten aus anderen Studien. So liegt das Durchschnittsalter einer Studie zur Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie aus dem Jahr 2008 bei 44 Jahren

(Gallas et al., 2008); in einer weiteren Analyse überwiegen die Altersstufen der 26-35 Jährigen (Scheidt et al., 1998). Maercker beschreibt in seiner Studie, dass 65% der Patienten über 65 Jahren unter mindestens einer psychischen Störung leide und bemerkt zudem, dass speziell in der Alterspsychotherapie systematische Studien zur psychotherapeutischen Versorgung fehlen. Zudem beschreibt er, dass aus einer Untersuchung hervorgeht, dass 88,5% der Altersangststörungen vom behandelnden Allgemeinmediziner mitversorgt würden und nur 2,6% dieser Patienten psychotherapeutische Behandlung erfahren. Der psychisch kranke ältere Mensch (über 60 und älter) sei in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung deutlich unterrepräsentiert mit Zahlen, die zwischen 0,2 und 2% schwanken (Maercker, 2003). Der Patientenpool, der dieser Studie zugrunde liegt, zeigt auch eine deutliche Abnahme der Anzahl der Patientinnen ab der Alterskategorie 60-70 Jahre. Geht man davon aus, dass laut Maercker die meisten gerontopsychiatrischen Patienten nicht durch Psychotherapie versorgt und demnach nicht erfasst sind, kann sich das auch auf diese Studie auswirken und bedarf weiterer Untersuchungen.

Die logistische Regression der soziodemographischen Einflüsse ist mit einem p-Wert von  $<0,01$  signifikant, allerdings relativiert sie die Einzelanalysen, in dem gezeigt wird, dass in der logistischen Regression der Einfluss des Familienstandes auf die Wahl des Therapeutengeschlechtes verschwindet. Die 3 Variablen, die in die logistische Regression eingegangen sind („Familienstand geschieden“, „Familienstand“, „Alter (kategorisiert)“) zeigen als Gesamtheit einen Einfluss auf die Wahl des Therapeutengeschlechtes.

Der Klassifikationsbaum zeigt, ebenso wie die logistische Regression, dass die Variablen Familienstand und Kategorisiertes Alter alleinig einen Einfluss auf die Zielgröße haben, alle anderen Variablen werden von Rpart nicht in den Klassifikationsbaum aufgenommen.

#### 4.4 Spielen Einflüsse seitens des Krankheitsbildes der Patientin eine Rolle bei der Wahl des Therapeutengeschlechtes?

Mit 468 Patientinnen ist die Mehrzahl der Patientinnen der Stichprobe nicht an einer somatischen Erkrankung erkrankt. Es zeigt sich jedoch bei den erkrankten Patientinnen ein Trend ( $p=0.07$ ), was den Einfluss von Erkrankungen auf die Geschlechterwahl des Therapeuten betrifft. Besonders deutlich ist, dass an Krebs erkrankte Patientinnen zu 80% einen weiblichen Therapeuten wählen, was eine Änderung des Wahlverhältnisse deutlich zugunsten der weiblichen Therapeuten bewirkt, legt man die sonst übliche 1/3 (männlicher Therapeut) zu

2/3 (weiblicher Therapeut) Verteilung zu Grunde. Auch andere nicht näher bezeichnete somatische Erkrankungen führen zu einer geringfügig gesteigerten Wahl eines weiblichen Therapeuten (70,49%).

Eine Krebsdiagnose ist eine sowohl körperliche, als auch psychische Herausforderung für einen Patienten. Laut Kruse und Kollegen entwickeln etwa 20-30% der Krebsdiagnostizierten eine so schwere psychische Symptomatik, dass eine psychotherapeutische Betreuung notwendig wird. Hierbei ist vor allem die psychosoziale Kompetenz des betreuenden Onkologen von Bedeutung. So wird von diesem Spezialisten von den Betroffenen nicht nur eine ausführliche Information über die Erkrankung erhofft, sondern auch eine Unterstützung in der Bewältigung dieser Erkrankung (Kruse et al., 2003). Wie Schober treffend beschreibt, ist bei der Verkündung einer onkologischen Diagnose ein empathisches und ruhiges Auftreten, gepaart mit einem positiven Klima entscheidend. Der behandelnde Arzt sollte Vertrauen schaffen und auf den Patienten beruhigend einwirken (Schober, 2019). Kruse und Kollegen beschreiben genau an dieser Stelle ein Problem bei der Umsetzung im Alltag. Zu häufig fände ein arztorientiertes Behandeln statt, ohne ausreichend auf die Bedürfnisse und Fragen des onkologischen Patienten einzugehen, so dass dem Onkologen auch häufig eine psychische Symptomatik verborgen bleibt. Folglich bleibt diese unbehandelt und könnte sich dramatisieren (Kruse et al., 2003). Ein zu arztorientiertes Behandeln durch den Onkologen könnte eine Orientierung bei der Wahl eines Psychotherapeuten einer Krebspatientin zugunsten eines weiblichen Psychotherapeuten beeinflussen. Zitiert man Kerssens und Kollegen, wonach weibliche Medizinerinnen von weiblichen Patienten als respektvoller, einfühlsamer und humaner wahrgenommen werden, so kann sich ein Anstieg der Wahlpräferenz hinsichtlich eines weiblichen Psychotherapeuten von Krebspatientinnen zudem erklären lassen (Kerssens et al., 1997). Krebspatientinnen könnten eben jenes empathische und einfühlsame Auftreten, das eventuell bislang durch einen männlichen Onkologen fehlte, eher mit einem weiblichen Therapeuten assoziieren. Es ist wahrscheinlich, dass ein Großteil der hier erfassten Karzinom-Patientinnen an einem Mamma-Karzinom erkrankt ist, bezieht man sich auf die Statistik des bevölkerungsbezogenen Krebsregisters in Deutschland, welches bereits im Jahr 2000 das Mamma-Karzinom mit 24,4% als häufigste Karzinomneuerkrankung bei Frauen beschreibt (Beckmann et al., 2005). Geht man von dieser Annahme aus, so stellt das Mamma-Karzinom eine Krebserkrankung dar, die insbesondere auch mit den therapeutischen Konsequenzen tief in das weibliche Identitätsgefüge eingreift.

Es wäre also denkbar, dass sich diese Frauen bei der Bewältigung ihrer Krebserkrankung eine bessere Begleitung durch einen weiblichen Therapeuten erwarten. Widersprüchlich zu dem Trend im Chi-Quadrat-Test ist jedoch die Tatsache, dass in den Berechnungen der ICD-10 C-Diagnose keine Signifikanz in der Analyse besteht. Die ICD-10 C-Diagnosen kodieren das Vorhandensein einer tumorösen Neubildung. Der Chi-Quadrat-Test ist hier mit einem p-Wert von 0,27 nicht signifikant, dennoch zeigt sich auch bei diesen ICD-10 C-Diagnose positiven Patientinnen eine leicht gesteigerte Präferenz zugunsten eines weiblichen Therapeuten (74,42% wählen einen weiblichen Therapeuten). Bei alledem gilt es zu berücksichtigen, dass nur ein sehr geringer Teil der Karzinompatienten im Allgemeinen überhaupt eine psychotherapeutische Begleitung sucht und dass von daher mit bisher nicht überschaubaren Selektionseffekten zu rechnen ist. Welche Karzinompatientinnen überhaupt eine psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch nehmen und wodurch sie sich von den anderen Patientinnen unterscheiden, ist bis heute unklar.

Einen mit einem p-Wert von 0,04 signifikanten Einfluss auf die Wahl des Therapeutengeschlechtes hat nach Auswertung des Chi-Quadrat-Tests das Stadium der somatischen Erkrankung. Sehr auffällig ist hier die Umkehr des 1/3 zu 2/3 Verhältnisses zugunsten männlicher Therapeuten von Patientinnen mit einer Stadium 3 (Terminalstadium) Erkrankung. Der Einfluss auf die Zielvariable zeigt sich, indem Patientinnen in einem Präfinalstadium einer somatischen Nebenerkrankung zu 66.67% (in unserer Stichprobe) einen männlichen Therapeuten wählen, wohingegen in Stadium 1 und 2 weiterhin die weiblichen Therapeuten präferiert werden. Die Autoren Schulz-Quach et al. beschreiben in ihrem Buch zur Psychotherapie in der Palliativmedizin das Phänomen, dass sich Menschen häufig von Sterbenskranken distanzieren, da der nahende Tod dieser Menschen sie an die eigene Verletzlichkeit und Endlichkeit erinnert. Dies sei auch bei Ärzten in Kliniken zu beobachten, die sich häufig mit dem Therapieren von Sterbenden schwertun. Insbesondere dann, wenn eine Behandlung keine Verbesserung oder Heilung mehr verspricht (Schulz-Quach et al.,2019). Laut Klöckner Cronauer und Schmid Mast sind weibliche Ärztinnen und Therapeutinnen deutlich emotionaler und weniger dominant im Umgang mit Patienten. Demnach spielt auch das Erkunden psychosozialer Themen, beispielsweise des Einflusses der Erkrankung im Leben des Patienten eine große Rolle im Patientengespräch, was die weiblichen Ärzte und Therapeuten sich emotional näher an den Patienten binden lässt. Zudem attestieren

die Autoren den weiblichen Ärzten und Therapeuten ein genaueres Einschätzungsvermögen der Gefühlslage des Patienten (Klößner Cronauer und Schmid Mast, 2010). Man könnte mutmaßen, dass eine Betreuung Sterbenskranker weiblichen Therapeuten emotional schwerer zusetzt, als männlichen Kollegen, da eine engere emotionale Nähe zum Patient entstehen könnte. Deren Verarbeitung kann auch für den Therapeuten als emotional aufreibend beschrieben werden. Ein weiterer Fakt ist, dass Therapieeinheiten bei sterbenden Patienten im Stadium 3 zeitlich flexibel und spontan gewählt werden müssen. Die Therapie muss sich unter Umständen daran ausrichten, nur einmalig oder äußerst kurzfristig stattzufinden, da den Patienten oft aufgrund des Fortschritts der somatischen Erkrankung nicht mehr viel Lebenszeit verbleibt (Schulz-Quach et al., 2019). In diesem Falle gestaltet sich die Therapie im Sinne einer Kurzzeittherapie oder Einzelsitzung und wird demnach durch diese Studie nicht erfasst. Dies kann auch mit dem niedrigen n der Variable „Stadium der somatischen Erkrankung“ in Verbindung gebracht werden. So ist das Stadium einer somatischen Erkrankung nur bei insgesamt 9 Patientinnen aus den Anträgen erhoben worden, bei lediglich 9 Patientinnen liegt eine Stadium 3 Erkrankung vor. Um dennoch eine Aussage über die Wahl des Therapeutengeschlechts von Präfinalpatienten treffen zu können, bedarf es weiterer Untersuchungen, bei denen auch Kurzzeittherapien oder Einzelsitzungen eines Sterbenden mitberücksichtigt werden um die Aussagekraft zu verstärken.

Neben somatischen Erkrankungen wurde auch untersucht, ob psychische Erkrankungen einen Einfluss auf die Wahl des Therapeutengeschlechtes haben. Die Untersuchung des Einflusses des BSS-Ratings (siehe Kapitel 2.3.5.) zeigt keinen signifikanten Einfluss auf die Geschlechterwahl des Therapeuten. Sowohl die durch die psychische Erkrankung wenig beeinträchtigten Patientinnen, als auch stark beeinträchtigte Patientinnen präferieren im bekannten Verhältnis weibliche Therapeuten.

Eine Essstörung der Patientinnen hat nach den Analysen keinen Einfluss auf die Zielvariable Geschlecht des Therapeuten. Das Ergebnis überrascht, könnte man hier einen Einfluss zugunsten einer höheren Wahl der weiblichen Therapeuten erwarten. Nach einer Studie von Kamber haben Frauen ein neunmal höheres Risiko an einer Essstörung zu erkranken, vergleicht man sie mit Männern. Die Autorin beschreibt einige Prädispositionsfaktoren für die Ausbildung von Essstörungen bei Frauen, zu welchen sexuelle Übergriffe in der Kindheit, ein niedriges Selbstwertgefühl und Perfektionismus zählen. Die Ursachen für eine solche Erkrankung seien komplex und multifaktoriell und meist eine Kombination aus

soziokulturellen, neurobiologischen und genetischen Faktoren. Auffällig ist, dass die Autorin im Abschnitt der möglichen Behandlung ausschließlich und scheinbar automatisch nur von weiblichen Behandlerinnen (Hausärztin, Ernährungsberaterin, Psychotherapeutin) dieser Patientinnen spricht (Kamber, 2005). Einen weiteren wichtigen Punkt fügen Herpertz-Dahlmann und Kollegen in ihrer Untersuchung hinzu, indem sie beschreiben, dass Mütter von Anorexie-Patientinnen häufig keinem Beruf nachgehen, sondern sich einzig und allein der Kindererziehung verschrieben haben und häufig einen ängstlichen und vermeidenden Charakter einnehmen. Zudem führen die Autoren an, dass weibliche Patienten einen deutlich stärkeren Druck durch ein mediales Schlankeitsideal verspüren (Herpertz-Dahlmann et al., 2012). Man könnte somit erwarten, dass Patientinnen, die durch etwaige sexuelle Übergriffe in der Kindheit, durch ein niedriges Selbstwertgefühl und eine überprotektive Mutter, eine Essstörung etabliert haben, einer weiblichen Therapeutin die Präferenz zusprechen könnten. Zu begründen wäre diese Annahme, wie von Kerssens und Kollegen beschrieben, dass die weiblichen Therapeuten als einfühlsamer und emotionaler angesehen werden. Patientinnen müssten so ein Schamgefühl aufgrund ihrer Vergangenheit nicht zurückhalten. Zum anderen könnte man den Verdacht hegen, dass Patientinnen eine weibliche Therapeutin präferieren könnten, da diese ebenfalls einen weiblichen Körper besitzt und eine Patientin sich durch eine weibliche Therapeutin in ihrem krankhaft veränderten Körperbild verstanden fühlen könnte. Die Berechnungen allerdings zeigen, dass es durch eine Essstörung zu keiner Verschiebung in der Wahl des Therapeutengeschlechts, auch nicht zugunsten der weiblichen Therapeuten, kommt.

Die Berechnungen durch den Chi-Quadrat-Test haben zudem gezeigt, dass auch eine akute ( $p=0,59$ ; Odds-Ratio=0,84) oder frühere Suizidalität ( $p=0,35$ ; Odds-Ratio=1,24) der Patientinnen keinen Einfluss auf die Wahl des Therapeutengeschlechts nimmt. Zwar steigt bei einer akuten Suizidalität die prozentuale Wahl eines weiblichen Therapeuten leicht auf 70,21% an, das Testergebnis zeigt hier aber keine Signifikanz. Eine Studie aus dem Jahr 2004 zeigt, dass über die Gesamtlebensspanne eines Menschen die Wahrscheinlichkeit für einen Suizid bei Männern mit 1,5% deutlich höher liegt, als bei Frauen mit einer 0,7% Wahrscheinlichkeit (Althaus und Hegerl, 2004). Weiter beschreibt Möller-Leimkühler, dass Männer im Vergleich zu Frauen eine 3 mal so hohe Suizidrate haben, im Vergleich hierzu ist die Suizidversuchsrate bei Frauen um den Faktor 3 höher als bei Männern. Laut Autorin sei

dies damit zu erklären, dass der Suizid ein rationaler Akt und endgültig sei und somit eher von Männern begangen würde. Wohingegen der Suizidversuch als emotionaler Akt einzustufen sei, der eher als Appell und Ruf nach Hilfe aufzufassen ist und demnach eher Frauen betreffe. Es würde sich in dieser Erkenntnis des Suizid und Suizidversuches die bereits bekannten Geschlechterstereotypen von Mann und Frau wiederfinden (Möller-Leimkühler, 2009). Dies spiegelt sich jedoch in unserer Studie nicht in einer erhöhten Wahl des weiblichen Therapeuten von suizidalen Patientinnen wider, wie man vielleicht annehmen könnte. In einem Artikel von Wolfersdorf wird zudem aufgeführt, dass die größte Fallzahl von Suizidversuchen bei Frauen in der Altersgruppe zwischen 15 und 30 Jahren nachgewiesen wurde (Wolfersdorf, 2008). In der hiesigen Studie wurde der Patientenpool bei der Berechnung der akuten oder früherer Suizidalität nicht nach Altersgruppen getrennt (aufgrund der mit 47 akuten Patientinnen und 92 Patientinnen mit früherer Suizidalität eher geringen Anzahl an der Gesamtstudie), so dass keine Aussage dazu gemacht werden kann, ob dies Einfluss auf die Wahl des Therapeutengeschlechtes in der jüngeren Altersgruppe der Patientinnen haben könnte. Es könnte jedoch Gegenstand weiterer Untersuchungen sein. Weitblickend sollte zudem weiter die Korrelation akut suizidaler oder früher suizidaler Patientinnen in Zusammenhang mit psychiatrischer Grunderkrankung analysiert werden. Laut Wolfersdorf bestehen Risikogruppen für suizidales Verhalten mit psychischen Erkrankungen wie Depression, Suchterkrankung, Schizophrenie, Angststörung und Persönlichkeitsstörungen (Wolfersdorf, 2008). Auch eine Unterteilung der Patientinnen in deren psychiatrische Grunderkrankung wurde bei der Berechnung des Einflusses der Suizidalität nicht berücksichtigt. Im Falle einer früheren Suizidalität mit etwaigem stationären Aufenthalt wäre das Geschlecht des dort behandelnden Psychotherapeuten von Interesse um Rückschlüsse auf die Wahl des ambulanten Psychotherapeuten ziehen zu können, auch dies ist in dieser Studie nicht erfasst und könnte Gegenstand neuer Untersuchungen sein.

Die Variable „Vorbehandlung“ zeigt einen signifikanten Einfluss auf die Wahl des Therapeutengeschlechtes. Von den Patientinnen ohne Vorbehandlung (286 Personen) wählen 72,03% einen weiblichen Therapeuten, die Patientinnen mit Vorbehandlung (439 Personen) wählen zu 63,33% einen weiblichen Therapeuten. Um Aussagen bezüglich des Einflusses durch eine Vorbehandlung auf die Zielvariable treffen zu können, fehlen allerdings Informationen, die das Geschlecht des Vorbehandlers betreffen, um Rückschlüsse auf das Wahlverhalten bei

einer Folgetherapie ziehen zu können. Die leicht erhöhte Wahl eines weiblichen Therapeuten bei Patientinnen ohne Vorbehandlung lässt so keine Erklärung zu und bedarf weiterer Untersuchungen.

Ebenso wie die Variable „Vorbehandlung“ zeigt sich auch die Variable „Alkoholabhängigkeit“ als signifikant, was den Einfluss auf die Zielvariable „Geschlecht des Therapeuten“ betrifft. Die Wahl eines männlichen Therapeuten bei Patientinnen, die alkoholabhängig sind, steigt deutlich auf 48,15 % an, die Wahl eines weiblichen Therapeuten liegt bei dieser Patientengruppe nur noch bei 51,85% was eine deutliche Abweichung der sonst üblichen 1/3 zu 2/3-Verteilung bedingt.

Die Literatur hierzu ist widersprüchlich. So beschreibt Soyka, dass 43% der alkoholkranken Frauen verheiratet sind. Entwickle die Ehepartnerin einen chronischen Alkoholabusus, so fühle sich der Ehemann als Verantwortlicher der Familie und würde die Führung der Familie, so wie der erkrankten Frau übernehmen (Soyka, 2001). Betrachtet man aus diesem Blickwinkel die Präferenz eines männlichen Therapeuten, so könnte man rückfolgern, dass das Verantwortung übernehmen und führen durch den Ehemann, die Patientin dazu veranlassen könnte auch bei dem Therapeuten das männliche Geschlecht zu wählen, da die Rolle der helfenden Person auch im privaten männlich ist. Im Gegensatz hierzu sieht Franke bei alkoholkranken Frauen andere Gesichtspunkte im Vordergrund, die eine vermehrte Wahl eines männlichen Therapeuten erklären könnten. So würde eine alkoholranke Frau, im Gegensatz zu alkoholkranken Männern, von der Gesellschaft deutlich weniger akzeptiert (Franke, 2005). Frauen, die öffentlich den Eindruck machen, angetrunken oder gar betrunken zu sein, werden von Begleitpersonen oder der Öffentlichkeit als unangenehm wahrgenommen (Franke und Winkler, 2001). Meulenbelt und Kollegen beschreiben, dass alkoholtrinkende Frauen als unweiblich angesehen werden und dass alkoholranke Frauen „(...) *einen Hang zur Vermännlichung zugeschrieben*“ würde (Meulenbelt et al., 1998). Weiter geht Franke davon aus, dass es ein gesellschaftliches Rollenbild von Mann und Frau gebe. Das weibliche Rollenbild würde durch den Alkoholabusus per se verletzt werden, zudem handele es sich bei Alkoholismus um eine typische Männerkrankheit (Franke, 2005). Das Stigma der Öffentlichkeit, an einer männertypischen Erkrankung als Frau zu leiden, könnte nahelegen, dass die betroffenen Patientinnen dementsprechend häufiger einen Mann als Psychotherapeuten präferieren könnten. Dieser These widerspricht jedoch die Arbeit von



Franke et al., in welcher alkoholranke Frauen als emotional labiler, aggressiver, weniger selbstzufrieden beschrieben werden. Diese Frauen seien mit einer erhöhten Unsicherheit was soziale Belange angeht, behaftet, die sich in erhöhter Angst vor Kritik und Fehlschlägen äußern könne (Franke et al., 1998). Eine Frau die unsicher und als emotionaler beschrieben wird, würde nach Kerssens und Kollegen, aus bereits mehrfach beschriebenem Motiv heraus, eher eine Frau wählen (Kerssens et al., 1997). Letztlich bedarf es auch hier näherer Untersuchungen, was die Präferenz alkoholranke Frauen betrifft. Diese letztlich sehr widersprüchlichen Vorstellungen ließen sich auf der Grundlage der hier vorliegenden Ergebnisse am ehesten dahingehend interpretieren, dass Frauen mit einer Neigung zur Alkoholabhängigkeit zum einen abhängige Verhaltensmuster zeigen und zum anderen auf Grund eines Mangels als Kontroll- und Steuerungsvermögen dahin tendieren, männliche Orientierung, Steuerung und Kontrolle zu suchen. Inwieweit dies mit entsprechenden biographischen Vorerfahrungen zusammen zu bringen ist, lässt sich bei den hier vorliegenden Fallzahlen nicht ausreichend verfolgen. Es wäre demnach denkbar, dass diese Frauen vaterlos groß geworden sind oder aber infolge eines Mangels an väterlicher Unterstützung eine entsprechende Stabilität und Sicherheit gerade auch im Umgang mit dem anderen Geschlecht vermissen lassen, was dann zu entsprechendem selbstverleugnendem und selbstschädigendem süchtigen Verhalten beitragen könnte. In einer Studie von Kern aus dem Jahr 2012 zu alkoholranke Frauen fällt auf, dass in intakten Elternhäusern die Gewaltbereitschaft des Vaters als dominant beschrieben wird, in der Mehrzahl jedoch die später alkoholranke Frauen ohne Vater aufwachsen. Bei den alkoholranke Patientinnen dieser Studie *„wird eine ständige Suche nach dem Vater selbst oder einem Vaterersatz deutlich“* (Kern, 2012, S.215). Laut der Autorin ergibt sich hierdurch ein *Circulus vitiosus*, der *„aufgrund des Aufwachsens in „ungewöhnlichen Familientypen“, die Desorganisation und mangelnde Kohärenz aufweisen, können sich die Fähigkeiten, tragfähige Primär- und Sekundärbindungen herzustellen, nur dürftig entwickeln.“* (Kern, 2012, S.234, Wieser, 1972, Legnaro und Zill, 1983).

Die 5 Variablen, die in die logistische Regression eingegangen sind („somatische Erkrankung“, „Vorbehandlung“, „Stadium der somatischen Erkrankung“, „Alkoholabhängigkeit“, „ICD-10 I-Diagnose“), zeigen in ihrer Gesamtheit mit einem P-Wert von 0,03 einen Einfluss auf die Therapeutenwahl. Der Einfluss der Einzelvariablen verschwindet allerdings in der logistischen

Regression. Einzig die Variable „Stadium der somatischen Erkrankung“ zeigt mit einem  $p=0,08$  einen Trend. Aufgrund der wenigen Patienten (9 Patienten), die ein anderes Wahlverhalten im Stadium 3 als der sonst üblichen 1/3 zu 2/3 Verteilung aufzeigen, ist diese Variable in der Gesamtbetrachtung allerdings zu vernachlässigen.

#### 4.5 Spielen Einflüsse seitens der Biographie der Patientin eine Rolle bei der Wahl des Therapeutengeschlechts?

Das Alter der Eltern (sowohl der Mutter, als auch des Vaters) bei Geburt der Patientinnen hat keinen signifikanten Einfluss auf die Variable „Geschlecht des Therapeuten“. Auch der Verlust oder längere Trennungen (> 6 Monate) von der Mutter oder dem Vater, zeigen in der Analyse keine signifikanten Einflüsse auf die Wahl des Therapeutengeschlechts, ebenso wie eine Trennung der Eltern als Paar. Im Gegensatz zu einer kurzzeitigen Trennung vom Vater vor dem 15. Lebensjahr der Patientin, ist die kurzzeitige Trennung von der Mutter in der Berechnung durch den Chi-Quadrat-Test in Bezug auf die Variable „Geschlecht des Therapeuten“ hochsignifikant ( $p<0,01$ ). In dieser Berechnung zeigt sich, dass eine einmalige kurzzeitige Trennung von der Mutter (1-6 Monate) die Patientinnen zu 75% einen männlichen Therapeuten wählen lässt, wohingegen bei keiner oder mehrmaliger kurzzeitiger Trennung das übliche 1/3 zu 2/3-Wahlverhältnis zugunsten eines weiblichen Therapeuten aufzuweisen ist. Dieses Ergebnis ist überraschend. Bislang gibt es viele Studien, die sich mit dem generellen Verlust eines Elternteils befassen. Angesichts der höheren Zahl alleinerziehender Mütter (im Gegensatz zu alleinerziehender Vätern), könnte man das Fehlen des Vaters als einflussnehmendes Kriterium auf das Wahlverhalten späterer Patientinnen deuten. Diese These hat jedoch in der Analyse keinen Bestand. Der Mutter, so wie dem Vater werden in der Entwicklung des Kindes eindeutige Rollen zugeteilt, die das Bindungsverhalten des Kindes beeinflussen. Die Mutter nimmt hier die Rolle der nährenden und für die Pflege verantwortlichen Person ein, die dem Kind Sicherheit und emotionalem Schutz bietet. Die Vaterrolle ist gekennzeichnet durch ein eher explorativ förderndes Handeln, welche zudem die motorische Entwicklung des Kindes fördert. Der Vater wird als gegengeschlechtlicher Partner der Mutter identifiziert und trägt, laut der Autoren, deutlich zur Festigung der sexuellen Identität bei Frauen bei (Petri, 2007, Franz et al., 2007). Eine intakte familiäre Struktur sei daher wichtig, da die Vaterperson zum einen eine zu enge Bindung des Kindes an die Mutter verhindere und zum anderen dem Kind als Vorbildfunktion beim Aufbau einer an

die Außenwelt angepassten Ich und Über-Ich Struktur und einem intakten psychosexuellen Ichbewusstsein verhelfen kann (Petri, 2007). Laut König und Kollegen ist davon auszugehen, dass Beziehungen im Erwachsenenalter maßgeblich durch frühkindliche Erfahrungen mit der jeweiligen Bezugsperson beeinflusst werden (König et al., 2007). Zudem ist belegt, dass der Verlust eines Elternteils in der Kindheit eine Prädisposition für eine spätere psychische Erkrankung darstellen kann und mit verschiedenen Erkrankungen in Verbindung gebracht wird (wie Depression, Schizophrenie, Hysterie, Psychoneurosen). Zudem zeigt sich, dass eine frühe Erfahrung mit dem Tod der Eltern in Hinblick auf spätere psychopathologische Maßnahmen die größte Auswirkung auf Männer hat, und umgekehrt, dass eine späte Erfahrung mit dem Verlust der Eltern eine größere Auswirkung auf Frauen nach sich zieht (Dietrich, 1984). Bezieht man die voran erwähnten Studien auf die Ergebnisse unserer Analysen, so fällt es schwer den signifikanten Einfluss durch eine einmalige kurzzeitige Trennung von der Mutter in Bezug auf einen dadurch entstehenden Einfluss auf die Geschlechterwahl des Therapeuten zu erklären. Zwar gibt es Studien, wie beispielsweise ein Tierversuchsexperiment mit Rhesus-Affen zur Eltern-Kind-Beziehung, bei welcher die Auswirkung einer dreizehntägigen Mutter-Kind-Trennung untersucht wurde. Es zeigten sich bei den Affenjungen Kontaktprobleme, Angst und allgemeine Unruhe. Diese Trennungseffekte konnten noch bis zu einem Jahr nach Wiedervereinigung nachgewiesen werden und verstärkten sich in einem anhaltenden verringerten Kontaktverhalten, Angstgrimassieren, so wie einer verhaltenen Sexualität (Spencer-Booth und Hinde, 1971, Langenmayr, 1987). Durch dieses und andere Experimente wurde deutlich, dass bereits eine kurze Trennung von der Mutter deutliche Auswirkungen auf die Jungen hatte. Zudem erbrachte es die Erkenntnis, dass die Stärke dieser Auswirkungen in den ersten Tagen der Trennung am deutlichsten waren (Langenmayr, 1987). Die Länge der Abwesenheit der Mutter insgesamt, hatte aber keinen Einfluss (Spencer-Booth und Hinde, 1971). Dies widerspricht in Teilen dem Ergebnis unserer Analyse, welches alleinig bei einer kurzzeitigen Trennung von der Mutter einen Einfluss auf die Wahl des Therapeuten zeigt, nicht jedoch bei länger anhaltender oder häufiger stattfindender Trennung. Man könnte dies damit erklären, dass bei kurzzeitiger Trennung der Vater die Rolle der Mutter kompensieren könnte. Eine erfolgreiche Kompensation durch den Vater könnte folglich auch bei der Wahl eines Therapeuten das männliche Geschlecht bevorzugen lassen. Die erklärt allerdings nicht, dass bei mehrmaliger kurzzeitiger Trennung von der Mutter, das Wahlverhältnis wieder bei der bekannten 1/3 zu 2/3-Verteilung,

zugunsten der weiblichen Therapeuten, liegt. Darüber hinaus hätte man ebenso einen signifikanten Einfluss bei der Wahl des Therapeuten bei Verlust des Vaters erwarten können, berücksichtigt man, dass die Vaterperson, wie oben beschrieben, eine wichtige Bezugsperson in der Entwicklung einer psychosexuellen Identität von Frauen einnimmt. Folglich wäre ein anderes Wahlmuster bei Wegfallen des Vaters nicht überraschend gewesen. Langenmayr beschreibt hierzu jedoch, dass der Verlust des Vaters durch einen neuen Partner der Mutter oder eine Übernahme dieser Rolle durch ältere Geschwister gut kompensiert werden könne, vorausgesetzt der Vater ist nicht die Hauptbezugsperson der Patientin gewesen (Langenmayr, 1987). Diese mögliche Kompensation könnte erklären, warum in unserer Analyse der Wegfall des Vaters keinen Einfluss auf die Wahl hat. Mit einer erfolgreichen Kompensation erklärt sich auch, dass ein Aufwachsen bei den Großeltern ( $p=0,63$ ) oder eines Stiefelternteils ( $p=0,45$ ) keinen Einfluss auf die Zielvariable zu haben scheint. Zu berücksichtigen ist zudem, dass in vielen Studien der Verlust eines Elternteils während der Pubertät bei Mädchen, also ein recht später Zeitpunkt des Verlustes, schädlichere Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben könnte, als wenn der Verlust in früherer Phase stattfindet (Dietrich, 1984). Das Alter wurde bei den Berechnungen des Chi-Quadrat-Testes nicht berücksichtigt, somit könnten hier weiterer Untersuchungen ansetzen.

Chronische Erkrankungen der Eltern haben ebenso keinen Einfluss auf die Zielvariable, ebenso wie Suizidversuche der Eltern. Überraschend ist zudem das Ergebnis, dass eine schwere seelische Erkrankung der Mutter in der Analyse dieser Stichprobe keinen Einfluss auf die Zielvariable zeigt, hingegen eine schwere seelische Erkrankung des Vater mit einem  $p=0,06$  einen Trend zeigt. Aus verschiedenen Studien bezüglich des Aufwachsens von Kindern in Haushalten, in denen ein oder beide Elternteile eine psychische Erkrankung aufweisen, geht hervor, dass zum einen die Familienatmosphäre besonders durch die Erkrankung belastet ist und zudem die Kinder einem deutlich erhöhten Risiko ausgesetzt sind, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken. Besonders häufig findet sich in der Familienanamnese von Kindern mit Störungen im Sozialverhalten mindestens ein Elternteil, der an einer psychischen Erkrankung leidet (Mattejat und Remschmidt, 2008). Dies lässt sich mit einer deutlich beeinträchtigten Erziehungskompetenz psychisch kranker Elternteile erklären (Gehrmann und Sumargo, 2009). Die psychosoziale Belastung durch die psychische Erkrankung der Eltern oder des Elternteils resultieren zum Beispiel in einem Verlust einer für

das Kind wichtigen Bezugsperson (beispielsweise des Vaters durch eine Alkoholsucht) (Mattejat und Remschmidt, 2008). Dies könnte den Trend des Einflusses der Variablen „schwere seelische Erkrankung des Vaters“ auf die Zielvariable erklären, wenn man durch die Erkrankung des Vaters von einem Verlust dessen als Bezugsperson ausgeht. Möglicherweise wählen diese Patientinnen eher einen männlichen Therapeuten um das Fehlen eines männlichen Vorbildes durch den männlichen Therapeuten zu ersetzen. Allerdings verändert sich das Wahlverhalten bei einer seelischen Erkrankung des Vaters nur wenige Prozentpunkte zugunsten eines männlichen Therapeuten (29,16 % ohne seelische Erkrankung des Vaters wählen einen männlichen Therapeuten, wohingegen nur 36,93% einen männlichen Therapeuten bei seelischer Erkrankung des eigenen Vaters wählen). Zudem wurde in den Berechnungen keine Rücksicht darauf genommen, um welche seelische Erkrankung es sich bei den Eltern handelt, da dies aus den Gutachterunterlagen nicht hervorgeht. Untersuchungen zeigten, dass psychisch kranke Kinder häufig suchterkrankte Eltern, vor allem Alkoholsucht, aufweisen (Mattejat und Remschmidt, 2008). In unseren Berechnungen zeigte sich allerdings kein signifikanter Einfluss auf die Therapeutenwahl durch Alkoholabusus der Eltern/des Vaters. Somit scheint in dieser Stichprobe ein durch Alkohol geprägtes Elternhaus keinen Einfluss auf die Wahl des Therapeutengeschlechts der Patientinnen zu nehmen.

Einen hingegen deutlichen Einfluss auf das Wahlverhalten psychisch kranker Patientinnen weisen belastete Familienatmosphären auf. So zeigt sich in den Analysen ein hochsignifikantes Ergebnis des Einflusses einer belasteten Familienatmosphäre durch Streit ( $p=0.01$ ) und durch Gewalt ( $p=0,01$ ). Dieses Ergebnis ist nicht überraschend und zeigt eine Korrelation in Bezug auf eine mögliche seelische Erkrankung der Eltern. So gehen vor allem schwere rezidivierende Verlaufsformen von psychischen Erkrankungen der Eltern mit einer deutlich belasteten Familienatmosphäre einher. Durch die primäre Beschäftigung der Eltern mit der eigenen Erkrankung (mit Krankenhausaufenthalten, Therapie, unzureichender Fürsorge für die Kinder) kann es zu Vernachlässigungen kommen (Mattejat und Remschmidt, 2008). Einen Einfluss auf das spätere Wahlverhalten der Patientin durch früher erlebte Vernachlässigung konnte in unserer Analyse jedoch nicht festgehalten werden ( $p=0,13$ ). Allerdings stellen seelische Erkrankungen der Eltern noch weitere Risiken für die Kinder dieser Familien und der damit belasteten Familienatmosphäre dar. In Familien von sucht- oder psychisch erkrankten Eltern steigt das Risiko für Kindesmisshandlungen dramatisch an. Ebenso ist belegt, dass Jugendliche häufig in Konflikte der Eltern mit einbezogen werden. Das Konflikt und Streitpotential in

Familien mit psychisch Kranken ist gegenüber gesunden Familien erhöht, was in einer eingeschränkten Vorbildfunktion der sich streitenden Eltern resultiert (Gehrmann und Sumargo, 2009). Laut einer retrospektiven Studie aus dem Jahr 1999, ist das familiäre Klima in von Alkohol geprägten Familien oft von extremen Belastungen für die Kinder gezeichnet. Diese durch die Alkoholsucht gekennzeichneten Belastungen finden in einem deutlich erhöhten Streitpotential und von konflikthaften Auseinandersetzungen geprägten Partnerschaften der Eltern ihren Ausdruck. Zudem sind die Kinder von extremen Stimmungsschwankungen und einer Unberechenbarkeit der Eltern, die überproportional häufig in aggressiven Misshandlungen enden, betroffen (Klein und Zobel, 1999). Zwar zeigt sich in unserer Analyse eine Alkoholsucht des Vaters mit einem  $p=0,38$  als nicht signifikant einflussnehmend auf die Zielgröße „Wahl des Therapeutengeschlechtes“, allerdings zeigen eben beschriebene Studien einen deutlichen Einfluss auf die Belastung der Familienatmosphäre. Dass eine belastete Familienatmosphäre durch Streit oder Gewalt auch Einfluss auf die Wahl des Therapeutengeschlechts hat, ist durch die signifikanten Chi-Quadrat-Tests (wie oben beschrieben) belegt. Es ist jedoch nicht eindeutig aufzuklären, warum Frauen mit einer durch Streit oder Gewalt belasteten Familienatmosphäre um jeweils circa 10% Prozentpunkte häufiger einen männlichen Therapeuten wählen. Erklärungsversuche hierzu wären Spekulationen und bedürfen weiterer Untersuchungen. Auch in der logistischen Regression zeigt sich der Einfluss einer belasteten Familienatmosphäre durch Gewalt mit einem  $p=0,02$  als signifikant und wurde als einzige Variable aus der Variablen­gruppe der Patientenbiographie ausgewählt.

Nicht selten werden Kinder aus belasteten Familien in Kinderheimen untergebracht, ebenso trifft dies bei Halb- oder Vollwaisen und zur Adoption freigegebenen Kindern zu. In der Analyse der Stichprobe fand sich ein signifikanter Einfluss, durch einen Heimaufenthalt der Patientinnen, auf die Wahl des Therapeutengeschlechtes mit einem P-Wert von 0,01. Von 41 Patientinnen, die laut ihrer Biographie Heimkinder waren, gaben 51,22% einem männlichen Therapeuten den Vorzug, was ein deutliches Abweichen von der Normalverteilung unserer Studie zeigt. Nach Untersuchungen von Bowlby stellt das Aufwachsen eines Kindes in einem Kinderheim eine äußerste Form der Deprivation von mütterlicher Fürsorge dar, was selbst dann noch einen starken negativen Effekt zeigt, wenn die physischen Bedürfnisse der Kindern befriedigt sind (Nahrung, Schutz, Unterkunft). Laut dem Autor verhindert eine Unterbringung

eines Kindes in einer Heimeinrichtung den Aufbau zu einer dauerhaften Bezugsperson, mit der Folge dass das Kind ein Entwicklungsdefizit erleide (Bowlby, 1951). Für eine gesunde psychische Entwicklung sei solch eine dauerhafte Bindung an eine Bezugsperson jedoch von besonderer Wichtigkeit. Gerade in Kinderheimen ist es jedoch den Betreuern/innen Erziehern/innen oft nicht möglich konstant anwesend zu sein, um dieser Rolle gerecht zu werden. Dies liegt zum einen am möglichen Schichtdienst in den Einrichtungen, an häufigem Personalwechsel und an einem unangemessenen Betreuer-Kind-Personalschlüssel (sprich einem Personalmangel). Folge dieser unzureichenden Bindung an eine Bezugsperson von Heimkindern kann eine Entwicklungsverzögerung sein, ebenso wie eine Bindungsstörung (Soares und Baptista, 2017). Um eine Erklärung für die Zunahme einer Präferenz für männliche Therapeuten bei Patientinnen mit Heimvergangenheit zu finden, sollte hervorgehoben werden, dass in den meisten Heimen keine Möglichkeit besteht den explorativen Drang des Erlernens neuer Fähigkeiten/Fertigkeiten der Kinder zu befriedigen (Soares und Baptista, 2017). In gesundem familiärem Umfeld erfolgt über das Explorationsverhalten des Vaters in seiner Vaterrolle eine Bindung des Kindes an diesen (Petri, 2007). Möglicherweise sehnen sich Patientinnen mit fehlender Bindung an eine Vaterfigur durch das Aufwachsen im Heim, nach einer solchen männlichen Vorbildrolle. Dadurch könnte es die Patientinnen dahingehend beeinflussen später einen männlichen Therapeuten zu wählen. Hinzu kommt, dass die meisten Erzieher in Kinderheimen weiblich sind, so dass es vermutlich selten zu einer Kompensation durch andere Bezugspersonen kommen kann.

Erstaunlicherweise zeigt sich in der Gesamtvariablen­gruppe der problemrelevanten Lebensbereiche kein signifikanter Einfluss auf die Zielvariable. Eine These hierfür könnte sein, dass die Variablen „Beruf/Ausbildung“, „Partnerschaft“, „Familie“ und „Freizeit“ jeweils bei den Patientinnen mit Werten zwischen 76,38% und 93,28% als problemrelevante Lebensbereiche angegeben sind. Diese hohe Anzahl der Patientinnen bei denen problemrelevanten Lebensbereiche festgestellt wurden, spiegelt annähernd das Gesamt-N der Stichprobe wieder und könnte die übliche 1/3 zu 2/3-Verteilung zugunsten der weiblichen Therapeuten erklären. Diese Erklärung trifft jedoch nicht für die Variablen „soziale Bedingungen“, „Selbstverantwortung“ und „Gesundheitsverhalten“ zu, jedoch haben auch diese Variablen keinen Einfluss auf die Zielgröße.

Alle voran diskutierten biographischen Variablen zur Familiengnese der Patientinnen enthalten diverse Informationen zu Risikofaktoren, die eine spätere psychische Erkrankung der Patientinnen begünstigen. Für jede einzelne Patientin wurden die Risikofaktoren (siehe Kapitel 2.3.4.6.: „Risikoindex“) zu einem individuellen Risikoindex aufsummiert. Die Analyse des Chi-Quadrat-Tests ist mit einem p-Wert von 0,77 nicht signifikant, somit besteht kein Einfluss durch den Wert des Risikoindexes auf die Wahl des Therapeutengeschlechts. Alle 3 Untergruppen zeigen annähernd die Normverteilung des 1/3 zu 2/3-Verhältnisses zugunsten der weiblichen Therapeuten. Eine mögliche Fehlinterpretation kann bestehen, da anhand der Gutachterunterlagen nicht immer alle Informationen zur Berechnung des Index vorhanden waren. Somit ist immer mit dem minimal möglichen Wert des Index analysiert worden. Durch eine direkte Befragung der Patientinnen und somit einer Erhebung aller für die Berechnung relevanten Informationen, könnte der Index bei den Patientinnen potentiell höhere Werte aufweisen. Dies könnte die Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests hinsichtlich eines anderen Ergebnisses beeinflussen. Die Berechnung des Chi-Quadrat-Tests des eigens konstruierten und leicht abgewandelten Risikoindexes ist allerdings insofern sehr interessant, da durch das Aufsummieren in diese Berechnung viele Kriterien zu einer Variablen zusammengeschlossen wurden.

#### 4.6 Beeinflusst der Aktivitäts-Score der Patientin die Wahl des Therapeutengeschlechts?

Ziel der Konstruktion des Aktivitäts-Scores war es, den Stamm der Patientinnen in zwei Gruppen zu unterteilen, die in einem aktiven und einem passiven Gesundheitsverhalten zu unterscheiden sind. Der Hintergrund dieser Unterteilung ist die Annahme, dass ein aktives Gesundheitsverhalten mit einem aktiven Hilfesuchverhalten der Patientin, demnach ein passives Gesundheitsverhalten mit einem passiven Hilfesuchverhalten gleichzusetzen ist. Ein aktives Hilfesuchverhalten schließt zum einen ein, dass die Patientin sich der psychischen Erkrankung bewusst ist und aktiv den psychischen und physischen Zustand verbessern möchte (z.B. durch Anvertrauen an Bezugspersonen, Telefonisches Agieren um Termin für Probesitzung zu vereinbaren), zum anderen beinhaltet ein aktives Gesundheitsverhalten, dass die Patientin aus der Vielfalt der Optionen die zur Verbesserung des psychischen Zustandes beitragen können, aktiv jene wählt, die die beste Chance auf Gesundheit zu versprechen scheint. Dies schließt die aktive, selbstbestimmte Wahl eines individuell passenden Therapeuten (und dessen präferierten Geschlechts) mit ein. Ein hoher Wert des Scores



impliziert demnach ein passives Verhalten. Patientinnen, die einen Punkt für problemrelevante Selbstverantwortung erhielten, geben diese Verantwortung vermutlich eher an Bezugspersonen ab, die dann in Folge beispielsweise eine Erstvorstellung bei einem Psychotherapeuten oder in einer psychiatrischen Einrichtung regeln. Ähnliches gilt für ein als problematisch eingestuftes Gesundheitsverhalten der Patientin. Psychiatrisch oder psychotherapeutisch vorbehandelte Patientinnen könnten denselben Therapeuten, aus Macht der Gewohnheit, wiederwählen ohne sich nach Alternativen umzusehen. Dieses Verhalten lässt sie passiv bei der Suche nach der bestmöglichen Behandlung in ihrem Gesundheitsverhalten werden.

Demnach ist zu erwarten, dass eine Patientin, die durch den Wert des Scores als eine Person mit aktivem Gesundheitsverhalten eingestuft wurde, ein aktives Suchverhalten anstreben könnte, um den bestmöglichen Therapeuten zu finden. Dies könnte Auswirkungen auf das Verhältnis der Geschlechterwahl des Therapeuten zeigen.

Die Analyse zeigt bei den Patientinnen mit aktivem Gesundheitsverhalten zwar eine leichte Verschiebung der Präferenz zugunsten eines weiblichen Therapeuten (71,13%) im Gegensatz zu der auftretenden 1/3 zu 2/3-Normverteilung bei den Patientinnen mit passivem Gesundheitsverhalten, allerdings zeigt das Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests mit einem P-Wert von 0,19 keinen signifikanten Einfluss auf die Zielvariable durch den Aktivitäts-Score.

Das Ergebnis ist überraschend, da die Literatur zeigt, dass das Thema Gesundheit in der Gesellschaft einen immer höheren Stellenwert einnimmt. Darüber hinaus ist bekannt, dass es nicht nur Unterschiede im Gesundheitsbewusstsein verschiedener sozialer Schichten gibt, sondern dass auch Geschlechtsunterschiede im Gesundheitsverhalten bestehen. Während Männer ihrem Körper und etwaiger Anzeichen einer Erkrankung geringere Aufmerksamkeit zukommen lassen, frei nach dem Motto „Schmerz ist eine Tugend“, sind Frauen feinfühler und dem Körperbewusstsein stärker zugewandt. Frauen sind demnach aktiver was die Gesundheit betrifft. Der Gesellschaft ist ein Wissen darüber bekannt, welche Handlungen gesundheitsfördernd und welche gesundheitsriskierend sind. Gerade aus den Frauenbewegungen der 1960er Jahre heraus, entstanden viele Einrichtungen die sich vor allem der Prävention und Beratung verschrieben haben, wie Suchtberatungsstellen etc. (Hahn, 2010). Gesundheit nimmt einen immer größeren Bestandteil des Lebens ein, was vermuten ließe, dass bei Frauen mit psychiatrischen Erkrankungen und aktivem

Gesundheitsverhalten ein Effekt auf die Wahl des Therapeutengeschlechtes zu beobachten ist. Laut Pinquart und Silbereisen (2002) ist die Entwicklung eines Gesundheitsverhaltens geprägt durch sowohl schädigendes, als auch förderliches Verhalten vor allem im Jugendalter. Hier gilt es das Abwägen zu erlernen, ob der erlebte Nutzen einer Handlung, den eventuell primär noch nicht sichtbaren gesundheitlichen Folgen überzuordnen ist und damit ein gesundheitliches Risikoverhalten darstellt oder nicht (Pinquart und Silbereisen, 2002). Das Alter der Patientinnen ist bei der Analyse nicht berücksichtigt worden. Jüngere Patientinnen könnten demnach aufgrund des Alters einen erhöhten Aktivitäts-Score-Wert erzielen, dies könnte Bestandteil weiterer Untersuchungen sein. Demnach übernehmen, laut der Autoren, die Eltern zunächst die Verantwortung für das Gesundheitsverhalten der Kinder, welches mit Zunahme der Selbstbestimmung in der Pubertät durch das Abnabeln von den Eltern, auf diese selbst übertragen wird. Durch dieses Abnabeln gilt es diverse Entwicklungsaufgaben zu meistern, wie die körperliche Entwicklung zu akzeptieren, erste Liebesbeziehungen aufzubauen, unabhängig zu werden. Durch Schwierigkeiten, die bei diesen Entwicklungsaufgaben durch die Jugendlichen nicht zu meistern sind, lässt sich laut Pinquart und Silbereisen, ein dauerhaft risikoreiches Gesundheitsverhalten entwickeln (Pinquart und Silbereisen, 2002). Demnach kann bei einem passiven Gesundheitsverhalten der Patientinnen im Aktivitäts-Score von einer Entwicklungsstörung des Gesundheitsverhaltens ausgegangen werden, wodurch impliziert wird, dass die Kontrolle über das Gesundheitsverhalten und demnach auch der Einfluss der Wahl des Therapeuten der Kontrolle dritter Personen unterliegt. Dies entzieht sich jedoch der Kontrolle dieser Studie, da Informationen hierzu nicht aus den Gutachterunterlagen zu entnehmen sind.

Es zeigt sich final, dass sich ein aktives Gesundheitsverhalten leicht positiv zugunsten weiblicher Therapeuten auswirkt, statistisch jedoch nicht signifikant ist. Eine Möglichkeit für weitere Forschung besteht darin, den Aktivitäts-Score zu erweitern. Durch eine direkte Nachfrage könnten weitere Merkmale erhoben und in den Score einbezogen werden, wie zum Beispiel ob eine Patientin aufgrund einer Vorbehandlung, einer Empfehlung einer Freundin/eines Familienmitgliedes, einer Überweisung durch den Hausarzt oder durch eigene Recherche (Internetauftritt/Bewertungsportale) auf den Therapeuten aufmerksam wurde.

#### 4.7 Limitation der Studie

Die oben beschriebenen Untersuchungsergebnisse müssen unter gewissen Einschränkungen betrachtet werden. Zunächst repräsentieren die Ergebnisse nur die Wahl weiblicher Patienten, da die männlichen Patienten vor Beginn der Analyse aus der Untersuchung ausgeschlossen wurden. Dieser Ausschluss ist zunächst der Tatsache geschuldet, dass in der Gesamtgruppe an sich mehr Frauen vorhanden sind und von daher deren Wahlverhalten zunächst im Vordergrund stehen sollte. Bei Betrachtung sowohl weiblicher als auch männlicher Patienten bezüglich der Wahl des Psychotherapeutengeschlechts ist zu erwarten, dass die Ergebnisse sich verschieben. Es deutet sich jedenfalls in der Studie an, dass beide Geschlechter Therapeuten des eigenen Geschlechtes präferieren, weshalb gerade die Wahl eines gegengeschlechtlichen Therapeuten weiterführende Fragen aufwirft.

Unter Vorbehalt muss die Studie dahingehend betrachtet werden, dass es sich bei den unabhängigen Patientenvariablen um indirekte Informationen aus den Therapeutenberichten und Gutachterunterlagen handelt. 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 wieder und erklärt diese unterschiedlichen n-Werte somit. 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. Man könnte durch eine direktere Datenerhebung (direktes Interview mit dem Patienten) 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, psychischen Beeinträchtigung und sozialkommunikativen psychogenen 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).

Weiter limitierend ist die Tatsache, dass keine Präferenzen bei der Wahl bezüglich des Geschlechts des Therapeuten betrachtet werden können, da es sich um eine retrospektive Studie handelt. Dies impliziert, dass der Patient bereits zum Analysezeitpunkt das Geschlecht

des Therapeuten gewählt hat, und somit seine Entscheidung bereits gefallen ist. Möglicherweise gibt es Unterschiede in der Präferenz zu einem Geschlecht des Therapeuten, befragt man Patientinnen die noch keinen Therapeuten gewählt haben, und der letztendlich vorgenommenen Geschlechterwahl (Kerssens et al., 1997).

Für diese Studie wurde zudem nur der Datensatz verwendet, der sich auf Informationen aus den Unterlagen eines Gutachters (Professor Lieberz) bezieht. Gutachter werden zur Begutachtung der Anträge auf Psychotherapie durch die Krankenkassen beauftragt, wobei deren Auswahlverfahren, trotz einiger Empfehlungen, nicht immer nachvollziehbar ist. An sich sollte die Zuteilung zufällig und nach der Chiffrierung des Patienten erfolgen (Patient A zu Gutachter A, Patient B zu Gutachter B, etc.). Alleine diese Zuteilung lässt schon keine zufällige Auswahl erwarten, so dass hier Ermessensspielraum besteht. Berücksichtigt werden sollte zum Beispiel auch, dass die Begutachtung überregional erfolgt, damit etwaige Begünstigungen durch Bekanntschaften von Therapeut und Gutachtern ausgeschlossen werden können. Derartige Empfehlungen machen deutlich, dass bei der Etablierung des Gutachterverfahrens die damit verbundenen Schwierigkeiten durchaus bekannt waren und versucht wurde, möglichen „Ungerechtigkeiten“ so weit wie möglich zu begegnen (Rüger und Leibing, 1999, Rüger, 2007). Ein Datensatz, der sich nur auf die Unterlagen eines Gutachters beschränkt, ist von daher nicht unbedingt repräsentativ. Freilich zeigte sich bei entsprechenden Untersuchungen aus dem Jahr 2002, dass Gutachter vorgegebene positive oder negative Fälle, somit also Therapiebefürwortung und Therapieablehnung, unabhängig sicher unterscheiden und die vielfach vorgebrachten Vorbehalte hinsichtlich gutachterlicher Willkür damit nicht bestätigt werden können (Rudolf et al, 2002). Unabhängig von der Frage der Repräsentativität, wurde im MARS-Projekt von vornherein angestrebt, einzelne Patientengruppen gezielt auszuwählen, um verschiedenen Fragestellungen besser nachgehen zu können (z.B. Obergutachten, Patienten mit schweren körperlichen Erkrankungen etc.). Diese gezielte Auswahl könnte zu einer Überrepräsentation einzelner Patientengruppen beigetragen haben (z.B. Patienten im Obergutachterverfahren mit eher ungünstigeren prognostischen Aussichten).

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). Somit entfallen in dieser Untersuchung alle Patienten, die eine

Verhaltenstherapie beantragt haben, so dass hier dringender Nachholbedarf besteht, um die bis heute offenen Fragen der Differentialindikation 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 Richtlinienpsychotherapie ein. Weiter limitierend ist, dass in der Studie nur Kassenpatienten berücksichtigt werden. Privatpatienten oder Selbstzahler, die demnach keiner Begutachtung durch einen KBV - 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 2020 vorgenommen worden

Ein anderer wichtiger Aspekt in der Betrachtung der Wahl des Therapeutengeschlechts psychisch kranker Menschen ist zudem, dass laut Kruse und Kollegen (2013) 70 Prozent der Patienten mit psychosomatischen und psychischen Beschwerden ausschließlich allgemeinmedizinische Hilfe suchen und beispielsweise vom Hausarzt versorgt werden und erst gar keinen Kontakt zu einem Psychotherapeuten erhalten und demnach auch nicht eine Richtlinien-Psychotherapie beantragen.

Des Weiteren sind nur sehr wenige Angaben zum jeweiligen Therapeuten gemacht. Informationen zu dessen Infrastruktur, Soziodemographie, oder gar Biografie fehlen, welche allerdings wichtige Kriterien bei der Wahl und damit des sich entwickelnden Therapieprozesses darstellen könnten.

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 des Arbeitsplatzes des Patienten genannt (Kofahl und Horak, 2010). Durch das Nichterfassen dieser Überweiserinformation könnten wichtige Kriterien bezüglich der Therapeutenwahl nicht berücksichtigt worden sein.

Abschließend ist ersichtlich, dass die vorliegende Studie einige Limitationen aufweist. Einige der aufgezählten Punkte könnten durch weiterführende Forschung hinterfragt werden.

#### 4.8 Fazit

Ziel der Arbeit war es, herauszufinden, nach welchen Kriterien weibliche Patienten das Geschlecht des behandelnden Psychotherapeuten auswählen. Hierzu lagen bislang keine empirischen Vergleichsstudien vor.

Trotz einiger Limitationen der Analysen, haben die Berechnungen interessante Hinweise ergeben sowie einige vermutete Einflüsse auf die Wahl des Therapeutengeschlechts widerlegt.

Anders als erwartet zeigt sich bei den soziodemographischen Kriterien kein Einfluss auf die Zielgröße durch den Praxisort. Mit der Beobachtung, dass geschiedene Patientinnen signifikant häufiger einen männlichen Therapeuten wählen, konnte gezeigt werden, dass eines der untersuchten soziodemographischen Kriterien einen Einfluss auf die Zielgröße hat. Auch bei der Analyse der Krankheitsbilder zeigen sich Nachteile in der retrospektiven Datenerhebung. Der signifikante Einfluss des Kriteriums der somatischen Erkrankungen kann nicht ohne weiteres auf eine Grundgesamtheit übertragen werden, da (i) nur sehr wenige Patienten erfasst wurden und (ii) es keine Information zu möglichen KZT/Einzelsitzungen der Sterbenskranken gibt. Dies wäre jedoch von größtem Interesse, um bei einer möglichen anderen Art der psychotherapeutischen Behandlung die Geschlechterpräferenzen ebenso beurteilen und somit Rückschlüsse auf den tatsächlichen Einfluss dieses Kriteriums ziehen zu können. Seitens des Krankheitsbildes zeigt sich zudem das Kriterium einer psychotherapeutischen Vorbehandlung als auf die Zielvariable einflussnehmend. Außerdem

zeigt sich ein signifikanter Einfluss durch eine Alkoholsucht, wobei alkoholranke Patientinnen deutlich häufiger einen männlichen Therapeuten präferieren.

In der Analyse der biographischen Kriterien zeigen sich deutliche Einflüsse auf das Wahlverhalten von psychisch kranken Patientinnen. Demnach scheint ein problematisches Elternhaus, ein Aufwachsen des Kinds in einem Heim und eine durch Streit oder Gewalt belastete Familienatmosphäre einen deutlichen Einfluss auf das Wahlverhalten des Therapeutengeschlechtes zu haben, jedoch wirken sich die Präferenzverschiebungen zugunsten beider Geschlechter aus. Es lässt sich somit kein Trend feststellen, wonach anhand von erfüllten Kriterien ein bestimmtes Geschlecht bevorzugt wird.

Im Rahmen der vorliegenden Dissertation wurde festgestellt, dass durch das indirekte retrospektive Erheben der Information aus den Gutachterunterlagen sehr viele wichtige Informationen zu den Patientinnen nicht erfasst werden konnten. Es zeigt sich, dass anhand der Information aus den Gutachterunterlagen nicht eindeutig hervorgeht, wonach Patientinnen das Geschlecht des Psychotherapeuten wählen und dass die Kriterien, die für die Wahl verantwortlich sind, womöglich außerhalb der in dieser Studie untersuchten Kriterien liegen können. Um die Geschlechterwahl des Therapeuten genauer nachvollziehen zu können, sollten zudem alle Therapiemethoden und Ansätze in einer Studie eingeschlossen werden.

Gerade unter diesem Augenmerk sollten zudem tiefergehende Befragungen seitens der Behandler durchgeführt werden, wobei insbesondere eine direktere Datenerhebung ins Auge gefasst werden sollte. Somit könnte direkt, sofern vorhanden, das Entscheidungskriterium erfragt, oder auch ein weiteres Spektrum von Einflussfaktoren auf Patienten bei der Wahl des Geschlechtes des Therapeuten erhalten und analysiert werden. Es gilt herauszufinden, ob eine Empfehlung von Freunden oder Familienmitgliedern, eine selbstständige Onlinesuche (Homepage des Behandlers, Bewertungsportale) oder die Empfehlung eines Überweisers ein bislang unbekanntes Kriterium bei der Entscheidung darstellt.

Dies ist nicht nur von höchstem Interesse in der Psychotherapie, sondern auch in allen anderen Teilgebieten der Medizin, um eine Verbesserung der Betreuung von Patienten hinsichtlich des Erstkontaktes ebenso wie der Generierung eines Patientenstammes zu etablieren.

## 5 ZUSAMMENFASSUNG

Die Entwicklungen der letzten Jahre zeigen deutlich, dass sich die psychotherapeutische Versorgung prozentual immer deutlicher zugunsten weiblicher Psychotherapeuten entwickelt. So waren im Jahr 2018 etwa 72% der insgesamt gelisteten Psychotherapeuten weiblichen Geschlechts. Auf Patientenseite liegt die geschlechterspezifische Prävalenz psychischer Erkrankungen bei einem Verhältnis von 2:1 zugunsten weiblicher Patientinnen. Es bestehen bislang große Lücken in der Forschung, anhand welcher Merkmale Patienten den zu behandelnden Psychotherapeuten auswählen. Es gibt kaum empirische Studien, die die Kriterien hinsichtlich einer Geschlechterpräferenz von Patienten bei Psychotherapeuten oder Ärzten beleuchten. Daher stellte sich die Frage, ob mit Hilfe der im MARS-Projekt erhobenen Daten erstmals Aussagen getroffen werden könnten, welche Kriterien einen möglichen Einfluss auf die Wahl des Psychotherapeutengeschlechtes bei Patientinnen nehmen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei der Konzeption des MARS-Projektes diese Fragestellung nicht wegweisend war, so dass von vorneherein zu erwarten war, dass die betreffenden Aussagen beschränkt sein würden. Das Ziel dieser explorativen Untersuchung bestand von daher auch eher darin, Anregungen für weiterführende Studien zu geben, die sich dann explizit mit den hier aufgeworfenen Fragen auseinandersetzen können.

Die Fragestellung wurde in einer retrospektiven Studie im Rahmen der „Mannheimer Richtlinien-Psychotherapie-Studie“ (MARS) untersucht. Die Studie beruht auf Informationen zu Patienten, die eine Richtlinien-Psychotherapie beantragten. Diese in den Anträgen enthaltenen Patienteninformationen wurden Professor Lieberz, in seiner Funktion als Gutachter anhand von Gutachterunterlagen im Zeitraum von 2007 bis 2012 zugesendet. Aus diesen wurden soziodemographische, klinische und biographische Daten zu den Patienten sowie Angaben zum behandelnden Therapeuten extrahiert. Mit Hilfe eines Evaluationsbogens wurden diese extrahierten Informationen in einen analysierbaren Datensatz überführt. In dieser Arbeit wurden die Daten der 732 weiblichen Patienten ausgewertet, von diesen wählten insgesamt 1/3 männliche und 2/3 weibliche Therapeuten.

Die Analysen der soziodemographischen Variablen zeigen, dass der Praxisort keinen Einfluss auf die Wahl des Therapeutengeschlechtes nimmt. Der Familienstand scheint jedoch nicht ohne Bedeutung für die Therapeutenwahl zu sein, geschiedene Frauen wählen häufiger als zu erwarten wäre einen männlichen Therapeuten (42,11% männlicher Therapeut, 57,89%



weiblicher Therapeut). Die klinischen Daten ergeben einen signifikanten Einfluss ( $p=0,04$ ) einer somatischen Grunderkrankung der Patientin auf die Zielvariable. Hier zeigte sich bei Präfinalpatientinnen eine Präferenz der männlichen Therapeuten (66,67%). Zudem zeigten sich einige psychiatrische/psychotherapeutische Kriterien als signifikant einflussnehmend. Eine psychotherapeutische/psychiatrische Vorbehandlung ergab einen P-Wert von 0,02, allerdings konnte keine Information über das Geschlecht des Vorbehandlers in die Untersuchung mit einfließen. Zudem stellte sich heraus, dass alkoholranke Patientinnen häufiger männliche Therapeuten wählen (48,15%;  $p=0,01$ ). In der Analyse der biographischen Daten zeigt sich eine kurzzeitige Trennung von der Mutter in der frühen Kindheit als signifikant einflussnehmend. Die betreffenden Patientinnen präferierten zu 75% einen männlichen Therapeuten. Eine schwere seelische Erkrankung des Vaters zeigte einen Trend, wohingegen eine Alkoholsucht des Vaters keinen Einfluss zeigte. Als hochsignifikant zeigte sich eine durch Streit ( $p=0,01$ ) oder Gewalt ( $p=0,01$ ) geprägte Familienatmosphäre auf das Wahlverhalten. Zudem wählen Patientinnen mit Kinderheimvergangenheit zu 51,22% einen männlichen Therapeuten, was mit einem p-Wert von 0,01 signifikant ist. Das Aufwachsen mit Stiefeltern oder Großeltern zeigt keinen Einfluss auf die Zielvariable. Diese Hinweise könnten dahingehend interpretiert werden, dass Patientinnen, die unter stark verunsichernden Bedingungen aufgewachsen sind und/oder später in sehr verunsichernde Lebensumstände geraten, häufiger väterlichen/männlichen Schutz suchen.

Um das Gesundheitsverhalten der Patientinnen beurteilen zu können, wurde ein Aktivitäts-Score konstruiert, der den Patientenpool in ein entweder aktives oder passives Gesundheitsverhalten einteilt. Patientinnen mit einem aktiven Gesundheitsverhalten zeigen eine leichte Verschiebung der Therapeutenwahl zugunsten der weiblichen Therapeuten (71,13%), mit einem p-Wert von 0,13 zeigt sich der Einfluss allerdings nicht als signifikant.

In den Analysen zeigen sich zwar deutliche Signifikanzen von Kriterien, jedoch lassen sich keine Trends bezüglich des Erfüllens von Kriterien mit einem Anstieg der Präferenz für ein bestimmtes Geschlecht bestimmen.

Zudem müssen die Ergebnisse hinsichtlich einiger limitierender Faktoren betrachtet werden. Es wurden nur die weiblichen Patienten in die Studie eingeschlossen. Da es sich bei den unabhängigen Patientenvariablen um indirekte Informationen aus den Therapeutenberichten und Gutachterunterlagen handelt, sind Verzerrungen in der Dokumentation nicht auszuschließen, wobei gleichzeitig Informationen fehlen können, da sie vom Therapeuten

nicht in den Bericht aufgenommen wurden. Es wurden zudem nur psychodynamische Therapieanträge berücksichtigt. Ferner fehlen wichtige Informationen zur Person des Therapeuten, was das Ziehen eindeutiger Rückschlüsse erschwert.

Die Ergebnisse der Analyse bedürfen weiterführender Untersuchungen. Es gilt herauszufinden, ob eine Empfehlung durch Dritte, eine selbstständige Onlinesuche (Homepage des Behandlers, Bewertungsportale) oder die Empfehlung eines Überweisers bislang unbekannte Kriterien für einen externen Einfluss bei der Entscheidung darstellen.

Eine Komplementierung der erhobenen Patientendaten mit den im Zuge der vorliegenden Dissertation vorgeschlagenen Daten und Kriterien könnte eine künftig noch bessere und belastbare statistische Analyse der erörterten Fragestellung ermöglichen.

## 6 LITERATURVERZEICHNIS

- AG OPD. (1998). *OPD Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual* (H. Huber, ed.). Bern: Hogrefe AG.
- Ahmad, W., Kernohan, E., & Baker, M. (1991). Patients' choice of general practitioner: importance of patients' and doctors' sex and ethnicity. *British Journal of General Practice*, *57*, 330–331.
- Althaus, D., & Hegerl, U. (2004). Ursachen, Diagnose und Therapie von Suizidalität. *Nervenarzt*, *75*(11), 1123–1135.
- Baader, G. (1979). Gesellschaft, Wirtschaft und ärztlicher Stand im frühen und hohen Mittelalter. *Medizinhistorisches Journal*, *14*(3), 176–185.
- Beckmann, M. W., Link, M., Lux, M. P., Fasching, P. A., & Ackermann, S. (2005). Krebsfrüherkennung bei Frauen. *Gynäkologe*, *38*(4), 349–363.
- Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, *88*(4), 354–364.
- Bleker, J. (2000). *Ärztinnen aus dem Kaiserreich-Lebenslauf einer Generation* (S. Schleiermacher, ed.). Weinheim: deutscher Studienverlag.
- Bleumer, G., & Schunter, M. (1997). *Datenschutzorientierte Abrechnung medizinischer Leistungen*.
- Bodarwé, K. (2002). Pflege und Medizin in mittelalterlichen Frauenkonventen. *Medizinhistorisches Journal*, *37*(3/4), 231–263.
- Böker, W. (2003). Der fragmentierte Patient. *Deutsches Ärzteblatt*, *100*, 21–24.
- Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health. *World Health Organization Monograph*, (Serial No 2).
- Brinkschulte, E. (2006). Historische Einführung: Medizinstudium und ärztliche Praxis von Frauen in den letzten zwei Jahrhunderten. In S. Dettmer, G. Kaczmarczyk, & A. Bühnen (Eds.), *Karriereplanung für Ärztinnen* (pp. 9–35). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Brucks, U. (2004). Migration und psychische Erkrankung. *Psychoneuro*, *30*(4), 228–231.
- Brunsch, S. H. (2007). Schmerzmittel im Mittelalter. *Schmerz*, *21*, 331–338.
- Budka, J. (2000). Heilkunst und Zauberei-Medizin im Alten Ägypten. *Kemet*, (4), 13–19.
- Bundesärztekammer. (2019). *Ärztstatistik zum 31. Dezember 2018*. Retrieved from <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztstatistik/aerztstatistik-2018/>

- Burchardt, A. (1997). *Blaustrumpf-Modestudentin-Anarchistin?- Deutsche und russische Medizinstudentinnen in Berlin 1896-1918* (1st ed.). Stuttgart: J.B.Metzler.
- Butzlaff, M., Böcken, J., & Kunstmann, W. (2001). Die freie Arztwahl: Internationaler Vergleich und nationale Perspektive. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 126(41), 1150–1154.
- Cooke, M., & Ronalds, C. (1985). Women doctors in urban general practice: the doctors. *British Medical Journal*, 290, 755–758.
- Craik, E. M. (2015). The “Hippocratic” Corpus. In *Medizinhistorisches Journal*. London: Routledge.
- DGPPN. (2019). Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie. In *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)*. Retrieved from [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/933a83524dd5459f46f2d2885ff57a0b69264cef/Factsheet\\_Psychiatrie.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/933a83524dd5459f46f2d2885ff57a0b69264cef/Factsheet_Psychiatrie.pdf)
- Dietrich, S. (2016). *Weise Frau-Hebamme, Hexe, Doktorin. Zur Kulturgeschichte der weiblichen Heilkunst* (3. Auflage). Karlsruhe: Der Kleine Buch Verlag.
- Doering, S. (2009). Behandlungsvorbereitung in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 55(1), 27–36.
- Doering, S., Lampe, A., & Schüßler, G. (2007). *Die psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz: Konzepte und klinische Praxis*. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Dührssen, A., & Lieberz, K. (1999). *Der Risiko-Index: Ein Verfahren zur Einschätzung und Gewichtung von psychosozialen Belastungen in Kindheit und Jugend*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Engleman, E. G. (1974). Attitudes toward women physicians- a study of 500 clinic patients. *The Western Journal of Medicine*, 120(2), 95–100.
- Erim, Y., & Senf, W. (2002). Psychotherapie mit Migranten- Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 47(6), 336–346.
- Faber, F.-R., & Haarstrick, R. (2015). *Kommentar Psychotherapie-Richtlinien* (10th ed.; A. Dahm, M. Dieckmann, M. Neher, U. Rüger, & M. H. Schmidt, eds.). München: Elsevier GmbH.
- Fischer, K.-D. (1979). Zur Entwicklung des ärztlichen Standes im römischen Kaiserreich. *Medizinhistorisches Journal*, 14(3), 165–175.

- Fischer-Defoy, W. (1911). Die Promotion der ersten deutschen Ärztin, Dorothea Christiana Erxleben, und ihre Vorgeschichte. *Archiv Für Geschichte Der Medizin*, 6(4), 440–461.
- Franke, A. (2005). Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit bei Frauen. In *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten* (pp. 457–464). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Franke, A., Elsesser, K., & Gritzler, F. (1998). *Gesundheit und Abhängigkeit bei Frauen: eine salutogenetische Verlaufsstudie*. Cloppenburg: Runge.
- Franke, A., & Winkler, K. (2001). Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen. In *Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Franz, V. M., Hardt, J., & Brähler, E. (2007). Vaterlos : Langzeitfolgen des Aufwachsens ohne Vater im Zweiten Weltkrieg. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 53(3), 216–227.
- Franz, V. M., Kuns, M., & Schmitz, N. (1999). Was bewirken Therapieempfehlungen bei psychogen erkrankten Patienten einer psychosomatischen Konsiliarambulanz? Eine katamnestiche Untersuchung. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 45(2), 95–112.
- Gallas, C., Kächele, H., Kraft, S., Kordy, H., & Puschner, B. (2008). Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53(6), 414–423.
- Gehrmann, J., & Sumargo, S. (2009). Kinder psychisch kranker Eltern. *Monatsschrift Für Kinderheilkunde*, 157(4), 383–394.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2009). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)*.
- Gray, J. (1982). The effect of the doctor ' s sex on the doctor-patient relationship. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, (March), 167–169.
- Hahn, D. (2010). Prinzip Selbstverantwortung ? Eine Gesundheit für alle ? *Jahrbuch Für Kritische Medizin Und Gesundheitswissenschaften: Verantwortung-Schuld-Sühne*, 46, 29–50.
- Hannöver, W., Bergmann, D., Rulle, M., Van Den Berg, N., Hoffmann, W., & Hannich, H. J. (2013). Zur ambulanten Versorgung psychischer Störungen in einer ländlichen Region. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 63, 387–390.
- Herpertz-Dahlmann, B., Konrad, K., Holtkamp, K., & Hedebrand, J. (2012). Essstörungen. In G. Gründer & O. Benkert (Eds.), *Handbuch der Psychopharmakotherapie* (pp. 337–349). Berlin, Heidelberg: Springer.

- Hopkins, E. J., Pye, A. M., Solomon, M., & Solomon, S. (1967). A study of patient choice of doctor in an urban area. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 66, 282.
- Ivins, J. P., & Kent, G. G. (1993). Women's preferences for male or female gynaecologists. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11(4), 209–214.
- Jankrift, K. P. (2005). Heilkundige und Kranke im frühen Mittelalter. *Das Mittelalter*, 10(1), 35–42.
- Kamber, V. (2005). Essstörungen - nicht nur ein psychiatrisches Problem. *Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum*, 5, 1195–1202.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2018). Statistische Information aus dem Bundesarztregister. Retrieved February 15, 2020, from kbv website: [https://www.kbv.de/media/sp/2018\\_12\\_31\\_BAR\\_Statistik.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/2018_12_31_BAR_Statistik.pdf)
- Kerssens, J. J., Bensing, J. M., & Andela, M. G. (1997). Patient preference for genders of health professionals. *Social Science and Medicine*, 44(10), 1531–1540.
- Klein, M., & Zobel, M. (1999). *Kinder in suchtbelasteten Familien-Psychologische Suchtforschung unter transgenerationärer und ötiologischer Perspektive*.
- Klößner Cronauer, C., & Schmid Mast, M. (2010). Geschlechtsspezifische Aspekte des Gesprächs zwischen Arzt und Patient. *Rehabilitation*, 49, 308–314.
- Kofahl, C., & Horak, I. (2010). Arztbewertungsportale. Neue Wege im Gesundheitswesen bei Information, Bewertung und Suche im Internet. In C. Koch (Ed.), *Achtung: Patient online! Wie Internet, soziale Netzwerke und kommunikativer Strukturwandel den Gesundheitssektor transformieren* (pp. 105–126). Heidelberg.
- Kollesch, J. (1979). Ärztliche Ausbildung in der Antike. *Klio*, 61(2), 507–513.
- König, L., Gloger-Tippelt, G., & Zweyer, K. (2007). Bindungsverhalten zu Mutter und Vater und Bindungsrepräsentation bei Kindern im Alter von fünf und sieben Jahren. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 56(5), 445–462.
- Krampen, G. (1992). *Zur Geschichte des Psychologiestudiums in Deutschland*. Trier.
- Kriegk, G. L. (1863). *Ärzte, Heilanstalten, Geisteskranke im mittelalterlichen Frankfurt am Main*. Frankfurt: August Osterrieth.
- Kristeller, P. O. (1945). The School of Salerno: Its Development and its Contribution to the History of Learning. *Bulletin of the History of Medicine*, 17(2), 138–194.

- Kronenthaler, A., Hiltner, H., & Eissler, M. (2014). Assoziationen zu muslimischen Patienten in der Hausarztpraxis - Eine Befragung deutscher Allgemeinmediziner. *Gesundheitswesen*, 76, 434–439.
- Kruse, J., Larisch, A., Hofmann, M., & Herzog, W. (2013). Ambulante psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland: Versorgungsprofile abgebildet durch Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ( KBV ). *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 59(3), 254–272.
- Kruse, V. J., Schmitz, N., Wöller, W., Clar, B., Meier, E., Grinschgl, A., & Tress, W. (2003). Effekte eines psychosozialen Fortbildungsprogramms zur Verbesserung der Arzt-Patient-Interaktion mit Krebspatienten. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 49, 232–245.
- Kullmann, W., Althoff, J., & Asper, M. (Eds.). (1998). *Gattungen wissenschaftlicher Literatur in der Antike*. Tübingen: Gunter Narr Verlag.
- Kunstmann, W., Butzlaff, M., & Böcken, J. (2002). Freie Arztwahl in Deutschland - eine historische Perspektive. *Das Gesundheitswesen*, 64, 170–175.
- Langenmayr, A. (1987). Unvollständigkeit von Familien und ihre Auswirkung auf die Kinder. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 36(7), 249–256.
- Lessing, M. B. (1838). *Handbuch der Geschichte der Medizin* (erste Aufl). Berlin: Verlag von August Hirschwald.
- Lieberz, K. (2015). Die Richtlinien-Psychotherapie (RLPT). Wie krank sind die Patienten? *Ärztliche Psychotherapie*, 2, 1–4.
- Lieberz, K. (2016). Die Biographie in der Psychotherapie - zwischen Konstruktion und empirischer Forschung. In G. Rudolf & U. Rüger (Eds.), *Psychotherapie in sozialer Verantwortung* (pp. 89–104). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Lieberz, K., Krumm, B., Adamek, L., & Mühlig, S. (2010). Erst- und Umwandlungsanträge bei den psychodynamischen Therapieverfahren in der Richtlinien-Psychotherapie. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 56, 244–258.
- Lieberz, K., & Seiffge, M. (2011). Obergutachten bei den psychodynamischen Verfahren - Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Richtlinien-Psychotherapie. Ergebnisse aus dem MARS-projekt. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 57, 364–376.

- Lieberz, K., Herrmann, A., Krumm, B. (2011). Biografie-nur noch für Dichter. In: Lieberz et al 2011: *Seelische Gesundheit im Langzeitverlauf* (pp. 186-195). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Lieberz, K., Pompecki, A., Krumm, B. (2013): Ärztliche Psychotherapie-Mythos oder Realität? Zur Frage der Therapeutenwahl bei den psychodynamischen Verfahren in der Richtlinien-Psychotherapie. *Ärztliche Psychotherapie* (8), 109-116
- Lieberz, K., Adamek, L., Krumm, B. (2015). Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie. Differentialindikatorische Erkundungen. Ergebnisse aus der Richtlinien-Psychotherapie (MARS-Projekt). *PDP* (14), 37-46
- Lieberz, K., Adamek, L., Lieberz, K.A., Krumm, B. (2017) Beeinträchtigungs-Schwere-Grad der Patienten in den Psychodynamischen Verfahren der Richtlinien-Psychotherapie. Ergebnisse aus dem MARS-Projekt. *Ärztliche Psychotherapie* (12), 108-116
- Maercker, A. (2003). Alterspsychotherapie. *Psychotherapeut*, 48(2), 132–149.
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (2008). Kinder psychisch kranker Eltern. *Deutsches Ärzteblatt*, 105(23), 413–418.
- Mayer, K. É. (2002). The Birth of Gynecology: Obstetrics in Ancient Greece and Rome. *The Proceedings of the 11th Annual History of Medicine Days*, 121–127.
- Meulenbelt, A., Wevers, A., & van der Ven, C. (1998). *Frauen und Alkohol*. Hamburg: Rowohlt.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2009). Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Depression und Suizidalität. *Der Mann- Wissenschaftliches Journal Für Männergesundheit*, 7(2), 22–27.
- Multmeier, J., & Tenckhoff, B. (2014). Autonomere Therapieplanung kann Wartezeiten abbauen. *Deutsches Ärzteblatt*, 3, 110–114.
- Neises, M. (1997). Frauenbilder in der Frauenheilkunde. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*, 57, 147–152.
- Neises, M., & Ploeger, A. (2003). Arzt/Ärztin-Patientinnen-Beziehung. *Der Gynäkologe*, 36(12), 1046–1051.
- Nübling, R., Schmidt, J., & Munz, D. (2010). Psychologische Psychotherapeuten in Baden-Württemberg – Prognose der Versorgung 2030. *Psychotherapeutenjournal*, 9(1), 46–52.
- Nutton, V. (1997). Medicine at the German universities, 1348-1500. *Würzburger Medizinhistorische Mitteilung*, 16, 173–190.
- Petri, H. (2007). Vergleichbares Trauma wie beim Verlust der Mutter. *Deutsches Ärzteblatt*, 104(22), 1572–1573.
- Pinch, G. (2010). *Magic in Ancient Egypt*. Austin: University of Texas Press.



- Pinquart, M., & Silbereisen, R. K. (2002). Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 45(11), 873–878.
- Rudolf, G., & Jakobsen, T. (2002). Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien im Gutachterverfahren. *Forum Der Psychoanalyse*, 18, 381–386.
- Rüger, U. (2007). Vierzig Jahre Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland. *Psychotherapeut*, 52(2), 102–112.
- Rüger, U., & Leibing, E. (1999). Bildungsstand und Psychotherapieindikation - Der Einfluss auf die Wahl des Behandlungsverfahrens und die Behandlungsdauer. *Psychotherapeut*, 44(4), 214–219.
- Sass, H., Wittchen, H. U., & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV: Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association* (3.). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co KG.
- Scheidt, C. E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., Hartmann, A., Bower, N., Hillenbrand, D., ... Wirsching, M. (1998). Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 43, 92–101.
- Schepank, H. (1995). *Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung* (1st ed.). Göttingen: Beltz Test.
- Schober, T. (2019). Diagnose : Kolon-Karzinom. *Pro Care*, 10, 20–22.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., & Koch, U. (2008). Psychotherapeutische Versorgung. In *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (Vol. 41). Berlin.
- Schulz-Quach, C., Hartmann, S., & Schmitz, A. (2019). Psychotherapie in der Palliativmedizin. In M. Schnell & C. Schulz-Quach (Eds.), *Basiswissen Palliativmedizin* (pp. 165–183). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schwalbe, J. (1896). VIII Standesangelegenheiten.Zum Gesetzentwurf über die ärztlichen Ehrengerichte. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, (17), 270–271.
- Shapiro, E. T. (1979). Does the sex of the physician matter? *Behavioural Medicine*, 6, 17.
- Singer, C. (2005). The Visions of Hildegard of Bingen. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 78, 57–82.
- Soares, I., & Baptista, J. (2017). Ein bindungsbasierter Ansatz zum Verständnis der Entwicklung von jungen Heimkindern ohne elterngleiche Fürsorge. In *Feinfühlig Herausforderung* (pp. 131–152). Psychosozial-Verlag.

- Soyka, M. (2001). Psychische und soziale Folgen chronischen Alkoholismus. *Deutsches Ärzteblatt*, 98(42), 2732–2736.
- Spencer-Booth, Y., & Hinde, R. A. (1971). The effects of 13 days maternal separation on infant rhesus monkeys compared with those of shorter and repeated separations. *Animal Behaviour*, 19, 595–605.
- statistisches Bundesamt. (2018). Studierende insgesamt und Studierende Deutsche im Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin) nach Geschlecht. Retrieved February 6, 2020, from destatis website: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/Irbil05.html>
- statistisches Bundesamt. (2020). Studentinnen und Studenten im Studienfach Psychologie nach Geschlecht seit WS 1992/93. Retrieved February 6, 2020, from gbe-bund website: [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=3&p\\_aid=89563383&nummer=773&p\\_sprache=D&p\\_indsp=50837&p\\_aid=66334707](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=89563383&nummer=773&p_sprache=D&p_indsp=50837&p_aid=66334707)
- Strauss, B., Hartung, J., & Kächele, H. (2002). Geschlechterspezifische Inanspruchnahme von Psychotherapie und Soziale Arbeit. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Eds.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit* (1. Auflage, pp. 533–547). Bern: Huber.
- Thereneau, T. M., & Atkinson, E. J. (2019). An Introduction to Recursive Partitioning Using the RPART Routines. In *Mayo Foundation*. Rochester.
- Ullrich, H. (2020). Psychodynamische Psychotherapieverfahren bei unterschiedlichen Rahmenbedingungen- Beihilfeberechtigte und gesetzlich Krankenversicherte im Vergleich. *Inaug.-Diss.* Universität Heidelberg (eingereicht)
- WHO. (2018). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Retrieved July 20, 2019, from dimdi website: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2019/>
- Wolfersdorf, M. (2008). Suizidalität. *Nervenarzt*, 79(11), 1319–1336.
- Wunn, I., & Klein, C. (2011). Bedürfnisse muslimischer Patienten. In M. Peintinger (Ed.), *Interkulturell kompetent* (pp. 367–384). Wien.
- Yilmaz, T., & Battegay, R. (1997). Gewalt in der Partnerschaft bei Immigrantinnen aus der Türkei. *Nervenarzt*, 68(11), 884–887.

Zemp Stutz, E., & Ceschi, M. (2007). Geschlecht und Kommunikation im ärztlichen Setting - Eine Übersicht. *Therapeutische Umschau*, 64(6), 331–335.

## 7 TABELLARISCHER ANHANG

### Patienten: Basisdaten

Patienten-Chiffre

Datum:

#### Geschlecht

1  männlich

2  weiblich

#### Nationalität

1  Deutsch

2  Deutscher  
Übersiedler/Spätaussiedler

3  EU

4  Türkei

5  Sonstiges

8  nicht abklärbar

#### Migrationshintergrund

0  nein

1  ja

8  nicht abklärbar

#### Aktueller Familienstand

(Mehrfachankreuzungen sind möglich)

1  ledig

2  verheiratet

3  getrennt lebend

4  geschieden

5  verwitwet

6  wieder verheiratet

7  mehrfach geschieden

8  nicht abklärbar

#### Partnersituation

1  kurzfristig kein(e) Partner/in

2  langfristig/dauerhaft kein(e)  
Partner/in

3  wechselnde(r) Partner/in

4  feste(r) Partner/in (Ehepartner/in)

5  feste(r) Partner/in (nicht  
Ehepartner/in)

8  nicht abklärbar

#### Kinder

0  nein

1  ja

8  nicht abklärbar

#### Falls ja:

##### Leibliche Kinder (Anzahl)

##### Stiefkinder/ Adoptivkinder (Anzahl)

### In wessen Haushalt lebt PatientIn

- 1  versorgt im Haushalt der Eltern
- 2  mit Eltern oder Schwiegereltern gemeinsam
- 3  eigener Haushalt (mit Partner, eig. Familie etc.)
- 4  eigener Haushalt (Alleinlebend)
- 5  Wohngemeinschaft
- 6  sonstiger Haushalt
- 8  nicht abklärbar

### Höchster Schulabschluss (Bei Ausbildungen im Ausland bitte Vergleichbares wählen)

- 1  noch in der Schule
- 2  kein Schulabschluss
- 3  Sonderschulabschluss
- 4  Hauptschul- /Volksschulabschluss
- 5  Realschulabschluss / Mittlere Reife / Polytechnische Oberschule
- 6  Fachabitur / Abitur
- 7  sonstiges
- 8  nicht abklärbar

### Wohnort

- 1  Land
- 2  Stadt < 10.000 Einwohner
- 3  Stadt > 10.000 Einwohner
- 4  Stadt > 100 000 Einwohner

### Höchster Berufsabschluss

- 1  noch in der Berufsausbildung
- 2  Lehre / Fachschule
- 3  Meister
- 4  Fachhochschule / Universität
- 5  ohne Berufsabschluss
- 6  sonstiges
- 8  nicht abklärbar

### Letzter (oder zuletzt ausgeübter) Beruf

- 1  un-/angelernter Arbeiter
- 2  Facharbeiter, nicht selbst. Handwerker
- 3  einfacher Angestellter / Beamter
- 4  mittlerer Angestellter / Beamter im mittleren Dienst
- 5  höher qualifizierter Angestellter, Beamter im höheren Dienst
- 6  selbst. Handwerker, Landwirt, Gewerbe-treibender (kleiner Betrieb)
- 7  selbst. Handwerker, Landwirt, Gewerbe-treibender (mittlerer Betrieb)
- 8  selbst. Akademiker, Freiberufler, größerer Unternehmer
- 9  nie erwerbstätig
- 10  Hausfrau/-mann
- 11  unbekannt / unklar
- 12  nicht zutreffend (Student,...)

### Jetzige berufliche Situation

- 1  berufstätig, Vollzeit
- 2  berufstätig, Teilzeit
- 3  berufstätig, gelegentlich
- 4  mithelfender Familienangehöriger, nicht berufstätig
- 5  Hausfrau/ -mann, nicht berufstätig
- 6  Ausbildung
- 7  Wehr-/ Zivildienst / Freiw. Soz. Jahr
- 8  geschützt beschäftigt
- 9  arbeitslos gemeldet

#### Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsrente

- 10  - auf Dauer
- 11  - auf Zeit
- 12  Frührente/Altersrente/Pension
- 13  Witwen/Witwer-Rente
- 14  ohne berufliche Beschäftigung
- 15  unbekannt/unklar
- 16  Krankschreibung

### Derzeit arbeitsunfähig?

- 1  Ja
- 0  Nein
- 8  unbekannt

### Wenn ja, seit wie vielen Wochen ununterbrochen?

Wochen

### Gibt es ein laufendes Rentenverfahren?

- 0  nein
- 1  Rentenantrag
- 2  Rentenstreit/Sozialgerichtsverfahren
- 3  Zeitrente
- 8  nicht abklärbar

## Patienten: Klinische Daten

Patienten-Chiffre

---

### 1. Art der Symptomatik

#### 1.1 Psychisch

(Mehrfachnennungen möglich)

0  nicht zutreffend

1  Angst

2  Depression

3  Zwang

4  Anderes

5  nicht abklärbar

#### 1.2 Funktionell-psychosomatisch

(Mehrfachnennungen möglich)

0  nicht zutreffend

1  Herz-Kreislauf

2  Magen-Darm

3  Schmerz

4  Anderes

5  nicht abklärbar

#### 1.3 Suizidalität akut

0  nein

1  ja

8  nicht abklärbar

#### 1.4 Suizidalität früher

0  nein

1  ja

8  nicht abklärbar

#### 1.5 Somatische Erkrankungen

(Mehrfachnennungen möglich)

0  nicht zutreffend

1  METS/KHK

2  CA

3  COPD

4  Anderes

5  nicht abklärbar

#### 1.5.1. Aktuell im Vordergrund stehende somatische Erkrankung – ICD-10-Diagnosen

1

2

3

4

5

6  keine Angaben

7  nicht zutreffend

### 1.5.2. Stadium der somatischen Erkrankung

1  Stadium I – erste Symptome, Frühdiagnose, noch keine wesentlichen Einschränkungen, keine Rezidive,, Behandlung erfolgsversprechend

2  Stadium II – fortgeschrittener Verlauf, eingetretene Behinderungen körperlicher/geistiger Art, Rezidive, wiederholte Behandlungen, KH-Aufenthalte

3  Stadium III – Terminalstadium, progredienter Verlauf, Metastasierung, mehrfache Rezidive, erfolglose Behandlung, schwere bleibende Beeinträchtigung, Todesbegleitung.

8  nicht beurteilbar

9  nicht zutreffend

### 1.5.3. Zu erwartende Prognose der somatischen Erkrankung

1  günstig – keine nachhaltige Beeinträchtigung eingetreten oder zu erwarten

2  unsicher – schubförmiger, wechselhafter, unberechenbarer Verlauf, Progredienz nicht auszuschließen, weiter bestehende erhebliche Risikofaktoren...

3  ungünstig – Erkrankung führt in absehbarer Zeit zu erheblicher körperlicher/geistiger Beeinträchtigung, lässt maximale soziale Abhängigkeit erwarten, infauste Prognose....

8  nicht beurteilbar – keine ausreichenden Angaben, fehlende Arztberichte, keine Konsiliarberichte

9  nicht zutreffend

### 1.6 Sucht(tendenzen) (Mehrfachnennungen möglich)

0  nicht zutreffend

1  Nikotin

2  Alkohol

3  Medikamente

4  Cannabis

5  Essstörung

6  Anderes

7  nicht abklärbar

### 2. Art des Antrags

1  KZT

2  Erstantrag...

3  Umwandlungsantrag

4  Fortführungsantrag (1)...

5  Fortführungsantrag (2)...

6  Fortführungsantrag (3)...

8  unklar

### 3. Dauer der psychischen/psychosomatischen Erkrankung

1  Stadium , <1 Jahr, akuter Beginn....

2  Stadium II, 1-5 J, rez. Verlauf, med. u/o Psy Vorbehandlung

3  Stadium III, >5 J, chron. Verlauf, med u/o mehrfache amb./stat. Psy Vorbehandlung, Op., Reha, MdE

4  Stadium IV, Auffälligkeit/PsyBehandlung in Kindheit, pers. Primordialsympt., chon. Verlauf, mehrfache Vorbehandlung, Op, Reha, vorz. Berentung etc.

5  Anderes

8  keine Angaben

### 4. Psychopharmaka (aktuell)

0  nein

1  ja

8  nicht abklärbar/keine Angaben



## 5. Vorbehandlungen

- 0  nein  
1  ja  
8  unklar

### 5.1:

#### Falls ja:

- 1  einmal  
2  mehrfach  
8  unklar

#### Falls nein:

- 9  nicht zutreffend

### 5.2:

#### 5.2.1 Ambulant: Psychotherapeutisch

- 0  nein  
1  ja  
8  unklar

#### 5.2.2 Ambulant: Psychiatrisch

- 0  nein  
1  ja  
8  unklar

#### 5.2.3 Stationär: Psychosomat.-Psychotherapie

- 0  nein  
1  ja  
8  unklar

#### 5.2.4 Stationär: Psychiatrisch

- 0  nein

1  ja

8  unklar

## 6. Art der letzten ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlung

0  nicht zutreffend

- 6.1. 1  Kurzzeittherapie  
2  Langzeittherapie  
3  Kurz- und Langzeittherapie  
4  Sonstiges  
8  unklar

- 6.2. 1  Verhaltenstherapie  
2  Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie  
3  Analytische Psychotherapie  
4  Sonstiges  
8  unklar

- 6.3. 1  Einzel  
2  Gruppe  
3  Einzel und Gruppe  
4  Sonstiges  
8  unklar

## 7. Therapeutenwechsel

- 0  nein  
1  ja  
8  unklar  
9  nicht zutreffend

## 8. Problemrelevante Lebensbereiche

**8.1. Beruf, Ausbildung**      0  nein  
 1  ja  
 8  unklar

**8.2. Partnerschaft**      0  nein  
 1  ja  
 8  unklar

**8.3. Familie**      0  nein  
 1  ja  
 8  unklar

**8.4. Freizeit**      0  nein  
 1  ja  
 8  unklar

**8.5. Soziale Bedingungen**      0  nein  
 (Wohnen, Finanzen)      1  ja  
 8  unklar

**8.6. Selbstverantwortung**      0  nein  
 1  ja  
 8  unklar

**8.7. Gesundheitsverhalten**      0  nein  
 1  ja  
 8  unklar

## 9. OPD-Struktur

Dimensionen	gut integriert (1)	mäßig integriert (2)	gering integriert (3)	des-integriert (4)	nicht beurteilbar (9)
<b>Deskriptive Einschätzung</b>					
Selbstwahrnehmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbststeuerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abwehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Objektwahrnehmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gesamteinschätzung der Struktur</b>					
Gesamteinschätzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10. OPD Struktur Skala

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

# Angaben zum Therapeuten

Patienten-Chiffre

---

## 1. Art des Antrags (Mehrfachnennungen möglich)

- 1  KZT
- 2  Erstantrag
- 3  Umwandlungsantrag
- 4  Fortführungsantrag (1)
- 5  Fortführungsantrag (2)
- 6  Fortführungsantrag (3)
- 8  unklar

## 2. Beantragte Therapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie:

- 1  Einzel
- 2  Gruppe
- 3  Einzel und Gruppe

Analytische Therapie:

- 4  Einzel
- 5  Gruppe
- 6  Einzel und Gruppe
- 7  KJP

## 3. Angaben zum Therapeuten

### 3.1. Geschlecht

- 1  männlich
- 2  weiblich

### 3.2. Beruf (Mehrfachnennungen möglich)

Arzt:

- 1  Facharzt für Psychosomatik /  
Psychotherapeutische Medizin
- 2  Facharzt für Psychiatrie
- 3  Anderer Facharzt
- 4  Zusatzbezeichnung  
Psychotherapie
- 5  Zusatzbezeichnung PSA
- 6  Ausbildungskandidat
- 7  nicht abklärbar

Psychologe:

- 8  TFP
- 9  AP
- 10  Ausbildungskandidat
- 11  nicht abklärbar

# Familiengnese

Patienten-Chiffre

In diesem Fragebogen werden eine Reihe von Fragen gestellt, die sich auf Ihre Herkunft und Ihre Familie beziehen.

**Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die zutreffende Antwort an!**

---

## A. Die folgenden Fragen beziehen sich unmittelbar auf den Patienten.

### 1. Geburtsstatus

- 1  ehelich gezeugt und ehelich geboren
- 2  nicht-ehelich gezeugt und/oder nicht-ehelich geboren
- 8  nicht bekannt

### 2. Alter des Vaters bei Geburt?

- 1  unter 20 Jahre alt.
- 2  zwischen 21 und 45 Jahre alt
- 3  über 45 Jahre alt
- 8  nicht abklärbar.

### 3. Alter der Mutter bei Geburt?

- 1  unter 20 Jahre alt.
- 2  zwischen 21 und 40 Jahre alt
- 3  über 40 Jahre alt.
- 8  nicht abklärbar

### 4. Wie groß ist der Altersabstand zum nächstjüngeren Geschwister?

- 1  eineinhalb Jahre oder weniger
- 2  mehr als eineinhalb Jahre
- 8  nicht bekannt
- 0  keine jüngeren Geschwister

**5. Wie groß ist der Altersabstand zum nächstälteren Geschwister?**

- 1  eineinhalb Jahre oder weniger
- 2  mehr als eineinhalb Jahre
- 8  nicht bekannt
- 0  keine älteren Geschwister

**6. Anzahl der Geschwister?**

88  unklar

**7. Anzahl der Stiefgeschwister/Halbgeschwister?**

88  unklar

**8. Häufigkeit der Umzüge bis zum 15. Lebensjahr?**

- 1  0-3 mal
- 2  mehr als 3 mal
- 8  unbekannt

**9. Ein – oder mehrmalige Trennungen ( > 6 Mon.) oder Verlust des Vaters bis zum 15. Lebensjahr?**

- 0  nein
- 1  ja
- 8  unbekannt

**Wenn ja, wodurch?**

- 1  durch Trennung infolge Krankheit oder Krieg
- 2  durch Trennung bzw. Scheidung der Eltern
- 3  durch Tod
- 4  andere Gründe
- 8  unbekannt

**10. Ein – oder mehrmalige Trennungen ( > 6 Mon.) oder Verlust der Mutter bis zum 15. Lebensjahr?**

- 0  nein
- 1  ja
- 8  unbekannt

**Wenn ja, wodurch?**

- 1  durch Trennung infolge Krankheit oder Krieg
- 2  durch Trennung bzw. Scheidung der Eltern
- 3  durch Tod
- 4  andere Gründe
- 8  unbekannt

**11. Verlust einer anderen wichtigen Bezugsperson bis zum 15. Lebensjahr?**

- 0  nein
- 1  ja
- 8  unbekannt

**Wenn ja, wen?**

.....

**12. Kurzzeitige Trennungen (1 – 6 Mon.) vom Vater bis zum 15. Lebensjahr?**

- 0  nein
- 1  einmalig
- 2  wiederholt
- 8  unbekannt

**13. Kurzzeitige Trennungen (1 – 6 Mon.) von der Mutter bis zum 15. Lebensjahr?**

- 0  nein
- 1  einmalig
- 2  wiederholt
- 8  unbekannt

**13.1 Eigene chronische Krankheit oder Behinderung bis zum 15. Lebensjahr?**

- 0  nein
- 1  ja
- 8  unbekannt

## **B. Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Vater.**

### **14. Verlust der Mutter/des Vaters bis zum 15. Lebensjahr ?**

- 0  nein, weder Mutter noch Vater
- 1  ja, seine Mutter
- 2  ja, seinen Vater
- 3  ja, beide
- 8  unbekannt

#### **Wenn ja, wodurch?**

- 1  durch Trennung/Scheidung/Krankheit/Krieg etc.
- 2  durch Tod
- 8  unbekannt

### **15. Schulbildung des Vaters?**

- 1  Sonderschule
- 2  Volksschule/Hauptschule ohne Abschluss
- 3  Volksschule/Hauptschule mit Abschluss
- 4  Mittlere Reife
- 5  Abitur/Fachabitur
- 8  unbekannt

### **16. Zuletzt ausgeübter Beruf des Vater (vor Berentung)?**

- 0  keinen Beruf
- 1  selbständig bzw. freischaffend
- 2  leitender Angestellter bzw. leitender Beamter
- 3  Angestellter bzw. Beamter
- 4  Facharbeiter
- 5  Arbeiter
- 6  Hausmann
- 7  Frühberentung
- 9  Soldat
- 8  unbekannt

**17. Chronische Krankheiten oder Behinderungen des Vaters bis zum 15. Lebensjahr ?**

- 0  nein
- 1  ja
- 8  unbekannt

**Wenn ja, welche Krankheit/Behinderung:**

.....

ICD-10-Diagnose 1

ICD-10-Diagnose 2

**18. Schwere seelische Erkrankung (auch Sucht) des Vater bis zum 15. Lebensjahr ?**

- 0  nein
- 1  ja
- 8  unbekannt

**Wenn ja, welche Erkrankung:**

.....

ICD-10-Diagnose 1

ICD-10-Diagnose 2

**19. Suizidversuche(e) oder Suiziddrohungen des Vaters bis zum 15. Lebensjahr ?**

- 0  nein
- 1  ja
- 8  unbekannt



## **C. Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Mutter.**

### **20. Verlust der Mutter/des Vaters bis zum 15. Lebensjahr?**

- 0  nein, weder Mutter noch Vater
- 1  ja, ihre Mutter
- 2  ja, ihren Vater
- 3  ja, beide
- 8  unbekannt

#### **Wenn ja, wodurch?**

- 1  durch Trennung/Scheidung/Krankheit/Krieg etc.
- 2  durch Tod
- 3  andere Gründe
- 8  unbekannt

### **21. Schulbildung der Mutter?**

- 1  Sonderschule
- 2  Volksschule/Hauptschule ohne Abschluss
- 3  Volksschule/Hauptschule mit Abschluss
- 4  Mittlere Reife
- 5  Abitur/Fachabitur
- 8  unbekannt

### **22. Zuletzt ausgeübter Beruf der Mutter (vor Berentung)?**

- 0  keinen Beruf
- 1  selbständig bzw. freischaffend
- 2  leitende Angestellte bzw. leitende Beamtin
- 3  Angestellte bzw. Beamtin
- 4  Facharbeiterin
- 5  Arbeiterin
- 6  Hausfrau
- 7  Frühberentung
- 8  unbekannt

**23. Chronische Krankheiten oder Behinderungen der Mutter bis zum 15. Lebensjahr?**

- 0  nein
- 1  ja
- 8  unbekannt

Falls ja, welche Krankheit oder Behinderung?

.....  
.

ICD-10-Diagnose 1

ICD-10-Diagnose 2

**24. Schwere seelische Erkrankungen (auch Sucht) der Mutter bis zum 15. Lebensjahr ?**

- 0  nein
- 1  ja
- 8  unbekannt

Wenn ja, welche Erkrankung:

.....  
..

ICD-10-Diagnose 1

ICD-10-Diagnose 2

**25. Suizidversuch(e) oder Suiziddrohungen der Mutter bis zum 15. Lebensjahr ?**

- 0  nein
- 1  ja
- 8  unbekannt

**D. Die folgenden Fragen beziehen sich auf andere Bezugspersonen (nicht auf die Eltern).**

**26. War bis zum 15. Lebensjahr eines der Geschwister oder eine andere wichtige Bezugsperson (nicht Eltern!) chronisch krank oder körperlich behindert?**

- 0  nein
- 1  ja
- 8  unbekannt

Wenn ja, wer und welche Krankheit/Behinderung?

.....

ICD-10-Diagnose 1

ICD-10-Diagnose 2

**27. Litt bis zum 15. Lebensjahr eines der Geschwister oder eine andere wichtige Bezugsperson unter einer schweren seelischen Erkrankung?**

- 0  nein
- 1  ja
- 8  unbekannt

Wenn ja, welche Erkrankung:

.....

..

ICD-10-Diagnose 1

ICD-10-Diagnose 2

**28. Hat eines der Geschwister oder eine andere wichtige Bezugsperson bis zum 15. Lebensjahr einen Selbsttötungsversuch unternommen oder damit gedroht?**

- 0  nein
- 1  ja
- 8  unbekannt

## **E. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Elternersatzpersonen.**

### **29.1 Bis zum 15. Lebensjahr mit einer Ersatzperson für Mutter oder Vater aufgewachsen?**

- 0  nein
- 1  ja
- 8  unbekannt

**Falls ja:**

### **29.2 Mit einer Ersatzperson für Vater/Mutter aufgewachsen, weil**

- Vater oder Mutter verstorben sind
- Vater oder Mutter längere Zeit krank waren
- die Eltern sich trennten oder scheiden ließen
- weil beide Eltern (bzw. alleinerziehendes Elternteil) berufstätig war(en)
- anderer Grund
- der Grund ist nicht bekannt

### **29.3 Wer war(en) die Elternersatzperson(en)? (mehrere Antworten möglich)**

- Stiefvater/Stiefmutter
- Pflegevater/Pflegemutter
- Adoptivvater/Adoptivmutter
- Großvater/Großmutter
- andere Ersatzpersonen

## **30. Heimaufenthalt/Internat**

- 0  nein
- 1  ja
- 8  unbekannt

## F. Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Familie

### 31. Familienatmosphäre (0 – 15. Lebensjahr) belastet

- 0  nein
- 1  ja
- 8  nicht abklärbar

### 32. Familienatmosphäre gekennzeichnet durch

Armut (dauerhaft)

- 0  nein
- 1  ja
- 8  nicht abklärbar

Streit (dauerhaft)

- 0  nein
- 1  ja
- 8  nicht abklärbar

Gewalt/Missbrauch (regelmäßig/dauerhaft)

- 0  nein
- 1  ja
- 8  nicht abklärbar

Vernachlässigung/Verwahrlosung (dauerhaft)

- 0  nein
- 1  ja
- 8  nicht abklärbar

Verwöhnung (dauerhaft)

- 0  nein
- 1  ja
- 8  nicht abklärbar

Krankheit

- 0  nein
- 1  ja
- 8  nicht abklärbar

Sonstiges

- 0  nein
- 1  ja
- 8  nicht abklärbar

---

**Bitte überprüfen Sie nochmals, ob Sie auch keine Frage übersehen haben.**

**Vielen Dank.**

## **Stellungnahme der Gutachterin/ des Gutachters zum *Erstbericht (auch Umwandlung)***

Patienten-Chiffre

---

### **Gutachter-Kriterien-Liste (GKL)**

#### **A Psychodynamische Diagnostik**

##### **1. Krankheitswertigkeit der Störung**

- 1.1  Krankheitswertigkeit der Symptomatik wird aus dem Bericht deutlich erkennbar
- 1.2  Zweifel an der Krankheitswertigkeit der beschriebenen Beschwerden
- 1.3  Keine sichere krankheitswertige Symptomatik belegt (z.B. Störungen des Wohlbefindens als situationsangemessene Belastungsreaktionen oder im Zusammenhang mit Selbstfindungsproblemen)

##### **2. Biografie**

- 2.1  Biografisch belastende und fördernde Faktoren werden nachvollziehbar beschrieben und bewertet
- 2.2  Darstellung der Biografie wenig nachvollziehbar (zu vage, zu allgemein, unvollständig)
- 2.3  Darstellung der Biografie nicht nachvollziehbar/fehlend

##### **3. Diagnostische Einschätzung der Persönlichkeitsstruktur**

- 3.1  Plausible diagnostische Aussagen zur Persönlichkeitsstruktur (Strukturniveau, konstitutionelle Anteile, Risikofaktoren, etc.)
- 3.2  Zweifel an der diagnostischen Einschätzung der Persönlichkeitsstruktur
- 3.3  Im Bericht erkennbare Hinweise zur Persönlichkeit stehen im Widerspruch zur diagnostischen Beurteilung

#### **4. Berücksichtigung somatischer Anteile**

- 4.0  Somatische Anteile spielen keine Rolle
- 4.1  Vorliegende somatische Befunde werden hinsichtlich ihrer objektiven und subjektiven Bedeutung für den Patienten und bezüglich der Therapieplanung gewürdigt
- 4.2  Zweifel an der adäquaten Bewertung der somatischen Befunde
- 4.3  Somatische Befunde werden im Blick auf ihre Bedeutung und ihre Auswirkungen nicht diskutiert

#### **5. Psychodynamik**

- 5.1  Gut nachvollziehbare Darstellung der psychodynamischen Zusammenhänge zwischen Symptombildung, aktueller neurotischer Problematik und Persönlichkeitsentwicklung
- 5.2  Wenig plausible Darstellung der Psychodynamik (z.B. unvollständig/unspezifisch/ nicht individuell) bezüglich aktueller Lebensrealität oder biografischer Entwicklung
- 5.3  Keine/keine plausiblen Aussagen zur Psychodynamik

### **B Indikation und Prognose**

#### **6. Erörterung der Differentialindikation**

- 6.1  Differentialindikation bezüglich Verfahren und Setting ist unstrittig/plausibel
- 6.2  Zweifel an der Differentialindikation (z.B. Abwägung)
- 6.3  Keine/keine plausiblen Aussagen zur Differentialindikation

#### **7. Stimmigkeit des Behandlungsverfahrens und der Behandlungsplanung**

- 7.1  Therapeutische Zielsetzungen und therapeutische Vorgehensweisen entsprechen dem beantragten Richtlinienverfahren
- 7.2  Zweifel an der Angemessenheit des behandlungstechnischen und –methodischen Vorgehens
- 7.3  Das Vorgehen des Therapeuten entspricht nicht dem beantragten Verfahren bzw. Setting

## **8. Prognostische Einschätzung im Blick auf die Behandlungskonzeption**

- 8.1  Behandlungskonzeption und Therapieziele erscheinen der Störung angemessen; die prognostische Einschätzung ist plausibel
- 8.2  Prognostische Zweifel an der Behandlungskonzeption; Behandlungsplanung und Therapieziele zu allgemein
- 8.3  Das gewählte Behandlungskonzept verspricht zu viel oder lässt prognostisch zu wenig erwarten

## **9. Prognostische Einschätzung angesichts des Verlaufs**

- 9.1  Die Einschätzung der Prognose berücksichtigt den bisherigen Verlauf der Störung (Akuität/Chronifizierung) und die bisherigen Behandlungen (auch KZT)
- 9.2  Krankheitsverlauf und Vorbehandlungen bleiben im Bericht unklar
- 9.3  Prognostisch bedeutsame Verlaufsgesichtspunkte werden nicht adäquat gewürdigt
- 9.4  nicht zutreffend (Erstantrag, KZT- Antrag)

## **10. Wirtschaftlichkeit der Behandlungsplanung**

- 10.1  Das beantragte Verfahren erscheint im Blick auf Art und Schwere der Störung wirtschaftlich und notwendig
- 10.2  Derzeit Zweifel an der Wirtschaftlichkeit des beantragten Verfahrens (zu hoher oder zu niedriger Aufwand)
- 10.3  Wirtschaftlichkeit des beantragten Verfahrens erscheint nicht als gegeben



## Gutachterliche Stellungnahme

### 11. Gutachterliche Stellungnahme zur Kostenübernahme

- 11.1  Befürwortung ohne Bedenken
- 11.2  Befürwortung mit Bedenken
- 11.3  Befürwortung mit Einschränkungen
- 11.0  Keine Befürwortung

### 12. Anzahl der Sitzungen

### 13. EBM Position:

- 1  35-200
- 2  35-201
- 3  35-202
- 4  35-203
- 5  35-210
- 6  35-211
- 7  35-212
- 8  sonstige

### 14. Anzahl der zusätzlichen Sitzungen

### 15. Somatische Erkrankung

- 1  Unterstützung bei Krankheitsbewältigung
- 2  Krankheitsbewältigung psychodynamisch beeinträchtigt
- 3  Aktualisierung eines psychodynamisch bedeutsamen Konfliktes durch
- 4  Freilegung struktureller Beeinträchtigungen
- 5  Sonstiges
- 6  Unklar

## Einschätzung des Gutachters

Patienten-Chiffre

---

### Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

I. Die letzten 7 Tage

II. Der max. GAF (über mind. 1 Woche)

während des letzten Jahres vor

Behandlungsbeginn

### Skalierung (Zwischenstufen sind möglich)

- 90 = Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten
- 80 = Höchstens leichte Beeinträchtigung
- 70 = Leichte Beeinträchtigung
- 60 = Mäßig ausgeprägte Störung
- 50 = Ernsthafte Beeinträchtigung
- 40 = Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
- 30 = Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen
- 20 = Selbst- oder Fremdgefährlichkeit
- 10 = Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit

# BSS – Rating

Patienten-Chiffre

---

Prävalenzzeitraum = letztes Jahr

## 1. Körperlicher Beeinträchtigungsgrad (0-4):

gar nicht	geringfügig	deutlich	stark	extrem
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0	1	2	3	4

## 2. Psychischer Beeinträchtigungsgrad (0-4):

gar nicht	geringfügig	deutlich	stark	extrem
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0	1	2	3	4

## 3. Sozialkommunikativer Beeinträchtigungsgrad (0-4):

gar nicht	geringfügig	deutlich	stark	extrem
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0	1	2	3	4

Summe:

## Konsiliarbericht

Patienten-Chiffre

Datum:

Therapeut: 1  Arzt/kein Bericht notwendig 2  Psychologe 8  unbekannt

---

### 1. Konsiliarbericht vorhanden

1  ja

0  nein

### 2. Name Therapeut vorhanden

1  ja

0  nein

### 3. Chiffre vorhanden

1  ja

0  nein

### 4. Inhaltliche Angaben

2  informativ

1  nicht informativ (zu kurz, nicht leserlich, keine Inhalte)

0  keine

### 5. Psychiatrische Abklärung

0  nicht erforderlich

1  erforderlich

2  erfolgt

3  veranlasst

9  keine Angaben

## 6. Ärztliche Maßnahmen

- 0  nicht notwendig  
1  notwendig/veranlasst  
9  keine Angaben

## 7. Kontraindikation für PT

- 1  ja  
0  nein  
9  keine Angaben

## 8. Ärztliche Mitbehandlung

- 1  erforderlich  
0  nicht erforderlich  
9  keine Angaben

## 9. Stempel und Unterschrift

- 1  vorhanden  
0  nicht vorhanden

## 10. Datum

- 1  vorhanden  
0  nicht vorhanden

## 11. Angaben für Gutachter

- 1  ausreichend  
2  wichtige Ergänzung  
3  Zusatzangaben notwendig (neuer K-B)

# ICD

Patienten-Chiffre

Datum: \_\_\_\_\_

---

## 1. ICD-10-Diagnosen - Therapeut

- 1.1
- 1.2
- 1.3
- 1.4
- 1.5
- 1.6  keine Angaben

## 2. ICD-10-Diagnosen - Gutachter

- 2.1
- 2.2
- 2.3
- 2.4
- 2.5
- 2.6  keine Angaben

## 3. ICD-10-Diagnosen - Krankenkasse/Andere Unterlagen/Arztbriefe

- 3.1
- 3.2
- 3.3
- 3.4
- 3.5
- 3.6  keine Angaben

## 8 LEBENSLAUF

### PERSONALIEN

Name und Vorname: Rieping (geb. Fischer), Marie-Luise Camilla Elisabeth  
Geburtsdatum: 03.07.1986  
Geburtsort: Mannheim  
Familienstand: Verheiratet mit Hanno Rieping, geb. 22.09.1976  
Vater: Bernd Fischer, geb. 04.10.1958  
Mutter: Ully Fischer, geb. 25.11.1958

### SCHULISCHER WERDEGANG

1992 – 1996 Oststadtgrundschule, Mannheim  
1996 – 2005 Karl-Friedrich Gymnasium, Mannheim  
2005 Allgemeine Hochschulreife

### BERUFSAUSBILDUNG

2005 - 2008 Schule für Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten,  
Mannheim  
2008 Staatliche Prüfung für Physiotherapeuten

### UNIVERSITÄRER WERDEGANG

SS 2009 Beginn des Studiums der Zahnmedizin an der Eberhard-Karl  
Universität, Tübingen  
11.04.2012 Zahnärztliche Vorprüfung  
17.06.2015 Zahnärztliche Prüfung  
07.07.2015 Approbation als Zahnärztin

## 9 DANKSAGUNG

Im Folgenden möchte ich meinen herzlichen Dank den Menschen ausdrücken, ohne deren Hilfe diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Mein größter Dank gilt Herrn Professor Klaus Lieberz für die Überlassung des überaus interessanten Themas dieser Arbeit und die ausgezeichneten Möglichkeiten, es zu bearbeiten. Unsere vielzähligen Besprechungen inspirierten mich stets und die wertvollen Ratschläge halfen mir während der Bearbeitungszeit meiner Dissertation sehr.

Herzlich möchte ich mich bei Herrn Dr. Bertram Krumm bedanken, der mir als mein Betreuer der Dissertation stets mit Rat und Tat zur Seite stand, seien es die statistischen Berechnungen, Fragen bei der Interpretation der Ergebnisse, Unklarheiten im Aufbau der Dissertation oder konstruktive Kritik nach Korrekturlesen. Bene docet, qui bene distinguit. Servabo disputationes nostras semper in memoria mea.

All meinen Freunden möchte ich meinen Dank aussprechen für die emotionale Unterstützung während der letzten Jahre, so dass ich neben meines Berufes stets die Motivation fand mich abends an den Schreibtisch zu setzen.

Größte Dankbarkeit gilt meiner Familie, meinen Eltern und meinem Bruder. Ohne dich Mama, wäre ich vermutlich nicht zu dieser Dissertation gekommen. Du wirst nun deine neuen Stiefel tragen müssen. Papa, ich danke dir für dein unermüdliches Korrekturlesen und deine wertvollen Tipps zu jeder Tag und Nachtzeit. Max, ohne dich hätte ich vermutlich nicht so gut den Einstieg in das Schreiben und das Managen der Zitate gefunden, sowie den Aufbau und einen Anfang zu finden diese Arbeit niederzuschreiben, vielen Dank für deine stetig wertvollen Hilfestellungen.

Und ganz besonders möchte ich mich bei meinem Ehemann Hanno bedanken. Du warst in den letzten drei Jahren immer mein Fels in der Brandung. Du hast mir Mut gemacht die Dissertation neben der Berufstätigkeit fertig zu stellen und hattest immer ein offenes Ohr. Du hast mich immer wieder aufgebaut und mir sehr viel geholfen und mich täglich motiviert, dafür möchte ich dir von tiefsten Herzen danken.