

Aus der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie am  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim  
(Direktor: Prof. Dr. med. Martin Bohus)

# Therapeutenwahl in der Richtlinien-Psychotherapie (RLPT) – Psychodynamische Verfahren

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

vorgelegt von  
Anna Sophia Pompecki

aus  
Hamburg 2020

Dekan: Prof. Dr. Sergij Goerd

Referent: Prof. Dr. Klaus Lieberz

# INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Abbildungsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	III
<b>1 EINLEITUNG</b> .....	<b>1</b>
1.1 Wer die Wahl hat, hat die Qual .....	9
1.2 Unterschiede zwischen Ärzten und Psychologen .....	11
1.3 Fragestellungen .....	16
1.4 Hypothesen.....	18
<b>2 MATERIAL UND METHODEN</b> .....	<b>19</b>
2.1 Mannheimer Richtlinien-Psychotherapie-Studie (MARS).....	19
2.2 Beschreibung des Dokumentationssystems .....	23
2.2.1 Soziodemografische Basisdaten des Patienten .....	23
2.2.2 Klinische Daten .....	23
2.2.3 Angaben zum Therapeuten .....	24
2.2.4 Familiengenese .....	24
2.2.5 Stellungnahme des Ober-/Gutachters .....	25
2.3 Statistische Auswertung .....	28
<b>3 ERGEBNISSE</b> .....	<b>31</b>
3.1 Beschreibung des Datensatzes .....	31
3.2 Soziodemografische Daten.....	32

3.2.1	Alter .....	32
3.2.2	Patienten - Geschlecht .....	34
3.2.3	Familienstand der Patienten .....	35
3.2.4	Abitur .....	36
3.2.5	Geschlecht – Therapeut .....	37
3.2.6	Therapeutenberuf .....	38
3.2.7	Zusatzbezeichnung/Weiterbildungsqualifikation der Therapeuten....	40
3.3	Hypothese1 .....	41
3.3.1	Praxisort .....	41
3.4	Hypothese 2 .....	43
3.4.1	BSS – körperlich.....	43
3.5	Hypothese 3.....	46
3.5.1	Psychische Symptomatik.....	46
3.5.2	funktionell-psychosomatische Symptomatik .....	49
	Herz-Kreislauf-Symptomatik .....	49
3.5.3	Krankheitsstadium.....	52
3.6	Hypothese 4.....	54
3.6.1	somatische Erkrankungen .....	54
	METS / KHK.....	55
	CA.....	55
	COPD .....	56
3.7	Hypothese 5.....	57
3.7.1	Aktueller Familienstand - ledig .....	57
3.7.2	Partnersituation .....	59
3.7.3	Kinder.....	60
3.7.4	Haushalt .....	61
3.8	Logistische Regression.....	63

4 DISKUSSION .....	65
4.1 H1: soziale Kontrolle .....	71
4.2 H2: Somatisierung .....	77
4.3 H3: Chronifizierungsgrad .....	80
4.4 H4: Komorbide somatische Erkrankungen.....	83
4.5 H5: Äußere Abhängigkeiten .....	86
5 ZUSAMMENFASSUNG.....	88
6 LITERATURVERZEICHNIS .....	V
7 LEBENSLAUF .....	XI
8 DANKSAGUNG.....	XIII

## **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Altersverteilung der Patienten

## **Tabellenverzeichnis**

Tab. 1: Patientenalter und Therapeutenwahl

Tab. 2: Geschlecht des Patienten

Tab. 3: Geschlecht des Patienten und Therapeutenwahl

Tab. 4: Familienstand

Tab. 5: Abitur

Tab. 6: Abitur und Therapeutenwahl

Tab. 7: Geschlecht – Therapeut

Tab. 8: Therapeutengeschlecht und Therapeutenberuf

Tab. 9: Therapeutenberuf

Tab. 10: Therapeutenberuf detailliert

Tab. 11: Zusatzbezeichnung Ärzte

Tab. 12: Weiterbildungsqualifikation Psychologen

Tab. 13: Praxisort und Therapeutenwahl

Tab. 14: Praxisort und Therapeutenwahl vereinfacht

Tab. 15: BSS-körperlich und Therapeutenwahl detailliert

Tab. 16: BSS-körperlich und Therapeutenwahl vereinfacht

Tab. 17: psychische Symptomatik und Therapeutenwahl

Tab. 18: ängstliche Symptomatik und Therapeutenwahl

Tab. 19: depressive Symptomatik und Therapeutenwahl

Tab. 20: andere psychische Symptomatik und Therapeutenwahl

Tab. 21: funktionell-psychosomatische Symptomatik und Therapeutenwahl

Tab. 22: Herz-Kreislauf-Symptomatik und Therapeutenwahl

Tab. 23: Magen-Darm-Symptomatik und Therapeutenwahl

Tab. 24: Krankheitsstadium und Therapeutenwahl

Tab. 25: somatische Erkrankungen und Therapeutenwahl

Tab. 26: Metabolisches Syndrom/Koronare Herzkrankheit und Therapeutenwahl

Tab. 27: Maligne Erkrankung und Therapeutenwahl

Tab. 28: COPD und Therapeutenwahl

Tab. 29: Familienstand „ledig“ und Therapeutenwahl

Tab. 30: Familienstand „verheiratet“ und Therapeutenwahl

Tab. 31: Partnersituation und Therapeutenwahl

Tab. 32: Kinder und Therapeutenwahl

Tab. 33: Haushalt und Therapeutenwahl

Tab. 34: logistische Regression

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AP	Analytische Psychotherapie
APA	American Psychological Association
AU	Arbeitsunfähigkeit
BSS	Beeinträchtigungsschwere-Score
bzw.	beziehungsweise
CA	Tumorerkrankung
ca.	circa
Chi <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup> -Test
COPD	Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
df	Freiheitsgrade
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie
d.h.	das heißt
DKV	Deutsche Krankenversicherung
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
Einw.	Einwohner
et al.	et alii / et aliae
Exp(B)	Regressionskoeffizient
FA	Facharzt
GAF	Global Assessment of Functioning Scale
GAV	Gutachterverfahren
ggf.	gegebenenfalls
GKL	Gutachter-Kriterienliste
H	Hypothese
ICD	International Classification of Diseases
i.d.R.	in der Regel
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHK	Koronare Herzkrankheit
KI	Konfidenzintervall

KZT	Kurzzeittherapie
m	Mittelwert
MARS	Mannheimer Richtlinien-Psychotherapie-Studie
METS	Metabolisches Syndrom
ODP	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
OR	Odds Ratio
p	p-Wert
PIA	Psychologe in Ausbildung
PSA	Psychoanalyse
RKI	Robert-Koch-Institut
RLPT	Richtlinien-Psychotherapie
s	Standartabweichung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Statistik- Computerprogramm von IBM)
t	t-Test
Tab.	Tabelle
TFP	Tiefenpsychologisch Fundierte Psychotherapie
TK	Techniker Krankenkasse
VT	Verhaltenstherapie

# 1 EINLEITUNG

Das Ausmaß seelischer Erkrankungen in Deutschland wurde erstmals mit der umfangreichen epidemiologischen Mannheimer Kohortenstudie verdeutlicht. Hier konnten auch Langzeitverläufe dargestellt werden. (Schepank et al. 1987&1990, Franz et al. 2000, Lieberz et al. 2011). Nicht zuletzt unter dem Eindruck der Ergebnisse dieser Studie kam es zu gesetzgeberischen Maßnahmen mit dem Ziel der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. Mittlerweile ist ambulante Psychotherapie in Deutschland, besonders in Hinblick auf die aktuellen Zahlen des Robert-Koch-Instituts und des statistischen Bundesamtes, ein sehr wichtiges gesellschaftliches Thema. Laut dem aktuellen Gesundheitsbericht dieser Institutionen „Gesundheit in Deutschland“ aus dem Jahre 2015 spielen psychische und neurodegenerative Erkrankungen eine immer größere Rolle in der Bundesrepublik. Psychische Erkrankungen und Störungen werden heute nicht mehr nur als individuelles Schicksal betrachtet, sondern rücken in unserer modernen Industrie-, Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft als gesamtgesellschaftliches Thema in den Mittelpunkt. So erhöhten sich die Fehlzeiten am Arbeitsplatz durch psychische Störungen in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten deutlich. Beispielsweise melden Personen mit depressiven Störungen doppelt so viele Arbeitsunfähigkeitstage wie Personen ohne diese Diagnose. Dies wird auch in den Krankheitskosten deutlich. Die Höhe der Ausgaben für den Personenkreis mit psychischen Störungen oder Verhaltensstörungen liegt dabei in Deutschland an dritter Stelle, nach den Erkrankungen des Kreislaufsystems und des Verdauungssystems. 5,3 % der Frauen und 3,2 % der Männer konsultieren innerhalb eines Jahres einen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten (Gesundheitsbericht, 2015). Außerdem durchleben 37 % der Frauen und 25 % der Männer in Deutschland innerhalb eines Jahres eine psychische Störung (Schulz et al. 2008). Als psychische Störungen werden hier Beeinträchtigungen der normalen Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens gesehen. Diese äußern sich in emotionalen, kognitiven, behavioralen, interpersonalen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen. Von der jeweiligen Person werden sie häufig als nicht oder nur begrenzt beeinflussbar erlebt und können mit erheblichem Leiden

einhergehen. Zu den häufigsten psychischen Störungen gehören Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen und Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit (Schulz et al. 2008).

Besonders schlecht scheint es um die psychische Gesundheit der Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status gestellt zu sein. So wurde in der Mannheimer Kohortenstudie gezeigt, dass seelische Gesundheit deutliche Zusammenhänge mit dem Bildungsniveau, als ein Teil des sozioökonomischen Status, aufweist und speziell Frauen der unteren sozialen Schichten ein besonders hohes Risiko für die Chronifizierung einer psychischen Erkrankung zeigen (Lieberz et al. 2011). Auch aus dem Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse aus dem Jahre 2008 geht hervor, dass bei mehr als jeder fünften Erwerbsperson im Jahre 2006 mindestens einmal die Diagnose „psychische Störung“ gestellt wurde. Bei den Männern waren es 15,1% und bei den Frauen 32,1%. Depressionen, Reaktionen auf schwere Belastungen und somatoforme Störungen waren die häufigsten Diagnosen. Weiterführend wurde festgestellt, dass psychische Störungen mit erhöhten Fehlzeiten am Arbeitsplatz einhergehen, was wiederum zu vermehrtem Arbeitsausfall und im Extremfall zu Arbeitsunfähigkeit führen kann (Wieland et al. 2009).

So sind auch den aktuellen Gesundheitsreports der DAK, Techniker Krankenkasse und der Barmer Krankenkasse von 2018 zu entnehmen, dass psychische Erkrankungen eine große Bedeutung für den Krankenstand und eine damit einhergehende Arbeitsunfähigkeit der entsprechenden Versicherungsnehmer haben.

So war dem Gesundheitsbericht der Techniker Krankenkasse aus dem Jahr 2018 zu entnehmen, dass für den Krankenstand ihrer Versicherten insbesondere psychische Störungen, Atemwegserkrankungen, Krankheiten des Bewegungsapparats sowie Verletzungen verantwortlich sind. Es wurde dokumentiert, dass anders als bei den meisten anderen Krankheitsarten Fehlzeiten aufgrund von psychischen Störungen im Jahr 2017 erneut leicht anstiegen. Zudem stieg das Verordnungsvolumen von Arzneimitteln zur Behandlung des Nervensystems seit 2006 deutlich (Gesundheitsbericht TK, 2018).

Auch die DAK stellte in ihrem Gesundheitsbericht von 2018 fest, dass psychische Erkrankungen als zweithäufigster Grund, hinter den Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, für den Krankenstand der Versicherten verantwortlich waren.

Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitstage und der Fallhäufigkeit psychischer Erkrankungen wurde ein leichter Anstieg verzeichnet. Der Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen wird durch die DAK als eine der auffälligsten Entwicklungen in Bezug auf die Krankenstandskennziffern in den letzten Jahren gewertet. In dem Gesundheitsbericht der DAK wurden ebenfalls die Einzeldiagnosen betrachtet, welche die Höhe des Krankenstandes maßgeblich beeinflusst haben. Auf Rang 3 steht unter den DAK-Versicherten „Depressive Episode“ (F32). Weitere wichtige Einzeldiagnosen, die unter die psychischen Erkrankungen fallen, sind „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) sowie „Rezidivierende depressive Störungen“ auf Platz 6 (F33), „andere neurotische Störungen“ (F48), „andere Angststörungen“ (F41) und „Somatoforme Störungen“ (F45). Der Gesundheitsbericht der DAK beschreibt, dass bei allen psychischen Diagnosen der Anteil an den Arbeitsunfähigkeitsfällen erheblich geringer ist als der Anteil an den Arbeitsunfähigkeitstagen. Dies zeigt, dass es sich hier zumeist um längerfristige Krankheitsfälle handelt, die somit häufig mehr Kosten verursachen (Gesundheitsbericht DAK, 2018).

Im Barmer Gesundheitsreport von 2018 wird ebenfalls festgehalten, dass Arbeitsunfähigkeitsfälle mit einer Diagnose aus dem Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ sowie aus dem Kapitel „Neubildungen“ mit Abstand am längsten dauern. Im Mittel werden bei einzelnen Krankschreibungsfällen unter entsprechenden Diagnosen jeweils etwa 45 bzw. 42 Arbeitsunfähigkeitstage erfasst. Einzelne Erkrankungsfälle erstrecken sich demnach häufiger über mehr als sechs Wochen. Als Diagnose der psychischen Störung bei Arbeitsunfähigkeiten werden häufig Depressionen diagnostiziert. (Barmer Gesundheitsreport, 2018).

Folglich wird deutlich, dass psychische Erkrankungen nicht nur gesundheitsökonomisch, sondern auch gesellschaftlich äußerst relevant sind. Hierdurch rückt die Frage in den Vordergrund, wie jedem Patienten eine bestmögliche Therapie mit Möglichkeiten der Heilung oder Besserung angeboten werden kann.

Besonders die Psychotherapie ist in Bezug auf psychische Störungen eine notwendige Behandlungsform, die hohe Effektstärken zeigt (Tresset al. 2002, Hartmann et al. 2006, Wittmann et al. 2011, Luborsky et al. 1988). Wittmann zeigte

auch über die TK-Modell-Studie (2011), dass die ambulante Psychotherapie durch eine Verringerung von Krankheitstagen und Arbeitsausfällen einen gesamtgesellschaftlichen finanziellen Nutzen hat. So wurde errechnet, dass sich jeder in die ambulante Psychotherapie investierte Euro gesamtgesellschaftlich gesehen dreifach auszahlt (Wittmann et al. 2011).

In Deutschland wird der größte Teil der Therapiebedürftigen im Rahmen der hausärztlichen Versorgung und der psychosomatischen Grundversorgung behandelt, einem anderen Teil kommt im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie (RLPT) eine längerfristige Psychotherapie zugute (Lieberz et al. 2015).

Die subjektive Wahrnehmung der Patienten bezüglich ihrer ambulanten Psychotherapie zeigte sich laut Hartmann (2006) sehr positiv. So gaben 76 % der befragten Patienten an absolut oder sehr zufrieden mit ihrer psychotherapeutischen Behandlung zu sein. Die Behandlung führte nicht nur zu einer Verbesserung der Zielsymptomatik, sondern auch der Allgemeinfunktionen (z.B. Arbeitsfähigkeit, Beziehungsfähigkeit, körperliches Wohlbefinden). Die Besserungsraten korrelierten positiv mit der Länge der Behandlung (Hartmann et al. 2006). Und auch Albani (2011) konnte in ihrer Studie reproduzieren, dass die Befragten ihre ambulante Psychotherapie als sehr wirksam bezüglich der Beschwerden zu Therapiebeginn einschätzten. In allen erfassten Lebensbereichen wurden Besserungsraten erzielt. Besonders hohe Besserungsraten wurden für folgende Bereiche erzielt: Umgang mit alltäglichem Stress, körperliches Wohlbefinden, Lebensfreude, Selbstwertgefühl/Selbstvertrauen, Besserung der gedrückten Stimmungslage, Arbeitsfähigkeit und -produktivität, soziale Fähigkeiten, Beziehungen (Albani et al. 2011).

Ein Großteil der (später) aufgrund psychischer Erkrankungen Behandelten konsultiert zunächst den Hausarzt. Bei ca. einem Drittel der Patienten, die aufgrund psychischer Störungen einen Hausarzt konsultieren, bleibt es bei dem Hausarztkontakt und es erfolgt keine fachärztliche Weiterversorgung. Etwa die Hälfte der Patienten nimmt dann weitere fachspezifische ambulante oder stationäre Hilfe in Anspruch (Schulz et al. 2008). Studien zufolge weisen, je nach Krankheitsdefinition, 20 – 35 % der Patienten in der Primärversorgung eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung auf (Gesundheitsbericht 2015). Jedoch warten leider 50 % der später

Behandelten mehr als 5 Jahre, bevor sie aktiv werden und sich fachliche Hilfe suchen. Als Gründe werden ein begrenzter Informationsstand und Angst vor Stigmatisierung aufgeführt (Gesundheitsbericht 2015). Das Inanspruchnahmeverhalten von Hilfe bei psychischen Störungen zeigt geschlechterspezifische Unterschiede. So konsultieren Frauen häufiger den Hausarzt oder psychologische Psychotherapeuten, wohingegen sich Männer häufiger an Beratungsstellen und andere Anlaufstellen (z.B. Selbsthilfegruppen) wenden (Gesundheitsbericht 2015). Das spiegelt sich bei Albani (2010) auch in der Geschlechterverteilung der ambulanten Psychotherapiepatienten wider, da die Frauen mit 72 % deutlich häufiger ambulante Psychotherapie in Anspruch nahmen (Albani et al. 2010).

In dieser Arbeit wird von den unterschiedlichen Behandlungsoptionen die Richtlinien-Psychotherapie als besonders wichtiger Behandlungsbaustein weiter beleuchtet werden.

Generell kann man sagen, dass die Psychotherapie und deren Aussicht auf Erfolg von drei Grundgrößen abhängen. Zum einen handelt es sich dabei um den Patienten selbst, aber auch der Therapeut und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen spielen hier eine wichtige Rolle. So wurde schon in den Siebzigerjahren belegt, dass die Patienten-Therapeuten-Beziehung und speziell die Ähnlichkeit von Patient und Therapeut in Hinblick auf die soziale Schicht, Interessen, Werte und Einstellungen sehr wichtige Parameter sind, welche sich positiv auf den Therapieverlauf auswirken (Luborsky et al. 1971&1988). Und auch neuere Studien belegen, dass die Patienten-Therapeuten-Beziehung sowie das Eingehen auf Patientenvorlieben, in Hinblick auf Therapiedurchführung und Therapeuten, sehr wichtige Bausteine für ein möglichst gutes Gelingen einer Therapie sind (Swift et al. 2009 & 2011& 2018, Lambert et al. 2011). Die American Psychological Association (APA) nannte 2006 das Einbeziehen der Patientenvorlieben als einen wichtigen Teil des Behandlungs-Goldstandards (Swift et al. 2011). Als zentrales Ziel wurde die Maximierung der Wahlfreiheit des Patienten im klinischen Prozess der Entscheidungsfindung hervorgehoben (Swift et al. 2009). Nicht nur die Interaktion zwischen Patient und Therapeut, sondern auch die Werte, Einstellungen und das Handeln des Therapeuten, haben Auswirkungen auf das Gelingen einer Therapie sowie einen möglichen Abbruch derselben seitens des Patienten. Dieser Einfluss ist stärker als die Auswirkungen der Motivation oder des

sozioökonomischen Status des Patienten auf ein verfrühtes Therapieende (Baekeland et al. 1975). Das heißt, das Verhalten des Therapeuten hat, nach Baekeland, einen stärkeren Effekt auf einen möglichen Therapieabbruch als die eigentliche Therapiemotivation des Patienten.

Deutlich wird, dass die Patient-Therapeut-Beziehung einen großen Einfluss auf Erfolg oder Misserfolg einer Therapie hat (Lambert et al. 2011). In Deutschland herrscht Wahlfreiheit des Patienten hinsichtlich ihres Therapeuten im ambulanten Versorgungsbereich. Folglich hat schon diese im Vorfeld getroffene Entscheidung prinzipiell einen großen Einfluss auf das Gelingen einer Therapie und kann schon hier wichtige Weichen in Bezug auf ihre Genesung stellen. Dieser Tatsache wurde in der Forschung bis dato wenig Beachtung geschenkt. So heißt es auch im Fazit des Heftes 41 des RKI und des Statistischen Bundesamtes „Psychotherapeutische Versorgung“, dass die wichtigen Fragen des Bedarfs, der Inanspruchnahme und des Zugangs zu psychotherapeutischen Leistungen in Deutschland weiterhin ungeklärt sind (Schulz et al. 2008). Es existiert keine umfassende, auf Deutschland bezogene wissenschaftliche Studie zu den Auswahlkriterien eines Psychotherapeuten durch die Patienten. Angenommen werden darf, dass die Wahl nicht ausschließlich auf Sachargumenten und aufgrund eines ärztlichen Rats basiert. Es darf angenommen werden, dass diese Entscheidung auch stark von bewussten oder auch unbewussten Vorannahmen gesteuert wird, die nicht immer von Vorteil für den Patienten sein müssen (Lieberz et al. 2013). Verschiedene englischsprachige Studien zeigen, dass unter anderem das Geschlecht oder das Alter eines Therapeuten zu einem wichtigen Auswahlkriterium werden kann (Bedi et al. 2011). Auch Charakteristika des Patienten, wie Ethnienzugehörigkeit, Migrationshintergrund, Bildungsniveau, Art der Erkrankung oder die Art der angebotenen Therapie können einen großen Einfluss auf die Wahl des Therapeuten nehmen (Garfield et al. 1994, Swift et al. 2009, Swift et al. 2011). Für den deutschen Raum ist aber auch gerade die Frage nach der Berufszugehörigkeit des Therapeuten wichtig, da hier bekannter Maßen Ärzte und Psychologen in Hinblick auf die Ausübung von Psychotherapie ausdrücklich gleichgestellt sind. Sie führen somit dieselbe Arbeit aus und bieten ihren Patienten so formal dieselbe Leistung an (Psychotherapie-Richtlinie Stand 2018).

Die zwei Berufsgruppen sind in der Richtlinien-Psychotherapie ausdrücklich gleichgestellt. Es stellt sich hier jedoch die Frage, ob es nicht doch Unterschiede

zwischen den Therapeuten abhängig von ihrer Berufszugehörigkeit gibt. Im Gesundheitsbericht von 2015 ist beschrieben, dass die verschiedenen Berufsgruppen tendenziell andere Therapieverfahren nutzen. So bieten Ärzte größtenteils analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapieverfahren an, wobei Psychologen traditionell häufiger Verhaltenstherapie anbieten als die ärztlichen Psychotherapeuten (Gesundheitsbericht 2015). So stellt Albani (2010) fest, dass 47 % der Psychologen mit einer Zulassung der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Verhaltenstherapie anbieten, wobei es unter der zugelassenen Ärzteschaft nur 12 % Verhaltenstherapeuten gab. 53 % der Psychologen mit KBV-Zulassung führen tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Therapie durch, wohingegen 88 % der Ärzte diese Therapieverfahren nutzen (Albani et al. 2010). Ein weiterer Unterschied stellt das Durchschnittsalter der Therapeuten dar. So liegt das Durchschnittsalter psychologischer Psychotherapeuten mit 56,4 Jahren unter dem der ärztlichen Psychotherapeuten mit 60,8 Jahren. Es stellt sich also die Frage, ob Patienten die beiden psychotherapie anbietenden Berufsgruppen genauso wie die Psychotherapie-Richtlinie als gleich wahrnehmen oder ob es bestimmte Patienten gibt, die eine der beiden Berufsgruppen bevorzugen.

Diese Frage ist insbesondere vor dem Hintergrund einer in den letzten Jahren deutlich sinkenden Anzahl ärztlicher Psychotherapeuten im Vergleich psychologischer Psychotherapeuten wichtig zu stellen. Im „BAMER Arztreport 2020“ der Barmer-Krankenkasse wird festgestellt, dass im Jahre 2018 ca. 73% der Erbringer von spezifischen psychotherapeutischen Leistungen für ihre Versicherten psychologische Psychotherapeuten und 27% ärztliche Psychotherapeuten waren. Zwischen 2009 und 2018 habe die Zahl der ambulanten psychologischen Psychotherapeuten um 54% zugenommen, wobei die Zahl der Fachärzte für psychosomatische Medizin sowie Psychiatrie und Psychotherapie im Zeitraum von 2013 bis 2018 nur um 4% gestiegen sei. Zudem waren 2018 etwa 35% aller Therapeuten bereits mindestens 60 Jahre und so kurz vor dem Rentenalter (Grobe et al. 2020). Es ist also abzusehen, dass viele Therapeuten in den nächsten Jahren aus dem Berufsleben ausscheiden werden und es hoffentlich genauso viele neue Therapeuten-Zulassungen geben wird. Hiermit stellt sich gleichzeitig die Frage, ob es für die Patienten nicht wichtig ist, die Therapeutenvielfalt hoch zu halten und ein

gewisses Gleichgewicht zwischen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten zu erhalten, um den möglichen Wünschen, Erwartungen und Forderungen der Patienten entsprechen zu können.

## 1.1 Wer die Wahl hat, hat die Qual

Die praktische Ausübung der Psychotherapie wird in Deutschland durch vier verschiedene Berufsgruppen geleistet. Die psychotherapeutische Versorgungsarbeit wird durch Ärzte mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und Heilpraktiker für Psychotherapie geleistet. Nicht jede der angebotenen Psychotherapien wird finanziell durch die gesetzlichen Krankenkassen getragen und zählt zur Richtlinien-Psychotherapie. Welche Arten der Psychotherapie von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, ist im fünften Sozialgesetzbuch geregelt. Hieraus geht hervor, dass der gemeinsame Bundesausschuss über „Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten“ [§92, (1)] beschließt. Hiermit wird geregelt, welche Krankheiten als behandlungsbedürftig gelten, welche Verfahren zur Krankenbehandlung geeignet sind, wie das Antrags- und Gutachterverfahren abläuft, die Rahmenbedingungen für probatorische Sitzungen, Art, Umfang sowie Durchführung der Behandlung und wie die Form des ärztlichen Konsiliarberichtes auszusehen haben.

Es gibt zwei Therapieverfahren für Erwachsene, die wissenschaftlich anerkannt sind und durch die gesetzlichen Krankenkassen getragen werden. Diese sind zum einen die psychoanalytisch begründeten Verfahren mit der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TFP) und der analytischen Psychotherapie (AP) und zum anderen die Verhaltenstherapie (VT).

Als Behandler gelten Vertragsärzte oder Psychotherapeuten mit Kassenzulassung. In Deutschland waren im Jahr 2013 insgesamt 5.631 ärztliche und 15.669 psychologische Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung tätig. Bundesweit ist die Psychotherapeutendichte von 1999 bis 2013 von 17 auf 27 Therapeuten pro 100.000 Einwohner gestiegen, wobei die Versorgungsdichte von Gebiet zu Gebieten sehr unterschiedlich sein kann. Im Großen und Ganzen ist das Angebot an Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung aber in den letzten Jahren stetig gestiegen (Gesundheitsbericht 2015).

Die Voraussetzung für eine Kassenzulassung ist eine berufsrechtliche Zulassung, d. h. eine staatliche Approbation. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten werden hierbei ausdrücklich entsprechend

qualifizierten Fachärzten gleichgestellt. Der Patient hat Entscheidungshoheit und Wahlfreiheit bezüglich des Therapeuten, d. h. jeder Patient darf sich den Therapeuten aussuchen, der ihm am besten geeignet erscheint. Teilweise folgen die Patienten den Empfehlungen des überweisenden Arztes, meist des Hausarztes (Fritsche et al. 2010) oder sie entscheiden sich nach anderen (weitgehend unbekannt) Gesichtspunkten. Für die freie Therapeutenwahl ist die effektiv vorliegende Anzahl an Therapeuten ein limitierender Faktor. Hinsichtlich der Psychotherapeutenwahl seitens der Professionellen selbst wurde in einer Studie der Universitätsklinik Münster, Universitätsklinik Greifswald und dem Zentrum für Psychiatrie Ravensburg gezeigt, dass Klinikärzte aller Fachdisziplinen, nach eigenen Aussagen, bei Überweisungen an einen Psychotherapeuten keine der beiden Therapeutenberufsgruppen favorisieren (Frühauf et al. 2013). Wenn man annimmt, dass dies auch für Hausärzte oder andere niedergelassene Ärzte gilt, wird durch eine Überweisung noch keine Vorselektion zugunsten einer Berufsgruppe getroffen.

Nach welchen Gesichtspunkten fällt der Patient die Entscheidung bezüglich seines Therapeuten und welche Faktoren haben auf diese Wahl einen Einfluss? Kann man im Wahlverhalten Regelmäßigkeiten und Zusammenhänge feststellen, sodass Vorhersagen zur Therapeutenwahl eines Patienten getätigt werden können?

Diese Fragestellung wurde bisher wenig beleuchtet.

## 12 Unterschiede zwischen Ärzten und Psychologen

Nachfolgend sollen die beiden Berufsgruppen der Psychotherapeuten mit kassenärztlicher Zulassung näher dargestellt werden.

Auf Grundlage der vorliegenden Daten wollen wir uns in dieser Arbeit in Hinblick auf die Therapeuten ausschließlich auf die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten jeweils mit kassenärztlicher Zulassung beschränken.

In der Richtlinien-Psychotherapie (RLPT) sind die psychologischen Psychotherapeuten und die Ärzte mit entsprechender Qualifikation ausdrücklich gleichgestellt. Sie können so dieselben Behandlungen anbieten und durchführen.

Wir wissen jedoch nicht, ob die Patienten trotzdem einen Unterschied zwischen den beiden Berufsgruppen machen und eventuell andere Erwartungen, Hoffnungen und Anforderungen an einen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten stellen. So beinhaltet die moderne fachbereichsübergreifende Rollenerwartung an einen Arzt eine primär körperorientiert-naturwissenschaftliche Herangehensweise (Gross et al. 2009), die durchaus auch Einfluss auf die Rollenerwartung an einen ärztlichen Psychotherapeuten haben kann. So kann der ärztliche Psychotherapeut eher als Vermittler zwischen „rein somatischer“ und „rein psychischer“ Therapie verstanden werden (Frühauf et al. 2013) und der Psychologe im Gegensatz dazu mehr als „rein psychischer“ Therapeut.

Diese Unterschiede begründen sich möglicherweise in den sich differierenden Ausbildungswegen der psychologischen und ärztlichen Therapeuten, welche sich bei fortschreitendem Niveau sicherlich angleichen, jedoch zu Beginn der Ausbildung sehr unterschiedlich sind. Während im Psychologiestudium klar die Psyche des Menschen und statistische Methoden im Vordergrund stehen, absolviert der Mediziner ein naturwissenschaftliches Studium, in dem der menschliche Körper und seine Funktionen und Dysfunktionen gelehrt werden. Die Psyche des Menschen stellt während des Studiums eher einen kleinen Teilbereich des Ganzen dar, auf welchen dann in der Facharztausbildung zum „Psychosomatiker“ oder „Psychiater“ der Schwerpunkt gelegt wird. Neben der fachärztlichen Weiterbildung haben Ärzte noch die Möglichkeit zur Erlangung der beiden Zusatzbezeichnungen „Psychotherapie“ und „Psychoanalyse“. Zum Erlangen dieser Zusatzbezeichnungen begeben sich die Ärzte an entsprechende psychotherapeutische Weiterbildungsinstitute, wo sie

zumeist gemeinsam mit den in Weiterbildung befindlichen Psychologen an die wissenschaftlichen Grundlagen der Krankheitslehre und Behandlungsführung herangeführt werden. Hier können sie die notwendige Selbsterfahrung durchlaufen und leisten eine gewisse Menge an Therapiestunden, zunächst unter Supervision und später auch eigenständig. Diese Zusatzausbildung absolvieren Mediziner berufsbegleitend, oft während ihrer Facharztausbildung zum Allgemeinarzt, Internisten, Orthopäden, etc. Ein Vorteil dieser Form der Weiterbildung besteht aber auch darin, dass bereits erfahrene und niedergelassene Fachärzte der verschiedensten Fachdisziplinen im Laufe der Zeit und mit zunehmender Berufserfahrung die Psychotherapie in ihr Behandlungsrepertoire integrieren können. Die ärztlichen Psychotherapeuten werden entweder im Rahmen der Facharztprüfung für „Psychiatrie und Psychotherapie“ bzw. „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ oder im Rahmen der „Zusatzbezeichnung Psychotherapie“ für somatische Fachärzte über die zuständige Ärztekammer geprüft.

Die psychologischen Psychotherapeuten legen ein bundeseinheitliches Staatsexamen ab, bevor die zuständige Landesbehörde eine Approbation zum psychologischen Psychotherapeuten ausstellt. Diese Approbation ist dann die Voraussetzung für die Aufnahme einer entsprechenden psychotherapeutischen Weiterbildung. Psychologen absolvieren ihre Weiterbildung entweder in entsprechend geeigneten Einrichtungen in Vollzeit oder ebenfalls berufsbegleitend. Die Anzahl der abzuleistenden Therapiestunden (unter Supervision oder im späteren Verlauf auch eigenständig) differiert zwischen Ärzten und Psychologen dahingehend, dass Psychologen deutlich mehr Therapiestunden während der Ausbildung absolvieren müssen.

Ein leider reales Thema für Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen ist die gesellschaftliche Stigmatisierung der Erkrankungen (Gesundheitsbericht 2015). Das mag auch Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten von Therapie der psychiatrischen Erkrankung haben. Wenn man nun die beiden Therapeuten-Berufsgruppen betrachtet, kann es möglich sein, dass für einige Patienten das Maß an gesellschaftlicher Stigmatisierung, das mit einem Therapeutenbesuch belegt ist, zwischen den Berufsgruppen differiert. So kann es gesellschaftlich eher anerkannt sein, sich bei einem Arzt in Behandlung zu begeben, da das angesprochene gesellschaftliche Rollenbild eines Arztes die „Ernsthaftigkeit“ der Krankheit

unterstreicht. Frei nach dem Motto „Wer schon zum Arzt geht, wird auch „ernsthaff“ krank sein.“ Genauso können es Patienten aber auch als stigmatisierend empfinden, zu einem ärztlichen Psychotherapeut und/oder Psychiater gehen zu müssen. Leider sehen einige Patienten immer noch eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung als persönliche Niederlage oder Kränkung an oder befürchten damit als „verrückt“ zu gelten.

Falls der ambulante ärztliche Psychotherapeut zusätzlich zu einem nicht-psychiatrischen Facharzt die Zusatzqualifikation „Psychotherapie“ besitzt, kann auch einfach die Diskretion eine wichtige Rolle spielen, da ein Gang zu diesem Arzt von außen nicht gleich als Psychotherapiebesuch erkannt werden kann. Gerade in ländlichen Gebieten, in denen sich die Bewohner kennen, weniger Anonymität herrscht und damit die soziale Kontrolle recht hoch ist, könnte die möglichst hohe Diskretion ein Auswahlkriterium für den geeigneten Therapeuten darstellen.

Leider scheint allein die Fragestellung, ob es Unterschiede zwischen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie gibt, bzw. ob es Patienten gibt, die eher einen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten fordern oder mehr von einer der beiden Berufsgruppen profitieren würden, bei vielen niedergelassenen Psychotherapeuten, auf großen Unmut zu stoßen. Eine mögliche Erklärung ist das bestehende Konkurrenzverhältnis der Therapeuten unter einander.

Eine der wenigen Arbeiten zu diesem Thema verfassten Heuft, Freiburger und Schepker (2014) mit ihrem Buch „Ärztliche Psychotherapie – Vier-Ebenen-Modell einer personalisierten Medizin“ (Heuft et al. 2014). In dieser Arbeit führten die Autoren unter anderem eine deutschlandweite bevölkerungsbasierte Erhebung durch. Im Münsterland und im Kreis Regensburg/Ulm wurden zudem Fragebögen an zum einen niedergelassene Psychotherapeuten und zum anderen somatisch tätige Klinikärzte versandt.

In der bevölkerungsbasierten Erhebung wurden die Probanden bezüglich des Bekanntheitsgrades psychotherapeutisch Tätiger und deren Aufgabenbereiche befragt. In den Fragebögen für niedergelassene Psychotherapeuten und Klinikärzte ging es um den Stellenwert der ärztlichen Psychotherapie aus Sicht der befragten und ob eine Aufgabenteilung zwischen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten als sinnvoll erachtet wird. Auffällig war, dass nur sehr wenig

niedergelassene Psychotherapeuten den Fragebogen ausgefüllt zurückschickten. So waren es im Münsterland nur 15,5 % und im Kreis Regensburg/Ulm nur 11 %. Es waren mehrheitlich ärztliche Psychotherapeuten, die den Fragebogen ausfüllten. Zudem bekamen die Autoren auf verschiedenen Wegen Unmutäußerungen bezüglich des Themas der Befragung als Rückmeldung, bis hin zu Ablehnung der Befragung. Den Autoren wurde unterstellt berufspolitische Ziele mit der Befragung verfolgen zu wollen (Heuft et al. 2014).

Die Rücklaufquoten der Fragebögen von Klinikärzten waren deutlich höher und auch die bevölkerungsbasierte Erhebung stieß auf deutlich weniger Ablehnung bei den Befragten.

Die negative Haltung der niedergelassenen Psychotherapeuten gegenüber dieser Studie scheint aus einer Angst heraus zu wachsen, dass die Ergebnisse der Studie als eine politische Aussage zu Gunsten einer der behandelnden Berufsgruppen benutzt werden könnten (Heuft et al. 2014). Diese Angst hat sicherlich vielschichtige und teilweise auch historische Gründe. Die Psychotherapie stellte historisch gesehen zunächst ein rein ärztliches Betätigungsfeld dar und psychologische Psychotherapeuten mussten initial sehr um Anerkennung und um Gleichberechtigung kämpfen, bevor sie vom Gemeinsamen Bundesausschluss in der Richtlinien-Psychotherapie gegenüber ihren ärztlichen Kollegen formal gleichgestellt wurden. Zusätzlich besteht aktuell die Einschätzung, dass die Zahl an ärztlichen niedergelassenen Psychotherapeuten in Zukunft abnehmen wird und die Zahl der psychologischen Psychotherapeuten tendenziell steigen wird (Heuft et al. 2014). Dies könnte bei den ärztlichen Kollegen die Befürchtung schüren, dass das eigene Betätigungsfeld durch eine andere Berufsgruppe übernommen wird.

In Freitextantworten der ausgefüllten Fragebögen kommt jedoch auch zum Ausdruck, dass eine deutliche gegenseitige Wertschätzung zwischen den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten besteht und dass in der Praxis versucht wird im Sinne des Patienten gut zusammenzuarbeiten und sich je nach individuellen Stärken und Schwächen der jeweiligen Therapeuten zu ergänzen (Heuft et al. 2014). In der Praxis scheinen beide Berufsgruppen doch recht froh, um die Existenz der anderen zu sein, besonders durch den Benefit sich gegenseitig ergänzen und inspirieren zu können.

Jedoch wollen viele niedergelassene Psychotherapeuten die individuellen Stärken, Schwächen und das Können eines Therapeuten nicht durch die Berufszugehörigkeit bestimmt sehen (Heuft et al. 2014).

Dennoch ist es eine berechtigte Frage, ob die Patienten einen Unterschied zwischen den beiden Berufsgruppen machen und unterschiedliche Erwartungen an die psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten haben.

In dieser Frage darf man sich jedoch nicht durch Ängste vor berufspolitischer Instrumentalisierung leiten lassen. Vielmehr gilt es hier eine nüchterne und neutrale Auswertung abzuliefern, um Informationen darüber zu erlangen, welche Patienten welche Therapeuten benötigen und fordern und wo es im Bereich des Therapeutenangebotes Schwerpunkte gibt.

So formuliert auch Albani (2011), dass eine „Neid- und Konkurrenzdebatte“ innerhalb der Fachgruppen der psychiatrisch/psychotherapeutisch tätigen Behandler zu schüren, wenig zielführend und in keinster Weise im Sinne der Patienten erscheint. Eine empirisch begründete Sachargumentation ist nötig, als Ausdruck einer rationalen und für die Versorgung aller Patienten verantwortungsbewussten Haltung (Albani et al. 2011).

Nur auf diesem Wege kann die bestehende Versorgungsstruktur für psychisch erkrankte Menschen verbessert und an die Patienten und deren Bedürfnisse besser angepasst werden.

### 1.3 Fragestellungen

Aus den aufgezeigten Sachverhalten lassen sich folgende Fragestellungen herausarbeiten.

Zum einen gilt zu erörtern, inwieweit die soziale Kontrolle, die gerade in ländlichen Gebieten besteht, die Therapeutenwahl der Patienten beeinflusst. Denn wie schon im Gesundheitsbericht von 2015 erwähnt, ist die Stigmatisierung durch die Mitmenschen ein Faktor, der Patienten von einer Behandlung ihrer psychischen Beschwerden abhält. Hier ist anzunehmen, dass Patienten in ländlichen Gebieten mit höherer sozialer Kontrolle, aus Schutzgründen und zum Erhalt der Privatsphäre einen Arzt z.B. mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie aufsuchen, um eine mögliche Stigmatisierung durch den alleinigen Therapiegang zu vermeiden. So wird verhindert, dass der Nachbar sofort mitbekommt, dass man eine Psychotherapie benötigt und durchführt (Lieberz et al. 2013). Andererseits könnte angenommen werden, dass sich dieses Schutzbedürfnis der Patienten im großstädtischen Bereich erübrigt und sich der Unterschied in der Auswahl des Behandlers aufhebt.

Als weiterer Aspekt wäre zu betrachten, ob Menschen mit körpernahen Störungen oder auch komorbiden somatischen Erkrankungen, verstärkt Ärzte aufsuchen, da diese nicht nur als Experten für die Seele wahrgenommen werden, sondern auch für den Körper und so erwartet wird, dass ärztliche Psychotherapeuten die seelische Situation des Patienten als Gesamtkomplex mit seinen körperlichen Symptomen einschätzen und behandeln. Es ist davon auszugehen, dass auf ärztlicher Seite, aufgrund ihrer umfassenden somatischen Grundausbildung, ein größeres Verständnis und Wissen über die körpernahen oder komorbiden somatischen Störungen besteht. So wäre anzunehmen, dass die Patienten, die sich dessen bewusst sind, auch bewusst einen Mediziner aufsuchen, um einem guten Verständnis und Überblick für ihre Situation zu begegnen.

Ein weiterer Gesichtspunkt wäre die Frage, ob psychotherapeutische Patienten, deren Symptomatik einen hohen Chronifizierungsgrad erreicht hat, eine der beiden Berufsgruppen, Arzt oder Psychologe, bevorzugen.

Die abschließende Frage richtet ihr Augenmerk auf die Beeinflussung der Therapeutenwahl durch das Ausmaß feststellbarer äußerer Abhängigkeiten. Es

besteht die Annahme, dass es einen Zusammenhang zwischen der psychosozialen Einbindung des Patienten bzw. der nur schweren Auflösbarkeit ihrer Bindungen und der psychosomatischen Symptombildung und Somatisierung gibt (Lieberz et al. 2013). Wenn sich also die Frage, ob Patienten mit körpernahen Störungen eher zum Arzt gehen, bewahrheiten würde, hieße das, dass die somatisierenden Patienten mit äußeren Abhängigkeiten auch eher zum Mediziner gehen würden. Zu beobachten gilt, ob Patienten mit viel privater, beruflicher, finanzieller oder gesellschaftlicher Einbindung und Abhängigkeit über den Zwischenschritt der Somatisierung, Therapeuten einer der beiden Berufsgruppen bevorzugen. Höhere Abhängigkeiten sind bei Patienten im fortgeschrittenen Alter, mit Ehepartnern, Kindern und gemeinsamer Haushaltsführung mit dem Partner zu erwarten.

Aus diesen Fragestellungen ergeben sich folgende Null-Hypothesen.

## 1.4 Hypothesen

H1: In Gebieten mit höherer sozialer Kontrolle (ländlich-kleinstädtisch) ist die Tendenz der Patienten für eine psychotherapeutische Hilfestellung einen Arzt zu wählen nicht höher als in Großstädten.

H2: Der Somatisierungsgrad der Beschwerden hat keinen Einfluss auf die Wahl des Therapeuten.

H3: Der Chronifizierungsgrad der Beschwerden hat keinen Einfluss auf die Therapeutenwahl.

H4: Auch bei komorbiden explizit somatischen Erkrankungen wird nicht der Arzt bevorzugt.

H5: Die Wahl des Therapeuten ist unabhängig vom Ausmaß feststellbarer (äußerer) Abhängigkeiten.

## 2 MATERIAL UND METHODEN

### 2.1 Mannheimer Richtlinien-Psychotherapie-Studie (MARS)

Die für diese Dissertation verwendeten Daten, stammen aus der Mannheimer Richtlinien-Psychotherapie-Studie, kurz MARS. Wie der Name schon andeutet, wurde die Studie ausschließlich mit Bezug zu der in Deutschland geltenden Rahmenordnung (Richtlinienpsychotherapie, RLPT) durchgeführt.

Richtlinienpsychotherapie basiert auf den vom gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Psychotherapie-Richtlinien, welche im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gelten. Dieses erklärt, weshalb alle Patienten der Studie gesetzlich krankenversichert sind. Die RLPT gilt als der Rahmen in dem in Deutschland längerfristige psychotherapeutische Behandlungen durchgeführt werden.

In den Richtlinien wird differenziert zwischen der psychosomatischen Grundversorgung und der psychotherapeutischen Versorgung. Die psychosomatische Grundversorgung wird durch primär somatisch orientierte Ärztinnen und Ärzten (i.d.R. Hausärzte) geleistet und zielt auf eine „möglichst frühzeitige differentialdiagnostische Klärung komplexer Krankheitsbilder, eine verbale und übende Basistherapie psychischer, funktioneller und psychosomatischer Erkrankungen [...] und ggf. die Indikationsstellung zur Einleitung einer ätiologisch orientierten Psychotherapie“ (Psychotherapie-Richtlinie Stand 2009, Fassung 2011, §21) ab. Somit wird in der psychosomatischen Grundversorgung durch eine Überweisung zum Psychotherapeuten häufig der Grundstein für eine längerfristige psychotherapeutische Behandlung gelegt. Die Mannheimer Richtlinien-Psychotherapie-Studie konzentriert sich ausschließlich auf die längerfristige psychotherapeutische Behandlung in der RLPT. Diese wird entweder durch psychologische Psychotherapeuten oder ärztliche Psychotherapeuten durchgeführt. Ärztliche Psychotherapeuten sind approbierte Mediziner, die eine psychotherapeutische Qualifikation nachweisen können. Diese Qualifikation kann entweder ein Facharzt in den Fachbereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie oder

psychosomatische Therapie und Psychotherapie darstellen. Aber auch andere Fachärzte können in Kombination mit einer Zusatzweiterbildung für Psychotherapie oder Psychoanalyse die Qualifikation für Psychotherapie besitzen.

Im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie gibt es zwei verschiedene anerkannte Behandlungsverfahren. Zum einen die psychoanalytisch begründeten Verfahren mit der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TFP) und der analytischen Psychotherapie (AP) und zum anderen die Verhaltenstherapeutischen Verfahren (VT) (Psychotherapie-Richtlinie Fassung 2009, Stand 2018, §15, §16, §17). In das MARS-Projekt flossen ausschließlich Daten von Patienten ein, denen ein psychoanalytisch begründetes Behandlungsverfahren angeboten wurde. Somit wurden die verhaltenstherapeutischen Verfahren in dieser Studie nicht einbezogen. Eine Kombination von psychoanalytisch begründeten Verfahren und der Verhaltenstherapie ist im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie ausdrücklich untersagt (Psychotherapie-Richtlinie Fassung 2009, Stand 2018, §18).

Es kann Einzel- oder Gruppentherapie jeweils bei Erwachsenen oder Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden (Psychotherapie-Richtlinie Fassung 2009, Stand 2018, §20). In das MARS-Projekt flossen jedoch ausschließlich Daten von Erwachsenen, d.h. Personen ab 18 Jahren, ein.

Im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie sind verschiedene Therapiezugänge möglich. Im Jahr 2018 wurden die Rahmenbedingungen für Probestunden, Therapiestundenanzahl, sowie den Einsatz des Gutachterverfahrens geändert. Ich werde mich nachfolgend auf die Richtlinien-Psychotherapie Fassung von 2009, Stand 2011, beziehen, da diese die Rahmenbedingungen während des Zeitraums vor 2018 und somit auch des Zeitraums der Datenerhebung widerspiegelt.

Vor Antragstellung einer Psychotherapie, hat der Patient die Möglichkeit fünf, bei der analytischen Psychotherapie bis zu acht, probatorische Sitzungen wahrzunehmen (ab 2018 für alle zwei bis maximal vier Stunden). Diese Sitzungen mussten nicht bei demselben Therapeuten vorgenommen werden und sollen unter anderem dem Patienten eine bessere Wahlmöglichkeit hinsichtlich seines späteren längerfristigen Therapeuten geben. Nach den probatorischen Sitzungen kann eine Kurzzeittherapie (KZT) bis 25 Therapiestunden (ab 2018 KZT 1 mit 12 und KZT 2 mit weiteren 12

Stunden) oder eine Langzeittherapie mit einer je nach gewähltem Vorgehen unterschiedlichen Stundenzahl, „die in Bezug auf das Krankheitsbild und das geplante Therapieverfahren in der Antragsbegründung festzulegen ist“ (Psychotherapie-Richtlinie Fassung 2009, Stand 2011, §23a) beantragt werden. Die Kurzzeittherapie kann später, bis zur zwanzigsten Sitzung per Umwandlungsantrag in eine Langzeittherapie überführt werden. Es gibt weitergehend die Möglichkeit eine Probetherapie als Bestandteil einer Langzeittherapie zu beantragen, die für die psychoanalytischen Verfahren bis zu 25 Stunden und für die Verhaltenstherapie bis zu 15 Stunden beträgt (Diese Möglichkeit gibt es nach der neuen Psychotherapie-Richtlinie von 2018 nicht mehr) (Psychotherapie-Richtlinie Fassung 2009, Stand 2011, §23 und Fassung 2009, Stand 2018, §28).

Laut der geltenden Psychotherapie-Richtlinie zum Zeitpunkt der Studie (Psychotherapie-Richtlinie Fassung 2009, Stand 2011, §25, §26), benötigen Erstanträge auf Langzeittherapie, Anträge auf Probetherapie und Umwandlungsanträge von Kurz- auf Langzeittherapie eine gutachterliche Beurteilung und ziehen somit ein Gutachterverfahren (GAV) nach sich. Dieses Gutachterverfahren dient im Sinne eines „peer-review Verfahrens“ zum einen der Qualitätssicherung, zum anderen ist es mit einer vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung verbunden. Mit der Befürwortung der beantragten Psychotherapie und der Genehmigung durch die entsprechende Krankenkasse hat der Therapeut folglich eine weitreichende Planungssicherheit und ist vor nachträglichen Regressansprüchen geschützt. Das MARS-Projekt beschränkt sich auf Erstanträge für Langzeittherapie und auf Umwandlungsanträge. Anträge auf Kurzzeittherapie und Folgeanträge gingen somit nicht in die Datenerhebung ein.

Wie schon erwähnt, muss der Patient spätestens nach den fünf bzw. acht probatorischen Sitzungen einen Antrag auf Kostenübernahme stellen und der Krankenkasse zukommen lassen. Der ausgewählte ärztliche oder psychologische Psychotherapeut hat dann in einem entsprechenden Bericht diesen Antrag zu begründen und unter Bezugnahme auf die Vorschriften der RLPT die Behandlungsindikation darzulegen sowie Art und Umfang der geplanten Therapie zu begründen. Dieser Bericht wird dann im Zuge des GAV einem erfahrenen und einvernehmlich zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und

Krankenkassen bestellten Gutachter zugestellt. Dieser prüft die Notwendigkeit der Behandlung, die Angemessenheit des gewählten therapeutischen Vorgehens (hier TFP oder AP) sowie die prognostischen Aussichten und damit auch die Wirtschaftlichkeit der Therapie. Die Empfehlung des Gutachters dient dann der Krankenkasse zur Entscheidung, ob eine Kostenübernahme der Therapie gerechtfertigt ist. Für den Fall, dass die Krankenkasse der Kostenübernahme nicht zustimmt, haben Therapeut und Patient die Möglichkeit eine erneute Überprüfung durch einen weiteren Gutachter (Obergutachter) zu erwirken (Lieberz et al. 2011).

Dieses Gutachterverfahren stand in den letzten Jahrzehnten immer wieder in der Kritik, da es ein recht aufwendiges Verfahren ist und die ambulanten Psychotherapeuten viel Zeit und Energie in die Erstellung dieser Anträge stecken müssen. Die Techniker Krankenkasse hatte zur Prüfung eines Alternativverfahrens zur Indikationsprüfung und Qualitätssicherung von ambulanter Psychotherapie eine Modell-Studie durchgeführt (Wittmann et al. 2011). Diese Studie zeigte aber keine signifikante Überlegenheit des Alternativverfahrens gegenüber dem Gutachterverfahren, sodass sich das bestehende Gutachterverfahren als alternativlos erwies (Vogel et al. 2012).

Für das MARS-Projekt wurden die Daten über die Gutachter- und Obergutachtertätigkeit von Prof. Lieberz in Mannheim zusammengetragen. Alle ihm ab Mai 2007 bis Dezember 2011 zugesendeten Berichte wurden nach bestimmten Gesichtspunkten ausgewertet und die Daten in ein zur elektronischen Datenverarbeitung geeignetes Dokumentationssystem übertragen.

## 22 Beschreibung des Dokumentationssystems

Die aus den Berichten hervorgehenden Informationen wurden in ein zuvor entwickeltes Dokumentationssystem übertragen. Dieses Dokumentationssystem besteht aus einem Erhebungsteil und einem Beurteilungsteil und ist in folgende Module aufgeteilt: (1) soziodemografische Basisdaten des Patienten; (2) klinische Daten; (3) Angaben zum Therapeuten; (4) Familiengeschichte; (5) Bewertung durch den Gutachter.

### 2.2.1 Soziodemografische Basisdaten des Patienten

Unter dem Punkt der soziodemografischen Basisdaten wurden Patientenmerkmale dokumentiert, wie Alter und Geschlecht, aktueller Familienstand, Partnersituation, Kinder (leibliche, sowie adoptierte oder Stiefkinder), Haushalt, höchster Schul- und Berufsabschluss, Praxisort, zuletzt ausgeübter Beruf, derzeitige berufliche Situation, Nationalität, ob derzeitige Arbeitsunfähigkeit oder ein laufendes Rentenverfahren vorliegen.

### 2.2.2 Klinische Daten

In dem Modul klinische Daten wurden Informationen zur Art der Symptomatik dokumentiert, die wiederum in weitere Unterpunkte gegliedert waren. Zu den Unterpunkten gehören Angaben zur psychischen sowie zur funktionell-psychosomatischen Symptomatik, zur akuten bzw. früheren Suizidalität, zu somatischen Erkrankungen sowie zu Suchttendenzen. Weitergehend wurden die Dauer der Behandlung, ICD-10-Diagnosen, aktueller Gebrauch von Psychopharmaka, Vorbehandlungen, Therapeutenwechsel, problemrelevante Lebensbereiche und die ODP-Struktur festgehalten. ODP steht für operationalisierte psychodynamische Diagnostik und stellt ein psychodynamisches Diagnosesystem für psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundiert arbeitende Therapeuten dar. Es dient zum Operationalisieren der wesentlichen Variablen für psychodynamische Theorien (Übertragungsmuster, innere Konfliktkonstellationen, strukturelle

Bedingungen) und wird als ergänzendes Instrument zu den üblichen Diagnosesystemen (DSM-IV und ICD-10) eingesetzt. Die psychodynamisch arbeitenden Therapeuten erarbeiten so eine höhere Objektivität, Reliabilität und Validität der Diagnose. Die seelische Verfassung des Patienten wird auf fünf verschiedenen Achsen durch den Therapeuten eingeschätzt. Achse I erfasst das Krankheitserleben und die Voraussetzungen für eine Behandlung, Achse II die Beziehungsdiagnostik, Achse III lebensbestimmende unbewusste innere Konflikte, Achse IV das Strukturniveau, das heißt grundsätzliche Fähigkeiten des psychischen Funktionierens und Achse V erfasst psychische und psychosomatische Diagnosen im ICD-10 oder DSM-IV.

### 2.2.3 Angaben zum Therapeuten

In dieses Modul der Datenerhebung gehen folgende Informationen über den Therapeuten ein: Art des Antrags, beantragte Therapie, Geschlecht und Grundberuf des Therapeuten. Der Therapeutenberuf wurde grob in Arzt und Psychologe unterteilt und weitergehend in die verschiedenen Fachärzte (FA Psychiatrie, FA Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin, anderer FA) und Zusatzweiterbildungen (Psychoanalyse, Psychotherapie) bzw. in Psychologen mit tiefenpsychologisch fundierter Ausbildung oder analytischer psychotherapeutischer Ausbildung unterteilt. Die Therapeuten wurden nicht weiter gekennzeichnet, da es ausdrücklich nicht Ziel des Projektes ist, die einzelnen Therapeuten zu bewerten.

### 2.2.4 Familiengenes

Zur Familiengenes wurden Informationen zum Patienten selbst, zu Vater und Mutter, zu Elternersatzpersonen und zur Familie insgesamt dokumentiert. Zum Patienten wurden Geburtsstatus, das Alter der Eltern bei der Geburt, die Altersabstände zu den nächsten Geschwistern sowie die Geschwisteranzahl gefragt. Darüber hinaus wurde festgehalten, ob bis zum 15. Lebensjahr häufig stattgefundenen Umzüge sowie Trennungen oder Verlust von Vater, Mutter oder anderen wichtigen Bezugsperson stattgefunden haben.

Weiterführend wurde jeweils getrennt zur Mutter und zum Vater (oder andere wichtige Bezugspersonen) Schulbildung, zuletzt ausgeübter Beruf, chronische Krankheiten, Behinderungen, schwere seelischen Erkrankungen, Sucht, Suizidversuche oder Suiziddrohungen der Eltern bis zum 15. Lebensjahr des Patienten festgehalten.

Es wurde weiter dokumentiert, ob, warum und welche Person bis zum 15. Lebensjahr des Patienten als Elternersatzperson fungierte.

Abschließend wurden in diesem Teil des Dokumentationssystems Informationen zur vorherrschenden Familienatmosphäre bis zum 15. Lebensjahr des Patienten berücksichtigt. Hierzu gehören, ob dauerhaft Armut, Streit, Gewalt und Missbrauch, Vernachlässigung und Verwahrlosung, Verwöhnung oder Krankheit das Familienbild geprägt haben.

#### 2.2.5 Stellungnahme des Ober-/Gutachters

Die Stellungnahme des Ober-/Gutachters besteht aus drei Teilen. Zum einen aus einer Gutachter-Kriterienliste (GKL) der DGPT-Arbeitsgruppe (deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.), der ober-/ gutachterlichen Stellungnahme zur Kostenübernahme und zum anderen der Einschätzung des Schweregrades der Erkrankung unter Zuhilfenahme der Global Assessment of Functioning Scale (GAF) und dem BSS-Rating (Beeinträchtigungsschwere-Score).

Die Gutachter-Kriterienliste (GKL) ist in zwei Themenbereiche eingeteilt. Zum einen in den Block der psychodynamischen Diagnostik, in dem der Therapeut Aussagen zu Krankheitswertigkeit der Störung, Biografie, Persönlichkeitsstruktur sowie möglichen somatischen Anteilen und Psychodynamik macht. Der andere Block ist der Indikation und Prognose der beantragten Therapie gewidmet. Der Gutachter erörtert die Differentialindikation, prüft die Stimmigkeit des Behandlungsverfahrens und der Behandlungsplanung, beurteilt die prognostische Einschätzung in Hinblick auf die Behandlungskonzeption sowie angesichts des Verlaufes, beurteilt die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsplanung und dokumentiert seine Stellungnahme zur Kostenübernahme und zur Anzahl der benötigten Sitzungen.

Das Schwerebild der Erkrankung wird unter anderem durch die GAF (Global assessment of functioning scale) eingeschätzt. Dabei wird unterschieden zwischen dem Wert der letzten sieben Tage und dem maximalen Wert, der über mindestens eine Woche während des letzten Jahres vor Behandlungsbeginn bestanden haben muss.

Die GAF-Skala ist eine Skala zur Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus in psychischer, sozialer und beruflicher Hinsicht. Einschränkungen des Funktionsniveaus durch körperliche Gebrechen werden ausdrücklich nicht mit einbezogen. Die GAF-Skala findet innerhalb der Achse V des DSM-IV und im Rahmen der Achse I des ODP-2 Verwendung. Ihr Wert kann zwischen 1 und 100 liegen. 100 würde eine optimale Funktion in allen Bereichen widerspiegeln und der Wert 1 steht für ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit. Die Abstufung der Funktionsbeeinträchtigung erfolgt in Zehnerschritten. So steht ein Wert zwischen 100 und 91 für optimale Funktion in allen Bereichen, ein Wert zwischen 90 und 81 bescheinigt eine gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten. Werte zwischen 80 und 71 stehen für eine höchstens leichte Beeinträchtigung, Werte zwischen 70 und 61 für leichte Beeinträchtigungen. GAF-Werte zwischen 60 und 51 dokumentieren eine mäßig ausgeprägte Störung, Werte von 50 bis 41 eine ernsthafte Beeinträchtigung. Werte zwischen 40 und 31 bedeuten starke Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen, Werte von 30 bis 21 zeugen von Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen. Werte zwischen 20 und 11 dokumentieren Selbst- und Fremdgefährlichkeit und Werte zwischen 10 und 1 stehen für ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit. Falls nur unzureichende Informationen vorhanden sind und keine Aussage in Bezug auf das psychisch-soziale und berufliche Funktionsniveau gemacht werden kann, wird der Wert 0 angegeben.

Das BSS-Rating (Beeinträchtigungsschwere-Score nach Schepank 1995) wird ebenfalls zur Einschätzung des Schwerebildes der psychischen Krankheit herangezogen. Es ist eine Beurteilung des Therapeuten, die auf Grund eines ausführlichen Interviews mit dem Patienten entsteht und sich auf körperliche, psychische sowie auf sozialkommunikative Beeinträchtigungen durch die psychische Erkrankung bezieht. Der hier gewählte Prävalenzzeitraum umfasst das letzte Jahr vor Antragstellung. In diesem speziellen Fall musste das Rating auf Grundlage der

Berichte der behandelnden Therapeuten durchgeführt werden. Da der Gutachter den zu beurteilenden Patienten nicht selbst befragt und interviewt hat, ist somit der BSS-Wert auf Basis von Informationen aus zweiter Hand erstellt worden. Es wurden zu jedem der drei Beurteilungsdimensionen (körperlicher, psychischer und sozialkommunikativer Bereich) ein Punktwert zwischen 0 und 4 vergeben. Der Wert 0 steht für keine Beeinträchtigungen, 1 bedeutet geringfügige Beeinträchtigungen, 2 deutliche Beeinträchtigungen, 3 starke Beeinträchtigungen und 4 steht für extreme Beeinträchtigungen. Nach Beurteilung der drei Bereiche wurden die Werte addiert und so konnten insgesamt Werte zwischen 0 und 12 erreicht werden. Allerdings hatte der Gutachter die Möglichkeit im Rahmen des GAV weitere Informationsquellen heranzuziehen. So flossen die Informationen aus beigefügten Unterlagen der Krankenkassen zur Krankheitsanamnese des Patienten ebenso wie beigefügte Arzt- und Klinikberichte in die Beurteilung mit ein.

## 23 Statistische Auswertung

Zur Datenanalyse wurden die über die Anträge auf Kostenübernahme einer ambulanten Psychotherapie ausgefüllten Dokumentationsbögen als Datensatz in SPSS eingepflegt. Hier ergaben sich 88 teils dichotome und teils polytome Variablen, nominalen oder metrischen Charakters. Zur Bearbeitung der Hypothesen wurden einige Variableneigenschaften für die Fragestellungen und Analyse optimiert, sodass in dem Zusammenhang 16 „neue“, abgeänderte Variablen hinzukamen. So sind im endgültigen Datensatz 392 Variablen vorhanden. Auf die im Nachhinein erstellten, optimierten Variablen werde ich bei den jeweiligen Analysen aufmerksam machen und diese genauer erläutern.

Zur statistischen Auswertung wurden deskriptive Methoden, auf bivariater Ebene Kreuztabellen, Chi<sup>2</sup>-Test, p-Wert und logistische Regressionsrechnungen verwendet, die im Folgenden näher erläutert werden. In allen Analysen wurde  $p < 0,05$  (zweiseitig) als signifikant betrachtet. Für alle Analysen wurde SPSS als Statistikprogramm verwendet.

Als erster statistischer Schritt dieser Arbeit wurden Kreuztabellen erstellt. Kreuztabellen oder auch Kontingenztafeln dienen im Allgemeinen dazu, Zusammenhänge zwischen nominal skalierten Variablen aufzudecken und zu untersuchen. Sie werden dazu angewendet absolute oder relative Häufigkeiten von Kombinationen bestimmter Merkmalsausprägungen anzugeben (Backhaus et al. 2011). So wurden in dieser Arbeit für die Variable Therapeutenberuf und unterschiedliche Patientenvariablen Kreuztabellen erstellt, um herauszuarbeiten, ob ein Zusammenhang zwischen der Variablen Therapeutenberuf und den jeweiligen Patientenvariablen erkennbar ist und ob dieser Zusammenhang signifikant ist. Die „basalste“ Form einer Kreuztabelle ist die hier vielfach angewandte Vierfeldertafel. In diesem Falle gibt es zwei Variablen, die jeweils nur zwei Ausprägungen haben, die im Optimalfall voneinander völlig unabhängig sind (Backhaus et al. 2011). Das heißt, dass entweder die eine oder andere Ausprägung vorliegt und nicht beide gleichzeitig vorliegen können. Zum Beispiel Abitur? „ja“ oder „nein“ oder Kinder? „ja“ oder „nein“. In dieser Arbeit wurde versucht möglichst viele Variablen inhaltlich sinnvoll so zu vereinfachen, dass es nur zwei Ausprägungen eines Merkmals gibt und so Vierfeldertafeln gebildet werden können. Grund dafür ist die im Verlauf durchgeführte

logistische Regression, die umso aussagekräftiger wird, wenn die Variablen lediglich 2 Ausprägungen haben (Weiß 2005).

Wenn ein Zusammenhang der in der Kreuztabelle untersuchten Variablen gefunden wird, kann der Frage nachgegangen werden, ob diese Assoziation zufällig in der Stichprobe aufgetreten ist, oder ob ein systematischer Zusammenhang zugrunde liegt. Dieses Verfahren nennt sich Kontingenzanalyse. Um aus den Zusammenhängen in den untersuchten Stichproben auf Eigenschaften der zugrundeliegenden Grundgesamtheiten schließen zu können, wurden in dieser Arbeit Chi<sup>2</sup>-Tests verwendet. Der Chi<sup>2</sup>-Test ist für die Kontingenzanalyse das bekannteste Instrument. Der hier verwendete Chi<sup>2</sup>-Unabhängigkeitstest ist ein Signifikanztest auf stochastische Unabhängigkeit in der Kontingenztafel oder Kreuztabelle. In einer Vierfeldertafel dient er dazu zu prüfen, ob zwei dichotome Merkmale stochastisch unabhängig voneinander sind bzw. ob die Verteilung eines dichotomen Merkmals in zwei Gruppen identisch ist. Allerdings bietet ein Chi<sup>2</sup>-Test keine Anhaltspunkte zur Stärke des Zusammenhangs zwischen den Variablen (Weiß 2005; Backhaus et al. 2011).

Zusätzlich wurde der p-Wert zu den Kreuztabellen ermittelt, um die Wahrscheinlichkeit darzustellen, ob das gefundene Testergebnis (oder ein noch extremeres Ergebnis) zustande kommt, wenn in Wirklichkeit die Nullhypothese richtig ist. Wenn der p-Wert kleiner ist als das zuvor festgelegte Signifikanzniveau  $\alpha$  (hier:  $\alpha = 0,05$ ), wird die Alternativhypothese angenommen. Der p-Wert stellt so eine Wahrscheinlichkeit dafür dar, dass das Testergebnis ein Zufallsbefund ist (Backhaus et al. 2011; Weiß 2005).

Mit der in der Folge durchgeführten logistischen Regression kann die Frage beleuchtet werden, mit welcher Wahrscheinlichkeit bestimmte Ereignisse eintreffen und welche Einflussgrößen diese Wahrscheinlichkeiten bestimmen (Backhaus et al. 2011). In dieser Arbeit ist das konkrete „Ereignis“ (abhängige Variable) die Therapeutenwahl, das heißt der vom Patienten gewählte Therapeut differenziert nach dessen Beruf (Psychologe oder Arzt). Als potentielle Einflussgrößen wurden die Variablen herangezogen, welche die äußeren Abhängigkeiten eines Patienten widerspiegeln (unabhängige Variablen), wie das Alter des Patienten, ob der Patient Kinder hat oder nicht, Familienstand, die Näherung des Wohnortes des Patienten

über den Praxisort, ob eine Herz-Kreislauf-Symptomatik besteht und der allgemeine Grad der aufgrund der psychiatrischen Grunderkrankung empfundenen körperlichen Einschränkungen (Hypothese 5).

Allgemein gesprochen, sind typische Anwendungen für die logistische Regression Fragestellungen, die untersuchen, wovon das Eintreten eines Ereignisses oder eines Zustandes bei Untersuchungsobjekten (wie Personen) abhängt bzw. wodurch das Eintreten beeinflusst wird. Es ist möglich, die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines bestimmten Ereignisses basierend auf mehreren Einflussgrößen zu modellieren. Das Ereignis oder der Zustand wird dann mit 1 kodiert. Das Gegenteil (also das Nichteintreten des Ereignisses oder des Zustandes) wird mit 0 kodiert. Im einfachsten Fall werden Komplementärereignisse betrachtet, deren Wahrscheinlichkeit sich in der Summe zu 1 ergänzen. Solche Variablen haben also nur zwei mögliche, sich ausschließende Ausprägungen, wie z.B. "das Ereignis tritt ein" ( $Y = 1$ ) und "das Ereignis tritt nicht ein" ( $Y = 0$ ). Die Einflussgrößen (unabhängige Variablen) können sowohl qualitativ als auch quantitativ sein.

Mit Hilfe des p-Wertes wurde bei dieser logistischen Regression ermittelt, welche Patientenvariable den größten Einfluss auf die Therapeutenwahl hat. Je kleiner der p-Wert, desto größer der Einfluss.

Die Odds Ratio (OR) wurde im Rahmen dieser logistischen Regression als ein Assoziationsmaß eingesetzt, welches eine Aussage über die Stärke des Zusammenhangs von zwei Merkmalen trifft. In diesem Falle sind die zwei Merkmale die abhängige Variable (Therapeutenberuf) und die unabhängige Variable (Patienteneigenschaften). Bei einem OR-Wert von 1 ist die Chance der Ausprägung der abhängigen Variablen identisch (Weiß 2005). So wäre die Chance einen Arzt oder Psychologen zu wählen bei jeweils 50 % und hätten so die gleichen Chancen. Liegt der OR-Wert über 1 besteht eine größere Chance, dass der Patient einen Psychologen als Therapeut wählt. Liegt der Wert unter 1 ist die Chance größer, dass der Patient einen Arzt wählt.

## 3 ERGEBNISSE

### 3.1 Beschreibung des Datensatzes

Der endgültige Datensatz umfasst Daten von insgesamt 1009 Personen bzw. Beobachtungseinheiten. Zu jeder Person existieren im Idealfall 88 Variablen. Für einige Personen fehlen Angaben zu bestimmten Variablen („missing values“). Diese missing values resultieren daraus, dass die Informationen über die Patientenvariablen direkt aus den Anträgen auf Kostenübernahme einer ambulanten Psychotherapie des entsprechenden Patienten entnommen wurden. Falls im Antrag auf Kostenübernahme zu bestimmten Informationen keine Angaben gemacht wurden, gibt es zu der entsprechenden Variablen keine Angaben. Weitere spezifischere Gründe für das Fehlen von Informationen bestimmter Variablen, werden im Rahmen der Auswertung der einzelnen Variablen benannt.

Der verwendete Datensatz enthält 13 soziodemografische Variablen, 14 klinische Variablen, 4 Variablen mit Angaben zum Therapeuten, 33 Variablen zur Familiengese des Patienten, 13 Variablen zur Stellungnahme des Obergutachters, 2 Variablen zur Einschätzung des Obergutachters, 4 Variablen zum BSS-Rating, 5 Variablen für Ergänzungen des Obergutachters. So existieren im Idealfall insgesamt 88 Variablen zu jeder Beobachtungseinheit bzw. Person.

Jeder Person wurde eine spezifische Identifikationsnummer („Patienten-Chiffre“) zugeordnet, um doppelte Fälle zu verhindern bzw. herauszufiltern. Jedoch gibt es für die Variable der Patienten-Chiffre 58 „missing values“, d.h. für 58 Personen wurde keine Identifikationsnummer erstellt. Durch Betrachtung der Variablen „Jahrgang“ und „Geschlecht“ ist für diese 58 Fälle ein doppeltes Vorkommen jedoch auszuschließen. Darüber hinaus treten im restlichen Datensatz 3 Beobachtungseinheiten doppelt auf. Diese 3 Personen stellen 0,3 % der gesamten Beobachtungseinheiten dar, sodass hierdurch von keiner signifikanten Verfälschung der Ergebnisse durch Dopplung dieser 3 Personen auszugehen ist.

Im Folgenden werden die soziodemografischen Daten und die Berechnungen der zur Bearbeitung der Hypothesen relevanten Variablen präsentiert.

## 32 Soziodemografische Daten

### 3.2.1 Alter

In Abbildung 1 wird die Altersverteilung der Patienten wiedergegeben. Das mittlere Lebensalter der dokumentierten Patienten lag bei 43,5 Jahren mit einer Standardabweichung von 11,71 Jahren. Der Altersrange erstreckte sich hierbei von 18 bis 80 Jahren, sodass sich eine Altersspannweite von 62 Jahren zeigte.

Wenn man das Patientenalter, wie in Tabelle 1 dargestellt, in Bezug auf die Therapeutenwahl betrachtet, zeigen sich die mittleren Alter der Patientengruppen eines Psychologen und eines Arztes unterschiedlich. So waren die Patienten der ärztlichen Psychotherapeuten im Mittel 44,9 Jahre und die Patienten der psychologischen Psychotherapeuten 42,0 Jahre alt. Mit Hilfe des T-Testes lässt sich ein signifikanter Unterschied ( $p=0,000$ ) bezüglich des Patientenalters und der Therapeutenwahl nachweisen. So sind die Patienten eines ärztlichen Psychotherapeuten signifikant älter als die Patienten eines psychologischen Psychotherapeuten.

Tab. 1: Patientenalter und Therapeutenwahl

<b>Therapeuten-beruf</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>%</b>	<b>m</b>	<b>s</b>	<b>t</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
<b>Arzt</b>	536	53,40 %	44,9	11,6	3,92	979,19	0,000
<b>Psychologe</b>	468	46,60 %	42,0	12,7			

Tab. 1

m: Mittelwert, s: Standardabweichung, t: t-Test, df: Freiheitsgrade, p: p-Wert

Abb. 1: Altersverteilung der Patienten

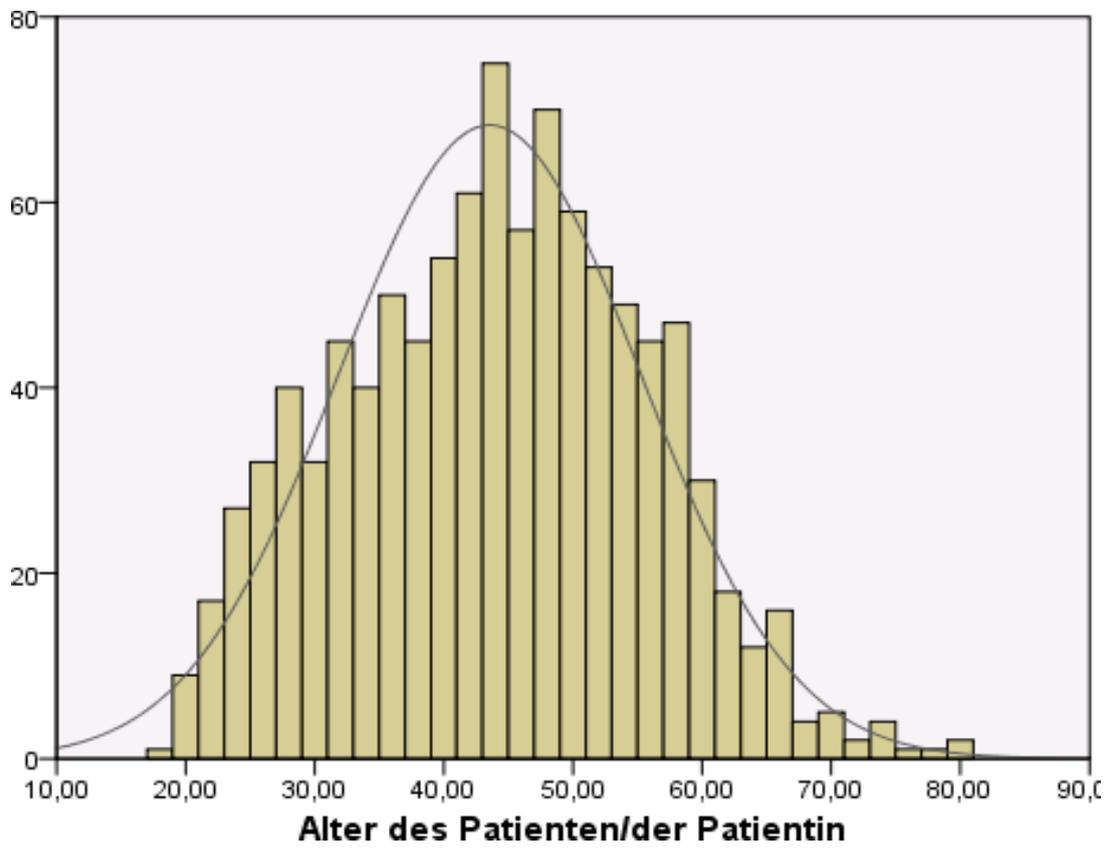


Abb. 1

### 3.2.2 Patienten - Geschlecht

Tabelle 2 gibt die Geschlechterverteilung der Patienten wieder. 743 Personen (73,7 %) waren weiblichen Geschlechts und 265 Personen (26,3 %) waren männlichen Geschlechts. Bei einem Patienten gab es keine Angabe zum Geschlecht. Wie in Tabelle 3 ersichtlich ist, waren Frauen zu 52,1 % (387) beim Arzt und zu 47,9 % (356) beim Psychologen in Behandlung. Männer wurden in 57,0 % (151) der Fälle von einem Arzt und zu 43,0 % (114) von einem Psychologen betreut.

Die Wahrscheinlichkeit einen Arzt oder Psychologen als Therapeuten zu wählen, zeigt keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf das Patientengeschlecht ( $p=0,170$ ). So hängt die berufsspezifische Therapeutenwahl nicht signifikant vom Geschlecht des Patienten ab.

Tab. 2: Geschlecht des Patienten

<b>Geschlecht – Patient</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
<b>weiblich</b>	743	73,7 %
<b>männlich</b>	265	26,3 %
<b>gesamt</b>	1008	100 %

Tab. 2

Tab. 3: Geschlecht des Patienten und Therapeutenwahl

<b>Geschlecht - Patient</b>	<b>Arzt</b>	<b>Psychologe</b>	<b>gesamt</b>	Chi <sup>2</sup> =1,88  p=0,170
<b>männlich</b>	57,0 % 151	43,0 % 114	100 % 265	
<b>weiblich</b>	52,1 % 387	47,9 % 356	100 % 743	
<b>gesamt</b>	53,4 % 538	46,6 % 470	100 % 1008	

Tab. 3

### 3.2.3 Familienstand der Patienten

Tabelle 4 gibt die Häufigkeiten und Prozentpunkte in Bezug auf die Variable Familienstand der Patienten wieder. 373 (37 %) der Patienten gaben an ledig zu sein, 321 (31,8 %) waren verheiratet, 65 (6,4 %) getrennt lebend, 114 (11,3 %) waren geschieden, 29 (2,9 %) waren verwitwet, 46 (4,6 %) waren wiederverheiratet und 15 (1,5 %) Patienten gaben an mehrfach geschieden zu sein. Bei 46 (4,6 %) Personen gab es entweder keine Angaben zum Familienstand oder es wurden mehrere Möglichkeiten angekreuzt, sodass der eindeutige aktuelle Familienstand nicht zu ermitteln war.

Die Berechnung einer möglichen Abhängigkeit der Therapeutenwahl von dem Familienstand ledig und verheiratet eines Patienten wird im Kapitel 3.7 „Hypothese 5“ präsentiert.

Tab. 4: Familienstand

<b>Familienstand</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
<b>ledig</b>	373	37 %
<b>verheiratet</b>	321	31,8 %
<b>getrennt lebend</b>	65	6,4 %
<b>geschieden</b>	114	11,3 %
<b>verwitwet</b>	29	2,9 %
<b>wieder- verheiratet</b>	46	4,6 %
<b>mehrfach geschieden</b>	15	1,5 %
<b>nicht klärbar</b>	46	4,6 %
<b>gesamt</b>	1009	100 %

Tab. 4

### 3.2.4 Abitur

Tabelle 5 zeigt, dass der höchste Schulabschluss der Patienten in 442 Fällen (43,8 %) das Abitur/Fachabitur war. 419 (41,5 %) Patienten hatten kein Abitur gemacht und für 148 Personen waren im Antrag auf Kostenübernahme keine Informationen zum höchsten Schulabschluss der jeweiligen Person zu entnehmen.

Tabelle 6 macht deutlich, dass 226 (51,1 %) der Patienten mit Abitur bei einem Arzt in Behandlung waren und 216 (48,9 %) bei einem Psychologen. 53,5 % (224) der Patienten ohne Abitur ließen sich von einem Arzt behandeln und 46,5 % (195) von einem Psychologen.

Für den Einfluss des Abiturs als höchsten Schulabschluss auf die Wahl des Therapeuten ist der Chi<sup>2</sup>-Test nicht signifikant ( $p=0,494$  /  $\text{Chi}^2=0,47$ ). Es gibt also keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Therapeutenwahl, in Abhängigkeit vom Abitur als höchsten Schulabschluss eines Patienten.

Tab.5: Abitur

<b>Abitur</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
<b>ja</b>	442	51,3 %
<b>nein</b>	419	48,7 %
<b>gesamt</b>	861	100 %

Tab. 5

Tab. 6: Abitur und Therapeutenwahl

<b>Abitur</b>	<b>Arzt</b>	<b>Psychologe</b>	<b>gesamt</b>	
<b>ja</b>	51,1 % 226	48,9 % 216	100 % 442	Chi <sup>2</sup> =0,47  p=0,494
<b>nein</b>	53,5 % 224	46,5 % 195	100 % 419	
<b>gesamt</b>	52,3 % 450	47,7 % 411	100 % 861	

Tab. 6

### 3.2.5 Geschlecht – Therapeut

Zu jedem der 1009 Patienten gibt es insgesamt vier Variablen mit Angaben zu dem jeweiligen Therapeuten. Diese Variablen beinhalten unter anderem das Geschlecht und den Therapeutenberuf.

Tabelle 7 zeigt, dass von den Therapeuten 635 (63,1 %) weiblich und 366 (36,4 %) männlich waren. Zu acht Therapeuten gab es keine Angaben zum Geschlecht.

Tabelle 8 zeigt eine genauere geschlechterspezifische Aufteilung bezüglich der zwei Berufsgruppen Arzt und Psychologe. Innerhalb der Ärzteschaft waren 306 (57,4 %) Frauen und 227 (42,6 %) Männer vertreten. Unter den Psychologen gab es 329 (70,3 %) weibliche und 139 (29,7 %) männliche Therapeuten. Hier ergibt sich ein signifikanter Unterschied bezüglich des Geschlechts und der Profession eines Therapeuten. Unter den Psychologen gibt es signifikant mehr Frauen als unter den ärztlichen Therapeuten.

Tab.7: Geschlecht - Therapeut

<b>Geschlecht- Therapeut</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
<b>weiblich</b>	635	63,4 %
<b>männlich</b>	366	36,6 %
<b>gesamt</b>	1001	100 %

Tab. 7

Tab. 8: Therapeutengeschlecht und Therapeutenberuf

<b>Geschlecht</b>	<b>Arzt</b>	<b>Psychologe</b>	<b>gesamt</b>	Chi <sup>2</sup> =18,07  p=0,000
<b>weiblich</b>	57,1 % 306	70,0 % 329	63,1 % 635	
<b>männlich</b>	42,4 % 227	29,6 % 139	36,4 % 366	
<b>nicht angegeben</b>	0,6 % 3	0,4 % 2	0,5 % 5	
<b>gesamt</b>	100 % 536	100 % 470	100 % 1006	

Tab. 8

### 3.2.6 Therapeutenberuf

Unter den antragsstellenden Therapeuten waren 538 (53,3 %) Ärzte und 471 (46,7 %) Psychologen, wie in Tabelle 9 dargestellt. So sind die zwei verschiedenen Berufsgruppen, Arzt und Psychologe, relativ ausgeglichen vertreten.

Tab. 9: Therapeutenberuf

<b>Beruf</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
<b>Arzt</b>	538	53,3 %
<b>Psychologe</b>	471	46,7 %
<b>gesamt</b>	1009	100 %

Tab. 9

Wenn man die Berufsgruppen nun weiter aufschlüsselt, ergibt sich folgendes Bild. Aus der Tabelle 10 ist zu entnehmen, dass 249 (24,7 %) Therapeuten Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 129 (12,8 %) Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und 146 (14,5 %) Fachärzte anderer Ausrichtung waren. 11 (1,1 %) Therapeuten waren ärztliche Ausbildungskandidaten. 313 (31,0%) waren Psychologen, ausgebildet in tiefenpsychologisch fundierten Verfahren und 129 (12,8 %) waren Psychologen, ausgebildet in analytischen Psychotherapieverfahren. 25 (2,5 %) der Therapeuten gaben an psychologische Ausbildungskandidaten zu sein. Zu einem Therapeuten gab es keine genaueren Angaben bezüglich seiner Ausbildung.

Tab. 10: Therapeutenberuf detailliert

<b>Beruf</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
<b>FA „psychosomatische Medizin und Psychotherapie“</b>	249	24,7 %
<b>FA „Psychiatrie und Psychotherapie“</b>	129	12,8 %
<b>anderer FA</b>	146	14,5 %
<b>Arzt Ausbildungskandidat</b>	11	1,1 %
<b>Psychologe TFP</b>	313	31,0 %
<b>Psychologe AP</b>	129	12,8 %
<b>Psychologe Ausbildungskandidat</b>	25	2,5 %
<b>Berufsgruppe nicht klärbar</b>	6	0,6 %
<b>gesamt</b>	1008	100 %

Tab. 10

### 3.2.7 Zusatzbezeichnung/Weiterbildungsqualifikation der Therapeuten

Zu insgesamt 357 (35,4 %) Therapeuten bietet der Antrag auf Kostenübernahme Angaben über eine Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse der Therapeuten. Diese Zusatzbezeichnungen können ausschließlich Mediziner im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Ausbildung erlangen. In Tabelle 11 wird deutlich, dass insgesamt 66,3 % (357) der Ärzte eine der beiden Zusatzbezeichnungen hatte. 44,2 % (238) gaben an „Psychotherapie“ und 22,1 % (119) gaben an „Psychoanalyse“ als Zusatzbezeichnung zu haben.

Tabelle 12 zeigt, dass 66,5 % (313) der Psychologen angaben, an eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie-Ausbildung absolviert zu haben. 27,4 % (129) hatten eine Ausbildung für analytische Psychotherapie.

Tab.11: Zusatzbezeichnung Ärzte

<b>Zusatzbezeichnung Ärzte</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
<b>Psychotherapie</b>	238	44,2 %
<b>Psychoanalyse (PSA)</b>	119	22,1 %
<b>gesamt</b>	357	66,3 %

Tab. 11

Tab.12: Weiterbildungsqualifikation Psychologen

<b>Weiterbildungsqualifikation Psychologen</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
<b>tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TFP)</b>	313	66,5 %
<b>analytische Psychotherapie (AP)</b>	129	27,4 %
<b>Gesamt</b>	442	93,9 %

Tab. 12

### 3.3 Hypothese1

#### 3.3.1 Praxisort

Tabelle 13 zeigt, dass sich für 25 (2,5 %) Personen der Praxisort auf dem Lande befand, bei 67 (6,6 %) Patienten war er in einer Stadt mit weniger als 10.000 Einwohnern gelegen. 329 (32,6 %) Patienten wurden in einer Stadt mit 10.000 bis 100.000 Einwohnern therapiert und 587 (58,2 %) Patienten in einer Stadt mit mehr als 100.000 Einwohnern. Als Land wird hier, entsprechend des deutschen Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung, eine Stadt oder Gemeinde mit weniger als 5.000 Einwohnern betitelt. Von den 25 Personen, deren Praxisort sich auf dem Land befand, befanden sich 16 (64,0 %) in ärztlicher und 9 (36,0 %) in psychologischer Behandlung. In den Städten mit unter 10.000 Einwohnern verteilten sich die Patienten zu 58,2 % (39) auf Ärzte und 41,8 % (28) auf Psychologen. Von den Patienten, die in Städten mit 10.000 bis 100.000 Einwohnern therapiert wurden, gingen 202 (61,4 %) zum Arzt und 127 (38,6 %) zum Psychologen. In den Großstädten (Stadt > 100.000 Einwohner) gingen 281 (47,9 %) zum Arzt und 306 (52,1 %) zum Psychologen. Hier zeigt sich eine deutliche Differenz bezüglich der Therapeutenwahl zwischen Patienten, die auf dem Lande therapiert wurden und Patienten, welche in einer Großstadt therapiert wurden. Es zeigt sich eine Differenz von 16,1 Prozentpunkten in der Verteilung auf die Berufsgruppen der Therapeuten. So gehen in der Großstadt 16,1 % mehr Menschen zum Psychologen, als in ländlichen Gebieten und umgekehrt gehen 16,1 % mehr Menschen in ländlichen Gebieten zum ärztlichen Psychotherapeuten als in der Großstadt. Um dieses Phänomen genauer zu betrachten und in die spätere logistische Regression einfließen zu lassen, wurde eine neue Berechnung mit zwei zusammengefassten Patientengruppen veranlasst (Tabelle 14). Zum einen die Großstadtbevölkerung mit Praxisorten über 100.000 Einwohnern und die restlichen Patienten mit Praxisorten mit weniger als 100.000 Einwohnern. Hier wurde eine Differenzierung zwischen Kleinstädtern und Großstädtern vorgenommen, um Hypothese 1 näher beleuchten zu können (in der Annahme, dass in Kleinstädten bis 100.000 Einwohnern durch ein

geringeres Maß an Anonymität eine stärkere soziale Kontrolle herrscht als in Großstädten).

Zwischen den Patienten, die sich in einer Großstadt behandeln ließen und den restlichen Patienten ist ein Unterschied in Bezug auf die Therapeutenwahl zu beobachten. So gingen „Großstadt-Patienten“ signifikant ( $p=0,001$ ) weniger häufig zum Arzt als Patienten in Städten mit weniger als 100.000 Einwohnern und stattdessen signifikant häufiger zum Psychologen als „Nicht-Großstadt-Patienten“.

Damit ist die Wahrscheinlichkeit eines „Großstadt-Patienten“ höher zu einem Psychologen zu gehen als für die restlichen Patienten. Für die „Nicht-Großstadt-Patienten“ verhält es sich andersherum. Sie haben eine signifikant größere Wahrscheinlichkeit von einem Arzt behandelt zu werden als ein „Großstadt-Patient“.

Tab. 13: Praxisort und Therapeutenwahl

Praxisort	Arzt	Psychologe	gesamt	
Land	64,0 % 16	36,0 % 9	100 % 25	Chi <sup>2</sup> =17,42  p=0,001
Stadt <10.000 Einw.	58,2 % 39	41,8 % 28	100 % 67	
Stadt 10.000 bis 100.000 Einw.	61,4 % 202	38,6 % 127	100 % 329	
Stadt >100.000 Einw.	47,9 % 281	52,1 % 306	100 % 587	
gesamt	53,8 % 538	46,6 % 470	100 % 1008	

Tab. 13

Tab.14: Praxisort und Therapeutenwahl vereinfacht

Praxisort	Arzt	Psychologe	gesamt	
Nicht- Großstadt (<100.000)	61,0 % 257	39,0 % 164	100 % 421	Chi <sup>2</sup> =17,10  p=0,000
Großstadt (>=100.000)	47,9 % 281	52,1 % 306	100 % 587	
gesamt	53,4 % 538	46,6 % 470	100 % 1008	

Tab. 14

## 3.4 Hypothese 2

Teil der gutachterlichen Stellungnahme bezüglich des Antrags auf Kostenübernahmen ist das BSS-Rating. Dieses Rating beinhaltet drei Subskalen, eine zur Beurteilung des Vorliegens einer psychogen bedingten körperlichen Symptomatik sowie eine Subskala zur psychischen und eine zur sozialkommunikativen Symptomatik. Die Beurteilung erfolgt auf Grundlage der im Therapeutenbericht gemachten Angaben zur Symptomatik sowie der zusätzlich zugänglichen Informationen aus Arzt- und Klinikberichten. Zur Bearbeitung der Hypothese 2 wird ausschließlich die Subskala zur psychogen bedingten körperlichen Symptomatik betrachtet.

### 3.4.1 BSS – körperlich

Der körperliche Teil des BSS-Ratings zeigt mit Hilfe der logistischen Regression eine Signifikanz der Therapeutenwahl in Zusammenhang mit dem körperlichen Zustand des Patienten ( $p=0,000$ ,  $\text{Exp}(B)=0,774$ ). Hier zeigt sich, dass je höher der BSS-Wert ist, und somit der Grad an körperlicher Einschränkung, auch die Wahrscheinlichkeit steigt, sich als Patient einen Arzt als Therapeuten zu suchen. Je kleiner der BSS-Wert und somit die körperliche Beeinträchtigung ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient von einem Psychologen therapiert wird.

Tabelle 15 zeigt, dass Patienten mit einem gutachterlichen BSS-Rating von „0“, d.h. ohne vorliegende körperliche Beeinträchtigung, zu 46,9 % (67) in ärztlicher und zu 53,1 % (76) in psychologischer Behandlung waren. Patienten mit einem BSS-Rating von „1“, sprich geringfügiger körperlicher Beeinträchtigung, waren in 133 Fällen (49,6 %) bei Ärzten und in 135 (50,4 %) Fällen bei Psychologen in Behandlung. Patienten mit einem Rating von „2“, deutlicher körperlicher Beeinträchtigung, wurden in 262 Fällen (53,1 %) von einem Arzt und in 231 Fällen (46,9 %) von einem Psychologen therapiert. Ein BSS-Ranking von „3“, das heißt starke körperliche Beeinträchtigung, wurde in 71 Fällen (72,4 %) bei Patienten in ärztlicher Behandlung und in 27 Fällen (27,6 %) bei Patienten in psychologisch-psychotherapeutischer Behandlung vergeben. Das höchstmögliche körperliche BSS-Rating von „4“, sprich

mit extremer körperlicher Beeinträchtigung, zeigten lediglich 4 (66,7 %) Patienten ärztlicher und 2 Patienten (33,3 %) psychologischer Therapeuten.

Um ein deutlicheres Bild der schwer körperlich beeinträchtigten Patienten zu gewinnen, wurde die Variable „BSS-Rating körperlich“ wie folgt zusammengefasst. Die Patienten mit starker und extremer Beeinträchtigung (BSS-Wert 3-4) wurden in eine Gruppe und die Patienten mit keiner bis deutlicher Beeinträchtigung (BSS-Wert 0-2) in eine zweite Gruppe zusammengefasst. In Tabelle 16 wird deutlich, dass Patienten mit einer starken bis extremen Beeinträchtigung (BSS-Wert 3-4) mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit von einem Arzt behandelt werden. Patienten mit keiner bis deutliche Beeinträchtigung (BSS-Wert 0-2) haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit zu einem Psychologen zu gehen (p-Wert=0,000, Chi<sup>2</sup>-Wert=16,54). So ließen sich 75 (72,1 %) der Patienten mit starken bis extremen Beeinträchtigungen von einem Arzt und 29 (27,9 %) von einem Psychologen behandeln. Von den Patienten mit keinen bis deutlichen Beeinträchtigungen gingen 462 (51,1 %) zum Arzt und 442 (48,9 %) zum Psychologen.

Tab. 15: BSS-körperlich und Therapeutenwahl detailliert

<b>BSS-körperlich</b>	<b>Arzt</b>	<b>Psychologe</b>	<b>gesamt</b>	
<b>0 keine Beeinträchtigung</b>	46,9 % 67	53,1 % 76	100 % 143	p=0,000  Exp(B)=0,774  KI(95%)= 0,670-0,893
<b>1 geringfügige Beeinträchtigung</b>	49,6 % 133	50,4 % 135	100 % 268	
<b>2 deutliche Beeinträchtigung</b>	53,1 % 262	46,9 % 231	100 % 493	
<b>3 starke Beeinträchtigung</b>	72,4 % 71	27,6 % 27	100 % 98	
<b>4 extreme Beeinträchtigung</b>	66,7 % 4	33,3 % 2	100 % 6	
<b>gesamt</b>	53,3 % 537	46,7 % 471	100 % 1008	

Tab. 15 Exp(B)= Regressionskoeffizient ; KI= Konfidenzintervall

Tab. 16: BSS-körperlich und Therapeutenwahl vereinfacht

<b>BSS-körperlich</b>	<b>Arzt</b>	<b>Psychologe</b>	<b>gesamt</b>	
<b>0 – 2 keine bis deutliche Beeinträchtigung</b>	51,1 % 462	48,9 % 442	100 % 904	Chi <sup>2</sup> =16,54  p=0,000
<b>3 – 4 starke bis extreme Beeinträchtigung</b>	72,1 % 75	27,9 % 29	100 % 104	
<b>gesamt</b>	53,3 % 537	46,7 % 471	100 % 1008	

Tab. 16

### 3.5 Hypothese 3

#### 3.5.1 Psychische Symptomatik

In Tabelle 17 ist die mögliche psychische Symptomatik eines Patienten in Bezug auf den Therapeutenberuf dargestellt. Die Patienten mit einer psychischen Symptomatik wurden zu 52,7 % (499) von einem Arzt und zu 47,3 % (448) von einem Psychologen behandelt. Patienten ohne eine solche psychische Symptomatik ließen sich zu 62,9 % (39) vom Arzt und zu 37,1 % (23) vom Psychologen behandeln. Der Chi<sup>2</sup>-Test (p=0,118) zeigt, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen der psychischen Symptomatik eines Patienten und dem Beruf seines Therapeuten bzw. seiner Therapeutenwahl besteht.

Tab. 17: psychische Symptomatik und Therapeutenwahl

<b>psychische Symptomatik</b>	<b>Arzt</b>	<b>Psychologe</b>	<b>gesamt</b>	
<b>ja</b>	52,7 % 499	47,3 % 448	100 % 947	Chi <sup>2</sup> =2,44  p=0,118
<b>nein</b>	62,9 % 39	37,1 % 23	100 % 62	
<b>gesamt</b>	53,3 % 538	46,7 % 471	100 % 1009	

Tab. 17

Zwei der häufigsten psychischen Erkrankungen (Angst und Depression) werde ich im Folgenden näher beleuchten, da jeweils über 50 % der Patienten dieser Studie angaben, an einer Angstsymptomatik und/oder an einer Depression zu leiden. Alle weiteren weniger häufig auftretenden psychischen Erkrankungen werden in der Variablen „andere psychischen Erkrankungen“ zusammengefasst.

#### Angst

Betrachtet man die psychische Symptomatik der Angst gesondert, zeigt sich, dass 276 (53,9 %) Angstpatienten zu einem Arzt und 236 (46,1 %) zu einem Psychologen gingen (Tab.18). Patienten ohne eine Angstsymptomatik ließen sich zu 52,7 % (262) von einem Arzt und zu 47,3 % (235) von einem Psychologen behandeln.

Der Chi<sup>2</sup>-Test (p=0,705) zeigt, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Angstsymptomatik des Patienten und dessen Therapeutenwahl gibt.

Tab. 18: ängstliche Symptomatik und Therapeutenwahl

<b>Angst</b>	<b>Arzt</b>	<b>Psychologe</b>	<b>gesamt</b>	
<b>ja</b>	53,9 % 276	46,1 % 236	100 % 512	Chi <sup>2</sup> =0,14  p=0,705
<b>nein</b>	52,7 % 262	47,3 % 235	100 % 497	
<b>gesamt</b>	53,3 % 538	46,7 % 471	100 % 1009	

Tab. 18

### Depression

Bei gesonderter Betrachtung der psychischen Symptomatik „Depression“ in Tabelle 19 kann beschrieben werden, dass sich von den depressiven Patienten 354 (50,8 %) von einem Arzt und 343 (49,2 %) von einem Psychologen behandeln ließen (Tab. 19). Patienten ohne eine depressive Symptomatik ließen sich zu 59 % (184) von einem Arzt und 41 % (128) von einem Psychologen behandeln. Der Chi<sup>2</sup>-Test (p=0,016) zeugt hier von einem signifikanten Zusammenhang zwischen einer depressiven Symptomatik und dem Therapeutenberuf. So besteht für einen Patienten ohne Depressionen eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit sich von einem Arzt behandeln zu lassen als ein Patient mit einer depressiven Symptomatik. Anders herum haben Patienten mit einer depressiven Symptomatik eine höhere Wahrscheinlichkeit sich von einem Psychologen behandeln zu lassen als Patienten ohne diese.

Tab. 19: depressive Symptomatik und Therapeutenwahl

<b>Depression</b>	<b>Arzt</b>	<b>Psychologe</b>	<b>gesamt</b>	
<b>ja</b>	50,8 % 354	49,2 % 343	100 % 697	Chi <sup>2</sup> =5,80  p=0,016
<b>nein</b>	59,0 % 184	41,0 % 128	100 % 312	
<b>gesamt</b>	53,3 % 538	46,7 % 471	100 % 1009	

Tab. 19

## Andere psychische Symptomatik

Patienten mit anderer psychischer Symptomatik als Depression und Angst, verteilen sich wie folgt auf die Therapeuten. Tabelle 20 zeigt, dass sich von den Patienten mit anderer psychischer Symptomatik 78 (52,3 %) bei einem Arzt und 71 (47,7 %) bei einem Psychologen wiederfanden. Patienten ohne eine andere psychische Symptomatik gingen zu 53,5 % (460) zum Arzt und zu 46,5 % (400) zum Psychologen.

Der Chi<sup>2</sup>-Test (p=0,797) zeigt, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen einer anderen psychischen Symptomatik außer Depression und Angst und der Therapeutenwahl eines Patienten gibt.

Tab. 20: andere psychische Symptomatik und Therapeutenwahl

<b>andere psychische Symptomatik</b>	<b>Arzt</b>	<b>Psychologe</b>	<b>gesamt</b>	
<b>nein</b>	53,5 % 460	46,5 % 400	100 % 860	Chi <sup>2</sup> =0,07  p=0,797
<b>ja</b>	52,3 % 78	47,7 % 71	100 % 149	
<b>gesamt</b>	53,3 % 538	46,7 % 471	100 % 1009	

Tab. 20

### 3.5.2 funktionell-psychosomatische Symptomatik

Als funktionell-psychosomatische Erkrankungen wurden im Dokumentationssystem Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-, Magen-Darm-Erkrankungen, Schmerzsymptomatik und andere funktionell-psychosomatische Krankheiten gezählt.

Tabelle 21 zeigt, die Verteilung der Patienten mit oder ohne funktionell-psychosomatischer Symptomatik auf die Therapeutenberufe. 441 (54,4 %) Personen wurden von einem Arzt und 369 (45,6 %) von einem Psychologen behandelt. Patienten ohne funktionell-psychosomatische Symptomatik gingen in 48,7 % (97) der Fälle zu einem Arzt und in 51,3 % (102) der Fälle zu einem Psychologen. Der Chi<sup>2</sup>-Wert (p=0,149) zeigte jedoch keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer funktionell-psychosomatischen Symptomatik eines Patienten und seiner Therapeutenwahl.

Tab. 21: funktionell-psychosomatische Symptomatik und Therapeutenwahl

<b>funktionell-psychosomatische Symptomatik</b>	<b>Arzt</b>	<b>Psychologe</b>	<b>gesamt</b>	Chi <sup>2</sup> =2,09  p=0,149
<b>ja</b>	54,4 % 441	45,6 % 369	100 % 810	
<b>nein</b>	48,7 % 97	51,3 % 102	100 % 199	
<b>gesamt</b>	53,3 % 538	46,7 % 471	100 % 1009	

Tab. 21

In den folgenden Tabellen (Tabelle 22 und 23) werden die häufigsten funktionell-psychosomatischen Krankheitsbilder Herz-Kreislauf- und Magen-Darm-Symptomatik einzeln betrachtet.

#### Herz-Kreislauf-Symptomatik

Tabelle 22 zeigt, dass sich Patienten mit Herz-Kreislauf-Problematik zu 67,8 % (82) von einem Arzt und zu 32,2 % (39) von einem Psychologen behandeln ließen. Patienten ohne Herz-Kreislauf-Problematik teilten sich wesentlich gleichmäßiger auf

die beiden Berufsgruppen auf. So waren 51,2 % (454) der Patienten ohne Herz-Kreislauf-Symptomatik bei einem Arzt und 48,8 % (432) waren bei einem Psychologen in Behandlung. Hier zeigt sich eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für Patienten mit Herz-Kreislauf-Symptomatik von einem Arzt behandelt zu werden als für einen Patienten ohne eine solche Herz-Kreislauf-Symptomatik ( $p=0,002$ ,  $\text{Chi}^2=12,60$ ). Es gibt also einen signifikanten Zusammenhang einer vorhandenen oder nicht vorhandenen Herz-Kreislauf-Symptomatik und dem Beruf des behandelnden Therapeuten.

Tab. 22: Herz-Kreislauf-Symptomatik und Therapeutenwahl

<b>Herz-Kreislauf</b>	<b>Arzt</b>	<b>Psychologe</b>	<b>gesamt</b>	
<b>ja</b>	67,8 % 82	32,2 % 39	100 % 121	Chi <sup>2</sup> =12,60  p=0,002
<b>nein</b>	51,2 % 454	48,8 % 432	100 % 886	
<b>gesamt</b>	53,3 % 536	46,7 % 471	100 % 1007	

Tab. 22

### Magen-Darm-Symptomatik

Patienten mit einer Magen-Darm-Symptomatik ließen sich, wie Tabelle 23 zeigt, zu 61,0 % (83) von einem Arzt und zu 39,0 % (53) von einem Psychologen behandeln. Patienten ohne eine solche Magen-Darm-Symptomatik wurden in 455 (52,1 %) der Fälle von Ärzten und in 418 (47,9 %) der Fälle von Psychologen betreut.

Der Chi<sup>2</sup>-Test ergab keinen signifikanten Zusammenhang zwischen einer Magen-Darm-Symptomatik des Patienten und der Berufsgruppe des behandelnden Therapeuten ( $p=0,053$ ,  $\text{Chi}^2=3,76$ ). Da hier der p-Wert das Signifikanzniveau von  $p=0,05$  nur knapp verfehlt, kann dennoch die Tendenz festgestellt werden, dass Patienten mit einer Magen-Darm-Symptomatik eine größere Chance haben zum Arzt zu gehen als Patienten ohne eine Magen-Darm-Symptomatik.

Diese Tabelle kann jedoch den Verdacht nicht ausräumen, dass die Aufteilung der Patienten auf die jeweiligen Therapeuten nicht doch vom Zufall getragen ist.

Tab. 23: Magen-Darm-Symptomatik und Therapeutenwahl

<b>Magen-Darm</b>	<b>Arzt</b>	<b>Psychologe</b>	<b>gesamt</b>	
<b>ja</b>	61,0 % 83	39,0 % 53	100 % 136	Chi <sup>2</sup> =3,76  p=0,053
<b>nein</b>	52,1 % 455	47,9 % 418	100 % 873	
<b>gesamt</b>	53,3 % 538	46,7 % 471	100 % 1009	

Tab. 23

### 3.5.3 Krankheitsstadium

Tabelle 24 gibt den Therapeutenberuf in Abhängigkeit vom Krankheitsstadium des Patienten wieder. Hier ist ebenfalls zu bemerken, dass zu der Variablen des Krankheitsstadiums ungewöhnlich viele missing values existieren. Insgesamt gibt es nur für 197 Beobachtungseinheiten bzw. Patienten mit Angaben zum Krankheitsstadium. Dies ist damit zu begründen, dass die Variable „Krankheitsstadium“ nicht von Beginn an im Dokumentationssystem erfasst und erst zu einem späteren Stadium hinzugefügt wurde.

Dennoch kann man der Tabelle 24 entnehmen, dass das Stadium der Erkrankung, für die Wahl des Therapeuten eine wichtige Rolle spielt ( $p=0,007$ ,  $\chi^2=7,20$ ). Patienten mit einer akuten Erkrankung ließen sich in 65,9 % (58) der Fälle von einem Arzt und in 34,1 % (30) der Fälle von einem Psychologen behandeln. Patienten mit rezidivierenden oder chronischen Erkrankungen begaben sich zu 46,8 % (51) in ärztliche und in 53,2 % (58) in psychologische Behandlung. Diese Analyse zeigt, dass sich akut erkrankte Patienten signifikant häufiger in ärztliche Behandlung begaben als Patienten mit rezidivierenden oder chronischen Erkrankungen. Umgekehrt begaben sich Patienten mit chronischen oder rezidivierenden Erkrankungen signifikant häufiger in psychologische Behandlung als Patienten mit akuten Krankheitsbildern. So haben Patienten in einem akuten Krankheitsstadium eine höhere Wahrscheinlichkeit sich einen Arzt als Therapeuten zu suchen, als Patienten in einem chronisch-rezidivierenden Krankheitsstadium. Patienten in einem chronisch-rezidivierenden Krankheitsstadium wiederum haben eine höhere Wahrscheinlichkeit sich in psychologische Behandlung zu begeben als Patienten in einem akuten Krankheitsstadium. Der Zusammenhang der Variablen Krankheitsstadium und Therapeutenberuf erwies sich als signifikant.

Tab. 24: Krankheitsstadium und Therapeutenwahl

<b>Krankheitsstadium</b>	<b>Arzt</b>	<b>Psychologe</b>	<b>gesamt</b>	
<b>akut</b>	65,9% 58	34,1% 30	100% 88	Chi <sup>2</sup> =7,20  p=0,007
<b>rezidivierend, chronisch</b>	46,8% 51	53,2% 58	100% 109	
<b>gesamt</b>	55,3% 109	44,7% 88	100% 197	

Tab. 24

## 36 Hypothese 4

### 3.6.1 somatische Erkrankungen

Als somatische Krankheiten wurden das Vorliegen eines metabolischen Syndroms, einer koronaren Herzkrankheit (METS/KHK), einer Tumorerkrankung (CA), einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) oder anderer schwerer somatischer Erkrankungen dokumentiert. Im Folgenden werden die Begriffe wie oben genannt abgekürzt.

Tabelle 25 stellt den Therapeutenberuf in Abhängigkeit von dem Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein einer somatischen Erkrankung des Patienten dar. Hier zeigt sich, dass 53,8 % (203) der somatisch erkrankten Patienten bei einem Arzt und 46,2 % (174) bei einem Psychologen in Behandlung waren. Die nicht-somatisch erkrankten Patienten verteilten sich mit 224 (53,1 %) Personen auf ärztliche Therapeuten und mit 295 (46,9 %) Personen auf psychologische Therapeuten. Der Zusammenhang zwischen somatischen Begleiterkrankungen allgemein und dem Beruf des Therapeuten, erwies sich als nicht signifikant ( $p=0,818$ ,  $\text{Chi}^2=0,05$ ). Die Wahrscheinlichkeit der beiden Patientengruppen sich von einem Arzt oder Psychologen behandeln zu lassen erwies sich als annähernd gleich.

Tab. 25: somatische Erkrankungen und Therapeutenwahl

<b>somatische Erkrankungen</b>	<b>Arzt</b>	<b>Psychologe</b>	<b>gesamt</b>	
<b>ja</b>	53,8 % 203	46,2 % 174	100 % 377	Chi <sup>2</sup> =0,05  p=0,818
<b>nein</b>	53,1 % 334	46,9 % 295	100 % 629	
<b>gesamt</b>	53,4 % 537	46,6 % 469	100 % 1006	

Tab. 25

Für die Variable „zusätzliche somatische Erkrankung“ wurden ebenfalls detailliertere Berechnungen zu den einzelnen Krankheitsbildern durchgeführt.

Auch diese Berechnungen zeigten sich durchgehend als nicht signifikant. Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen den einzelnen somatischen Erkrankungen (METS/KHK, CA, COPD) und der Therapeutenwahl festgestellt werden.

#### METS / KHK

Tabelle 26 beschreibt den Zusammenhang zwischen einem metabolischen Syndrom bzw. einer KHK-Symptomatik des Patienten und dem Therapeutenberuf.

Der Chi<sup>2</sup>-Test zeigt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der somatischen Komorbidität METS/KHK und der Therapeutenwahl eines Patienten ( $p=0,957$ ).

Dennoch lässt sich feststellen, dass 53,8 % (14) der an Metabolischem Syndrom bzw. Koronarer Herzkrankheit erkrankten Patienten zum Arzt gingen und 46,2 % (12) sich beim Psychologen wiederfanden. Die Patienten, die nicht von diesen Krankheiten betroffen waren, suchten sich in 524 der Fälle (53,3 %) einen Arzt und in 459 der Fälle (46,7 %) einen Psychologen als Therapeuten. Jedoch muss man anmerken, dass es sich bei 26 an METS/KHK-erkrankten Patienten um eine sehr geringe Fallzahl handelt.

Tab. 26: Metabolisches Syndrom/Koronare Herzkrankheit und Therapeutenwahl

<b>METS/KHK</b>	<b>Arzt</b>	<b>Psychologe</b>	<b>gesamt</b>	
<b>ja</b>	53,8 % 14	46,2 % 12	100 % 26	Chi <sup>2</sup> =0,00  p=0,957
<b>nein</b>	53,3 % 524	46,7 % 459	100 % 983	
<b>gesamt</b>	53,3 % 538	46,7 % 471	100 % 1009	

Tab. 26

#### CA

Der Tabelle 27 kann entnommen werden, dass 54,7 % (41) der an einem Karzinom erkrankten Patienten zum Arzt und 45,3 % (34) zum Psychologen gingen. Die nicht an einem Karzinom erkrankten Patienten fanden sich in 53,2 % (497) beim Arzt und in 46,8 % (437) beim Psychologen wieder.

Der Chi<sup>2</sup>-Test zeigt, dass es hier keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer Tumorerkrankung und der Therapeutenwahl eines Patienten gibt (p=0,808).

Tab. 27: Maligne Erkrankung und Therapeutenwahl

<b>Karzinom</b>	<b>Arzt</b>	<b>Psychologe</b>	<b>gesamt</b>	
<b>ja</b>	54,7 % 41	45,3 % 34	100 % 75	Chi <sup>2</sup> =0,06  p=0,808
<b>nein</b>	53,2 % 497	46,8 % 437	100 % 934	
<b>gesamt</b>	53,3 % 538	46,7 % 471	100 % 1009	

Tab. 27

## COPD

In der gesamten Patientengruppe fanden sich lediglich 4 Patienten mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung.

Diese Personen teilten sich wie folgt auf die Therapeuten auf (Tab. 28). Ein (25 %) Patient ließ sich von einem Arzt behandeln und 3 (75 %) befanden sich bei einem Psychologen in Behandlung. Die nicht an COPD erkrankten Personen gingen in 53,4 % (537) der Fälle zu einem Arzt und in 46,6 % (468) der Fälle zu einem Psychologen.

Der Chi<sup>2</sup>-Test zeigte auch hier keinen signifikanten Unterschied COPD-erkrankter und -nicht erkrankter Patienten in Hinblick auf ihre Therapeutenwahl (p=0,255), wobei es sich hier mit den 4 COPD-Patienten ebenfalls um eine sehr geringe Fallzahl handelt.

Tab. 28: COPD und Therapeutenwahl

<b>COPD</b>	<b>Arzt</b>	<b>Psychologe</b>	<b>gesamt</b>	
<b>ja</b>	25,0 % 1	75,0 % 3	100 % 4	Chi <sup>2</sup> =1,29  p=0,255
<b>nein</b>	53,4 % 537	46,6 % 468	100 % 1005	
<b>gesamt</b>	53,3 % 538	46,7 % 471	100 % 1009	

Tab. 28

### 3.7 Hypothese 5

Die fünfte Hypothese geht der Frage nach, ob sich Patienten mit einem hohen Maß an feststellbaren äußeren Abhängigkeiten eher einen Mediziner als Therapeuten suchen. Als Variablen, welche die äußeren feststellbaren Abhängigkeiten widerspiegeln, wurden der Familienstand mit der Ausprägung ledig oder verheiratet, Partnersituation, Kinder und die Variable Haushalt zurate gezogen. Ein Patient mit maximalen äußeren Abhängigkeiten wäre so verheiratet, also nicht ledig und hat einen festen Ehepartner, hat Kinder und wohnt in seinem eigenen Haushalt mit Partner und Familie.

#### 3.7.1 Aktueller Familienstand - ledig

Tabelle 29 gibt den Zusammenhang des Familienstandes „ledig“ eines Patienten und dem Beruf seines Therapeuten wieder. Hier zeigte sich bei ledigen Patienten im Vergleich zu den nicht ledigen Patienten hinsichtlich der Therapeutenwahl ein signifikanter Unterschied ( $p=0,000$ ). Die ledigen Patienten wurden zu 42,2 % (158) von einem Arzt und zu 57,8 % (216) von einem Psychologen behandelt. Die nicht ledigen Patienten begaben sich zu 59,8 % (380) bei einem Arzt und zu 40,2 % (255) bei einem Psychologen in Behandlung. So zeigen nicht-ledige Patienten eine höhere Wahrscheinlichkeit sich von einem Arzt behandeln zu lassen als ledige Patienten. Die ledigen Patienten haben wiederum eine höhere Chance von einem Psychologen behandelt zu werden als nicht ledige Patienten.

Tab. 29: Familienstand „ledig“ und Therapeutenwahl

<b>ledig</b>	<b>Arzt</b>	<b>Psychologe</b>	<b>gesamt</b>	Chi <sup>2</sup> =29,28  p=0,000
<b>ja</b>	42,2 % 158	57,8 % 216	100 % 374	
<b>nein</b>	59,8 % 380	40,2 % 255	100 % 635	
<b>gesamt</b>	53,3 % 538	46,7 % 471	100 % 1009	

Tab. 29

Nachfolgend werden verheiratete Patienten gesondert im Vergleich zu nicht verheirateten Patienten betrachtet. Insgesamt gaben 321 (31,8 %) der Patienten an verheiratet zu sein (Tab. 4). Tabelle 30 gibt wieder, dass sich von ihnen 190 (59,0 %) von einem Arzt und 132 (41,0 %) von einem Psychologen behandeln ließen. 687 (68,1 %) der Patienten gaben an nicht verheiratet zu sein und verteilten sich zu 50,7 % (348) auf Ärzte und 49,3 % (339) auf Psychologen. Dieser Unterschied zeigt sich mittels Chi<sup>2</sup>-Test als signifikant ( $p=0,013$ ,  $\text{Chi}^2=6,14$ ). Verheiratete Patienten haben eine höhere Wahrscheinlichkeit sich bei einem Arzt in Behandlung zu begeben als nicht verheiratete. Nicht verheiratete Patienten hingegen haben eine größere Wahrscheinlichkeit sich von einem Psychologen behandeln zu lassen.

Tab. 30: Familienstand „verheiratet“ und Therapeutenwahl

<b>verheiratet</b>	<b>Arzt</b>	<b>Psychologe</b>	<b>gesamt</b>	
<b>ja</b>	59,0 % 190	41,0 % 132	100 % 322	Chi <sup>2</sup> =6,14  p=0,013
<b>nein</b>	50,7 % 348	49,3 % 339	100 % 687	
<b>gesamt</b>	53,3 % 538	46,7 % 471	100 % 1009	

Tab. 30

### 3.7.2 Partnersituation

Im Einklang zu den Berechnungen zum Familienstand der Patienten, ergab sich in Bezug auf deren Partnersituation folgendes Bild (Tab. 31). Patienten, welche mit einem Ehepartner zusammenlebten, gingen in 58,2 % (235) der Fälle zum Arzt und in 41,8 % (169) zum Psychologen. Patienten ohne Partner, mit wechselnden Partnern oder mit einem festen Nicht-Ehepartner ließen sich in 50,1 % (288) vom Arzt und in 49,9 % (287) vom Psychologen behandeln. Der Zusammenhang zwischen der Partnersituation eines Patienten und seiner Therapeutenwahl zeigt sich signifikant ( $p=0,013$ ,  $\text{Chi}^2=6,23$ ). Die Wahrscheinlichkeit, dass sich ein Patient mit festem Ehepartner einen Arzt aussucht, ist 8,1% höher als bei einem Patienten ohne einen festen Ehepartner.

Tab. 31: Partnersituation und Therapeutenwahl

<b>Partnersituation</b>	<b>Arzt</b>	<b>Psychologe</b>	<b>gesamt</b>	
<b>fester Partner (Ehepartner)</b>	58,2 % 235	41,8 % 169	100 % 404	Chi <sup>2</sup> =6,23  p=0,013
<b>kein Partner, wechselnde Partner, fester Nicht-Ehepartner</b>	50,1 % 288	49,9 % 287	100 % 575	
<b>gesamt</b>	53,4 % 523	46,6 % 456	100 % 979	

Tab. 31

### 3.7.3 Kinder

Tabelle 32 gibt den Zusammenhang zwischen der Tatsache, ob ein Patient Kinder hat und dem Beruf seines Therapeuten wieder. 457 (45,3 %) Patienten gaben an, keine Kinder zu haben, 541 (53,6 %) gaben an Kinder zu haben und bei 11 (1,1 %) Personen konnte den Berichten keine Information dazu entnommen werden.

Von den kinderlosen Patienten ließen sich 204 (44,6 %) von einem Arzt und 253 (55,4 %) von einem Psychologen behandeln. Patienten mit Kindern teilten sich wie folgt auf die Therapeuten auf. 329 (60,8 %) Patienten wurden von einem Arzt und 212 (39,2 %) von einem Psychologen behandelt.

Der Zusammenhang zwischen der Variable Kinder und Therapeutenwahl ist signifikant ( $p=0,000$ ,  $\chi^2=26,05$ ). Patienten mit Kindern haben eine 16,2 % höhere Wahrscheinlichkeit sich einen Arzt als Therapeuten zu suchen als kinderlose Patienten. Kinderlose Patienten hingegen haben eine 16,2 % höhere Wahrscheinlichkeit sich von einem Psychologen behandelt zu werden als Patienten mit Kindern.

Tab. 32: Kinder und Therapeutenwahl

<b>Kinder</b>	<b>Arzt</b>	<b>Psychologe</b>	<b>gesamt</b>	
<b>ja</b>	60,8 % 329	39,2 % 212	100 % 541	Chi <sup>2</sup> =26,05  p=0,000
<b>nein</b>	44,6 % 204	55,4 % 253	100 % 457	
<b>gesamt</b>	53,4 % 533	46,6 % 465	100 % 998	

Tab. 32

### 3.7.4 Haushalt

Tabelle 33 gibt den Zusammenhang der Variable „Haushalt“, also ob ein Patient mit Partner und/oder Familie zusammenwohnt oder nicht, und dem Therapeutenberuf wieder.

582 (57,7 %) der Patienten gaben an in einem eigenen Haushalt mit ihrem Partner und/oder Familie zu wohnen. 264 (26,2 %) Patienten gaben an alleinstehend einen eigenen Haushalt zu führen. Die übrigen Patienten lebten mit ihren Eltern bzw. Schwiegereltern in einem Haushalt oder machten keine Angaben. Die zuletzt genannte Gruppe wurde nicht in die Berechnung mit einbezogen, da hier die Abhängigkeiten der Patienten herausgearbeitet werden sollten. Geprüft wurden hier also Alleinstehende versus Patienten mit Familie und Partner.

Von den Patienten, die mit Partner und/oder Familie in einem eigenen Haushalt lebten, wurden 324 (55,7 %) von einem Arzt und 258 (44,3 %) von einem Psychologen behandelt. Von den alleinstehenden Patienten mit eigenem Haushalt ließen sich 123 (46,6 %) von einem Arzt und 141 (53,4 %) von einem Psychologen behandeln.

Die Patientenvariable Haushalt hat einen signifikanten Einfluss ( $p=0,014$ ,  $\chi^2=6,01$ ) auf die Therapeutenwahl. So gehen Patienten mit eigenem Haushalt mit Partner und/oder Familie signifikant häufiger zum Arzt als alleinstehende Patienten mit einem eigenen Haushalt. Sie haben eine 9,1 % höhere Wahrscheinlichkeit sich vom Arzt behandeln zu lassen. Alleinstehende Patienten mit eigenem Haushalt hingegen haben eine 9,1 % höhere Wahrscheinlichkeit sich von einem psychologischen Psychotherapeuten behandeln zu lassen.

Tab. 33: Haushalt und Therapeutenwahl

<b>Haushalt</b>	<b>Arzt</b>	<b>Psychologe</b>	<b>Gesamt</b>	
<b>eigener H. (Partner, Familie)</b>	55,7 % 324	44,3 % 258	100 % 582	Chi <sup>2</sup> =6,01  p=0,014
<b>eigener H. (allein), Wohn- gemeinschaft</b>	46,6 % 123	53,4 % 141	100 % 264	
<b>gesamt</b>	52,8 % 447	47,2 % 399	100 % 846	

Tab. 33

## 3.8 Logistische Regression

Durch die hier durchgeführte logistische Regression möchte ich die verschiedenen Einflüsse auf die Therapeutenwahl zueinander in Beziehung stellen und herausfinden, welche Variablen den größten Einfluss auf die Therapeutenwahl darstellen. Hierzu wurden die Variablen aus den Analysen der unterschiedlichen Hypothesen ausgewählt, die einen signifikanten Einfluss auf die Therapeutenwahl zeigten. Diese sind im Einzelnen die Variablen Praxisort, BSS-Wert, Herz-Kreislaufkrankung, Kinder, Haushalt und Alter. Anhand des p-Wertes der logistischen Regression kann abgelesen werden, welche Patientenvariable den größten Einfluss auf die Therapeutenwahl hat. Je kleiner der p-Wert, desto größer der Einfluss. So hat der körperliche BSS-Wert ( $p=0,001$ ) den größten Einfluss auf die Wahl des Therapeuten, gefolgt von dem Praxisort ( $p=0,002$ ) und der Herz-Kreislauf-Symptomatik ( $p=0,003$ ). Die Tatsache, ob ein Patient Kinder hat, wirkt sich ebenfalls auf die Therapeutenwahl aus. Dieser Einfluss ist jedoch geringer ( $p=0,052$ ). Ebenso verhält es sich mit dem Familienstand (ledig) des Patienten ( $p=0,061$ ). Den geringsten, jedoch dennoch signifikanten Einfluss auf die Therapeutenwahl hat das Alter des Patienten.

Die Odds Ratio (OR) ist ein Assoziationsmaß, welches eine Aussage über die Stärke des Zusammenhangs von zwei Merkmalen macht. In diesem Falle sind die zwei Merkmale die abhängige Variable (Therapeutenberuf) und die unabhängige Variable (Patienteneigenschaften). Bei einem OR-Wert von 1 ist die Chance der Ausprägung der abhängigen Variablen identisch. So wäre die Chance einen Arzt oder Psychologen zu wählen bei jeweils 50 % und hätten so die gleichen Chancen. Liegt der OR-Wert über 1 besteht eine größere Chance, dass der Patient einen Psychologen als Therapeut wählt. Liegt der Wert unter 1 ist die Chance größer, dass der Patient einen Arzt wählt. Also kann man der untenstehenden Tabelle 35 entnehmen, dass Patienten mit einem hohen körperlichen BSS-Wert (über 3) eine 0,445-mal so große Chance haben zum Psychologen zu gehen als zum Arzt. Das Chancenverhältnis in Bezug auf den Praxisort ergibt eine Odds Ratio von 1,525. Patienten, die sich in einer Stadt von über 100.000 Einwohnern behandeln lassen,

haben somit eine 1,5-mal höhere Wahrscheinlichkeit einen Psychologen als einen Arzt zum Therapeuten zu wählen.

Die Variable der Herz-Kreislauf-Symptomatik zeigt einen OR-Wert von 0,539. Dies bedeutet, dass Patienten mit einer solchen Symptomatik etwa 85 % weniger häufig einen psychologischen Therapeuten aufsuchen als einen ärztlichen Therapeuten und somit die Wahrscheinlichkeit einen Arzt als Therapeuten zu wählen größer ist. Die Variable „Kinder“ bietet einen OR-Wert von 0,710 in Bezug auf die Therapeutenwahl. Patienten mit Kindern wählen zu 40 % weniger häufig einen Psychologen als einen Arzt, bevorzugen also auch den Arzt als Behandler. Ledige Patienten weisen eine Odds Ratio von 1,426 in Bezug auf den Therapeutenberuf auf. So lässt sich formulieren, dass unverheiratete Patienten eine ca. 1,4-mal größere Wahrscheinlichkeit haben sich einen Psychologen als Therapeuten zu suchen. Die Variable des Alters zeigt in Bezug auf die Therapeutenwahl eine nahezu gleiche Chancenverteilung mit einer Odds Ratio von 0,995. Das Konfidenzintervall zeigt den Bereich an, in dem 95 % der OR-Werte liegen.

- Abhängige Variable: Therapeutenberuf (Arzt / Psychologe)

Tab. 34: logistische Regression

<b>Unabhängige Variable</b>	<b>OR</b>	<b>Test</b>	<b>p</b>	<b>Konfidenzintervall</b>
<b>Praxisort</b>	1,525	9,721	0,002	1,170 – 1,988
<b>Familienstand ledig</b>	1,426	3,501	0,061	0,983 – 2,069
<b>Alter</b>	0,995	0,603	0,438	0,982 – 1,008
<b>Kinder</b>	0,710	3,778	0,052	0,502 – 1,003
<b>Herz-Kreislauf</b>	0,539	8,695	0,003	0,358 – 0,813
<b>BSS körperlich</b>	0,445	11,951	0,001	0,281 – 0,704

Tab. 34

## 4 DISKUSSION

Wie bereits einleitend erwähnt, ist die Psychotherapie und deren Aussicht auf Erfolg von drei Grundgrößen abhängig: dem Patienten, dem Therapeuten und den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. So wurde schon in den Siebzigern belegt, dass die Patienten-Therapeuten-Beziehung ein sehr wichtiger Parameter ist, der sich positiv (oder auch negativ) auf den Therapieverlauf auswirkt (Luborsky et al. 1971, Luborsky et al. 1988). Und auch neuere Studien belegen, dass die Patienten-Therapeuten-Beziehung sowie das Eingehen auf Patientenvorlieben sehr wichtige Bausteine für ein möglichst gutes Gelingen einer Therapie sind (Swift et al. 2009 & 2011 & 2018, Lambert et al. 2011). Die American Psychological Association (APA) nannte 2006 das Einbeziehen der Patientenvorlieben als einen wichtigen Teil des Behandlungs-Goldstandards (Swift et al. 2011).

Da der Patient die freie Wahl bezüglich seines Therapeuten hat, stellt das Auswahlverhalten des Patienten hinsichtlich seines Therapeuten einen wichtigen Baustein für das Gelingen einer Psychotherapie da. Dieser Tatsache wurde bisher wenig Beachtung geschenkt. Dies mag damit zusammenhängen, dass sich Psychotherapieforschung in Deutschland zumeist im Bereich der klinisch-stationären Einrichtungen bewegt, wo der Patient keinen Einfluss auf die Wahl seines Therapeuten hat. Im ambulanten Versorgungsbereich bestehen andere Bedingungen als in einem klinisch-stationären Setting und die Auswahl des Therapeuten durch den Patienten selbst stellt immer den ersten Schritt in eine ambulante Psychotherapie dar.

So existieren für den deutschen Raum keine umfassenden Studien, die sich mit dem Thema der Therapeutenwahl in der Richtlinienpsychotherapie auseinandersetzen und mit denen die hier gewonnenen Ergebnisse verglichen und diskutiert werden könnten. Somit werde ich in dieser Diskussion den Schwerpunkt auf die Darlegung möglicher Ursachen für die statistischen Ergebnisse legen und Erklärungsmöglichkeiten für das Verhalten der Patienten präsentieren.

Dennoch gibt es eine Studie, auf die ich näher eingehen möchte.

Die Trans-OP-Studie ist eine große Versorgungsstudie im Bereich der ambulanten Psychotherapie in Deutschland. Diese Studie der privaten DKV (Deutsche Krankenversicherung) hatte zum Ziel ambulante Psychotherapie nach Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis zu evaluieren. In diesem Zusammenhang wurden Patientendaten zu soziodemografischen Angaben, körperlichen, psychischen und interpersonellen Symptomen gesammelt. Die Datenerhebung geschah über Fragebögen. Die so gewonnenen Patientendaten wurden je nach Therapieverfahren in drei Gruppen aufgeschlüsselt, VT, TFP oder AP. Das Patientenkollektiv stellen hier also privat versicherte Patienten dar, die eine Kostenübernahme von TFP, AP oder VT bewilligt bekommen haben. Im Unterschied dazu wurden in der MARS-Studie nur gesetzliche versicherte Patienten erfasst und Anträge auf Verhaltenstherapie nicht miteingeschlossen. Im Vergleich handelt es sich damit in den beiden Studien um zwei auf den ersten Blick recht unterschiedliche Patientenkollektive. Um zu erfahren, ob es nicht doch Ähnlichkeiten zwischen den beiden Patientenkollektiven gibt und so ein eingeschränkter Vergleich zwischen den beiden Studien möglich ist, werde ich hier die soziodemografischen Daten der Patienten vergleichen. Dies dient der Prüfung, ob einige der Erkenntnisse aus der Trans-OP-Studie auf das in der MARS-Studie vorliegenden Patientenkollektiv übertragbar sind.

Vergleicht man die Patientenbasisdaten der MARS-Studie mit denen der Trans-OP-Studie fällt auf, dass die Patienten im Durchschnitt ein ähnliches Alter hatten. In der Trans-OP-Studie waren die Patienten zu Studienbeginn im Mittel 44 Jahre alt. In der MARS-Studie waren die Patienten bei Antragsstellung lediglich ein halbes Jahr jünger (43,5 Jahre). In der MARS-Studie waren wesentlich mehr Frauen als Männer vertreten (m: 26,3 %; w: 73,7 %), was einen Unterschied zur Trans-OP-Studie darstellt (m: 46,1 %; w: 53,9 %). Die Angaben hinsichtlich des Familienstands unterschieden sich ebenfalls. So waren in der Trans-OP-Studie 31,2 % ledig und 43,5 % verheiratet. In der MARS-Studie zeigte sich das Verhältnis zu Gunsten der Ledigen verschoben. Hier gaben 37,2 % an ledig zu sein und nur 31,9 % gaben an verheiratet zu sein. In der Trans-OP-Studie waren wesentlich mehr Personen mit Abitur eingeschlossen (73,0 %) als in der MARS-Studie, was sicherlich mit der Tatsache zu begründen ist, dass es sich hierbei um Daten einer privaten Krankenkasse handelt. Im Gegensatz dazu hatten in der MARS-Studie, wo ausschließlich gesetzlich versicherte Patienten erfasst wurden, „nur“ 51,3 % das

Abitur als höchsten Schulabschluss angegeben, welches im Vergleich zur Gesamtbevölkerung immer noch recht hoch ist. In den Hauptdiagnosen bei Antragsstellung unterschieden sich die Patientengruppen jedoch kaum. So wurden am häufigsten F3- und F4-Diagnosen gestellt, d.h. affektive und neurotische Störungen. In der Trans-OP-Studie gab es 47,5 % F3- und 42,4 % F4-Diagnosen. In der MARS-Studie hatten 48,4 % die Hauptdiagnose F3 und 43,4 % F4 (Gallas et al. 2008, Lieberz et al. 2013). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich das Durchschnittsalter und die häufigsten Hauptdiagnosen in den beiden Patientengruppen nicht unterschieden. Geschlechterverteilung, Familienstand und Schulbildung dagegen, wiesen in beiden Studien Differenzen auf, sodass Rückschlüsse aus dem Patientenkontext der Trans-OP-Studie auf die Patienten der MARS-Studie nur schwer getätigt werden können. Die Trans-OP-Studie für sich betrachtet, zeigt über die drei großen Therapieverfahren (VT, AP, TFP) durchaus homogene Patientengruppen. So fällt auf, dass sich die Patientenkontexte der drei unterschiedlichen Richtlinienverfahren hinsichtlich der Variablen Geschlecht, Familienstand, höchster Berufsabschluss, Erstdiagnose und psychischer Beeinträchtigung nicht unterscheiden (Gallas et al. 2008). Das heißt AP-, TFP- und VT-Patienten unterscheiden sich in der Trans-OP-Studie nicht in ihren soziodemografischen Merkmalen. Wenn man diesen Sachverhalt auch für die gesetzlich versicherten Patienten der MARS-Studie annimmt, könnte man Rückschlüsse von den in der MARS-Studie an Patienten der TFP und AP gewonnenen Erkenntnisse, auf die gesetzlich versicherten Patienten der VT ziehen. Dies könnte bedeuten, dass die MARS-Studie auch für VT-Patienten spräche und so aussagekräftiger wäre als zu Beginn angenommen. So könnten die Erkenntnisse auch auf Patienten der Verhaltenstherapie bezogen werden. Um diese Theorie weiter zu verfestigen, müssten wie oben erwähnt, weitere Studien durchgeführt werden.

Es gibt für das MARS-Projekt einige methodische Limitationen und Einschränkungen, die für die Diskussion der Hypothesen von Bedeutung sind. Auf diese werde ich nun gezielt eingehen.

In das MARS-Projekt flossen ausschließlich Daten von Patienten der analytischen sowie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (AP/TFP) ein. Dadurch spiegeln die Daten nicht die Situation der verhaltenstherapeutisch betreuten Patienten wider. Zwar können, wie oben beschrieben, durch Betrachtung der Trans-

OP-Studie, eventuell auch Aussagen auf VT-Patienten übertragen werden, aber um dieses Patienten Klientel wirklich zu erfassen, müsste eine großflächige Versorgungsstudie durchgeführt werden, die TFP-, AP- sowie VT-Patienten einschließt. Eine andere Alternative wäre eine gesonderte Studie, die nur für verhaltenstherapeutische Patienten angelegt ist, welche dann mit der MARS-Studie verglichen werden könnte.

Eine groß angelegte Versorgungsstudie, die zum größten Teil Patienten betrachtet, die verhaltenstherapeutisch behandelt wurden, ist die Studie zum TK-Modell von Wittmann (2011). Hier stammen etwa 67 % der Datensätze von Patienten, die verhaltenstherapeutisch behandelt wurden. Die restlichen Patienten wurden zum größten Teil tiefenpsychologisch und zum sehr geringen Teil analytisch behandelt. Diese Studie machte deutlich, dass das TK-Modell als Qualitätsmonitoring dem herkömmlichen Gutachterverfahren nicht überlegen ist und dass die ambulante Psychotherapie eine hohe Wirksamkeit hat (Wittmann et al. 2011). Die Studie tätigt aber keine Aussagen hinsichtlich der Berufszugehörigkeit der Therapeuten, sodass mit dieser Studie auch keine direkten inhaltlichen Vergleiche mit der MARS-Studie gezogen werden können.

Eine weitere Limitation stellt die Tatsache dar, dass der Wohnort der Patienten nicht erfasst wurde und der Praxisort als Annäherung für diesen dienen muss. So wurde davon ausgegangen, dass sich die meisten Patienten in der Nähe ihres Wohnortes einen ambulanten Psychotherapeuten suchen. Das berücksichtigt natürlich nicht die Landbevölkerung in unmittelbarer Nähe zu großen Städten, welche zum Teil in die Großstadt fährt, um sich dort behandeln zu lassen oder die randständige Großstadtbevölkerung, die es genau andersherum handhaben könnte.

Aus dem Gesundheitsbericht 2015 ist bekannt, dass städtische Regionen zum Teil eine überregionale Versorgung übernehmen und Teilbereiche ländlicher Regionen mitversorgen. Die Versorgungsdichte der ambulanten Psychotherapeuten stellt sich in Deutschland auch sehr unterschiedlich dar. So konnte man 2013 in den Stadtstaaten Hamburg, Berlin und Bremen über 50 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner zählen, wobei es gleichzeitig in den ländlichen Gegenden Brandenburgs, Mecklenburg-Vorpommerns und Sachsen-Anhalts jeweils 10 oder weniger Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner waren (Gesundheitsbericht 2015).

Laut des Versorgungsatlas der kassenärztlichen Vereinigung ist die durchschnittliche Anzahl an ambulanten Psychotherapeuten in Deutschland pro 100.000 Einwohnern zwischen 1999 und 2013 aber gestiegen. 1999 lag die Zahl noch bei etwa 17 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner, welche sich bis 2013 auf 27,2 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner steigerte.

Ein weiterer Kritikpunkt ist der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) (Schepank et al. 1995), welcher als Maß, der durch ihre psychischen Leiden verursachten Beeinträchtigung der Patienten, herangezogen wurde. Dieser Score wird normalerweise auf Grundlage eines Patienteninterviews erstellt. Da die Daten dieser Studie über die Gutachtertätigkeit von Herrn Professor Lieberz akquiriert wurden, bestand hier nicht die Möglichkeit die Informationen aus einem direkten Gespräch mit dem Patienten zu beziehen. Somit ist dieser BSS-Wert nicht wie üblich durch ein persönliches Interview mit dem Patienten erstellt worden, sondern auf Grundlage der Informationen, welche aus dem Antrag auf Kostenübernahme entnommen werden konnten. So muss man sagen, dass der BSS-Wert in der MARS-Studie mit Patienten-Informationen aus zweiter Hand erstellt wurde. Damit hängt die BSS-Beurteilung eventuell von der Qualität des Therapeutenberichtes ab, welches die Validität des Wertes einschränkt. Allerdings hatte der Gutachter die Möglichkeit auf weitere Informationsquellen zurück zu greifen und auch Arzt- und Klinikberichte, wie auch Krankenkasseninformationen zur Krankheitsanamnese des Patienten mit zu berücksichtigen. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass trotz einiger Einschränkungen aussagekräftige BSS-Beurteilungen vorliegen. Als weitere methodische Einschränkung muss Berücksichtigung finden, dass das BSS-Rating durch einen einzelnen Gutachter (wenn auch mit ausgewiesener Expertise in der Anwendung dieses Verfahrens) durchgeführt wurde und damit auch ein entsprechendes personengebundenes Bias eingerechnet werden muss.

Eine weitere Einschränkung der Daten besteht in der mangelnden oder unsicheren Repräsentativität, da ausschließlich Daten eines Gutachters erfasst und zur Auswertung herangezogen wurden. Die Verteilung der Anträge auf die unterschiedlichen Gutachter erfolgt über die Krankenkassen. Diese sind zwar dazu angehalten, die Zusendung zufallsgetreu und unter Berücksichtigung regionaler Umstände vorzunehmen, aber in das Verteilungsverfahren der Krankenkassen besteht kein wirklicher Einblick. Zudem wurde in der MARS-Studie aus

verschiedenen Gründen weniger auf die Repräsentativität der Daten geachtet als vielmehr darauf, durch die Einbeziehung verschiedener Sondergruppen von Patienten eine möglichst breite Varianz herzustellen (Normalgutachten, Obergutachten, Gruppentherapie, somatische Erkrankungen, High utilizer, Therapieabbrecher).

Als weitere Ungenauigkeit der Studie ist zu nennen, dass Tabelle 8 einen Zusammenhang zwischen Geschlecht des Therapeuten und Profession des Therapeuten zeigen. Es befinden sich unter den ärztlichen Psychotherapeuten mehr Männer als unter den psychologischen Psychotherapeuten. Ebenso sind ärztliche Psychotherapeuten im Schnitt älter als psychologische Psychotherapeuten.

Die Wahl des Therapeuten könnte somit auch vom Geschlecht und dem Alter des Therapeuten beeinflusst sein. Insgesamt bleibt zu berücksichtigen, dass es sich um eine Momentaufnahme in einem bisher undurchsichtigen Versorgungsbereich handelt. Für die Zukunft dürfte hier mit deutlichen Verschiebungen zu rechnen sein. Es werden insgesamt weniger Ärzte an der psychotherapeutischen Versorgung teilhaben, diese werden ebenfalls einen höheren Anteil an Frauen aufweisen als bisher.

Um unter Berücksichtigung der methodischen Einschränkungen die Ergebnisse der MARS-Studie genauer zu beleuchten, werde ich nun die Hypothesen separat besprechen und diskutieren.

#### 4.1 H1: soziale Kontrolle

Die Hypothese der sozialen Kontrolle besagt, dass sich Patienten, die in Gegenden mit hoher sozialer Kontrolle wohnen, wie in Kleinstädten und Dörfern, im ambulanten Psychotherapie-Setting in gleichem Maße vom Arzt behandeln lassen wie Patienten, die in großstädtischen Gebieten mit geringerer sozialer Kontrolle leben.

Aus den vorliegenden Berechnungen geht hervor, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem jeweiligen Praxisort und der Therapeutenwahl besteht. Da in den meisten Fällen der Praxisort mit dem Wohnort des Patienten übereinstimmt, kann daraus geschlossen werden, dass der Wohnort des Patienten einen Einfluss auf die Wahl seines Therapeuten hat. Aus dieser Erkenntnis heraus, muss die hier formulierte Hypothese, dass der Wohnort des Patienten keinen Einfluss auf die Therapeutenwahl hat, verworfen werden. Man kann den Ergebnissen entnehmen, dass sich der Zusammenhang Therapeutenberuf und Praxisort konträr zu der hier postulierten Hypothese verhält. So gehen Patienten in ländlich-kleinstädtischen Gebieten, nach den hier gewonnenen Ergebnissen, signifikant häufiger zum Arzt als Patienten, die in Großstädten wohnen.

Eine plausible Erklärung für diesen Sachverhalt kann die stärkere soziale Kontrolle in schwächer besiedelten Gebieten sein. So spricht es sich in Dörfern oder Kleinstädten, in denen „jeder jeden kennt“, schnell herum, wenn ein Patient regelmäßig zum Psychotherapeuten geht. Das kann durchaus sehr stigmatisierend sein und als Anlass für Fragen, Vorurteile und im Extremfall auch Ausgrenzung aus der Gemeinschaft genommen werden. Wenn dieser Patient nun, anstatt zu einem Therapeuten zu gehen, der ausschließlich Psychotherapie anbietet, sich zu einem Arzt seines Vertrauens begibt, der auch psychotherapeutisch tätig ist, dann ist aus dem alleinigen Gang zum Therapeuten keine Psychotherapiebedürftigkeit abzulesen. Der Patient geht ja auch wegen anderen gesellschaftlich stärker anerkannten körperlichen Problemen zum Arzt. So wäre es zu begründen, dass Patienten, welche diese mögliche Stigmatisierung meiden wollen, aus Schutzgründen verstärkt einen Arzt aufsuchen.

Dass die mögliche Stigmatisierung durch eine psychische Erkrankung und die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung ein reales Thema darstellt, zeigen die Studien von Franz (Franz et al. 1999) und Mojabaiet (Mojabaiet

et al. 2002). So wird als zwei von mehreren möglichen Gründen, welche Patienten daran hindern für ihre psychischen Probleme Hilfe zu suchen, die Angst vor Stigmatisierung und auch „embarrassement“ (Verlegenheit, Peinlichkeit) genannt (Mojabaiet 2002). Und auch das „Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit“ in Deutschland, das unter der Schirmherrschaft des Bundesministeriums für Gesundheit steht, sieht die Stigmatisierung von Patienten mit psychischen Erkrankungen als reales und großes Problem ([www.seelischegesundheit.net](http://www.seelischegesundheit.net)). Das Aktionsbündnis Gesundheit versucht Aufklärungsarbeit zu leisten, um Vorurteile und die daraus resultierende Stigmatisierung der Patienten vorzubeugen oder zu mindern. So zeigt sich in einer Studie aus dem Jahr 2010 von Albani, dass Patienten, die sich aufgrund ihrer psychischen Probleme für eine Psychotherapie entschieden, nur in etwa der Hälfte der Fälle von anderen Personen, die in diese Entscheidung eingeweiht wurden, in ihrer Psychotherapieentscheidung ermutigt wurden. Das lässt darauf schließen, dass Psychotherapie immer noch ein stark tabuisiertes und stigmatisierendes Thema ist (Albani et al. 2010).

Wenn man nun davon ausgeht, dass durch die stärkere soziale Kontrolle, wie sie in den ländlichen Gebieten herrscht, auch eine größere Gefahr für Stigmatisierung besteht, dürfte das umgekehrt in den Großstädten mit weniger sozialer Kontrolle bei größerer Anonymität nicht der Fall sein. Das heißt, dass die Tendenz der Patienten in ländlichen Gebieten sich vermehrt von einem Arzt behandeln zu lassen in Großstädten, in denen dieses Maß an sozialer Kontrolle wegfällt, nicht mehr zu finden sein dürfte. Diese Annahme trifft auf das hier vorliegenden Patientenkollektiv zu. Hier gleicht sich das Verhältnis der Behandler, Arzt zu Psychologe, für Patienten aus Städten mit mehr als 100.000 Einwohnern weitgehend an und verschiebt sich sogar zu Gunsten der Psychologen. Das heißt, in Großstädten begeben sich die Patienten häufiger zum Psychologen als Patienten in ländlich-kleinstädtischen Gebieten.

Was man bei dieser Theorie der sozialen Kontrolle jedoch beachten muss, ist die Tatsache, dass wenig Zahlen zur geografischen Verteilung der Therapeuten und im Speziellen aufgeschlüsselt nach Profession und Bevölkerungsdichte vorliegen. So ist der Einwand berechtigt, dass die hier vorliegenden Ergebnisse auch durch ein im Vergleich zu den Psychologen auf dem Lande überproportionales Angebot an Ärzten hervorgerufen sein können. In dem Fall hätten die Patienten in der Realität nicht

unbedingt die freie Wahlmöglichkeit bezüglich des Therapeuten, da in akzeptabler Entfernung nur ärztliche Psychotherapeuten zu finden sind.

Hierzu möchte ich Zahlen vom Versorgungsatlas der kassenärztlichen Vereinigung heranziehen, welche alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten unabhängig von der Berufszugehörigkeit einschließen. Die letzten Erhebungen aus dem Jahre 2013 zeigen, dass es in Deutschland im Durchschnitt 27,2 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner gab. Insgesamt gab es 15.669 psychologische Psychotherapeuten und 5.631 ärztliche Psychotherapeuten. Auf ganz Deutschland gesehen besteht also ein Verhältnis von psychologischen zu ärztlichen Psychotherapeuten von 2,8 : 1. Die Anzahl der Therapeuten pro 100.000 Einwohner variiert jedoch stark je nach Region. Generell gibt es in Bundesländern mit stärker ländlich geprägten Gebieten wie Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Brandenburg, auch deutlich weniger Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner als in den Stadtstaaten Hamburg, Bremen oder Berlin. In Mecklenburg-Vorpommern wurden 7,8, in Sachsen-Anhalt 6,2 und in Brandenburg wurden 7,5 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner gezählt. In Hamburg waren es 48, in Bremen 50,8 und in Berlin 54,8 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner. Wenn man davon ausgeht, dass es in ländlichen Regionen und so auch in vorwiegend ländlich geprägten Bundesländern ein überproportionales Angebot an ärztlichen Psychotherapeuten gibt, müsste sich dieses auch in dem Verhältnis von psychologischen zu ärztlichen Psychotherapeuten niederschlagen und in diesen Bundesländern zugunsten der Ärzte verschoben sein. Das Verhältnis von psychologischen zu ärztlichen Psychotherapeuten in Mecklenburg-Vorpommern zeigte sich bei 5 : 1, in Sachsen-Anhalt 14,5 : 1 und in Brandenburg 6,5 : 1. Hier sieht man im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (2,8 : 1) mehr psychologische als ärztliche Psychotherapeuten, was die oben beschriebene Annahme, dass in ländlich geprägten Bundesländern ein überproportionales Angebot an ärztlichen Psychotherapeuten besteht, nicht untermauert. In den Stadtstaaten zeigt sich das Verhältnis psychologischer zu ärztlichen Psychotherapeuten ebenfalls zugunsten der psychologischen Psychotherapeuten verschoben. In Hamburg zeigte sich das Verhältnis psychologischer zu ärztlichen Psychotherapeuten bei 6,1 : 1, in Bremen 8,4 : 1 und in Berlin 9,3 : 1. Auffällig ist, dass in Bayern und Baden-Württemberg als einzige Bundesländer das Verhältnis psychologischer zu ärztlicher

Psychotherapeuten im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (2,8 : 1) mit 2,4 : 1 (Bayern) und 2,3 : 1 (Baden-Württemberg) zugunsten der ärztlichen Psychotherapeuten verschoben ist. Insgesamt gab es in Bayern 24,5 und in Baden-Württemberg 23 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner, also etwas weniger als im Bundesdurchschnitt (Schulz et al. 2015). Diese Zahlen deuten also nicht darauf hin, dass es auf dem Lande ein überproportionales Angebot an ärztlichen Psychotherapeuten gibt.

Und auch der „BARMER Arztreport 2020“ stellt fest, dass sich die regionale Verteilung der psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten ihrer Versicherten ähnelt (Grobe et al. 2020).

Um diesen Sachverhalt für alle Patienten und deren Therapeuten genauer zu überprüfen, wären detailliertere Untersuchungen und Zahlen zur geografischen Verteilung der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten nötig.

Es gibt zwar statistische Zahlen einzelner Kassenärztlicher Vereinigungen, wie zum Beispiel der kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, welche Versorgungsforschung betreiben. So wurde 2010 ein Versorgungsatlas veröffentlicht, welcher Zahlen über psychotherapeutisch arbeitende Ärzte und Psychologen einzelner Landkreise beinhaltet. Da diese Zahlen lediglich die einzelnen Landkreise repräsentieren, können aus den hieraus gewonnenen Ergebnissen auch nur Aussagen auf regionaler Ebene getroffen werden. Die Zahlen der Therapeuten werden auch nur in ihrer Gesamtheit und ohne Berücksichtigung der zugrundeliegenden Profession, in Bezug zu der Einwohnerdichte gesetzt. So lässt sich aus diesen Zahlen nicht herauslesen, wie viele psychologische oder ärztliche Psychotherapeuten bezogen auf 100.000 Einwohner tätig sind.

In die gesamten Beobachtungen der kassenärztlichen Vereinigungen gehen psychodynamisch sowie verhaltenstherapeutisch arbeitende Therapeuten ein. Da sich in der MARS-Studie jedoch auf tiefenpsychologisch fundiert arbeitende Therapeuten konzentriert wurde, sind die Zahlen der Versorgungsatlantenteilnehmer bestenfalls ungefähre Schätzwerte für das Therapeutenkollektiv dieser Arbeit.

Da also keine Daten vorliegen, die auf das hier vorliegende Patienten- oder Therapeutenkollektiv einwandfrei zutreffen, kann der Einwand der Ungleichverteilung der Therapeuten zugunsten der ärztlichen Psychotherapeuten in den ländlichen

Gebieten nicht gänzlich ausgeräumt werden. Es ist somit nicht sicher zu klären, woher das unterschiedliche Verhalten der Patienten hinsichtlich der Therapeutenwahl auf dem Land und in der Stadt kommt.

Nehmen wir aber an, die hier vorgestellte Theorie der sozialen Kontrolle sei der Grund für die hier vorliegenden Ergebnisse, dann sind diese ein Beweis für die enorme Wichtigkeit der ärztlich-psychotherapeutischen Versorgung auf dem Lande und so auch der Haus- und Psychiatrie/Psychosomatik-fernen Fachärzte, die eine Zusatzqualifikation für Psychotherapie haben. Denn nur diese bieten den Schutz vor der sozialen Kontrolle des „neugierigen Nachbarn“ und der Stigmatisierung. Tatsächlich wurde in einer Studie von Albani aus dem Jahre 2010 festgestellt, dass für mehr als die Hälfte der Studien-Patienten ihr Hausarzt Ansprechpartner für psychische Beschwerden war. Daraus wurde gefolgert, dass die offensichtlich positive Hausarzt-Patienten-Beziehung, eine wertvolle Ressource darstellt (Albani et al. 2010). Jedoch wurde in einer anderen Studie herausgefunden, dass nur wenige von den Ärzten, die eine Zusatzbezeichnung Psychotherapie haben, davon auch Gebrauch machen und Psychotherapie durchführen. Hier stellt sich die Frage, ob Psychotherapie zu schlecht vergütet wird, oder im Praxisalltag einfach die Zeit fehlt, um diese durchzuführen (Fritsche et al. 2010). So hätten wahrscheinlich wesentlich mehr Hausärzte und andere Fachärzte Kompetenzen Psychotherapien durchzuführen, als es im Moment tun. Hier liegen also wichtige Ressourcen, die nicht genutzt werden.

Ein weiterer Punkt, der an dieser Theorie der sozialen Kontrolle kritisiert werden kann, ist die schon in der Diskussions-Einleitung angesprochene Tatsache, dass der Praxisort dem Wohnort des Patienten gleichgesetzt wird. Zwar stimmt der Praxisort in vielen Fällen mit dem Wohnort des Patienten überein, jedoch gibt es auch Fälle, in denen die Patienten weitere Strecken zu ihren Therapeuten zurücklegen. Da in den Antragsunterlagen jedoch nicht der ausdrückliche Wohnort des Patienten angegeben wird, musste hier eine Annäherung über den Praxisort genügen. Es wird vermutet, dass städtische Regionen in Teilbereichen eine überregionale Versorgung übernehmen (Schulz et al. 2008), jedoch kann man davon ausgehen, dass bei der deutlichen Mehrheit der Patienten der Wohn- mit dem Praxisort annähernd übereinstimmt.

Ebenfalls unklar ist, inwieweit die Therapeutenwahl der Patienten von der angebotenen Therapieart abhängt. So bieten Ärzte traditionell bevorzugt psychodynamische Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte Therapie, psychoanalytische Therapie) an und Psychologen vermehrt Verhaltenstherapie. So zeigte sich in einer Studie von Albani (2010), dass die in der Studie erfassten Psychologen zu 47 % Verhaltenstherapie und zu 53 % psychodynamische Behandlungsverfahren anboten. Die psychotherapeutisch arbeitenden Ärzte boten nur zu 12 % Verhaltenstherapie und zu 88 % psychodynamische Behandlungsverfahren an (Albani et al. 2010). Obwohl die gesetzlichen Krankenkassen in Hinblick auf den Therapieauftrag zwischen den beiden Berufsgruppen keine Unterschiede machen, füllen Ärzte und Psychologen ihren Therapieauftrag unter Umständen sehr unterschiedlich aus, je nachdem welcher Psychotherapie-Schule sie angehören und welche Methoden sie gelernt haben. Diese Tatsache könnte sich auch auf die Wahl des Patienten auswirken, da Patienten, die psychodynamische Verfahren bevorzugen, sich vorwiegend psychodynamisch arbeitende Ärzte aussuchen würden. Und Patienten mit Wunsch nach einer Verhaltenstherapie würden sich einen entsprechenden Therapeuten suchen, welche mehrheitlich Psychologen darstellen (Herpertz et al. 2013). So ist es möglich, dass die Therapeutenwahl auch durch die gewünschte Therapieart mitbestimmt ist.

## 4.2 H2: Somatisierung

Die Hypothese zur Somatisierung besagt, dass der Somatisierungsgrad der psychischen Erkrankung keinen Einfluss auf die Therapeutenwahl des Patienten hat. Die Annahme ist, dass sich Patienten mit starker Somatisierung ihrer Beschwerden nicht häufiger zum Arzt oder Psychologen begeben als Patienten mit schwächer ausgeprägter Somatisierung.

Um diese Hypothese zu prüfen und zu diskutieren, sind die Berechnungen zu den funktionell-psychosomatischen Erkrankungen der Patienten, die angegebenen F-Diagnosen des Therapeuten und das BSS-Rating des Gutachters zu betrachten. Wie im Ergebnisteil ersichtlich, zeigten sich für die gesamten funktionell-psychosomatischen Erkrankungen und die Therapeutenwahl keine signifikanten Zusammenhänge. Man muss somit feststellen, dass die Tatsache, ob ein Patient eine funktionell-psychosomatische Erkrankung hat oder nicht, keine signifikanten Auswirkungen auf seine Therapeutenwahl hat. Wenn man die gesamten funktionell-psychosomatischen Erkrankten betrachtet, muss die oben postulierte Hypothese der Somatisierung angenommen werden.

Betrachtet man jedoch die einzelnen funktionell-psychosomatischen Erkrankungen, zeigt sich, dass sich Patienten mit funktionell-psychosomatischer Herz-Kreislauf-Symptomatik dennoch signifikant häufiger von einem Arzt behandeln lassen als Patienten ohne eine solche Symptomatik. Das deutet darauf hin, dass Patienten mit bestimmten Somatisierungen häufiger zu einem Arzt gehen als Patienten ohne eine solche spezielle funktionell-psychosomatische Symptomatik. Wieso zeigt sich die Signifikanz zugunsten der ärztlichen Psychotherapeuten gerade bei Somatisierung im Herz-Kreislauf-Bereich? Symptome des Herz-Kreislauf-Systems sind eine der häufigsten Krankheitsbilder für internistische Mediziner und Allgemeinmediziner und oft mit Angstsymptomen vergesellschaftet. So haben etwa 40 % aller Patienten mit kardialen Symptomen einen typischen Konflikthintergrund, der in Angst eingebettet ist (Klußmann et al. 2009). Wenn man speziell die Herzneurose (ICD-10-Diagnose F 43.30) betrachtet, ist diese definiert als "akuter, sympathikovasaler Herzanfall mit Herzstillstandsangst und diffus sich ausbreitenden hypochondrischen und phobischen Beschwerden. Oft fließender Übergang zur Angstneurose" (Klußmann et al. 2009, S.111). So befürchtet ein Patient mit psychosomatischen Herz-Kreislauf-

Beschwerden einen Herzstillstand zu erleiden. So steht der Patient Todesängste aus und ist unter Umständen davon überzeugt, an einer schwerwiegenden somatischen Erkrankung zu leiden, an der er akut versterben wird. Eventuell ist dem Patienten nicht bewusst, dass seine Psyche und seine Emotionen die Symptome verursachen und dass diese durch die beunruhigenden Beobachtungen und Fixierung auf die körperlichen Symptome noch verstärkt werden. Ein solcher Angst- (Herz-Kreislauf-) Patient, ist von den somatischen Korrelaten der Störung beeindruckt und geht verständlicher Weise in erster Linie zu einem somatisch orientierten Arzt, da er um sein Leben fürchtet. So stellen Herzneurotiker 40 % aller Patienten dar, die wegen Herzbeschwerden einen Arzt aufsuchen und 10-15 % aller Patienten einer Allgemeinarztpraxis (Klußmann et al. 2009). So ist der Arzt häufig die erste Anlaufstelle für einen psychosomatisch erkrankten Patienten, der ein eher somatisch orientiertes Krankheitskonzept hat. Wenn der Patient mit dem Arzt gute Erfahrungen gemacht hat oder nicht bereit ist sich gänzlich von seinem somatischen Therapiekonzept zu verabschieden, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass er sich zur Psychotherapie auch einen Arzt sucht oder auch bei seinem behandelnden Arzt bleibt, gegeben den Fall, dass dieser auch Psychotherapie anbietet. Insbesondere wenn Arzt und Patient bereits geschafft haben eine vertrauensvolle professionelle Ebene aufzubauen, kann der Patient bevorzugen, auch die Psychotherapie bei diesem Arzt durchführen. Ein Mediziner bietet den psychosomatischen Herz-Kreislauf-Patienten mit ihren eindrücklichen Beschwerden und ihrer Angstsymptomatik vermeintlich ein größeres Maß an Sicherheit, die Symptome und Beschwerden richtig einordnen zu können, auch in Hinblick auf eine Differenzierung zu zusätzlich auftretenden somatischen Herzbeschwerden. Diese Punkte können bewirken, dass sich die funktionell-psychosomatischen Herz-Kreislauf-Patienten vermehrt einen ärztlichen Psychotherapeuten suchen.

Eine Studie von Frühauf (2013) beleuchtete die Frage der spezifischen Rolle ärztlicher Psychotherapie aus Sicht somatisch tätiger Krankenhausärzte. Hier wird deutlich, dass auch Krankenhausärzte eine ärztliche Psychotherapie besonders dann für notwendig zu halten, wenn eine vitale Bedrohung gegeben oder nicht auszuschließen ist (Frühauf et al. 2013).

Wie verhält es sich nun für Patienten, die einen hohen Somatisierungsgrad haben, im Vergleich zu Patienten, die einen geringen Somatisierungsgrad aufweisen. Um

das zu betrachten, ist der vom Gutachter erstellte BSS-Wert herangezogen worden. Die Berechnungen ergeben, dass sich Patienten mit einem hohen BSS-Wert von 3 bzw. 4 auf der Subskala psychogen bedingter körperlicher Störungen, häufiger von einem Arzt behandeln lassen als Patienten mit einem niedrigeren BSS-Wert auf ebendieser Subskala. Man kann sogar sagen, dass mit steigendem BSS-Wert auf dieser Skala auch die Wahrscheinlichkeit steigt, dass der Patient sich einen ärztlichen Psychotherapeuten sucht.

Auch dieses Ergebnis scheint auf den ersten Blick konträr zu dem Ergebnis, dass sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen funktionell-psychosomatischer Erkrankung und der Therapeutenwahl zeigte. Doch zeigt die Rechnung des BSS-Werts, dass Patienten mit starken bis extremen psychosomatischen Beschwerden (BSS 3-4) eher zum Arzt gehen. Für die Patienten mit einem BSS von 0-2 fand sich kein Unterschied in der Therapeutenwahl. In der Berechnung für alle Patienten mit einer funktionell-psychosomatischen Klinik, scheinen die Patienten mit einem BSS 3-4 (etwa 10% aller Patienten) keinen so starken Ausschlag zu geben.

Es stellt sich aber die Frage, weshalb die Patienten mit stärkerer Somatisierung eher zu Ärzten gehen. Als naheliegende Begründung könnte man ein Vertrauen in das ganzheitliche Wissen des Arztes vermuten. Der Arzt als Experte für den Menschen als Einheit aus Körper und Seele. Während sich der Psychologe als ein Spezialist für die Psyche wahrgenommen wird, wird der Mediziner unter Umständen als ein Therapeut wahrgenommen, der die körperlichen und seelischen Symptome in Einklang bringen und als Ganzes deuten und behandeln kann. Hier kommt auch die somatisch fundierte Ausbildung der Mediziner im Gegensatz zu den Psychologen zum Tragen. Aus den Berechnungen wird deutlich, dass Patienten mit einem hohen Somatisierungsgrad häufiger Ärzte als Psychotherapeuten wählen. Dies ist hinweisend dafür, dass gerade für Patienten mit starker Somatisierung Ärzte eine wichtige Rolle in der psychotherapeutischen Versorgung spielen.

Um diese Theorie weiter zu untermauern, müsste eine Studie durchgeführt werden, in der die Beweggründe der somatisierenden Patienten zu ihrer Therapeutenwahl erfragt und dargestellt werden.

### 4.3 H3: Chronifizierungsgrad

Diese Hypothese besagt, dass die Therapeutenwahl des Patienten unabhängig ist vom Chronifizierungsgrad der Beschwerden. Die Dauer der Krankheitsgeschichte in Bezug auf psychische Erkrankungen würde auf die Wahl der Therapeuten in Bezug auf seinen Berufsstand keinen Einfluss nehmen.

Die durchgeführten Rechnungen an einer kleineren Patientengruppe (197 Patienten) deuten darauf hin, dass die Therapeutenwahl signifikant vom Chronifizierungsgrad der vorliegenden Erkrankung abhängt. Demnach muss die aufgestellte These verworfen werden. Patienten mit einem akuten Krankheitsverlauf ließen sich häufiger von einem Arzt behandeln als Patienten in einem rezidivierenden oder chronischen Leiden. Die Patienten in einem rezidivierenden oder chronischen Krankheitsstadium gingen etwa gleich häufig zum Arzt wie zum Psychologen. Es ist also festzustellen, je akuter sich eine Krankheit präsentiert, desto eher wird ein Arzt aufgesucht. Dies könnte damit begründet werden, dass bei rezidivierendem und chronischem Krankheitsverlauf über die Dauer der Erkrankung schon verschiedenste, auch somatische Diagnostik durchgeführt wurde und die Patienten somit auch mit den psychogenen Aspekten ihrer jeweiligen Erkrankung vertraut gemacht wurden. So könnte man begründen, warum rezidivierende und chronisch kranke Patienten sich gleich häufig vom Arzt wie vom Psychologen behandeln lassen. Für diese Patienten steht es nicht mehr im Vordergrund einen Therapeuten mit fundiertem somatischem Wissen zu ihren körperlichen Beschwerden zu haben. Ein anderer Erklärungsansatz wäre, dass sich Patienten mit zahlreichen vergeblichen Anläufen in Richtung somatischer Behandlungsverfahren, ihre Hoffnung verstärkt in Richtung seelischer Verursachung und andersartiger Behandlungskonzepte richten. Dies würde die Notwendigkeit, sich von einem Arzt behandeln zu lassen, eher verringern und die anderen Behandlungsoptionen, wie zum Beispiel in der Richtlinien-Psychotherapie die Wahl eines psychologischen Psychotherapeuten, würden mehr in den Vordergrund rücken.

Wenn man nun die akut kranken Patienten betrachtet, handelt es sich bei ihnen in vielen Fällen um Neuerkrankungen oder aber auch um Exazerbationen, die mit starken körperlichen Symptomen einhergehen können. Bei neu aufgetretenen Erkrankungen ist der Hausarzt häufig der erste Anlaufpunkt. Hier steht das Abklären

von somatischen Grunderkrankungen oft im Vordergrund (Fritsche et al. 2010). Aber auch für das Erkennen von psychiatrischen Erkrankungen stellt der Hausarzt eine wichtige Instanz dar. So gaben 62 % der befragten Psychotherapiepatienten in der nationalen Psychotherapie-Versorgungsstudie von Albani (2010) an, ihren Hausarzt im Vorfeld der psychotherapeutischen Behandlung als Ansprechpartner gehabt zu haben. In dieser Studie wurde dann nach Ansprache der psychischen Probleme vor dem Hausarzt in 33 % eine Psychotherapie und in 30 % eine psychopharmakologische Behandlung empfohlen (Albani et al. 2010). So stellt der Hausarzt häufig die Eintrittspforte zur Richtlinien-Psychotherapie dar. Wenn der Hausarzt durch eine Weiterbildung im Feld der Psychotherapie zur Durchführung dieser berechtigt ist, wäre es anzunehmen, dass die dort behandelten Patienten auch gerne die empfohlene Psychotherapie bei ihrem Hausarzt des Vertrauens durchführen lassen wollen. Oder falls der Hausarzt dies nicht anbietet, die Patienten gerne zu einem ärztlichen Psychotherapeuten gehen, der ihnen mehr Sicherheit gibt, die psychosomatischen Beschwerden von rein somatisch begründeten Beschwerden durch sein somatisches Hintergrundwissen besser abgrenzen zu können.

Ein Viertel der Befragten der Studie von Albani (2010) gab aber auch an, dass der Psychiater Ansprechpartner für psychische Probleme ist, was als Verdeutlichung der etablierten tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehungen gewertet wurde und laut Albani die Bedeutung der psychiatrischen Fachärzte in der Versorgung unterstreicht (Albani et al. 2010). Umso wichtiger erscheint es, wenn diese bereits tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung auch für eine ambulante Psychotherapie genutzt werden kann, falls dieses indiziert ist.

Ein weiterer Erklärungsansatz wäre, dass bei einer akuten Exazerbation einer psychischen Erkrankung für den Patienten das zeitnahe Lindern der unter Umständen auch psychosomatischen Symptomatik im Vordergrund steht. In diesem Fall stehen dem Arzt, durch die Möglichkeit Medikamente zu verschreiben, vielfältige und schnellwirkende Behandlungsmethoden zur Verfügung. Diese Behandlungsoption hat ein Psychologe nicht, da dieser keine Medikamente verschreiben darf. Dies mag ein Grund sein, warum Patienten mit exazerbierten Erkrankungen eher einen Arzt aufsuchen, als Patienten mit einer chronischen Krankheit.

Um die Therapeutenwahl aller akut erkrankten und exazerbierten Patienten besser erfassen zu können, wäre es interessant alle Versorgungsebenen in die Betrachtungen mit einzubeziehen, sodass die psychosomatische Grund-, die psychiatrische Basisversorgung und auch die hausärztliche Versorgung abgebildet werden würden. Es wäre anzunehmen, dass sich die Zahlen der akut erkrankten und Patienten mit einer akut exazerbierten psychischen Erkrankung noch deutlicher von denen der chronischen Patienten zugunsten der Ärzte absetzen würden.

Um dieses genauer zu beleuchten, wären weitere Studien nötig.

#### 4.4 H4: Komorbide somatische Erkrankungen

Die hier aufgestellte Hypothese besagt, dass komorbide somatische Erkrankungen keinen Einfluss auf die Therapeutenwahl haben. So wären die weiteren Erkrankungen des Patienten nicht ausschlaggebend dafür, ob ein Arzt oder ein Psychologe gewählt wird. Diese Theorie kann nach den vorliegenden Daten verifiziert werden. So sieht man, dass die Variablen „Therapeutenberuf“ und „somatische Begleiterkrankung“ keinen signifikanten Zusammenhang zeigen.

Dieses Ergebnis läuft auf den ersten Blick konträr zu der Vorstellung, dass Patienten mit einer komorbiden somatischen Erkrankung eher einen ärztlichen Therapeuten mit Fachwissen über ihre körperliche Erkrankung bevorzugen. Es wird deutlich, dass sich Patienten mit einer rein somatischen Begleiterkrankung in ihrer Therapeutenwahl anscheinend anders verhalten als funktionell-psychosomatisch erkrankte Patienten. Da schon erörtert wurde, dass Patienten mit psychosomatischer Symptomatik, gekoppelt zur Schwere ihrer Erkrankung, verstärkt einen Arzt aufsuchen, hätte man vermuten können, dass sich auch Patienten mit rein somatischen Begleiterkrankungen dementsprechend verhalten. So wurde auch in der Studie von Frühauf (Frühauf et al. 2013) vermutet, dass von Seiten der rein somatisch orientierten Klinikärzte eine Art Vermittlerrolle zwischen rein somatischer und rein psychischer Therapie von den ärztlichen Psychotherapeuten erwartet wird. Dass die Psychotherapiepatienten ebenfalls diese Erwartungshaltung gegenüber den ärztlichen Psychotherapeuten haben, kann man den hier gewonnenen Ergebnissen jedoch nicht ablesen.

Ganz allgemein kann aber festgestellt werden, dass die Psychotherapie für einen Teil der somatisch erkrankten Patienten ein wichtiger Baustein ihrer Behandlung ist. So gaben in einer deutschlandweiten Studie von Albani (2010) 30 % der Befragten an, dass der Anlass für ihre Psychotherapie Probleme mit dem Umgang einer körperlichen Erkrankung war. Bei 63 % dieser Patienten kam es zu einer Besserung dieser Beschwerden durch die psychotherapeutische Behandlung. Hier zeigt sich deutlich die wichtige Bedeutung ambulanter Psychotherapie für die Bewältigung somatischer Erkrankungen (Albani et al. 2011).

Ein Erklärungsansatz, warum Patienten mit somatischen Komorbiditäten nicht einen ärztlichen Psychotherapeuten bevorzugen, ist die Annahme, dass viele der komorbid

somatisch erkrankten Patienten ihre psychotherapeutische Unterstützung im Rahmen der hausärztlichen und psychosomatischen Grundversorgung erhalten und somit gar nicht in der Richtlinien-Psychotherapie auftauchen. In diesem Sinne gäbe es einen Selektionseffekt in der Richtlinien-Psychotherapie zu Gunsten der psychologisch betreuten Patienten.

Eine andere Möglichkeit diese Zahlen zu erklären, ist eine „Ärzteverdrossenheit“ bei Patienten, die durch ihre somatische Erkrankung schon länger mit Medizinern in Kontakt sind und sich einen medizinfernen Psychotherapeuten wünschen. Patienten, die durch eine chronische somatische Erkrankung eventuell unangenehme Erfahrungen mit rein somatisch orientierten Ärzten gemacht haben und ihr Versorgungs- und Behandlungsnetz gerne erweitern möchten, suchen sich lieber einen Therapeuten aus einem Berufsstand, mit dem sie keine negativen Vorerfahrungen verknüpfen und somit ohne negative Vorannahmen die Therapie starten können. So kann es vorkommen, dass Patienten mit einer chronischen somatischen Erkrankung die somatische ärztliche Versorgung als zu technisch und wenig menschenorientiert wahrnehmen. Dieses ist sicherlich auch den sehr begrenzten Behandlungszeiten des niedergelassenen Facharztes pro Patient geschuldet, sodass sehr wenig Zeit bleibt, zu erfragen, wie es dem Patienten psychisch mit seiner Erkrankung geht. So kann der Patient den Eindruck gewinnen, dass ärztlicherseits weniger Verständnis für sein seelisches Verarbeiten der somatischen Erkrankung besteht.

Eine andere Möglichkeit der Erklärung ist, dass nicht alle Patienten mit einer zusätzlichen somatischen Erkrankung einen Zusammenhang zwischen körperlicher Erkrankung und psychischer Verfassung sehen und so ihre komorbide somatische Erkrankung kein Auswahlkriterium für einen spezifischen Psychotherapeuten darstellt.

Darüber hinaus ist anzunehmen, dass einige der komorbid somatisch erkrankten Patienten auch nach Therapiemöglichkeiten außerhalb der engeren medizinischen Versorgung suchen, wie zum Beispiel Heilpraktikern. Diese Patienten sind in dieser Studie nicht erfasst und ihre Zahl ist somit schwer abschätzbar.

Abschließend ist auch an solche Patienten zu denken, die ihre somatische Erkrankung verleugnen und ihrerseits psychologisch oder seelisch interpretieren, um

den Angstdruck zu verringern. Die Wahl eines psychologischen Therapeuten entspräche dann dieser Logik.

#### 4.5 H5: Äußere Abhängigkeiten

Die Hypothese der äußeren Abhängigkeiten besagt, dass die Wahl des Therapeuten unabhängig ist vom Ausmaß feststellbarer äußerer Abhängigkeiten. Als feststellbare äußere Abhängigkeiten werden Parameter wie Kinder, Familienstand, fester Lebenspartner, Eigenheim und Alter definiert.

Die hier postulierte Null-Hypothese muss nach den in dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnissen verworfen werden, denn es zeigt sich mittels der logistischen Regression für die Parameter Kinder, Familienstand, Wohnsituation und auch Alter ein signifikanter Zusammenhang zwischen den genannten Variablen und dem Therapeutenberuf. Man kann somit feststellen, dass Abhängigkeitsfaktoren, wie das Alter eines Patienten, die Tatsache ob er Kinder hat, ob er verheiratet ist oder nicht und ob er einen eigenen Haushalt führt, einen großen Einfluss auf seine Wahl des Therapeuten haben.

Auch verheiratete Patienten mit einem festen Lebenspartner bevorzugen den Arzt als Therapeuten. Man kann annehmen, dass die Patienten mit festem Lebenspartner auch meist die Patienten mit Kindern sind.

Durch die Variablen Kinder, Familienstand, Wohnsituation und Alter wurden vornehmlich Abhängigkeitsfaktoren erfasst. Ältere Patienten mit festem Lebenspartner und Kindern, das heißt mit eigener Familie, wählen den Arzt als Therapeuten. Das sind Patienten, die besonders für ihre Familien Verantwortung tragen und deren körperliche wie psychische Gesundheit große Konsequenzen für ihre Angehörigen haben kann. Sie verfügen in der Regel über eine starke psychosoziale Einbindung, die aber gleichzeitig mit einer schweren Auflösbarkeit der zwischenmenschlichen Bindungen einhergeht. Hier ist die Annahme entscheidend, dass es einen Zusammenhang zwischen der Schwere der Auflösbarkeit von Bindungen und der psychosomatischen Symptombildung und Somatisierung gibt (Lieberz et al. 2013).

Somit besteht hier eine Überkreuzung zur Somatisierungshypothese (H2), dass Patienten, die psychosomatische Symptome zeigen, sich vermehrt in die Hände eines psychotherapeutisch arbeitenden Arztes begeben. Wie in Hypothese 2 schon beschrieben, konnte dies nicht per se für alle psychosomatischen Patienten bestätigt

werden, sondern begrenzt sich auf spezielle körpernahe und lebensbedrohlich anmutende Symptome, wie zum Beispiel im Herz-Kreislauf-Bereich.

Diese Arbeit gibt also Hinweise darauf, dass Patienten mit einem hohen Maß feststellbarer äußerer Abhängigkeiten und so schweren Auflösbarkeit von zwischenmenschlichen Bindungen, über den Zwischenschritt der psychosomatischen Symptombildung und Somatisierung, vermehrt zu einem ärztlichen Psychotherapeuten gelangen.

## 5 ZUSAMMENFASSUNG

Diese Arbeit stellt dar, dass sich die Patientengruppen psychologischer und ärztlicher Psychotherapeuten im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie in gewissen Merkmalen signifikant unterscheiden. So behandelt ein ärztlicher Psychotherapeut eher Patienten, die auf dem Lande leben, älter sind, Kinder und einen festen Lebenspartner haben und stärker zu Somatisierungen des Herz-Kreislauf-Systems neigen. Psychologische Psychotherapeuten hingegen behandeln ein jüngeres Patientenkontingent, welches häufiger in Großstädten wohnt und ungebunden ist (keine Kinder, kein Eigenheim, keine feste Partnerschaft). Darüber hinaus weisen Patienten eines psychologischen Psychotherapeuten eine geringe Somatisierungsneigung auf, insbesondere im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems.

In der Richtlinien-Psychotherapie herrscht für den Patienten Wahlfreiheit bezüglich seines künftigen Psychotherapeuten, sodass anzunehmen ist, dass sich die unterschiedlichen Patientengruppen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten unter anderem aus einer bewussten oder auch unbewussten Wahl des Patienten heraus ergeben.

Bestimmte Patienten scheinen im ambulanten Setting einen ärztlichen Psychotherapeuten zu präferieren, andere scheinen einen psychologischen Psychotherapeuten zu bevorzugen. So scheint es, dass der unterschiedliche berufliche Hintergrund der Therapeuten für die Patienten unterschiedliche Vorzüge hat, bzw. unterschiedliche Erwartungen an die Therapeuten gestellt werden.

Diese Arbeit präsentiert weitergehend verschiedene Erklärungsansätze für das differierende Wahlverhalten der Patienten hinsichtlich des Berufs ihres Therapeuten.

Diese Ergebnisse sind als Chance für eine stärker individualisierte und patientenorientierte ambulante Psychotherapie zu verstehen. Wenn besser verstanden wird, welchen Therapeuten der einzelne Patient fordert, könnten die Präferenzen der Patienten eine stärkere Berücksichtigung in der Versorgungsplanung und Zulassung von Psychotherapeuten finden. Denn teilweise erweckt es den Eindruck, dass aktuell eher berufspolitische und machtorientierte Strategien und weniger inhaltliche Gesichtspunkte die Zulassung von Psychotherapeuten zu bestimmen.

Die hier gewonnenen Ergebnisse sind ein Beleg dafür, dass die ärztliche Psychotherapie neben der psychologischen Psychotherapie ein wichtiger Bestandteil der aktuellen Versorgungsstruktur für psychisch erkrankte Menschen ist und dass die ärztliche Psychotherapie trotz sinkender Therapeutenzahlen ein wesentlicher Bestandteil des psychotherapeutischen Versorgungssystems bleiben muss (Grobe et al. 2020).

Die Nachfrage nach ambulanter Psychotherapie dürfte in den nächsten Jahren weiter steigen. Um dieser steigenden Nachfrage/Bedürftigkeit von Seiten der Patienten gerecht zu werden, bedarf es einer Mobilisierung und Verwendung aller Kräfte und Kompetenzen. So muss man den Schluss ziehen, dass es in der aktuellen Situation darum geht, das spezielle und spezifische Können aller Therapeuten herauszuarbeiten, Unterschiede zwischen den Therapeuten wahrzunehmen, anzuerkennen wertzuschätzen und das Ergänzungspotential zu nutzen. Nur so kann eine bestmögliche und individuelle Versorgung der steigenden Patientenzahlen gewährleistet werden.

## 6 LITERATURVERZEICHNIS

Albani C, Blaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler E (2011) ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten – Teil 2: Wirksamkeit. *Psychotherapeut* 56: 51-60

Albani C, Blaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler E (2010) ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten – Teil 1: Versorgungssituation. *Psychotherapeut* 55: 503 – 514

Albani C, Blaser G, Brähler E (2008) Gesundheitsberichterstattung der Krankenkassen. *Psychotherapeut* 53: 456-460

Albus C, Ladwig KH, Herrmann-Lingen C (2014) Psychokardiologie: praxisrelevante Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 139: 596-601

Backhaus K, Erichson B, Plinke W, Weiber R (2011) *Multivariate Analysemethoden*. 13. überarbeitete Auflage. Springer-Lehrbuch. Springer, Berlin, Heidelberg.

Beakeland F, Lundwall L (1975) dropping out of treatment: a critical review. *Psychological Bulletin* 82: 738 – 783

Bowe N (2008) Psychotherapierichtlinien: seit 40 Jahren Bewährung in der Praxis. *Psychotherapeut* 53: 402-407

Bunz M, Kindermann I (2015) Psychokardiologie: Wie Herz und Psyche zusammenhängen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 140: 117-124

Franz M, Lieberz K, Schmitz N, Schepank H (1999) A decade of spontaneous long-term course of psychogenic impairment in a community population sample. *Soc Psychiatr Epidemiol* 34: 651 - 656

Frenzen H, Krafft M (2008) Logistische Regression und Diskriminanzanalyse, in: Herrmann A, Homburg C, Klarmann M (Hrsg.): *Handbuch Marktforschung* 3.Auflage, Wiesbaden , S.607-649

Fritsche K, Schmitt MF, Nübling M, Wirsching M (2010) ärztliche Psychotherapie in der Haus- und Facharztpraxis: eine empirische Untersuchung in Südbaden. *Z Psychosom Med Psychother* 56: 348 – 357

Frühauf J, Engbrink S, Schepker R, Freyberger H (2013) Die spezifische Rolle ärztlicher Psychotherapie aus Sicht somatisch tätiger Krankenhausärzte. Z Psychosom Med Psychother 59: 336 – 355

Gallas C, Kächele H, Kraft S, Kordy H, Puschner B (2008) Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie – Trans-OP-Studie. Psychotherapeut 53: 414-423

Garfield SL (1994) research on client variables in psychotherapy.  
In: Bergin AE, Garfield SL (1994) handbook of psychotherapy and behavior change. 4<sup>th</sup>edition. J.Wiley & Sons Inc New York

Gemeinsamer Bundesausschluss (2009) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapien (Psychotherapie-Richtlinien). Bundesanzeiger Nr. 58: S.1399, 17.April 2009; zuletzt geändert 2018, Bundesanzeiger Banz AT 20.12.2018 B2. Online: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1733/PT-RL\\_2018-10-18\\_iK-2018-12-21.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1733/PT-RL_2018-10-18_iK-2018-12-21.pdf). Stand: 31.12.2018

Grobe TG, Steinmann S, Szecseny J (2020) BARMER Arztreport 2020, Psychotherapie – veränderter Zugang, verbesserte Versorgung?. Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung. Barmer Krankenkasse, Berlin.  
Online: [www.barmer.de/blob/227512/4f989562e2da4b0fbc785f15ff011ebe/data/dl-arztreport2020-komplett.pdf](http://www.barmer.de/blob/227512/4f989562e2da4b0fbc785f15ff011ebe/data/dl-arztreport2020-komplett.pdf). Stand: März 2020

Gross M, Pelz J (2009) Veränderung des Berufsbildes des Arztes. Bundesgesundheitsblatt 52: 831 - 840

Hartmann S (2006) Die Behandlung psychischer Störungen. Wirksamkeit und Zufriedenheit aus Sicht der Patienten. Psychosozial-Verlag Gießen

Herpertz S, Herpertz S. (2013) Richtlinienpsychotherapie – Quo vadis? Psychother Psych Med 2013; 63: 32-38

Heuft G, Freyberger H, Schepker R (2014) Ärztliche Psychotherapie – Vier-Ebenen-Modell einer personalisierten Medizin. Schattauer GmbH

Klußmann R, Nickel M. Seelische Faktoren bei verschiedenen Krankheitsbildern aller medizinischer Disziplinen. In: Klußmann R, Nickel M: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. S.111-119. Wien: Springer-Verlag 2009

Kruse J, Larisch A, Hofmann M, Herzog W (2013) Ambulante psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. Versorgungsprofile abgebildet durch Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). *Z Psychosom Med Psychother* 59 3: 254 - 272

Lambert MJ, Christensen ER, Dejulio SS (1983) *The assessment of psychotherapy outcome*. J Wiley & Sons New York 1983

Lambert MJ, Bergin AE (2013) *The effectiveness of psychotherapy*. In: Bergin AE, Garfield SL (Hg.): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4<sup>th</sup> edition. J Wiley & Sons New York 2013

Lambert MJ, Barley DE (2011) *Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy*. In: Norcross JC (Hg.): *psychotherapy relationships that work*. S.17-32. Oxford: Oxford university press 2011

Lieberz K (2015) *Die Richtlinien-Psychotherapie*. *Ärztliche Psychotherapie* 2015; 10: 103-106

Lieberz K, Adamek L, Krumm B (2015) *Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie*. *Psychodynamische Psychotherapie* 14 1: 37 – 46

Lieberz K, Knoblich A, Krumm B (2014) *Gruppen- oder Einzeltherapie? Untersuchungen zur differenziellen Indikationsstellung bei den psychoanalytisch begründeten Verfahren in der Richtlinien-Psychotherapie*. *Ergebnisse aus dem MARS-P. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 50: 2 - 17

Lieberz K, Pompecki A, Krumm B (2013) *Ärztliche Psychotherapie – Mythos oder Realität?*. *Ärztliche Psychotherapie* 8 2: 109-116

Lieberz K, Seiffge M (2011) *Obergutachten bei den psychodynamischen Verfahren – ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Richtlinie-Psychotherapie*. *Ergebnisse aus dem MARS-Projekt*. *Z Psychosom Med Psychother* 57 4: 364 - 376

Lieberz K, Krumm B, Adamek L, Mühlig S. (2010) *Erst- und Umwandlungsanträge bei den psychodynamischen Therapieverfahren in der Richtlinien-Psychotherapie*. *Z Psychosom Med Psychother* 56 3: 244-25

Lieberz K, Franz M, Schepank H (2011) *Seelische Gesundheit im Langzeitverlauf – die Mannheimer Kohortenstudie*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2011

Lieberz K (1998) *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*. *Dt Ärztebl* 95: A-1909 – 1992 (Heft 31-32)

Lieberz K. (1996) Hausarzt und Psychotherapeut: Wege der Zusammenarbeit  
Jena; Stuttgart: G. Fischer, 1996

Luborsky L (1988) Who will benefit from psychotherapy? : predicting therapeutic  
outcomes. New York: Basic Books, Inc.

Luborsky L, Auerbach AH, Chandler M, Cohen J (1971) Factors influencing the  
outcome of psychotherapy: a review of quantitative research. Psychological Bulletin  
75: 145 – 185

Orlinsky DE, Howard KI (1975) Varieties of psychotherapeutic experience:  
multivariate analyses of patients and therapists `reports´. New York: teachers college  
press

Psychotherapeutengesetz vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), zuletzt geändert  
durch Artikel 6 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191).

Robert Koch-Institut (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in  
Deutschland aktuell 2010“, Kap.4 Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in  
Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.  
Online: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geda/Geda\\_2010\\_inhalt.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geda/Geda_2010_inhalt.html). Stand: 01.08.2014

Robert-Koch-Institut, statistisches Bundesamt (2007) Gesundheitsbericht 2006 –  
Gesundheit in Deutschland, Online: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/GiD\\_2006/gesundheitsbericht.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/GiD_2006/gesundheitsbericht.html), Stand: 20.02.2007

Robert-Koch-Institut, statistisches Bundesamt (2015) Gesundheitsbericht 2015 –  
Gesundheit in Deutschland, Online: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit\\_in\\_deutschland\\_2015.html?nn=2379316](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.html?nn=2379316), Stand: 03.12.2015

Rudolf G, Jakobsen T (2002) Analytische und tiefenpsychologisch fundierte  
Psychotherapien im Gutachterverfahren – gutachterliche Stellungnahmen im  
Vergleich. Forum der Psychoanalyse 18: 381-386

Rudolf G, Henningsen P (2012) Somatoforme Störungen, In: Reimer C, Rüger U:  
Psychodynamische Psychotherapien. S. 225 – 233, Springer-Verlag Berlin  
Heidelberg 2012

Rüger U, Leibing E (1999) Bildungsstand und Therapieindikation. Der Einfluss auf die Wahl des Verhandlungsverfahrens und die Behandlungsdauer. Psychotherapeut 44: 214 - 219

Schepank H (1987) Psychogene Erkrankungen in der Stadtbevölkerung. Springer Verlag 1987

Schepank H (1990) Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute. Springer Verlag 1990

Schepank H (1995) Der Beeinträchtigung-Schwere-Score (BSS). Belz 1995

Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U (2008) Psychotherapeutische Versorgung. Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41

Schulz Mandy, Schulz Maika, Bätzing-Feigenbaum J, v Stillfried D (2015) Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner nach Bedarfsplanungsfachgebieten und -regionen im Jahr 2013. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/02. Berlin 2015 DOI: 10.20364/VA-15.02 Online:<https://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen/?tab=6&uid=58>. Stand: 19.03.2015

Swift JK, Callahan JL (2009) The impact of client treatment preference on outcome. A Metaanalysis. Journal of Clinical Psychology 65: 368 – 381

Swift JK, Callahan JL, Vollmer B (2011) Preferences. Journal of Clinical Psychology 67: 155 - 165

Swift JK, Callahan JL, Cooper M, Parkin SR (2018) The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. Journal of Clinical Psychology 74: 1924 - 1937

Tress W (2002) Medizinische Behandlungsnotwendigkeit in der kassenärztlichen psychotherapeutischen Versorgung. Psychotherapeut 47: 59-60

Vogel W (2012) Ambulante psychotherapeutische Versorgung: Versorgungsforschung im Feld ist möglich. Deutsches Ärzteblatt 8: 371 – 373

Weiß C (2005) Basiswissen medizinische Statistik. 3. Auflage. Springer-Verlag Heidelberg 2005

Wieland (2009) Barmer Gesundheitsreport 2009: Psychische Gesundheit und psychische Belastungen. Edited by B. Wuppertal: Barmer Ersatzkasse

Wittmann, W.W., Lutz, W., Steffanowski, A., Kriz, D., Glahn, E.M., Vökle, M.C., Böhnke, J.R., Köck, K., Bittermann, A. & Ruprecht, T. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse - Abschlussbericht. Hamburg: Techniker Krankenkasse.

## 7 LEBENS LAUF

### PERSONALIEN

Name und Vorname: Pompecki, Anna Sophia Charlotte  
Geburtsdatum: 25.06.1986  
Geburtsort: Hamburg  
Familienstand: ledig  
Vater: Hans Rainer Pompecki, 26.1.1942 – 06.01.2019  
Mutter: Gyde Maria Petersen-Pompecki, 25.05.1956

### SCHULISCHER WERDEGANG

1992 – 1996 Carl-Götze-Grundschule, Hamburg  
1996 - 2002 Gymnasium Corveystraße, Hamburg  
2002 - 2005 Sophie-Barat-Gymnasium, Hamburg  
15.06.2005 Abitur (Note: 2,1)

### UNIVERSITÄRER WERDEGANG

WS 2006/2007 Beginn des Studiums Chemie, Diplom  
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel  
WS 2007/2008 Beginn des Studiums Humanmedizin  
Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg

07.09.2009	Erster Abschnitt der ärztlichen Prüfung (Note: 3,0)
22.05.2015	Zweiter Abschnitt der ärztlichen Prüfung (Note: 2,5)
17.08.2015	Approbation als Ärztin

#### BERUFLICHER WERDEGANG

1/2016 – 4/2018	Klinikum Ludwigshafen a. R., Klinik für Neurologie Assistenzärztin in der Facharztweiterbildung für Neurologie
5/2018 – 10/2019	Albertinen Krankenhaus Hamburg, Klinik für Psychiatrie Psychiatrie-Fremdjahr
seit 11/2019	Klinikum Ludwigshafen a. R., Klinik für Neurologie Assistenzärztin in der Facharztweiterbildung für Neurologie

## 8 DANKSAGUNG

Herrn Prof. Dr. med. Klaus Lieberz danke ich für die Überlassung des Themas dieser Arbeit und von Herzen für die beharrliche Unterstützung und Betreuung über die gesamte Dauer der Arbeit und des Schreibprozesses.

Besonders danken möchte ich auch Herrn Dr. rer. nat. Bertram Krumm (Abteilung für Biostatistik am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim) für die große Unterstützung bei den statistischen Fragen dieser Arbeit.

Ebenso danke ich Stefan Clasen und Eva Stengel für die Durchsicht meiner Arbeit und die Anmerkungen und Hinweise, die zur Vollendung derselben beigetragen haben.

Meiner Familie und verstorbenen Vater schulde ich großen Dank für die kontinuierlichen aufmunternden Worte, die mich immer wieder motiviert haben, diese Arbeit weiter voran zu treiben und letztendlich abzuschließen.