

# Bildungsstand und Psychotherapieindikation – Der Einfluß auf die Wahl des Behandlungsverfahrens und die Behandlungsdauer

## Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie wird der Einfluß des Bildungsstandes auf Psychotherapieindikation, Wahl des Behandlungsverfahrens und Behandlungsdauer innerhalb der psychoanalytisch begründeten Verfahren untersucht. Grundlage sind Erstanträge auf Kostenübernahme im Rahmen der Psychotherapierichtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei wurden als Stichprobe alle entsprechenden Anträge eines Jahrgangs ( $n=274$ ) gewählt, für welche der Erstautor als Gutachter herangezogen wurde. Es fanden sich deutliche Zusammenhänge zwischen dem Bildungsstand auf der einen sowie der Wahl des Behandlungsverfahrens und der Behandlungsdauer auf der anderen Seite. Während in unserer Stichprobe 43,5% über das Abitur verfügen, sind es in der jahrgangsgleichen Durchschnittsbevölkerung 25,1%. Dieser Zusammenhang wird noch deutlicher, wenn man zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie unterscheidet. Unter den Patienten, bei denen eine analytische Psychotherapie beantragt wurde, beträgt der Anteil der Abiturienten 51,7%, der der Hauptschüler hingegen nur 13,2% bei 48,7% Hauptschülern in der Gesamtbevölkerung. Auch die Behandlungsdauer ist allein vom Bildungsstand, nicht hingegen von soziodemographischen Parametern wie Geschlecht, Alter oder Art der Versicherung (Ersatzkasse/Primärkasse) abhängig. Die Befunde werden diskutiert und abgeleitete Fragen für weitere Untersuchungen dargestellt.

## Schlüsselwörter

Bildungsstand · soziale Schicht · Psychotherapieindikation · Psychotherapie

Vor über 80 Jahren forderte Sigmund Freud kurz vor Ende des 1. Weltkriegs auf dem Budapester Kongreß vor den maßgeblichen Sanitätsoffizieren der Kaiserlichen und Königlichen Österreichisch-Ungarischen Armee die „Psychotherapie fürs Volk“. Er appellierte in diesem Zusammenhang an „das Gewissen der Gesellschaft“ und die entsprechenden Verpflichtungen des Staates (1919, S. 191).

Schon wenige Jahre später konnte aufgrund einer sehr großzügigen Stiftung durch Max Eitingon die Berliner Psychoanalytische Poliklinik gegründet und hier auch unbemittelten Patienten psychoanalytische Behandlungen ermöglicht werden (vgl. Simmel 1930).

Mit der Gründung des Instituts für Psychogene Erkrankungen in Berlin 1946 kam es zunächst lokal und nach entsprechenden Wirksamkeitsnachweisen (Dührssen 1962; Dührssen u. Jorswieck 1965) 1967 mit der Einführung der Psychotherapierichtlinien erstmals in der Welt zu einer über die Sozialversicherung garantierten Möglichkeit für psychotherapeutische Behandlung – man könnte sagen, zu einer „Psychotherapie fürs Volk“ – von der Solidarge-

meinschaft, also vom Volk selbst finanziert. Vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Diskussion über die psychotherapeutische Versorgung ist die Frage, für wen denn das Volk die Psychotherapie bezahlt, sicherlich legitim.

## Fragestellung

Die vorliegende Untersuchung beschränkt sich dabei darauf, eine Abhängigkeit der Psychotherapieindikation, der Wahl des Behandlungsverfahrens und der Behandlungsdauer von der Bildungsschicht des Patienten zu prüfen. Seit der klassischen „New-Haven-Studie“ (Hollingshead u. Redlich 1958) sind die Zusammenhänge zwischen sozialer Schicht und psychotherapeutischer Versorgung bekannt und trotz teilweiser Verbesserung in den letzten 40 Jahren nach wie vor zu beobachten (Franz 1997; Franz et al. 1999). Auch aus einer kürzlich in dieser Zeitschrift publizierten Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Versorgungspraxen (Scheidt et al. 1998) läßt sich eine entsprechende Verteilung entnehmen. Während eine Schichtabhängigkeit der Psychotherapieindikation damit nicht zu verneinen ist, liegen entsprechende Befunde aus dem Bereich der gesetzlichen Kranken-

---

Prof. Dr. U. Rüger  
Georg-August-Universität Göttingen, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie,  
von Siebold-Straße 5, D-37075 Göttingen

U. Rürger · E. Leibing

## The influence of the patients' education on indication and duration of psychotherapy and the choice of treatment methods

### Summary

This study investigated the influence of the patients' educational level on indication for and duration of psychotherapy and the choice of treatment methods (psychodynamically oriented psychotherapy or psychoanalysis). We considered treatments that were conducted within the framework of the statutory health insurance in Germany. Data were collected from the therapists' case history ( $n=274$ ), submitted to the first author as an expert of the statutory health insurance companies. We found a significant relationship between level of education and indication for psychotherapy. In our sample 43.5% had graduated from senior high school compared with 25.1% in the average German population. This relationship is getting more clear if we discriminate between psychodynamically oriented psychotherapy and psychoanalysis. 51.7% of the patients undergoing psychoanalysis had graduated from senior high school and only 13.2% from junior high school compared with 48.7% in the average German population. Also the duration of psychotherapy depends only on the level of education, not on gender, age or type of statutory health insurance. These results are discussed carefully and questions for further investigations are deduced.

### Key words

Level of education · Social class · Indication for psychotherapy · Psychotherapy · Duration of psychotherapy

kassen nicht vor. Hieraus ergibt sich die folgende Fragestellung:

Gibt es eine Abhängigkeit zwischen Bildungsstand und Wahl des Behandlungsverfahrens sowie Dauer der Behandlung im Bereich der sog. Richtlinienpsychotherapie? Im Rahmen dieser globalen Fragestellung sollen folgende Hypothesen geprüft werden:

- Nehmen Patienten mit höherem Bildungsstand tiefenpsychologische/analytische Psychotherapie häufiger in Anspruch als Patienten mit niedrigerem Bildungsstand?
- Nehmen Patienten mit höherem Bildungsstand innerhalb dieser Verfahren analytische Psychotherapie häufiger in Anspruch?
- Werden bei Patienten mit höherem Bildungsstand längere Psychotherapien durchgeführt?

### Methodik

Grundlage der Untersuchung ist eine Stichprobe von  $n=274$  Anamnesen des Jahrgangs 1988, die der Erstautor im Rahmen des Gutachterverfahrens nach den Psychotherapierichtlinien als Erstanträge geprüft hat. Anträge auf Verhaltenstherapie gehen an eigene Gutachter und konnten deshalb nicht berücksichtigt werden. Hier können zum Vergleich die von Linden (Linden et al. 1993; Linden u. Pasatu 1998) berichteten Ergebnisse zur Beantragung von Verhaltenstherapie herangezogen werden. Die Beauftragung zur Begutachtung von Psychotherapieanträgen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgt ohne Präferenz für bestimmte Gutachter nach einem vorgegebenen Schlüssel. Damit kann die Repräsentativität der Stichprobe für die Gesamtheit der Psychotherapieanträge (psychoanalytisch begründete Verfahren) angenommen werden. Bei  $n=232$  Anamnesen (84,7%) lagen ausreichende Angaben zum Bildungsstand vor, diese sind damit Grundlage für unsere Untersuchung.

Im Rahmen einer ausführlicheren Auswertung der Texte dieser biographischen Anamnesen (Rürger et al. 1996, 1997) wurde auch der Bildungsstand – als einer der wesentlichen drei Parameter für die soziale Schicht – der Patienten erfaßt.

Das Alter der Patienten wurde auf 19–40 Jahre beschränkt, da in dieser Al-

tersstufe die Erstmanifestationsgipfel für die einschlägigen zu einer Psychotherapie führenden psychischen Erkrankungen liegen.

Es wurde der Jahrgang 1988 gewählt, um auch Zusammenhänge bezüglich der späteren Weiterbehandlung der Patienten (Verlängerungsanträge) überprüfen zu können. Da es sich um einen Jahrgang vor der Wiedervereinigung Deutschlands handelt, hatten die mit der Adaptierung der Versorgungssysteme verbundenen Veränderungen keinen Einfluß auf die Fragestellung. Auch der Punktwertverfall und die damit deutlicheren Unterschiede zwischen Primär- und Ersatzkassen war noch nicht so ausgeprägt, daß hierdurch Veränderungen im Indikationsverhalten von Psychotherapeuten zu erwarten gewesen sind. Damit ist gewährleistet, daß nicht andere Einflußvariablen die Ergebnisse maßgeblich beeinflussen.

Als Vergleichsstichprobe wurden Daten aus dem statistischen Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland (Statistisches Bundesamt 1989), das auch die Statistiken über die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen enthält, zugrunde gelegt.

Die vorliegende Studie untersucht die Fragestellung ganz überwiegend im Hinblick auf die analytische und tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie. Die tiefenpsychologisch fundierte und die analytische Gruppentherapie wurden zusammengefaßt, da die Art des gewählten Gruppenbehandlungsverfahrens maßgeblich durch den Zusatztitel des Behandlers („Psychotherapie“ bzw. „Psychoanalyse“) bestimmt wird. Im Unterschied zu den beiden Einzelverfahren ist hier auch in der Regel die Frequenz der Behandlung gleich hoch.

Die Behandlungsdauer wurde gemessen an der Anzahl der bewilligten Stunden. Dieses bringt eine gewisse Unschärfe mit sich, da die Zahl der bewilligten Stunden nicht in jedem Fall mit der Zahl der durchgeführten Stunden identisch ist. Eine systematische Verfälschung ist allerdings nicht zu erwarten.

Die Daten wurden auf einem PC mit dem Programm SAS (SAS 1996) berechnet. Zur Anwendung kamen  $\chi^2$ -Tests,  $t$ -Tests für unabhängige Stichproben, ANOVA's (F-Test) sowie logistische Regressionen.

## Ergebnisse

### Inanspruchnahme

Die Geschlechtsverteilung bestätigt den bekannten Befund (Franz 1997), daß sich signifikant mehr Frauen als Männer in psychotherapeutische Behandlung begeben (Tabelle 1). Beim Versicherungsstatus der Psychotherapiepatienten findet sich eine signifikante Häufung von Ersatzkassenpatienten im Vergleich zu allen GKV-Versicherten. Auch beim Bildungsstand lassen sich signifikant unterschiedliche Verteilungen bei den Psychotherapiepatienten und der Gesamtbevölkerung nachweisen. Hier findet sich erwartungsgemäß ein deutliches Überwiegen von Abiturienten gegenüber den Hauptschülern.

Das Alter der Patienten ist in den verschiedenen Bildungsgruppen nicht unterschiedlich ( $F=1,94$ ;  $p=0,1466$ ).

### Indikation/Wahl des Behandlungsverfahrens

Insgesamt finden sich signifikante Verteilungsunterschiede ( $\chi^2=16,3$ ;  $p=0,003$ ), wenn man die durchgeführten Psychotherapieverfahren nach dem Bildungsstand differenziert (Tabelle 2). So findet sich unter den Patienten, bei denen analytische Psychotherapie beantragt wurde, erwartungsgemäß der größte Anteil an Abiturienten (51,6%), während der Anteil der Hauptschüler nur 13,2% beträgt.

Vergleicht man im Bereich der Einzeltherapie die Häufigkeit von tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie zwischen Hauptschülern und Abiturienten, finden sich entsprechend signifikante Unterschiede ( $\chi^2=9,43$ ;  $p=0,002$ ). Kein signifikanter Unterschied findet sich hingegen zwischen den Realschülern und den Abiturienten im Bereich der Einzeltherapie ( $\chi^2=0,208$ ;  $p=0,649$ ).

Tendenziell wird bei den Realschülern häufiger Gruppentherapie als Einzelpsychotherapie durchgeführt ( $\chi^2=3,785$ ;  $p=0,052$ ).

Dagegen findet sich kein Unterschied, wenn man die RVO-Versicherten mit den EK-Versicherten bezüglich der Wahl des Behandlungsverfahrens vergleicht ( $\chi^2=0,475$ ;  $p=0,789$ ).

Das Alter der Patienten ist deutlich unterschiedlich in den verschiedenen Behandlungsverfahren ( $F=3,33$ ;  $p=0,0374$ ).

Tabelle 1  
Soziodemographische Parameter

	Bevölkerung (1989)	GKV-Versicherte (1989)	Stichprobe (n=232, Jahr 1988)	$p^a$
Geschlecht w/m		50,9%/49,1%	68,1%/31,9%	0,0001
Alter			30,2 (19–40)	
Primär-/Ersatzkassen		68,1%/31,9%	57,3%/42,7%	0,001
kein/Hauptschulabschluss	48,7%		23,3%	
Realschulabschluss	26,2%		33,2%	0,001
Abitur	25,1%		43,5%	

<sup>a</sup>  $\chi^2$ -Test, zweiseitig

Hierbei sind Gruppenpatienten mit 28,8 Jahren im Durchschnitt um etwa zwei Jahre jünger als Patienten, die eine analytische (30,8 Jahre) oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (30,6 Jahre) in Anspruch nehmen.

Eine logistische Regression auf die Variable Behandlungsverfahren erbrachte folgendes Ergebnis: Die Zuweisung zu den Behandlungsverfahren ist einzig vom Bildungsstand ( $\chi^2=7,7$ ;  $p=0,0066$ ), nicht jedoch vom Alter, Geschlecht oder dem Versicherungsstatus abhängig (jeweils  $p>0,15$ ).

### Behandlungsdauer

Verglichen wurden die Dauer in Abhängigkeit vom Bildungsstand jeweils innerhalb der beiden Einzelverfahren, da sich die beiden Verfahren bezüglich Behandlungsfrequenz und unterschiedlicher Leistungsgrenzen deutlich unterscheiden.

Bei Patienten mit Abitur liegt die Behandlungsdauer sowohl bei analytischer Psychotherapie als auch bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie signifikant höher als bei Pati-

enten mit Hauptschulabschluss bzw. ohne Abschluß (Tabelle 3). Die Behandlungsdauer der Patienten mit Realschulabschluss liegt jeweils zwischen den beiden anderen Gruppen, wobei eine größere Nähe zu den Patienten mit Abitur festzustellen ist.

Kein Zusammenhang besteht zwischen Alter der Patienten und Behandlungsdauer ( $r=0,03$ ;  $p=0,6668$ ), auch nicht, wenn nach Behandlungsverfahren differenziert wird.

Ebenso besteht kein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Patienten und der Dauer der Behandlung ( $t=0,48$ ;  $p=0,633$ ) sowie zwischen dem Versicherungsstatus und der Dauer der Behandlung (PA:  $F=1,16$ ;  $p=0,3202$ ; TP:  $F=1,16$ ;  $p=0,3184$ ; Gruppe:  $F=1,36$ ;  $p=0,2646$ ).

Eine logistische Regression auf die Variable Behandlungsdauer erbrachte folgendes Ergebnis: Die Behandlungsdauer ist einzig vom Bildungsstand ( $\chi^2=7,95$ ;  $p=0,0048$ ), nicht jedoch vom Alter, dem Geschlecht oder dem Versicherungsstatus abhängig (jeweils  $p>0,15$ ).

Tabelle 2  
Bildungsstand und Behandlungsverfahren

	Tiefenpsychologisch fundierte PT (n=81)	Analytische PT (n=91)	Gruppen PT (n=60)
kein/Hauptschulabschluss (n=54)	29 (35,8%)	12 (13,2%)	13 (21,7%)
Realschulabschluss (n=77)	19 (23,5%)	32 (35,2%)	26 (43,3%)
Abitur (n=101)	33 (40,7%)	47 (51,6%)	21 (35%)

angegeben sind Spaltenprozentage, d.h. prozentuale Anteile der Bildungsgruppen je Verfahren

Tabelle 3

**Bildungsstand und Behandlungsdauer in Stunden nach Verfahren**

	Hauptschule M (SD) N	Realschule M (SD) N	Abitur M (SD) N	Hauptschule/ Abitur p <sup>a</sup>
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	52,5 (16,8) 29	60,0 (21,4) 19	63,7 (19,5) 33	0,0305
Analytische Psychotherapie	138,3 (73,1) 12	172,7 (93,2) 32	181,7 (87,5) 47	0,0105

<sup>a</sup> einseitiger t-Test**Diskussion**

Die im Vergleich zum Bevölkerungsanteil höhere Psychotherapieinanspruchnahme bei Patienten mit Abitur entspricht vorliegenden Befunden (Franz 1997; Franz et al. 1999; Scheidt et al. 1998). Allerdings beziehen sich unsere Ergebnisse ausschließlich auf Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung, es entfallen die privat Krankenversicherten und damit der Einfluß der Honorierung von Psychotherapie. Berücksichtigt man außerdem, daß psychogene Erkrankungen eine höhere Prävalenz in der unteren Bildungsschicht haben (Schepank 1987), so findet bei Psychotherapieinanspruchnahme und -indikation ein sehr deutlich vom Bildungsstand der Patienten abhängiger Selektionsprozeß statt.

Dieser Prozeß setzt sich bei der Wahl des Behandlungsverfahrens fort. Hier bestimmt der Bildungsstand – und nicht andere soziodemographische Daten wie Alter, Geschlecht und Versicherungsstatus – wesentlich mit darüber, welches psychoanalytisch fundierte Verfahren gewählt wird. Patienten mit Abitur erhalten signifikant häufiger, Patienten mit Hauptschul- (bzw. ohne Schulabschluß) signifikant seltener eine analytische Psychotherapie. Umgekehrt wird bei Patienten mit Abitur signifikant seltener als bei denen mit Hauptschulabschluß eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie durchgeführt. Diese Ergebnisse sind nicht nur signifikant, sondern von ihrer Größe her auch überdeutlich. Bei 48,7% Hauptschülern in der vergleichbaren Bevölkerung macht deren Anteil bei den mit analytischer Psychotherapie Behandelten nur 13,2% aus! Gleichzeitig beträgt der Anteil der Abiturienten in der Gesamtbevölkerung nur 25,1%,

während er mit 51,7% in der Gruppe der mit analytischer Psychotherapie Behandelten doppelt so hoch liegt.

Interessant ist weiterhin ein Vergleich mit den von Linden (Linden et al. 1993; Linden u. Pasatu 1998) mit anderer Fragestellung berichteten Ergebnissen zu soziodemographischen Charakteristika von  $n=1344$  Anträgen auf Verhaltenstherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch wenn wegen eines unterschiedlichen methodischen Vorgehens (erlernter Beruf statt Schulabschluß) ein Vergleich nur mit Vorsicht anzustellen ist, wird deutlich, daß der Anteil an Patienten der oberen Bildungsschicht innerhalb der Verhaltenstherapie deutlich niedriger (15,1% Akademiker, Linden u. Pasatu 1998, S. 31) und der Anteil an Patienten mit mittlerer und niedriger Bildungsschicht deutlich höher (64,1% ungelernete/Arbeiter/Facharbeiter; Linden et al. 1993) liegt. Die Geschlechtsverteilung (73,4% Frauen) und das Alter (33,6 Jahre) sind hingegen mit unserer Stichprobe vergleichbar.

Auch Rudolf hatte in seiner Berliner Psychotherapiestudie auf bildungsabhängige Indikationen hingewiesen (Rudolf 1991). Er konnte außerdem zeigen, daß Patienten mit der Indikation zu einer analytischen Psychotherapie insgesamt prognostisch günstiger und im Hinblick auf ihre soziale Situation weniger problematisch eingeschätzt werden.

Selbstverständlich ist der Bildungsstand eines Patienten nur eine von mehreren möglichen Einflußvariablen, die die Therapieindikation und die Wahl des Behandlungsverfahrens mitbestimmen. So können wir über die psychischen Besonderheiten der Patienten keine Aussagen treffen. Gerade bei der differentiellen Indikation zwi-

schen einer analytischen und einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie scheinen psychosoziale Aspekte jedoch eine wesentliche Rolle zu spielen (vgl. auch Rüter 1994).

Schließlich liegt auch die Behandlungsdauer bei Patienten mit Abitur sowohl bei analytischer als auch bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie signifikant höher als bei Patienten mit Hauptschul- bzw. ohne Schulabschluß. Auch die Behandlungsdauer ist dabei nicht von anderen soziodemographischen Variablen (Alter, Geschlecht oder Versicherungsstatus) abhängig. Hier bleibt eine offene Frage, warum Patienten mit Abitur länger behandelt werden als solche mit Hauptschulabschluß. Erkrankungsbedingte Gründe (Art oder Schwere der Erkrankung) scheinen hierbei aber eher unwahrscheinlich zu sein.

Unsere Ausgangsfrage, für wen das Volk die Psychotherapie bezahlt, ließe sich demnach etwas überspitzt wie folgt beantworten: Gemessen am relativen Aufwand zahlt das Volk die Psychotherapie für seine Bildungseliten.

**Abschließende Fragen**

Im folgenden sollen noch einmal Interpretationsmöglichkeiten zusammengefaßt werden, die sich aus den vorliegenden Befunden ergeben und deren Konsequenzen zum Teil diskutiert werden. Dabei nehmen wir bewußt in Kauf, daß einzelne Interpretationsmöglichkeiten sich auch widersprechen. In diesem Sinne ergeben sich folgende Fragen:

1. Kann es überhaupt wahrscheinlich sein, daß der Schulabschluß so sehr mit Krankheits- und Persönlichkeitsmerkmalen, ggf. Merkmalen der Krankheitsverarbeitung korreliert, daß dadurch Unterschiede in der Behandlungsindikation und -dauer begründet sind? Dies dürfte sehr unwahrscheinlich sein.
2. Wenn – wie Rudolf (1991) feststellt – Patienten mit analytischer Psychotherapie insgesamt prognostisch günstiger und im Hinblick auf ihre soziale Situation weniger problematisch einzuschätzen sind: Ist dies eine differenzspezifische, die die Durchführbarkeit einer analytischen Psychotherapie voraussetzt? Vielleicht ja – aber macht es sie deshalb immer notwendig?

3. Handelt es sich möglicherweise bei einer erheblichen Zahl von Fällen (Patienten mit niedrigem Bildungsstand) um eine unzureichende Behandlung?

Oder handelt es sich umgekehrt in einer nicht unerheblichen Zahl von Fällen (bei Patienten mit hohem Bildungsabschluss) ggf. um eine „Überbehandlung“?

Diese Frage setzt natürlich die Intendierung einer sinnvollen und zweckmäßigen Behandlungsplanung mit einer gerechten *Ressourcenverteilung* voraus. Hierzu ist anzumerken, daß die therapeutischen Ressourcen von einer analytischen Psychotherapie etwa die Kapazität für drei Behandlungsfälle einer tiefenpsychologisch fundierten Therapie binden, ggf. entsprechend mehr für Kurzzeittherapien.

4. Mit der Frage nach der gerechten Ressourcenverteilung sind ethische Aspekte in der Psychotherapie angesprochen (Beauchamp u. Childress 1983; Reimer et al. 1996; Heigl-Evers et al. 1997). Vor dem Hintergrund unserer Befunde wird hier ein besonderer medizinethischer Konflikt deutlich: Die schwierige Entscheidung zwischen einer *gleichen* Verteilung von vorhandenen Ressourcen auf alle Bedürftige (Gerechtigkeitsprinzip) auf der einen Seite oder einer Verteilung der Ressourcen nach zu erwartendem *Benefit* (Prinzip des zu erwartenden Nutzens) auf der anderen Seite.

Diese Frage stellt sich nicht nur für die Psychotherapie. Vielmehr handelt es sich hier um eine in der gesamten Medizin sehr brisante Frage. Nach welchen Grundsätzen sollen die in der Gesundheitsversorgung vorhandenen Ressourcen verteilt werden (Kilner 1995)?

Für den Bereich der Psychotherapie bedeutet dies: Lassen sich möglicherweise manche Therapieziele mit weniger aufwendigen Mitteln (niedrigerer Dosis) erreichen? Gibt es umgekehrt bei der Behandlung mit einem aufwendigen Verfahren (z.B. analytische Psychotherapie) bei Patienten mit dafür besonders günstigen Voraussetzungen (z.B. höhere Bildungsschicht) einen besonders hohen Benefit?

Diese Fragen lassen sich selbstverständlich mit den vorliegenden Befun-

den nicht beantworten. Sie würden auch eine erneute Diskussion um Therapieziele und therapeutischen Benefit voraussetzen. Bezogen auf den Benefit für das gesamte Gesundheitssystem wären darüber hinaus nicht nur Kosten-Nutzenrechnung für den Einzelfall, sondern ggf. auch eine günstige Multiplikatorwirkung auf das psychosoziale Umfeld von besonders erfolgreich behandelten Patienten in Rechnung zu stellen. Solange allerdings entsprechende Untersuchungen fehlen, ist ein kritischer Hinweis auf die von uns gefundenen Zusammenhänge notwendig und erlaubt.

5. Ist es möglicherweise eine gewisse Familiarität, die sich rasch zwischen Psychotherapeut und Patient ergibt, wenn die Lebenswege durch ähnliche Bildungsgänge gestaltet sind (vgl. Rüger et al. 1997)? Und führt dies häufiger zur Indikationsentscheidung einer analytischen Psychotherapie bei Patienten mit höherer Bildung?

6. Setzt ggf. eine analytische Psychotherapie eine intellektuelle Kapazität der Patienten voraus, die wir möglicherweise eher in der oberen Bildungsschicht antreffen, so etwas wie selbstreflexive und selbstexplorative Fähigkeiten?

Und: Ist in den unteren Bildungsschichten häufiger eine interaktive Intelligenz anzutreffen, die die Indikation eher für eine Gruppenpsychotherapie oder eine interaktionelle Einzeltherapie begründet?

Oder kommt einer bestimmten Patientengruppe das eher strukturierende Vorgehen im Rahmen verhaltenstherapeutischer Behandlungsverfahren entgegen? Die Befunde von Linden (Linden 1998; Linden et al. 1993) könnten dafür sprechen (s. auch 8.).

7. Die auch durch unsere Befunde bestätigte allgemein niedrigere Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Unterschichtpatienten scheint nach Befunden von Franz et al. (1999) u.a. auch mit einem in dieser Klientel anderen subjektiven Krankheitsverständnis zusammenzuhängen. Unterschichtpatienten scheinen demnach bei psychogenen Erkrankungen im Vergleich zu anderen Patienten sehr viel stärker von einer

somatischen Krankheitsgenese auszugehen und auch darauf fixiert zu bleiben. Demzufolge sind sie vom Primärarzt schwerer für die Konsultation eines Psychotherapeuten motivierbar. Für diese Klientel werden von den Autoren deshalb neue Vorgehensweisen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung durch den Primärarzt gefordert, um über eine Änderung des subjektiven Krankheitskonzepts des Patienten dessen Motivation für eine psychotherapeutische Behandlung zu verbessern.

8. Offen bleiben muß schließlich, ob Probleme der Praxisorganisation hier nicht auch einen erheblichen Einfluß ausüben. Patienten der höheren Bildungsschicht (einschließlich Studenten) sind in der Regel zeitlich flexibler, während Patienten der unteren Bildungsschicht in der Regel durch festere Arbeitszeitvorgaben, Schichtdienst etc. schlecht auf ein Behandlungssetting festzulegen sind, das ein wöchentlich zwei- bis dreimaliges Aufsuchen des Therapeuten zu festen Zeitpunkten während der Arbeitszeit erlaubt.

Da die überwiegende Mehrzahl der Verhaltenstherapeuten Psychologen sind, diese aber bisher auf die Delegation durch einen Arzt angewiesen waren, sind auch hier Selektionseffekte denkbar.

## Fazit für die Praxis

**Unser Ziel war es, den Einfluß des Bildungsstandes auf die Psychotherapieinanspruchnahme, die Wahl des Behandlungsverfahrens und die Behandlungsdauer bei im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen finanzierten Psychotherapien zu prüfen. Unser Anliegen ist es, eine Diskussion über die gefundenen Zusammenhänge anzustoßen.**

## Literatur

- Beauchamps TL, Childress JF (1983) Principles of biomedical ethics. Oxford Univ Press, New York Oxford
- Dührssen A (1962) Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Z Psychosom Med* 10:94–113
- Dührssen A, Jorswieck E (1965) Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlungen. *Nervenarzt* 36:166–169
- Franz M (1997) Der Weg in die psychotherapeutische Behandlung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Franz M, Kuns M, Schmitz N (1999) Was bewirken Therapieempfehlungen bei psychogen erkrankten Patienten einer psychosomatischen Konsiliarambulanz. *Psychosom Med* 45:95–112
- Freud S (1919) Wege der psychoanalytischen Therapie. *GW Bd. 12*, S 181–194
- Heigl-Evers A, Heigl F, Ott J, Rüger U (1997) Lehrbuch der Psychotherapie. Fischer, Lübeck Stuttgart Jena
- Hollingshead AB, Redlich FC (1958) Social class and mental illness. *zz zz*, New York London Sidney
- Kilner JF (1995) Allocation of health-care resources. In: Reich WTh (ed) *Encyclopedia of bioethics*. Simon & Schuster MacMillan, New York, pp 1067–1084
- Linden M, Pasatu J (1998) The integration of cognitive and behavioral interventions in routine behavior therapy. *J Cogn Psychother* 12:27–38
- Linden M, Förster R, Oel M, Schlötelborg R (1993) Verhaltenstherapie in der kassenärztlichen Versorgung: Eine versorgungsepidemiologische Untersuchung. *Verhaltenstherapie* 3:101–111
- Reimer Ch, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (1996) Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Rudolf G (1991) Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Rüger U (1994) Neurosenbehandlung: Psychoanalytisch begründete Verfahren. *Nervenheilkunde* 13:78–83
- Rüger U, Haase J, Fassl K (1996) Was Psychotherapeuten vom Leben ihrer Patienten (nicht) wissen. *Z Psychosom Med* 42:329–342
- Rüger U, Haase J, Fassl K, Ernst G, Leibing E (1997) Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Kenntnissen des Therapeuten über die Biographie seines Patienten. *Z Psychosom Med* 43:369–380
- SAS Institute Incorporation (ed) (1996) *SAS/STAT guide for Personal computers*. Cary, New York
- Scheidt CE, Seidenglanz K, Dieterle W, Hartmann A, Bowe N, Hillenbrand D, Sczudlek G, Strasser F, Strasser P, Wirsching M (1998) Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Psychotherapeut* 43:92–101
- Schepank H (1987) *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Simmel E (1930) Zur Geschichte und sozialen Bedeutung des Berliner Psychoanalytischen Instituts. In: Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (Hrsg) *Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, S 7–12
- Statistisches Bundesamt (1989) *Statistisches Jahrbuch*, Wiesbaden