

Bereitschaft niedergelassener Therapeuten zur Behandlung von Patienten mit komplexen posttraumatischen und dissoziativen Störungen

Willingness of Psychotherapists in Private Practice to Treat Patients With Complex Post-Traumatic Stress and Dissociative Disorders

Autoren

T. Schnell¹, S. von Katte¹, U. Gast²

Institute

¹ Psychologie, Medical School Hamburg

² Psychotherapie, Praxis für Psychotherapie, Mittelangeln

Schlüsselwörter

- ◉ Dissoziative Störungen
- ◉ komplexe PTBS
- ◉ Psychotherapie
- ◉ Versorgungslage

Key words

- ◉ complex PTSD
- ◉ dissociative disorders
- ◉ patient-centered care
- ◉ psychotherapy

Zusammenfassung



Anliegen: Analyse der Versorgungssituation von Patienten mit schweren psychischen Störungen.

Methode: Niedergelassene Psychotherapeuten wurden nach ihrer Behandlungsbereitschaft bezüglich verschiedener Diagnosen mit Fokus auf Traumafolgestörungen befragt.

Ergebnisse: „Leichtere“ Störungen gingen mit relativ höherer Behandlungsbereitschaft einher, unabhängig von der therapeutischen Schule der Befragten, regionalen Besonderheiten oder beruflichen Erfahrungsjahren. Die Qualität der Ausbildung sowie das Gutachterverfahren der Krankenkassen wurden bemängelt.

Schlussfolgerungen: Therapeuten sind grundsätzlich motiviert zur Therapie schwerer psychischer Störungen, sehen aber Kompetenzdefizite und formale Gegebenheiten der Beantragungspraxis bei den Krankenkassen als Barriere. Neue Therapiekonzepte sollten verstärkt in Ausbildungscurricula integriert werden. Über eine Vereinfachung des Gutachterverfahrens der Krankenkassen sollte nachgedacht werden.

Abstract:



Objective: Analyses of patient care with severe mental disorders.

Methods: Psychotherapists in private practice were interviewed about their willingness to treat patients with a range of diagnoses in the context of post-traumatic disorders.

Results: Therapists were found more willing to treat "less severe" disorders, independent of years in practice, school of psychotherapy, a rural or urban practice setting. Therapists criticized the quality of their training and the health insurance review process.

Conclusions: Therapists are generally willing to treat patients with severe mental disorders, but experience limits of competency attributed to training deficits. They further experience the bureaucratic procedures of the health insurance review process as barriers to accepting these patients into treatment. These results indicate that recently developed concepts of psychotherapy for these patient groups should be more intensively integrated into the existing training curricula. Furthermore, a simplified health insurance review process ought to be considered.

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1553729>
 Fortschr Neurol Psychiatr 2015; 83: 516–521 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York · ISSN 0720-4299

Korrespondenzadresse

Prof. Thomas Schnell
 Psychologie, MSH Medical School Hamburg
 Am Kaiserkai 1
 20457 Hamburg
 thomas.schnell@medschool-hamburg.de

Einleitung



Wer in Deutschland an einer psychischen Störung erkrankt, hat das Recht auf professionelle Hilfe innerhalb eines vertretbaren Zeitrahmens. Die Bundespsychotherapeutenkammer formuliert jedoch ein Defizit von rund 3,5 Millionen Therapieplätzen und kaum zu tolerierende Wartezeiten von durchschnittlich 3 Monaten [1]. Dabei werden regionale Gegebenheiten im Sinne eines höheren Therapeutenmangels in ländlichen im Vergleich zu städtischen Regionen auffällig. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass Patienten mit schweren Störungen, die eigentlich den höchsten Therapiebedarf haben, am

längsten auf einen Therapieplatz warten müssen und auch von Therapeuten eher abgewiesen werden als Patienten mit leichter zu behandelnden Störungen [2]. So fanden Fydrich und Unger im Rahmen einer Therapeutenbefragung zur Häufigkeit verschiedener Diagnosen in psychotherapeutischen Hochschulambulanzen, dass über 80% aller behandelten Patienten aufgrund einer Angst- oder depressiven Störung behandelt werden. Schizophrenien dagegen machten lediglich 1% aller Diagnosen aus, während entsprechendes für Traumafolgestörungen bisher nicht erhoben wurde [3]. Solche Versorgungslücken führen dazu, dass auch Patienten mit moderater Symptombelastung, die

grundsätzlich im ambulanten Setting behandelbar wären, stationär in Kliniken aufgefangen werden müssen, obwohl vom Störungsbild allein eine solche Indikation gar nicht gegeben wäre. Das betrifft insbesondere diejenigen Störungen, deren Ätiologie mit traumatischen Ereignissen assoziiert ist, wie die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), die komplexe PTBS (kPTBS; Störungskonzept nach Maercker et al. [4]) und dissoziative Störungen (DIS). Diese Patienten profitieren gemäß ISSTD-Richtlinien [5] und der S3-Leitlinie [6] am ehesten von langfristig ausgerichteter ambulanter Psychotherapie, was psychiatrische Kliniken zumeist gar nicht leisten können [7].

Erste Studien weisen darauf hin, dass sich manche niedergelassenen tätige Therapeuten nicht ausreichend ausgebildet fühlen, um bestimmte schwere Störungen zu behandeln. Entsprechend ergab eine kürzlich durchgeführte Befragung der Hamburger Psychotherapeutenkammer unter niedergelassenen Therapeuten eine geringe Zahl behandelbarer schwieriger Patienten (in diesem Fall schizophrene Psychosen) bei eigentlich vorhandenem Interesse an solchen Therapien. Die Befragten äußerten den Wunsch nach mehr diesbezüglicher Ausbildung, was der Autor als Hinweis auf Defizite in der Ausbildung in Bezug auf schwierig zu therapierende Diagnosen interpretierte [8].

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde einer diagnoseabhängigen Vergabe von Therapieplätzen nachgegangen, indem die Versorgungslage einfach und komplex posttraumatisch gestörter und dissoziativer Patienten aus der Perspektive der Therapeuten erfragt wurde. Neben der subjektiven Behandlungsbereitschaft wurden durchschnittliche Wartezeiten auf einen Therapieplatz analysiert. Es wurden regionale Besonderheiten, der Einfluss beruflicher Erfahrungsjahre sowie Unterschiede in Abhängigkeit von der therapeutischen Schule differenziert betrachtet. Schließlich wurden Therapeuten gebeten, eine subjektive Einschätzung der Qualität ihrer Therapieausbildung in Bezug auf die Behandlung schwerer Störungen abzugeben. Dabei wurde auch untersucht, ob durch eine spezifische Zusatzausbildung entsprechend der DeGPT (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotherapie) zur Behandlung von Traumafolgestörungen messbare Unterschiede in der Behandlungsbereitschaft identifiziert werden können.

Methoden



Ablauf der Befragung und Beschreibung der Stichprobe

Über die Homepage www.psych-info.de wurden 500 niedergelassenen tätige Psychotherapeuten identifiziert und per Mail kontaktiert. Die Mail enthielt eine Aufklärung über das Ziel der Untersuchung und den Hinweis auf die Anonymität der Daten. Zudem wurden die folgenden Einschlusskriterien formuliert:

- ▶ Approbation als Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut
- ▶ ambulante Tätigkeit
- ▶ Abrechnung über die Gesetzliche Krankenversicherung
- ▶ Tätigkeit im städtischen Hamburg oder ländlichen Schleswig-Holstein

Die Therapeuten konnten dann einen Link zur Teilnahme an der Befragung anklicken, was von insgesamt 154 Therapeuten angenommen wurde. 54 vollständige Datensätze konnten letztlich ausgewertet werden. Damit liegt die bereinigte Rücklaufquote bei knapp über 10%, was noch im zu erwartenden Bereich bei diesen Formen der Rekrutierung liegt. 24 Therapeuten waren männlich und 30 waren weiblich. Das Durchschnittsalter betrug

52,5 Jahre (SD = 8,54). Die Zahl der Patienten, die sie pro Jahr behandeln, variiert von 14 bis zu 200 Patienten (N = 53, M = 73,89, SD = 41,7). 25 Therapeuten waren im ländlichen Schleswig-Holstein tätig, während 29 Therapeuten in Hamburg arbeiteten. 26 Therapeuten gaben an, eine traumaspezifische Zusatzausbildung absolviert zu haben. 26 der befragten Therapeuten haben die Approbation über den Weg der staatlichen Ausbildung/Prüfung erhalten, während 28 Teilnehmer die Zulassung zur therapeutischen Arbeit über die Übergangsregelung im Jahr 1999 erhielten. Die durchschnittliche Zahl an Erfahrungsjahren lag bei 21,52 Jahren (SD = 7,80). Signifikante Mittelwertsunterschiede liegen zwischen Verhaltenstherapeuten und Tiefenpsychologen in Bezug auf die genannten Variablen nicht vor.

Untersuchungsinstrument

Das Befragungsinstrument umfasste insgesamt 50 Fragen, die durchschnittliche Bearbeitungszeit betrug 15 Minuten. Erfasst wurden soziodemografische Daten (Alter und Geschlecht), Angaben zur therapeutischen Ausrichtung (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie, Psychoanalyse) und, ob eine traumaspezifische Zusatzausbildung absolviert wurde. Die Anzahl an klinischen Erfahrungsjahren sowie eine Schätzung der Anzahl jährlich behandelbarer Patienten wurde erfragt. Bezüglich der Approbation wurde erhoben, ob diese im Rahmen einer Ausbildung an einem anerkannten Institut oder durch die Übergangsregelung erhalten wurde. Eine Frage betraf Angaben dazu, ob die Therapeuten eine Warteliste führen und wie viele Patienten sich auf dieser Liste befinden. Bezüglich der wichtigsten 16 ICD-Diagnosen wurde mittels einer Einzelitem-Skala das Ausmaß der individuellen Behandlungsbereitschaft erfasst. Die durchschnittliche Wartezeit für Patienten mit den jeweiligen Diagnosen wurde ergänzend erfragt (die entsprechenden Diagnosen sind der **Abb. 1** zu entnehmen). Vertieftes Augenmerk lag auf der PTBS, der kPTBS und der DIS. Diesbezüglich wurde zudem erhoben, ob eine traumaspezifische Zusatzausbildung mit messbaren Unterschieden der Behandlungsbereitschaft assoziiert ist. Weitere Fragen fokussierten auf die Zufriedenheit mit der Ausbildung zum Therapeuten und auf das subjektive Kompetenzerleben in der Behandlung schwerer psychischer Störungen. Die Skalierung des Instruments enthielt je nach Frageform entweder ein dichotomes Ja/Nein-Format oder eine 5-stufige Likertskala mit den Kategorien 0 = trifft überhaupt nicht zu/sehr schlecht/nicht vorhanden bis 4 = trifft voll und ganz zu/sehr gut/sehr hoch. Ergänzend konnten einige Skalierungen durch freie Aussagen konkretisiert werden. Das Erhebungsinstrument ist auf Anfrage bei den Autoren dieser Untersuchung erhältlich.

Statistik

Zur Berechnung von Mittelwertsunterschieden etwa zwischen Verhaltenstherapeuten und Tiefenpsychologen oder im „Stadt-Land-Vergleich“ wurde im Fall intervallskalierten Daten der t-Test für unabhängige Stichproben gerechnet. Die differenzielle Behandlungsbereitschaft hinsichtlich verschiedener Diagnosen innerhalb einer Gruppe (Verhaltenstherapeuten oder Tiefenpsychologen) wurde mittels t-Tests für abhängige Stichproben untersucht. Nominalskalierte Daten wurden mittels des Chi²-Tests analysiert. Wenn es im Datensatz Ausreißerwerte im oberen oder unteren Wertebereich gab, wurde die Analyse mittels des Mann-Whitney-U-Tests überprüft. Bezüglich der Frage, ob eine traumaspezifische Zusatzausbildung die Behandlungsbereitschaft für traumaassoziierte Störungen erhöht und ob es dabei Unterschiede in Abhängigkeit von der therapeutischen Her-

kunftsschule gibt, wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit den Faktoren „Therapierichtung“ (VT/TP) und „Zusatzausbildung“ (ja/nein) gerechnet. Der Zusammenhang zwischen bestimmten Therapeutenvariablen wie beruflichen Erfahrungsjahren und der Behandlungsbereitschaft bezüglich schwieriger Patienten wurde mittels korrelativer Analysen nach Pearson berechnet. In Bezug auf die Testvoraussetzungen wurden die Daten auf Normalverteilung und Varianzhomogenität untersucht. Normalverteilung wurde mittels grafischer Kontrolle der Verteilung analysiert. Varianzhomogenität wurde mit dem Levene-Test überprüft. Statistische Signifikanz lag per Konvention bei $\leq 0,05$. Statistische Analysen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS, Version 21.0.

Ergebnisse

Die Testvoraussetzungen können für die angewendeten Verfahren als hinreichend gegeben betrachtet werden, insbesondere, da die Tests auf moderate Verletzungen ihrer Voraussetzungen robust reagieren. Ein Überblick über die Behandlungsbereitschaft von 16 ICD-Hauptdiagnosen zeigte, dass tendenziell als „leichter“ wahrgenommene Störungen mit höherer Behandlungsbereitschaft einhergehen als „schwierige“ Störungen. Übereinstimmend ($n=54$) wurde die Schizophrenie mit der geringsten ($M=2,15$; $SD=1,05$) und Angst- und depressive Störungen wurden mit der größten Behandlungsbereitschaft assoziiert ($M=4,22$; $SD=0,66$). Der Unterschied zwischen der geringsten und der höchsten Behandlungsbereitschaft, d.h. zwischen der Bereitschaft, Patienten mit Depressionen versus Schizophrenien zu therapieren, wurde für die Gesamtgruppe der Therapeuten im t-Test für abhängige Stichproben signifikant ($t=6,73$; $p\leq 0,001$) mit einer Effektstärke von $\eta^2=0,66$ (vergleiche dazu auch [Abb. 1](#)).

Bezüglich traumaassoziierter Störungen zeigte sich eine Hierarchie von der leichteren ePTBS, die direkt nach Angst- und depressiven Störungen auf Platz 3 verortet wurde ($M=3,93$, $SD=0,89$), bis zu den eher schwereren Störungen. Die kPTBS ($M=3,26$;

$SD=1,15$) und die DIS ($M=3,02$; $SD=0,9$) wurden im hinteren Mittelfeld der 16 Diagnosen eingeordnet. Der t-Test für abhängige Stichproben ergab für die Gesamtstichprobe einen signifikanten Mittelwertunterschied zwischen der einfachen und der komplexen PTBS ($t=5,34$, $p\leq 0,001$, $\eta_p^2=0,35$). Zwischen den beiden eher schweren Störungen (kPTBS vs. DIS) gab es keine signifikanten Unterschiede ($p=0,584$).

Die genannten Präferenzen waren unabhängig von der therapeutischen Herkunftsschule (VT vs. TP; $p=0,771$), den beruflichen Erfahrungsjahren ($p=0,726$) und der Art des Approbationserhalts, d.h. staatliche Prüfung vs. Übergangsregelung ($p=0,676$). Eine Übersicht über die Behandlungsbereitschaft der Therapeuten zeigt [Abb. 1](#).

Praktische Auswirkungen der geschätzten Behandlungsbereitschaft zeigten sich in den angegebenen Wartezeiten auf einen Therapieplatz. Über alle Störungen hinweg lagen diese zwischen 4 und 5 Monaten. Patienten mit einfacher PTBS warten mit durchschnittlich 4,8 Monaten ($SD=1,5$) signifikant kürzer ($t=2,64$; $p=0,018$) als Patienten mit einer schweren traumaassoziierter Störung (kPTBS und DIS), die durchschnittlich 6,3 Monate ($SD=1,3$) auf den Beginn der Therapie warten. Regionale oder schulenspezifische Unterschiede in Bezug auf die Wartezeiten konnten nicht gefunden werden. Bei Therapeuten mit einer traumaspezifischen Zusatzausbildung lagen die Wartezeiten der kPTBS und der DIS auf einem Level mit derjenigen der einfachen PTBS. Sie betragen im Durchschnitt 4,3 Monate ($SD=1,1$). Hinsichtlich der Wartezeiten ist zudem folgender Hinweis interessant, der im freien Antwortformat notiert wurde. Es wurde von drei Therapeuten darauf hingewiesen, dass bei der Vergabe eines Platzes weniger die Diagnose als vielmehr die individuelle Sympathie von Bedeutung sei. Andere Therapeuten äußerten sich eher präferenzlos, indem sie schlicht ihre Warteliste abarbeiteten, unabhängig von der Person oder der Diagnose. Es wurde auch vermerkt, dass individuelle Präferenzen dann praktisch relevant würden, wenn der allgemeine Druck aufgrund der langen Wartelisten nicht so hoch sei. Die durchschnittliche Anzahl von Patienten auf den Warte-

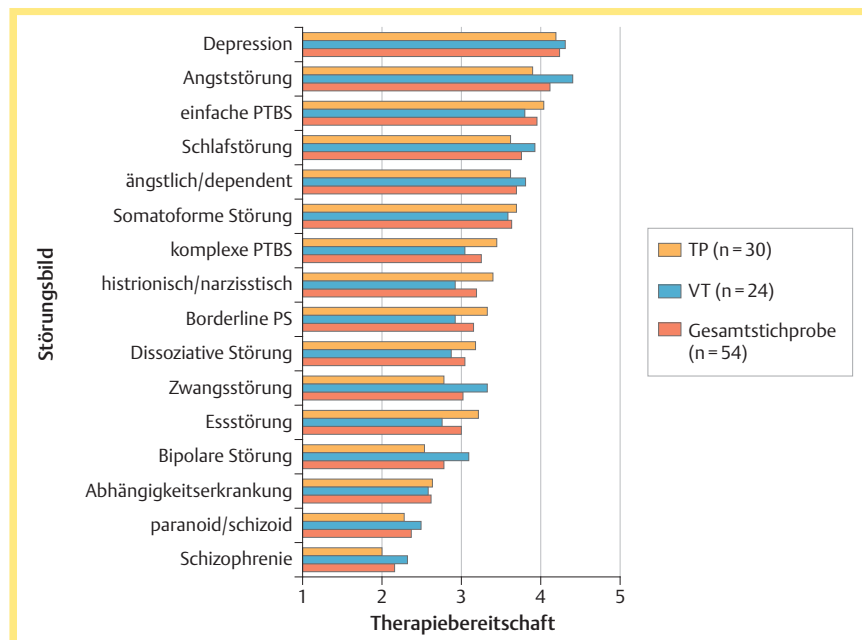


Abb. 1 Darstellung der Behandlungsbereitschaft von Verhaltenstherapeuten und Tiefenpsychologen bezüglich wichtiger ICD-Diagnosen.

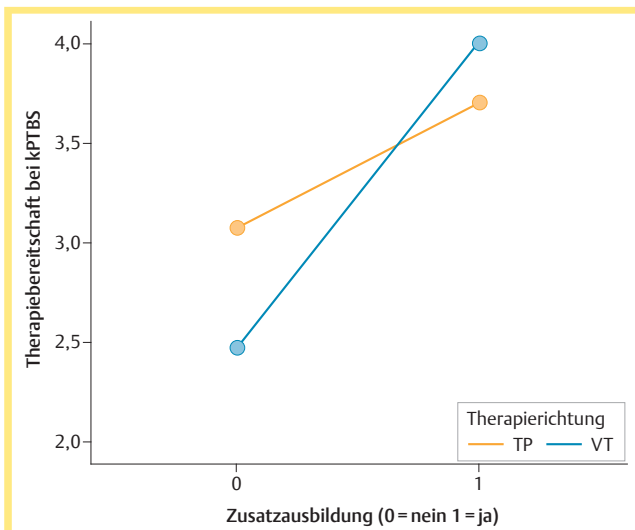


Abb. 2 Auswirkung der traumaspezifischen Zusatzausbildung bezüglich der Behandlungsbereitschaft bei kPTBS von Verhaltenstherapeuten und Tiefenpsychologen.

listen, die von insgesamt 21 Therapeuten (39%) geführt wurden, betrug 20,38 (Min 4, Max 100, SD = 21,95).

Mittels einer zweifaktoriellen ANOVA wurde überprüft, inwiefern die traumaspezifische Zusatzausbildung mit der Behandlungsbereitschaft der kPTBS assoziiert ist und ob es dabei schulenspezifische Besonderheiten (VT vs. TP) gibt. Für Therapeuten mit einer störungsspezifischen Zusatzausbildung wurde ein Mittelwert von $M=3,81$ ($SD=0,86$) identifiziert, während der Mittelwert für Therapeuten ohne Zusatzausbildung bei $M=2,75$ ($SD=1,18$) lag. Der Haupteffekt „Zusatzausbildung“ ist damit hoch signifikant ($F=14,29$, $p\leq 0,001$) bei einer Effektstärke von $\eta_p^2=0,22$. Bei Vorliegen einer Zusatzausbildung ist die Bereitschaft also höher, Patienten mit einer komplexen PTBS zu behandeln. Der Haupteffekt „Therapierichtung“ ist nicht signifikant ($F=0,31$, $p=0,583$, $\eta_p^2=0,006$).

Ebenso unterhalb statistischer Signifikanz blieb der Interaktionseffekt zwischen der therapeutischen Schule und der Zusatzausbildung ($F=2,50$, $p=0,120$, $\eta_p^2=0,048$).

Eine grafische Darstellung der Ergebnisse der ANOVA liefert **Abb. 2**.

Bezüglich der psychotherapeutischen Grundausbildung wurde ein Differenzwert gebildet zwischen der Beurteilung der Qualität der gesamten Ausbildung ($M=3,33$; $SD=1,01$) und der Qualität der Ausbildung für schwere Traumafolgestörungen (kPTBS und DIS). Der Mittelwertunterschied ($M=2,94$, $SD=1,09$) ist nach dem t -Test für abhängige Stichproben signifikant, allerdings nur bei geringer Effektstärke ($t=2,51$, $p=0,015$; $\eta_p^2=0,1$).

Anregungen für Nachfolgestudien erbrachte die Analyse freier Antworten der Therapeuten. Insgesamt haben mit 49 Therapeuten sehr viele Personen Angaben gemacht. Bezüglich bestehender Probleme wurde von mindestens der Hälfte der Therapeuten ein inhaltliches Ungleichgewicht der Ausbildung moniert, insofern als schwere Störungen in der Ausbildung tendenziell vernachlässigt werden. So resultieren Kompetenzdefizite ebenso wie der Wunsch nach spezifischer Fortbildung. Verhaltenstherapeuten und Tiefenpsychologen beklagten zudem die geringen Stundenkontingente, die für komplex gestörte Patienten nicht ausreichen. In diesem Kontext wurde auch wiederholt die Sinn-

haftigkeit des Gutachterverfahrens infrage gestellt und die mangelnde Vernetzung mit Kollegen sowie anderen Berufsgruppen bemängelt.

In Bezug auf Verbesserungswünsche, um eher Patienten mit komplexer PTBS und dissoziativen Störungen zu behandeln, wurde mit 15 Nennungen am häufigsten die Erhöhung der Stundenkontingente genannt, gefolgt von 13 Forderungen nach besseren Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Berufsgruppen (Physiotherapeuten, Kliniken, Hausärzten, Polizei). Eine bessere Honorierung forderten neun Therapeuten, gefolgt von acht Forderungen nach Vereinfachung der Therapiebeantragung bzw. -verlängerung. Vernetzungen unter Psychotherapeuten und ortsnahe Weiterbildungen wurden jeweils vier Mal als Wunsch genannt. Zwei Mal wurde ausdrücklich die Abschaffung des Gutachterverfahrens gefordert. Zwei Therapeuten antworteten, dass sich „nichts“ verändern müsse.

Diskussion

Die generelle Behandlungsbereitschaft von Therapeuten sinkt mit steigender Störungsschwere hierarchisch ab, was sich auch in den Wartezeiten auf einen Therapieplatz spiegelt. Die einfache PTBS wird dabei bei den eher leichteren Störungen (Angst- und depressive Störungen) verortet, während sich die DIS in der Nähe von schweren Störungen wie den schizophrenen Psychosen und der bipolaren Störung befindet. Interessanterweise hat bezüglich psychotischer Störungen der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Ende des letzten Jahres reagiert und die Psychotherapie-Richtlinien modifiziert. Entsprechend dem aktuellen Forschungsstand stellt die Schizophrenie nun in jeder Phase der Erkrankung eine Psychotherapieindikation dar. Die hier identifizierte Tendenz bezüglich der geringeren Behandlungsbereitschaft schwerer Störungen ist unabhängig von der therapeutischen Schule, was daran liegen kann, dass gerade bei schweren psychischen Störungen schulübergreifende Interventionen empfohlen werden. Das gilt insbesondere für die kPTBS und die DIS. Entsprechend raten aktuelle Leitlinien-Empfehlungen und Metaanalysen [4, 5, 9–11] zu einem eklektischen Vorgehen und einer traumafokussierten Therapie. Dies leisten vor allem moderne tiefenpsychologische Verfahren sowie die moderne KVT [12–14].

Auch regionale Besonderheiten und die therapeutischen Erfahrungsjahre differenzieren nicht hinsichtlich der hier angegebenen Behandlungsbereitschaft. Lediglich der Faktor „traumafokussierte Zusatzausbildung“ klärt signifikant Varianz auf und ist mit erhöhter Behandlungsbereitschaft und geringeren Wartezeiten für die komplexe PTBS assoziiert. Das spricht für Defizite im Rahmen der regulären Grundausbildung, was die freien Antworten der Therapeuten bestätigen. Allerdings können die Assoziationen zwischen Zusatzausbildung und Behandlungsbereitschaft bezüglich schwerer traumaassoziierter Störungen nicht im Sinne einer Kausalbeziehung interpretiert werden. Denn ebenso wie die Option einer erhöhten Behandlungsbereitschaft durch die Intervention kann umgekehrt bereits vor der Ausbildung ein bestehendes erhöhtes Interesse an komplex traumatisierten Patienten zur Inanspruchnahme der Ausbildung führen. Beide Optionen schließen sich gegenseitig aber nicht aus, sondern können parallel gültig sein. Dafür spricht die an der therapeutischen Grundausbildung geäußerte eindeutige Kritik, die sich explizit auf schwere Störungen bezieht, während die Therapeuten mit der Ausbildung im Allgemeinen zufrieden sind. Letztlich hat sich der Bedarf an Ausbildungsinhalten in den vergangenen Jahren insbesondere in Bezug auf schwere Stö-

rungen deutlich verändert, indem im Rahmen der dritten Welle moderner Psychotherapie vermehrt Therapiekonzepte für schwere und komplexe Störungen entwickelt wurden. Beispiele sind die Variante der Dialektisch-Behavioralen Therapie für die kPTSD (DBT-PTSD) [15] und die Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie (PITT) [16] sowie die Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) [17]. Diese und andere entsprechende Verfahren mit Eignung zur Therapie schwerer Traumafolgestörungen sind aufgrund ihrer hohen Spezifität häufig nicht Teil der regulären Ausbildung und müssen separat vermittelt werden. Vielleicht tragen auch Interventionen wie die des G-BA im Sinne der Psychosen (s. o.) dazu bei, dass Ausbildungsinhalte fokussierter auf schwere Störungen ausgerichtet werden.

Eine wichtige Frage ist nun, inwieweit die neuen Konzepte in die Ausbildungscurricula integriert werden können, ohne den Zeitrahmen der Ausbildung zu sehr in die Länge zu ziehen. Schweiger [18] formuliert dazu, dass „in den letzten Jahren (...) die Evidenz von Psychotherapien für insbesondere schwere Störungen stark angestiegen [ist und dass das] angehenden Psychotherapeuten vermehrt vermittelt werden [sollte] ...“. Der Autor betont aus einer berufspolitischen Perspektive zudem, dass „das Prestige eines Faches entscheidend von seiner Kompetenz in der Behandlung schwerkranker Patienten geprägt“ wird.

Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz, die von der Bundespsychotherapeutenkammer durchschnittlich mit 3 Monaten angegeben werden, fallen vorliegend etwas höher aus. Lange Wartezeiten betreffen zunächst alle Patienten, wenn auch in besonderem Maße solche mit schweren traumaassoziierten Störungen, die vorliegend mit einem Durchschnittswert von 6,3 Monaten fast doppelt so lange warten müssen wie der Durchschnitt aller Patienten. Lange Wartezeiten erhöhen wiederum die Wahrscheinlichkeit der Chronifizierung. Patienten müssen ferner auf eine stationäre Behandlung zurückgreifen, einhergehend mit dem Risiko der Hospitalisierung [19].

Die genannten Kritikpunkte an der aktuellen Versorgungssituation betreffen überregional alle Therapeuten. Dies mag der Grund dafür sein, warum regionale Aspekte keine Varianz auf sich ziehen, sobald auf schwere psychische Störungen fokussiert wird. Auch der fehlende Effekt beruflicher Erfahrungsjahre dürfte auf diese Weise erklärt werden. Denn nur derjenige, der mit einer bestimmten Patientengruppe arbeitet, kann auch die entsprechenden Kompetenzen erwerben. Der fehlende Unterschied zwischen Therapeuten mit staatlicher Ausbildung und denen, die ihre Approbation im Rahmen der Übergangsregelung erhielten, könnte wiederum einer optimierungsbedürftigen Grundausbildung geschuldet sein, die noch nicht an die Anforderungen an eine moderne Psychotherapie (s. o.) angepasst ist.

Zusammenfassend darf konstatiert werden, dass viele Therapeuten laut ihren Angaben durchaus Interesse daran haben, Patienten mit schweren Störungen zu behandeln. Das versorgungspolitische Dilemma schwer gestörter Patienten ist also nicht Folge desinteressierter Therapeuten, sondern ein Problem der regulären Ausbildung zum Psychotherapeuten sowie der für diese Patientengruppe unzureichenden Stundenkontingente im Richtlinienverfahren inklusive einer umständlichen Beantragungspraxis im Gutachterverfahren der Krankenkassen. Würden die Curricula der Ausbildungsinstitute der aktuellen Forschung besser angepasst und wären die therapeutischen Stundenkontingente stärker auf den Bedarf spezifischer Störungsbilder ausgerichtet, dürften vor allem schwer gestörte Patienten sehr davon profitieren. Hier wird jedoch ein bekanntes Schnittstellenproblem zwischen klinischen Forschern und praktizierenden Therapeuten

angesprochen [20, 21]. Aktuelle Forschungsbefunde, die eigentlich für Praktiker publiziert werden und das therapeutische Handeln beeinflussen sollten, erreichen die Zielgruppe leider oft nicht.

Als limitierend ist auf die Stichprobengröße von 54 Therapeuten aus nur zwei Regionen, Hamburg und Schleswig-Holstein, hinzuweisen und zudem auf die geringe Responderrate von knapp über 10% der initial kontaktierten Personen. Auch wenn die erhobenen Daten plausibel erscheinen und gut zu einigen aktuellen Diskussionen zur Versorgungslage psychiatrischer Patienten passen, ist es dennoch fraglich, ob sich die Ergebnisse bundesweit generalisieren lassen. Die Ergebnisse dürften aber dazu anregen, vergleichbare Studien in anderen Bundesländern durchzuführen, um auf diese Weise allgemeingültigere Aussagen generieren zu können.

Take Home Message

Die geringe Bereitschaft von Psychotherapeuten zur Aufnahme schwieriger Patienten scheint Kompetenzdefiziten und dem als umständlich erlebten Gutachterverfahren geschuldet. Hier liegen Stellschrauben für eine Verbesserung der Versorgungssituation. Neue Therapiekonzepte zur Behandlung schwerer psychischer Störungen sollten verstärkt in die Ausbildung integriert werden. Über eine Vereinfachung des Gutachterverfahrens sollte nachgedacht werden.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 Walendzik A, Rabe-Menssen C, Lux G et al. Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Forschungsbericht 2010, www.dptv.de
- 2 Schnell T., unter Mitarbeit von Ursula Gast. Moderne kognitive Verhaltenstherapie bei schweren psychischen Störungen. Lösungswege für die Therapie mit schwierigen Patienten. Heidelberg: Springer; 2014
- 3 Fydrich T, Unger T. Hochschulambulanz an psychologischen Universitätsinstituten – was sind das für Einrichtungen und was wird dort gemacht? *Psychotherapeutenjournal* 2013; 2: 146–151
- 4 Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al. Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet* 2013; 381: 1683–1685
- 5 ISSTD International Society for the Study of Trauma and Dissociation. Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision. *Journal of Trauma & Dissociation* 2011; 12 (2): 115–187 Deutsche Bearbeitung Gast U, Wirtz G. (2014) *Trauma & Gewalt* 2014;8, 7-71
- 6 Flatten G, Gast U, Hofmann A et al. Posttraumatische Belastungsstörung. S3-Leitlinie und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer; 2013
- 7 Wilhelm-Gößling C, Rodewald F. Behandlungsmöglichkeiten bei Dissoziativer Identitätsstörung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Tagesklinik. Ein Plädoyer für die Ausschöpfung gemeindenaher Versorgungsstrukturen. *Trauma und Gewalt* 2014; 8: 72–80
- 8 Peper H. Psychotherapie bei psychotischen Erkrankungen: Ergebnisse einer Umfrage unter Hamburger Kammermitgliedern. *Psychotherapeutenjournal* 2013; 4: 426–427
- 9 NICE (National Institute of Clinical Excellence). Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Leicester, London: The British Psychological Society and the royal college of psychiatrists; 2005
- 10 ACPMH (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health). Guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. Melbourne, Victoria: 2007
- 11 Watts BV, Schnurr PP, Mayo L et al. Meta-analyses of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorders. *J Clin Psychiatry* 2013; 74: e541–e550

- 12 *Gast U, Rodewald F, Hofmann A et al.* Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert. *Deutsches Ärzteblatt* 2006; 47: 3193–3200
- 13 *Wöller W, Leichsenring F, Leweke F et al.* Psychodynamic psychotherapy for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse – Principles for a treatment manual. *Bulletin of the Menninger Clinic* 2012; 76: 69–93
- 14 *Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A et al.* Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress* 2011; 24: 615–627
- 15 *Bohus M, Dyer AS, Priebe K et al.* Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2013; 82: 221–233
- 16 *Reddemann I.* Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – das Manual. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta; 2004
- 17 *Wöller W.* Trauma und Persönlichkeitsstörung. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 2013
- 18 *Schweiger U.* Direktausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. *Psychotherapeutenjournal* 2013; 4: 370–371
- 19 Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung; 2011.; Online-Zugriff unter: http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf
- 20 *Eiling A, Schlipfenbacher C, Hörz-Sagstetter S et al.* Über die Zukunft der evidenzbasierten Psychotherapie und die Beziehung zwischen Praxis und Forschung. Aktuelle Studien zur Versorgungsforschung. *Psychotherapeutenjournal* 2014; 2: 175–183
- 21 *Padberg T.* Warum lesen Psychotherapeuten keine Forschungsliteratur? *Psychotherapeutenjournal* 2011; 1: 10–17