

E. M. Haberfellner

Psychotherapievermittlung in der nervenärztlichen Praxis

Zusammenfassung Innerhalb eines Jahres wurden 142 Patienten eines niedergelassenen Psychiaters zu anderen Psychotherapeuten zugewiesen. 79 Patienten (55,6%) griffen diese Empfehlung auf und begannen eine Psychotherapie. Einige Patientengruppen zeigten eine höhere Bereitschaft zu einer psychotherapeutischen Behandlung: Frauen realisierten die Psychotherapieempfehlung eher (58%) als Männer (48%). Unter den diagnostischen Gruppen war die Compliance rate für Patienten mit affektiven Störungen am höchsten (67%). Die Chance, daß die Patienten die Psychotherapieempfehlung akzeptieren würden, war deutlich höher, wenn sie mit Psychotherapie und Pharmakotherapie behandelt wurden (64%) als mit einer ausschließlich psychotherapeutischen Behandlung (40%). Jene Patienten, die weiter die psychopharmakologische Behandlung des Psychiaters in Anspruch nahmen, waren in den meisten Fällen auch hinsichtlich der psychotherapeutischen Behandlung motiviert (76%).

Schlüsselwörter: Psychotherapie, Motivation, Compliance.

Médiation de psychothérapies par les psychiatres

Résumé Du fait qu'actuellement en Haute-Autriche les conditions dans lesquelles les psychiatres travaillent ne leur permettent de consacrer que peu de temps à chaque patient, la médiation de psychothérapies représente une part importante de leur travail. Mais seule une partie des patients concernés suit leurs recommandations, même lorsque le médecin s'est efforcé de cerner leur motivation et de tenir compte de leurs désirs concernant la personne du psychothérapeute et la méthode appliquée. On a enregistré pendant un an tous les cas où des psychiatres ont tenté d'adresser des clients à des psychothérapeutes et, ensuite, mené une enquête auprès de ces derniers pour vérifier que les patients s'étaient présentés. Des 142 patients concernés, 79 (55,6%) se sont rendus au moins à une première consultation. Les femmes sont en général plus disposées à accepter un soutien psychiatrique et – lorsqu'elles ont été adressées à un/e psychothérapeute – à commencer un traitement (compliance rate

Reference to psychotherapy in psychiatric practice

Abstract Within one year 142 psychiatric patients were referred to other psychotherapists by a psychiatrist in private practice, of these 79 patients (55.6%) started psychotherapy. Some patients seemed to comply with psychotherapeutic treatment more than others: More women (58%) than men (48%) were willing to start psychotherapy. Among diagnostic subgroups compliance-rate was highest for patients with affective disorders (67%). The probability, that patients would respond to psychotherapy was much higher, if they were treated with psychotherapy and medication (64%) than with psychotherapy alone (40%). Patients, who continued to see the referring psychiatrist for further psychopharmacological treatment were usually motivated by psychotherapeutic treatment as well (76%).

Keywords: Psychotherapy, motivation, compliance.

68%). On ne constate pas de différence importante concernant le degré auquel des personnes appartenant à différentes classes d'âge sont disposées à entreprendre une psychothérapie. Une comparaison entre groupes diagnostiques (ICD-10) a montré que ce sont les patients souffrant de troubles affectifs qui manifestent le meilleur compliance rate (soit 67%). Les chances que des patients acceptent la recommandation qui leur avait été faite de suivre un traitement psychothérapeutique se sont révélées nettement plus élevées lorsque ce dernier devait associer psychothérapie et pharmacothérapie (64%) que lorsqu'il devait s'agir de psychothérapie seulement (40%). Le pourcentage de médiations conduisant vraiment à une thérapie est le plus élevé dans le cas de patients qui, parallèlement, poursuivent un traitement auprès d'un psychiatre (compliance rate 76%). Ce résultat indique qu'une partie des patients accepte de recevoir les deux types de traitement (psychothérapeutique et médicamenteux), alors qu'une

autre partie ne peut se décider à suivre une forme de thérapie ou l'autre et ne reçoit donc pas de traitement.

En plus du manque d'informations dont dispose le gros de la population concernant le déroulement et les effets d'une psychothérapie, une certaine appréhension et la crainte d'être stigmatisé peuvent se poser en obstacles et retenir les patients d'entreprendre un traitement. Nombre de patients considèrent le fait qu'ils

aient besoin d'une psychothérapie comme une défaite personnelle et un échec. Pour de nombreuses personnes, le psychiatre travaillant dans son propre cabinet représente la première instance à laquelle s'adresser; c'est donc lui qui peut apporter une contribution importante au niveau de la réduction de leurs craintes et des obstacles se posant au traitement psychothérapeutique.

Einleitung

Für viele Menschen in psychosozialen Krisen und mit psychischen Erkrankungen ist neben dem Hausarzt der niedergelassene Psychiater die erste Anlaufstelle, wenn professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird (Rössler et al., 1993). In der Regel geht es beim psychiatrischen Erstgespräch darum, organische Grundlagen einer psychischen Störung auszuschließen (Haberfellner und Rittmannsberger, 1996), eine Diagnose zu erstellen, und eine Therapieempfehlung zu erarbeiten. Den sehr unterschiedlichen Erwartungen der Patienten stehen im wesentlichen drei Behandlungsmöglichkeiten gegenüber: medikamentöse, psychotherapeutische und soziotherapeutische.

Da die Behandlung mit Psychopharmaka – auch bei gründlicher Aufklärung der Patienten über erwünschte und unerwünschte Wirkungen einer Medikation – wenig Zeitaufwand erfordert, ist es möglich, eine relativ große Anzahl von Patienten zu behandeln, besonders, wenn die Weiterbehandlung in Zusammenarbeit mit praktischen Ärzten erfolgt. In Relation dazu kann nur wenigen Patienten ein adäquates Psychotherapieangebot gemacht werden. Ein wesentliches Betätigungsfeld des niedergelassenen Psychiaters ist daher die Vermittlung potentieller Psychotherapieklienten zu anderen – in der Regel nichtärztlichen – Psychotherapeuten.

Nur ein kleiner Teil derjenigen Patienten, bei denen Psychotherapie indiziert wäre, äußert von sich aus den Wunsch, eine Psychotherapie zu beginnen (Haberfellner, 1996). Auch das konkrete Angebot, die Beschwerden und Symptome mit psychotherapeutischen Mitteln zu behandeln, wird nur von einem Teil der Patienten akzeptiert (Cube, 1983; Rittmannsberger, 1993).

In der Medizin hat sich für die Bereitschaft des Patienten, eine vorgeschlagene Behandlung zu akzeptieren und durchzuführen, der Begriff der „Compliance“ eingebürgert (Günther und Meise, 1990; Linden, 1979). Umgekehrt nennt man die fehlende Bereitschaft, sich an ärztliche Empfehlungen zu halten, „Non-compliance“. Wenn es um medikamentöse oder diätetische Maßnahmen geht, werden die Non-compliance-Raten (der Prozentsatz der Patienten, der sich nicht an einen Therapievorschlag hält) mit ca. 50% angegeben (Günther und Meise, 1990; Meißl, 1993; Wright, 1993).

Aber auch psychotherapeutische Behandlungsvorschläge werden nur von ca. der Hälfte der Patienten angenommen. Diese Erfahrungen, die von mehreren Autoren berichtet werden (Brähler und Brähler, 1986; Cube, 1983; Franz et al., 1990; Rudolf et al., 1988; Strauß et al., 1991b) stehen im Gegensatz zur öffentlichen

Meinung, die der Psychotherapie bei der Behandlung psychischer Störungen gegenüber der Behandlung mit Psychopharmaka einen wesentlich höheren Stellenwert einräumt (Angermeyer et al., 1993).

In Analogie zum Compliancebegriff in der Medizin spricht man im psychotherapeutischen Kontext von Motivation, wobei es zwischen diesen beiden Begriffen breite Überschneidungen gibt. Allerdings wird der Begriff der Psychotherapiemotivation nicht einheitlich verwendet (Nübling, 1992). In den letzten Jahren setzt sich immer mehr ein dynamisches Verständnis von Psychotherapiemotivation durch, das impliziert, daß Therapiemotivation veränderbar ist.

Auch bei eindeutiger Indikation zu einer psychotherapeutischen Behandlung ist in vielen Fällen einiges an Motivationsarbeit notwendig, bis die Psychotherapie beginnen kann. Um die Chance einer erfolgreichen Psychotherapieempfehlung zu erhöhen, sollten einige Faktoren berücksichtigt werden (Stumm und Brandl-Nebehay, 1996):

Die finanziellen Möglichkeiten des Patienten

Obwohl in Oberösterreich einige Institutionen Psychotherapie gratis anbieten, muß die überwiegende Mehrheit der Psychotherapiepatienten die Kosten der Behandlung teilweise selbst tragen. Der Betrag von 300 öS, der von den Krankenkassen pro Psychotherapiesitzung bezahlt wird, macht die Hälfte bis ein Drittel des ortsüblichen Preises aus. Die kostenlosen institutionellen Therapieangebote zielen entweder auf bestimmte Patientengruppen ab (Krisenintervention, Drogenberatung, Familienberatung usw.) oder sind der großen Nachfrage nicht gewachsen, sodaß die Wartezeiten zwischen 3 und 6 Monaten liegen (Psychotherapieambulanz der Gebietskrankenkasse, Psychotherapieinstitut der Landesnervenklinik, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit, Caritas usw.). Die kostenlosen Therapieplätze sollten daher unter den gegebenen Umständen in erster Linie bedürftigen Menschen angeboten werden.

Welche Psychotherapiemethode ist sinnvoll?

Für die Entscheidung, welche Psychotherapiemethode angewandt werden soll, spielen neben diagnosespezifischen Indikationen (z.B. Verhaltenstherapie bei isolierten Phobien) die Erwartungen und die Motivationslage des Patienten selbst, die Erwartungen der Angehörigen (Paar- oder Familientherapie) und die regional verfügbaren Therapieangebote eine Rolle.

Welcher Psychotherapeut kommt den Erwartungen des Patienten entgegen?

Einige Faktoren, die berücksichtigt werden sollten, sind eventuelle Spezialisierung eines Therapeuten auf bestimmte Störungen oder Problemstellungen, das Geschlecht, der Altersunterschied und eventuell auch ideologische und religiöse Gesichtspunkte.

Ist es notwendig, den Therapieplatz aktiv zu vermitteln?

Je akuter sich eine Situation darstellt, umso eher kann es erforderlich sein, einen Termin zu einem Krisengespräch für den Patienten zu vereinbaren. Abgesehen von Notfällen sollte der Patient aber in der Lage sein, einen Therapeuten, der ihm empfohlen wurde, selbst zu kontaktieren. Allerdings steigt die Chance einer erfolgreichen Psychotherapievermittlung durch aktive Organisation eines Therapieplatzes (Cube, 1983).

Fragestellung

Die vorliegende Untersuchung versucht Antworten auf folgende Fragen zu finden:

1. Wieviele Patienten nehmen die Psychotherapieempfehlungen des niedergelassenen Psychiaters tatsächlich in Anspruch (Kächele und Kordy, 1992)?
2. Wie unterscheiden sich die beiden Gruppen (diejenigen, die die Psychotherapieempfehlung realisieren, von den „Verweigerern“)?

Methode

Die Untersuchung wurde in einer Facharztpraxis für Psychiatrie und Neurologie mit Krankenkassenvertrag durchgeführt, die von ca. 600 Patienten pro Vierteljahr frequentiert wird. Von diesen 600 Patienten leiden ca. $\frac{2}{3}$ unter psychischen Störungen. Im Untersuchungszeitraum von April 1995 bis März 1996 wurden alle Patienten erfaßt, denen als Therapievorschlag eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen wurde und die auf die Psychotherapieempfehlung mit Interesse reagierten. Ausgenommen wurden Patienten, denen ein Kurs für autogenes Training empfohlen wurde. Ebenso wurden jene Patienten, bei denen zwar eine Psychotherapie indiziert gewesen wäre, die aber auf die Empfehlung ablehnend reagierten, nicht berücksichtigt und Patienten, die bereits bei einem Psychotherapeuten in Behandlung waren. Zeigte ein Patient grundsätzlich Interesse an einer psychotherapeutischen Behandlung, so wurde er zunächst über die Rahmenbedingungen wie z.B. die zu erwartende finanzielle Belastung informiert. Entweder in der gleichen Sitzung oder beim nächsten Termin wurde versucht, anhand der Erwartungen des Patienten einen Psychotherapeuten zu finden, der diesen Erwartungen möglichst entspricht. Die Vereinbarung eines Termins zum Erstgespräch wurde – abgesehen von einigen wenigen sehr akuten Fällen – dem Patienten überlassen. 1 bis 4 Monate später wurden die Psychotherapeuten, denen der Patient zugewiesen wor-

den war, schriftlich oder telefonisch befragt, ob es tatsächlich zu einem Erstgespräch gekommen war. Von manchen Psychotherapeuten wurde auch spontan rückgemeldet, daß bereits ein Erstgespräch erfolgt ist.

Da in einer Kassenpraxis die pro Patient zur Verfügung stehende Zeit knapp bemessen ist (maximal 30 Minuten für ein Erstgespräch), mußte die Datenerhebung auf Alter, Geschlecht und Diagnose (nach der ICD-10-Klassifikation) beschränkt werden. Die Auswahl der Einschlusskriterien (positive Einstellung gegenüber der Psychotherapieempfehlung) und Ausschlusskriterien (Patienten in psychotherapeutischer Behandlung) und auch des Erfolgskriteriums (ob ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten stattgefunden hat) ist im Kontext der Alltagsarbeit in der Nervenarztpraxis zu sehen. Es sollte in erster Linie der Erfolg der Bemühungen um eine erfolgreiche Psychotherapievermittlung evaluiert werden. Darüber hinaus wären auch einige andere Fragestellungen interessant gewesen, hätten aber den Aufwand der Untersuchung wesentlich erhöht.

Insgesamt wurden im Untersuchungszeitraum von einem Jahr 143 Patienten zu einer Psychotherapie zugewiesen. Einige Patienten entschlossen sich aus verschiedenen Gründen, einen anderen als den empfohlenen Therapeuten aufzusuchen. Wenn vom Patienten selbst oder vom ausgewählten Therapeuten eine Rückmeldung über die Aufnahme der Psychotherapie erfolgte, wurden diese Patienten trotzdem als erfolgreiche Psychotherapievermittlung bewertet. Eine Psychotherapeutin zeigte sich über die Anfrage, ob der Patient die empfohlene Psychotherapie begonnen hatte, verärgert und war nicht bereit, Auskunft zu geben. Dieser Patient wurde bei der Auswertung des Vermittlungserfolges nicht mehr berücksichtigt. Die Daten beziehen sich daher auf 142 Patienten.

Unter diesen 142 Patienten waren Frauen im Verhältnis 2:1 in der Mehrheit. Die Altersstruktur der Patienten ist in Abb. 1 dargestellt. Das Durchschnittsalter der zugewiesenen Patienten liegt bei 37,4 Jahren und unterscheidet sich für Männer (35,4 Jahre) und Frauen (38,3 Jahre) kaum.

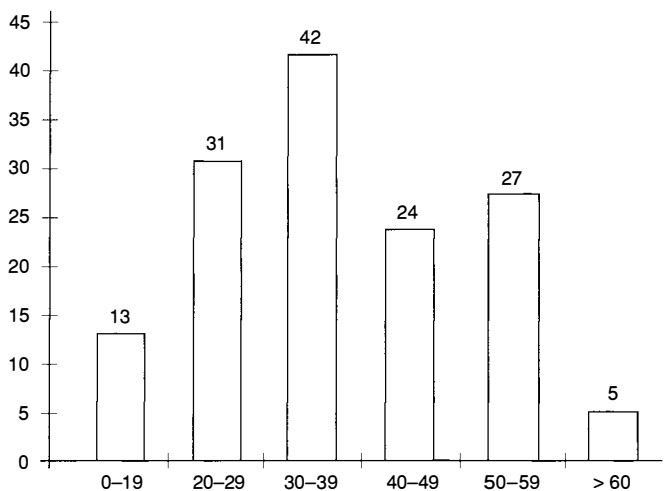


Abb. 1. Anzahl der zu einer Psychotherapie zugewiesenen Patienten pro Altersgruppe (n = 142)

Praxisstatistik

Ein halbes Jahr lang wurden Alter, Geschlecht, Diagnose, Anzahl der Erstkontakte und Anzahl der Ordinationen pro Patient erfaßt. In diesem Zeitraum haben 856 Patienten die Praxis aufgesucht, darunter 441 Patienten zum ersten Mal. Bezogen auf ein Quartal (den Abrechnungszeitraum der Krankenkassen) entspricht das 550 bis 600 Patienten. Im Vergleich mit den anderen oberösterreichischen Nervenärzten mit Kassenpraxis liegt diese Patientenzahl etwas unter dem Durchschnitt.

In 73% der Konsultationen waren psychiatrische Probleme im Vordergrund (n = 541), neurologische Problemstellungen in 37% (n = 226), wobei ein Teil der Patienten sowohl psychiatrische als auch neurologische Probleme präsentierte (10%, n = 87). Da sich die Arbeit mit den psychiatrischen Aspekten einer Nervenarztpraxis befaßt, werden die Patienten mit ausschließlich neurologischen Problemen in der Folge nicht mehr berücksichtigt.

Unter den 628 Patienten mit psychiatrischen Anliegen war der Anteil der Frauen mit 60% höher als der der Männer. Die Altersverteilung ist relativ gleichmäßig mit einem Überwiegen des mittleren Erwachsenenalters. Die durchschnittliche Anzahl der Konsultationen pro Patient ist mit 2,3 niedrig. Ein relativ hoher Prozentsatz der Patienten (35%) nahm nur einmalig die psychiatrische Behandlung in Anspruch. Patienten in kontinuierlicher fachärztlicher Behandlung kommen in der Regel in drei bis vierwöchigen Abständen, in Akutsituationen natürlich auch öfter. Die häufigsten gestellten Diagnosen waren affektive Störungen gefolgt von schizophrenen Störungen und neurotischen bzw. Anpassungsstörungen (Abb. 2).

Ergebnisse

79 (55,6%) von 142 Patienten realisierten die Psychotherapieempfehlung, indem sie zumindest ein Erstgespräch führten. Der Prozentsatz erfolgreicher Psychotherapievermittlungen lag für Frauen mit 58% etwas über dem Durchschnitt, für Männer entsprechend niedriger (48%). Die Compliancerate unter Berücksichtigung des Alters ist am höchsten bei den 20- bis 29jährigen (n = 31, Compliancerate 65%), am niedrigsten bei Kindern und Jugendlichen (n = 13, Compliancerate 46%), ist aber insgesamt über die Altersgruppen relativ konstant.

Diagnosen

Unter den psychiatrischen Patienten, die die Praxis frequentieren, überwiegen die Patienten mit affektiven Störungen (ICD-10 Nummer F 3), gefolgt von Patienten mit schizophrenen oder wahnhaften Störungen (ICD-10 Nummer F 2) und neurotischen bzw. Anpassungsstörungen (ICD-10 Nummer F 4). In der Gruppe der zu einer Psychotherapie zugewiesenen Patienten fällt auf, daß schizophrene Patienten deutlich unterrepräsentiert sind (Abb. 2). Am höchsten ist die Wahrscheinlichkeit, daß eine Psychotherapievermittlung versucht wird, für

Patienten mit neurotischen und Anpassungsstörungen (ICD-10 Nummer F 4 – Abb. 2) und für Patienten mit kinderpsychiatrischen Störungen (ICD 10 Nummer F 9 – Abb. 2). Untersucht man den Prozentsatz der erfolgreich vermittelten Patienten (die „Complianceraten“) getrennt nach diagnostischen Gruppen (Abb. 3), so schneiden die Patienten mit kinderpsychiatrischen Störungen am schlechtesten ab (25%), gefolgt von Patienten mit Angststörungen (31%). Überdurchschnittliche Complianceraten fanden sich für Patienten mit affektiven Störungen (67%) und überraschend auch für Suchtpatienten (75%).

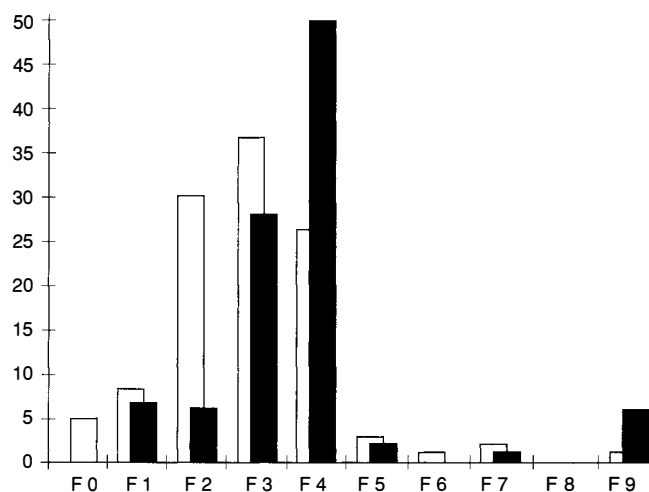


Abb. 2. Prozentueller Anteil der Diagnosen (nach ICD-10) am Praxisklientel insgesamt (heller Balken) und an den zu einer Psychotherapie zugewiesenen Patienten (dunkler Balken). F 0 Organische Störungen; F 1 Störungen durch psychotrope Substanzen; F 2 Schizophrenie und wahnhafte Störungen; F 3 affektive Störungen; F 4 neurotische und Anpassungsstörungen; F 5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen; F 6 Persönlichkeitsstörungen; F 7 Intelligenzminderung; F 8 und F 9 kinder- und jugendpsychiatrische Störungen

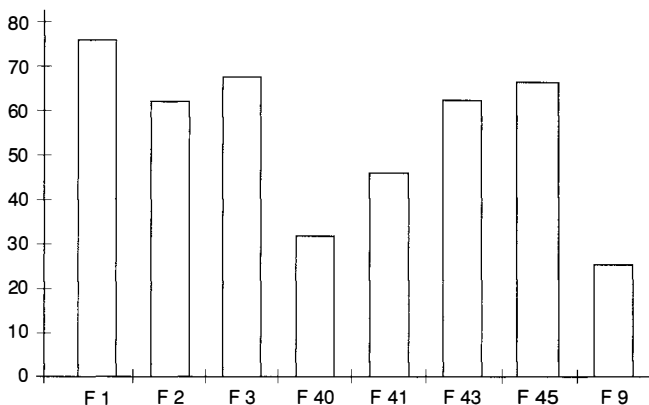


Abb. 3. Prozentsatz erfolgreicher Psychotherapievermittlungen (Compliancerate), aufgeschlüsselt nach Diagnosen (ICD-10). F 1 Störungen durch psychotrope Substanzen; F 2 Schizophrenie und wahnhafte Störungen; F 3 affektive Störungen; F 40 phobische Störungen; F 41 sonstige Angststörungen; F 43 Anpassungsstörungen; F 45 somatoforme Störungen; F 9 kinder- und jugendpsychiatrische Störungen

Die Therapie

88 Patienten erhielten neben der psychotherapeutischen auch eine medikamentöse Therapieempfehlung (62%). Die medikamentöse Weiterbehandlung erfolgte entweder in der eigenen Praxis (n = 54, 38%) oder beim Hausarzt. Die Wahrscheinlichkeit, daß die Psychotherapieempfehlung auf fruchtbaren Boden fällt, ist für die Gruppe der medikamentös behandelten Patienten deutlich höher (n = 88, Comliancerate 64%) als für diejenigen, denen eine ausschließlich psychotherapeutische Behandlung empfohlen worden war (n = 54, Comliancerate 41%). Noch deutlicher ist der Unterschied zwischen den Patienten, die neben der psychotherapeutischen Behandlung weiter in psychiatrischer Behandlung waren (n = 54, Comliancerate 76%) und den Patienten, die keinen weiteren Termin beim Psychiater in Anspruch nahmen (n = 88, Comliancerate 42%).

Die Psychotherapeuten

Nur wenige Patienten wurden – meist aus finanziellen Gründen – psychotherapeutischen Institutionen zugewiesen, die überwiegende Mehrheit der Vermittlungen erfolgte zu frei praktizierenden Psychotherapeuten (80%). Die Anzahl der Zuweisungen pro Psychotherapeut ist breit gestreut zwischen einem einzigen und bis zu 16 vermittelten Patienten. Im wesentlichen konzentrierte sich die Kooperation auf eine Gruppe von 10 Psychotherapeuten. Unter Berücksichtigung aller Psychotherapievermittlungsversuche waren 30 Psychotherapeuten oder Institutionen einbezogen. Der Prozentsatz der erfolgreichen Vermittlungen pro Psychotherapeut variiert von 25% bis 100%, wobei nur jene Therapeuten berücksichtigt wurden, denen zumindest 3 Patienten zugewiesen wurden.

Diskussion

Die Ausgangssituation für die vorliegende Untersuchung – nämlich die Behandlungsangebote und Behandlungsmöglichkeiten in der nervenärztlichen Praxis – ist von zahlreichen Bedingungen abhängig, die im internationalen Vergleich und zum Teil auch innerhalb Österreichs erhebliche Unterschiede aufweisen. Als Beispiele für diese unterschiedlichen Bedingungen seien die Nervenärztdichte, die psychiatrischen Versorgungsangebote durch Beratungsstellen oder Krankenhausambulanzen und die Krankenkassentarife für psychotherapeutische Leistungen genannt. In Oberösterreich behandeln die Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie mit Krankenkassenvertrag durchschnittlich 600 Patienten im Quartal bei einer erheblichen Schwankungsbreite von 200 bis 1400 Patienten. Ob und in welchem Ausmaß psychotherapeutische Leistungen angeboten werden können, hängt von der Ausbildung, den persönlichen Interessen des Facharztes und der Auslastung der Praxis ab. Durch relativ zeitaufwendige Psychotherapien werden Energien und Kapazitäten gebunden, die die Wartezeit für neue Patienten verlängern.

Die 143 Patienten, die zu einer psychotherapeutischen Behandlung überwiesen wurden, stellen in meh-

reners Hinsichten ein positiv selektioniertes Klientel dar. Es ist bekannt, daß nur ein kleiner Prozentsatz derjenigen Menschen, die an psychischen Störungen leiden, professionelle Hilfe in Anspruch nimmt (Dilling, 1984). Weiters wird ein nicht unerheblicher Teil der Patienten von Allgemeinmedizinern behandelt. Diejenigen, die schließlich fachärztliche Behandlung in Anspruch nehmen, sind nur zum Teil für Psychotherapieempfehlungen empfänglich (Haberfellner, 1996).

Patienten, die eine psychotherapeutische Behandlung von vornherein ablehnten und auch Patienten, die sich bereits in psychotherapeutischer Behandlung befanden, sind nicht Gegenstand der Untersuchung. Dadurch, daß nur Patienten erfaßt wurden, die an einer Psychotherapie Interesse zeigten, ist ein Rückschluß auf die Anzahl der Patienten, bei denen Psychotherapie indiziert gewesen wäre, nicht möglich. Als gelungene Psychotherapievermittlung wurden alle Patienten bewertet, die ein Erstgespräch führten, unabhängig davon, ob weitere Sitzungen vereinbart wurden. Es wäre denkbar, daß einige Patienten entweder andere als die empfohlenen Psychotherapeuten aufsuchten oder erst nach längerer Überlegung die Therapieempfehlung realisierten, und daß daher der Prozentsatz von 55,6% erfolgreicher Psychotherapievermittlungen zu niedrig angesetzt ist. Trotzdem liegt im Vergleich mit ähnlichen Untersuchungen (Brähler und Brähler, 1986; Cube, 1983; Rudolf et al., 1988; Strauß et al., 1991b) die Compliance rate relativ hoch. In einer Übersichtsarbeit von Franz et al. (1993) werden Akzeptanzraten eines Psychotherapieangebotes von 32% bis 78% angegeben, allerdings sind die untersuchten Einrichtungen nur bedingt miteinander vergleichbar. Noch weniger ist es möglich, zwischen einer spezialisierten Einrichtung wie z.B. der psychoanalytischen Ambulanz einer Universitätsklinik und einer nervenärztlichen Praxis Vergleiche anzustellen.

Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung und Altersstruktur unterscheiden sich die eigenen Daten von denen potentieller Psychotherapiepatienten/klienten vergleichbarer Untersuchungen nur unwesentlich (Brähler und Brähler, 1986; Cube, 1983; Dührssen, 1982; Rüter und Schüssler, 1985; Rudolf et al., 1988; Strauß et al., 1991a; Veroff, 1981). Das weibliche Geschlecht ist schon in der Ausgangspopulation überrepräsentiert (68%) und auch eher bereit, die Psychotherapieempfehlung aufzugreifen (Comliancerate 58%) als Männer (Comliancerate 48%).

Vergleicht man die Diagnosenverteilung aller psychiatrischen Patienten, die die Ordination aufgesucht haben, mit den zu einer Psychotherapie zugewiesenen Patienten (Abb. 2), so fällt auf, daß Patienten mit schizophrenen Störungen nur in Ausnahmefällen zu Psychotherapeuten zugewiesen wurden, während alle anderen diagnostischen Untergruppen relativ gleichmäßig mit Psychotherapieempfehlungen bedacht wurden. Die Gründe für die scheinbar stiefmütterliche Behandlung der Patienten mit schizophrenen Störungen sind weniger in der Indikationsstellung zur Psychotherapie zu suchen, sondern eher in den Vorerfahrungen dieser Patienten mit psychosozialen Einrichtungen. Da es sich zu einem großen Teil um chronisch psychisch Kranke

handelt, bestehen in der Regel mehr oder weniger intensive Beziehungen zu psychosozialen Diensten. Dadurch sind diesen Patienten die psychotherapeutischen Angebote dieser spezialisierten Institutionen auch ohne Vermittlung eines Facharztes zugänglich. Ähnliches gilt für Patienten mit chronisch rezidivierenden affektiven Störungen (Haberfellner, 1996). Am höchsten ist die Wahrscheinlichkeit, daß eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen wird, bei Patienten mit neurotischen Störungen, Anpassungsstörungen und kinderpsychiatrischen Erkrankungen (Abb. 2).

Die Comlianceraten unter Berücksichtigung der Diagnosen bewegen sich zwischen 25% und 75%. Die niedrigste Erfolgsquote weisen Patienten mit kinderpsychiatrischen Störungen (ICD-10 Code F 9) auf. Die Fallzahl ist mit 8 Patienten zwar so gering, daß statistisch relevante Aussagen nicht möglich sind, das Ergebnis ist aber doch bemerkenswert, weil gerade bei diesen Störungen medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten ganz im Hintergrund stehen und man daher davon ausgehen muß, daß viele Kinder gänzlich unbehandelt bleiben. Es handelte sich auch keinesfalls um banale Verhaltensauffälligkeiten, sondern um schwerwiegende Störungen wie Hyperaktivitätsstörung oder Enkopresis. Für Patienten mit Angststörungen (n = 16) liegt die Compliance rate mit 31% ebenfalls im unteren Bereich. Es ist bekannt, daß Menschen, die unter Panikattacken (ICD-10 Code F 41) leiden, oft jahrelang nach einer organischen Ursache der Beschwerden suchen und so trotz hohem Leidensdruck erst spät eine adäquate Therapie in Anspruch nehmen (Buller und Benkert, 1990). Patienten mit neurotischen und Anpassungsstörungen (ICD-10 Code F 4) insgesamt machen einen hohen Prozentsatz (50%) der zu einer Psychotherapie überwiesenen Patienten aus und liegen hinsichtlich der Compliancerate im Durchschnitt. Deutlich überdurchschnittliche Psychotherapiebereitschaft zeigten Patienten mit affektiven Störungen (n = 39, Compliancerate 67%) – möglicherweise wegen des hohen Leidensdrucks (Brähler und Brähler, 1986). Die Tatsache, daß Suchtpatienten mit 75% am meisten Therapiemotivation zeigten, steht im Widerspruch zur klinischen Erfahrung (Rüger, 1985), allerdings ist die Aussagekraft dieses Ergebnisses durch die geringe Fallzahl (n = 8) sehr beschränkt.

Bemerkenswerte Unterschiede ergab der Vergleich medikamentös behandelter Patienten (n = 88, Compliancerate 64%) mit den Patienten, denen ausschließlich Psychotherapie empfohlen wurde (n = 54, Compliancerate 40%). Am höchsten war der Prozentsatz erfolgreicher Psychotherapievermittlungen bei den Patienten, die weiter in fachärztlicher Behandlung waren (Compliancerate 76%). Daraus läßt sich eine Tendenz ableiten, daß manche Patienten einen Therapievor schlag akzeptieren (= compliant Verhalten), unabhängig davon, ob es sich um eine medikamentöse Behandlung oder um Psychotherapie handelt, während andere Patienten weder das eine noch das andere für sich in Anspruch nehmen. Die Befürchtung mancher Psychotherapeuten, daß durch gleichzeitige psychopharmakologische Behandlung die Psychotherapiemotivation reduziert wird, scheint für die Mehrheit der Patienten nicht zuzutreffen.

Schließlich wurde bei der Auswertung der Daten die Compliancerate auch in bezug auf einzelne Therapeuten berechnet. Die Unterschiede waren erheblich, sind aber zum Teil durch die geringen Fallzahlen wenig aussagekräftig. Auffällig war vor allem die Compliance rate von 100% (n = 13), die eine Praxisgemeinschaft von 3 Psychotherapeuten/innen erreichte, die nur ca. 200 Meter von der Facharztpraxis entfernt ist. Erstaunlich ist diese hohe Compliancerate vor allem deswegen, weil die überwiegende Mehrheit der Psychotherapeuten, zu denen überwiesen wurde, im Zentralraum Linz arbeitet und die zugewiesenen Patienten aus dem Großraum Linz und den umgebenden Gemeinden in ca. 30 km Umkreis stammen. Man sollte meinen, daß Entfernungen von 1–2 km im Stadtgebiet nicht ausschlaggebend sein sollten.

Abschließend noch einige Hypothesen zu der Frage, was Patienten davon abhält, ein Psychotherapieangebot wahrzunehmen:

- Informationsdefizite bezüglich Ablauf und Effektivität einer Psychotherapie (Angermeyer et al., 1993; Laux, 1977).
- Schwellenängste, die bei Angehörigen niedriger sozialer Schichten stärker ausgeprägt sind (Strauß et al., 1991b).
- Angst vor Stigmatisierung (Franz et al., 1993).
- Erwartungen der Patienten, daß einfache Ratschläge des Psychiaters zielführend sind (Wälti et al., 1980).
- Die Hoffnungslosigkeit depressiver Patienten kann sich auch auf die psychotherapeutische Behandlung beziehen (Veroff, 1981; Wälti et al., 1980) und so zum Therapiehindernis werden.
- Wenn Beschwerden schon lange Zeit bestanden, sinkt die Bereitschaft, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen (Köhle, 1986; Würbel, 1992).
- Ängste vor unerwünschten Effekten der Psychotherapie oder Verschlimmerung des Grundproblems (Angermeyer, 1993)
- Ausgeprägte Wünsche, die Unabhängigkeit und Selbstbestimmung zu bewahren, können die Schwelle, sich an Psychotherapeuten zu wenden, erhöhen (Veroff, 1981).
- Die Inanspruchnahme von Psychotherapie kann für Patienten gleichbedeutend sein mit dem Eingeständnis von Schwäche und Versagen (Cube, 1983).
- Die ätiologischen Vorstellungen und Krankheits theorien des Patienten sind mit Psychotherapie nicht vereinbar, z.B. wenn vom Patienten eine organische Ursache einer Störung angenommen wird (Franz et al., 1993).
- Die Einstellung der Umwelt des Patienten (Angehörige, Freunde, überweisende Ärzte usw.) hat wesentlichen Einfluß auf die Entscheidung für oder gegen eine psychotherapeutische Behandlung (Strauß et al., 1991b).

Die eigenen Erfahrungen im Gespräch mit denjenigen Patienten, die Psychotherapie nicht in Anspruch nehmen wollten, sind eher oberflächlich, weil meist äußere Gründe genannt werden, wie die finanzielle oder die zeitliche Belastung. Einige Patienten haben relativ offen über Ängste vor dem „Durchschautwerden“ ge-

sprochen oder darüber, daß sie die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung als persönliche Niederlage erleben. Offensichtlich erscheint das medizinische Krankheitsmodell bzw. eine medikamentöse Behandlung manchen Patienten diesbezüglich eher akzeptabel. Unter dem Zeitdruck einer Kassenpraxis ist es nur mit Einschränkungen möglich, auf die Hindernisse einzugehen, die Patienten von der Realisierung einer Psychotherapieempfehlung abhalten. Es ist aber durchaus eine lohnende Aufgabe – wenn schon die Durchführung psychotherapeutischer Behandlungen nur in sehr beschränktem Umfang möglich ist – zumindest die Psychotherapievermittlung möglichst effektiv zu gestalten.

Literatur

- Angermeyer MC, Held T, Görtler D (1993) Pro und contra: Psychotherapie und Psychopharmakotherapie im Urteil der Bevölkerung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 43: 286–292
- Brähler C, Brähler E (1986) Der Einfluß von Patientenmerkmalen und Interviewverlauf auf die Therapieaufnahme – eine katamnestiche Untersuchung zum psychotherapeutischen Erstinterview. *Z Psychosom Med* 32: 140–160
- Buller R, Benkert O (1990) Panikattacken und Panikstörung – Diagnose, Validierung und Therapie. *Nervenarzt* 61: 647–657
- Cube T v (1983) Katamnese von Patienten der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik an der Psychiatrischen Klinik der Universität München. *Z Psychosom Med* 29: 49–75
- Dilling H, Weyrer S (1984) Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung bei Erwachsenen und Jugendlichen. In: Dilling H, Weyrer S, Castell R (Hrsg) *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung*. Enke, Stuttgart, S 121–127
- Dührssen A (1982) Die „Inanspruchnahme-Patienten“ von psychoanalytisch/psychosomatischen Polikliniken. *Z Psychosom Med* 28: 1–13
- Franz M, Schiesel N, Manz R, Fellhauer R (1990) Zur Problematik der Psychotherapiemotivation und der Psychotherapieakzeptanz. *Psychother Psychosom Med Psychol* 40: 369–374
- Franz M, Dito K, Schepank H, Reister G (1993) Warum „Nein“ zur Psychotherapie? *Psychother Psychosom Med Psychol* 43: 278–285
- Günther V, Meise U (1990) Compliance – ein komplexes Problem. *WMW* 13: 365–369
- Haberfellner EM (1996) Die Behandlung depressiver Patienten beim niedergelassenen Psychiater (in Vorbereitung)
- Haberfellner EM, Rittmannsberger H (1996) Somatische Erkrankungen bei psychiatrischen Patienten. *Nervenarzt* 67: 789–793
- Köhle P (1986) Bereitschaft zur Fachpsychotherapie. *Psychiatr Neurot Med Psychol* 38: 722–727
- Kächele H, Kordy H (1992) Psychotherapieforschung und psychotherapeutische Versorgung. *Nervenarzt* 63: 517–526
- Laux G (1977) Über die Einstellung der Bevölkerung zum Psychiater und zum Psychotherapeuten. *Nervenarzt* 48: 331–334
- Linden M (1979) Therapeutische Ansätze zur Verbesserung von „Compliance“. *Nervenarzt* 50: 109–114
- Meißl T (1993) Psychopharmakacompliance und Psychotherapie. *Psychiatria Danubina* 5: 225–234
- Nübling R (1992) Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept – zur Evaluation psychosomatischer Heilverfahren. Verlag für akademische Schriften, Frankfurt
- Rittmannsberger H, Radosavljevic M, Hirnsperger E, Czamlar E (1993) Angebot und Inanspruchnahme von Psychotherapie und psychosozialen Diensten während und nach stationärer psychiatrischer Behandlung. *Gemeindenähe Psychiatrie* 14: 5–15
- Rössler W, Salize HJ, Häfner H (1993) *Gemeindepsychiatrie – Grundlagen und Leitlinien (Planungsstudie Luxemburg)*. Verlag integrative Psychiatrie, Innsbruck
- Rüger U, Schüssler G (1985) Zum Behandlungsabbruch in der Psychotherapie. *Nervenarzt* 56: 485–491
- Rudolf G, Essen C v, Porsch U, Grande T (1988) Psychotherapeutische Institutionen und ihre Patienten. *Z Psychosom Med* 34: 19–31
- Strauß B, Speidel H, Seifert A, Probst P (1991a) Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz; rückblickende Bewertung durch die Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41: 43–52
- Strauß B, Speidel H, Seifert A, Probst P (1991b) Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz; potentielle Determinanten der Inanspruchnahme therapeutischer Empfehlungen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41: 53–60
- Stumm G, Brandl-Nebehay A (1996) Der Weg zur Psychotherapie. In: Stumm G, Brandl-Nebehay A, Fehlinger F (1996) *Handbuch für Psychotherapie und psychosoziale Einrichtungen*. Falter Verlag, Wien, S 49–81
- Veroff JB (1981) The dynamics of help-seeking in men and women: a national survey study. *Psychiatry* 44: 189–200
- Wälti J, Kolb HJ, Willi J (1980) Welche Patienten brechen eine psychiatrische Behandlung ab? *Nervenarzt* 51: 712–717
- Wright EC (1993) Non-compliance – or how many aunts has Matilda? *Lancet* 342: 909–913
- Würbel G (1992) Psychotherapie im Krankenhaus – Notwendigkeit, Bedarf, Effektivität und Effizienz. *Psychother Forum*: 6–9

Korrespondenz: Dr. Egon Michael Haberfellner, Friedrichstraße 14, A-4040 Linz, Österreich.

Dr. Egon Michael Haberfellner, geboren 1957. Medizinstudium in Innsbruck. Ausbildung zum praktischen Arzt, zum Facharzt für Psychiatrie und Neurologie sowie Psychotherapieausbildung in systemischer Familientherapie. Seit 1995 niedergelassener Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Mitarbeit in verschiedenen psychosozialen Einrichtungen. Arbeitsschwerpunkte: Sozialpsychiatrie, Krisenintervention und Notfallpsychiatrie, Attributionsforschung.