

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München



**Psychotherapie für Menschen mit Störungen aus dem  
schizophrenen Formenkreis - Behandlungsbereitschaft und  
subjektive Barrieren von in Bayern ambulant tätigen  
Psychotherapeut\*innen**

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von  
Fides Sophia Heimkes  
aus  
München

2024

---

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Erster Gutachter:	Prof. Dr. med. Oliver Pogarell
Zweiter Gutachter:	Prof. Dr. med. Johannes Levin
Dritter Gutachter:	Priv. Doz. Dr. Ilja Spellmann
Mitbetreuung durch die promovierte Mitarbeiterin:	Dr. Dipl.-Psych. Aline Übleis
Dekan:	Prof. Dr. med. Thomas Gudermann
Tag der mündlichen Prüfung:	23.01.2024

## Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>3</b>
<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>5</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>6</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>7</b>
<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>8</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>9</b>
<b>1 EINFÜHRUNG UND THEORETISCHER HINTERGRUND.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Die Störungsbilder aus dem schizophrenen Formenkreis .....</b>	<b>11</b>
1.1.1 Symptomatik der schizophrenen Störungen .....	13
1.1.2 Krankheitsverlaufsformen und Prognose.....	16
1.1.3 Diagnosestellung und Klassifikation .....	17
1.1.4 Epidemiologie und Risikofaktoren .....	23
<b>1.2 Psychotherapeutische Behandlungsansätze bei schizophrenen Störungen.....</b>	<b>27</b>
1.2.1 Kognitive Verhaltenstherapie .....	28
1.2.2 Psychodynamische Therapieansätze.....	30
1.2.3 Psychoedukation .....	31
1.2.4 Fertigkeitstrainings .....	32
1.2.5 Familieninterventionen .....	34
1.2.6 Systemische Psychotherapie .....	35
<b>1.3 Mangelnde Implementierung ambulanter Psychotherapie bei schizophrenen Störungen.....</b>	<b>36</b>
1.3.1 Unterrepräsentation von ambulanter Psychotherapie bei schizophrenen Störungen.....	36
1.3.2 Mögliche Gründe für die Unterversorgung von Patient*innen mit schizophrenen Störungen.....	37
<b>1.4 Stigmatisierung von Menschen mit schizophrenen Störungen.....</b>	<b>40</b>
1.4.1 Stigmatisierung in der Allgemeinbevölkerung .....	40
1.4.2 Stigmatisierung unter Behandelnden .....	42
<b>1.5 Ziel und Fragestellungen der Studie .....</b>	<b>43</b>
<b>2 MATERIAL UND METHODIK.....</b>	<b>46</b>
<b>2.1 Planung und Beschreibung der Stichprobe.....</b>	<b>46</b>
2.1.1 Ein -und Ausschlusskriterien .....	46
2.1.2 Stichprobengröße und Rekrutierung.....	46
<b>2.2 Untersuchungsdesign.....</b>	<b>47</b>
<b>2.3 Erhebungsinstrumente .....</b>	<b>48</b>
2.3.1 Soziodemographische, ausbildungs- und berufsbezogene Daten .....	48
2.3.2 Allgemeine Behandlungsfragen sowie spezifische zu schizophrenen Störungen .....	49
2.3.3 Barrieren in der Behandlung von Patient*innen mit schizophrenen Störungen .....	50
2.3.4 Stigmatisierende Einstellung gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen .....	52
<b>2.4 Datenanalyse und statistische Auswertung .....</b>	<b>53</b>
2.4.1 Statistische Analyse der Hypothese I.....	53
2.4.2 Statistische Analyse der Hypothese II .....	58
2.4.3 Statistische Analyse der Hypothese III .....	63

<b>3</b>	<b>ERGEBNISSE</b>	<b>67</b>
<b>3.1</b>	<b>Deskriptive Daten zur Stichprobe</b>	<b>67</b>
3.1.1	Soziodemographische, ausbildungs- und berufsbezogene Daten	67
3.1.2	Allgemeine sowie spezifische Behandlungsfragen zu schizophrenen Störungen	77
3.1.3	Barrieren in der Behandlung von Patient*innen mit schizophrenen Störungen	84
3.1.4	Stigmatisierende Einstellungen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen	87
<b>3.2</b>	<b>Ergebnisse der Haupthypothesen</b>	<b>90</b>
3.2.1	HI: Einfluss verschiedener Barrieregruppen auf die Behandlungsbereitschaft	90
3.2.2	HII: Einfluss stigmatisierender Einstellungen auf die Behandlungsbereitschaft	91
3.2.3	HIII: Behandlungsbereitschaft bei schizophrenen versus depressiven Störungen	92
<b>3.3</b>	<b>Weitere explorative Analysen</b>	<b>94</b>
3.3.1	Gruppenunterschiede nach geringer und hoher Behandlungsbereitschaft	94
3.3.2	Weitere explorative Zusammenhänge und Unterschiede bezüglich der Behandlungsbereitschaft	100
3.3.3	Gruppenunterschiede zwischen abgeschlossenen und Teilnehmenden in Ausbildung	103
<b>4</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>107</b>
<b>4.1</b>	<b>Diskussion der deskriptiven Daten zur Stichprobe</b>	<b>108</b>
4.1.1	Soziodemographische, ausbildungs- und berufsbezogene Daten	108
4.1.2	Allgemeine Behandlungsfragen sowie spezifische zu schizophrenen Störungen	112
4.1.3	Barrieren in der Behandlung von Patient*innen mit schizophrenen Störungen	115
4.1.4	Stigmatisierende Einstellungen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen	120
<b>4.2</b>	<b>Diskussion der Haupthypothesen</b>	<b>122</b>
4.2.1	HI: Einfluss verschiedener Barrieregruppen auf die Behandlungsbereitschaft	122
4.2.2	HII: Einfluss stigmatisierender Einstellungen auf die Behandlungsbereitschaft	125
4.2.3	HIII: Behandlungsbereitschaft gegenüber schizophrenen versus depressiven Störungen	127
<b>4.3</b>	<b>Diskussion weiterer explorativer Analysen</b>	<b>130</b>
4.3.1	Gruppenunterschiede nach geringer und hoher Behandlungsbereitschaft	130
4.3.2	Weitere explorative Zusammenhänge und Unterschiede bezüglich der Behandlungsbereitschaft	137
4.3.3	Gruppenunterschiede zwischen abgeschlossenen Psychotherapeut*innen und Teilnehmenden in Ausbildung	141
<b>4.4</b>	<b>Methodische Stärken und Schwächen des Untersuchungsdesigns</b>	<b>143</b>
<b>4.5</b>	<b>Ausblick und praxisrelevante Implikationen</b>	<b>147</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>156</b>
<b>ANHANG</b>		<b>166</b>
<b>Proband*inneninformation und Einverständniserklärung</b>		<b>166</b>
<b>Publikationen und Kongressbeiträge</b>		<b>169</b>
<b>Danksagung</b>		<b>170</b>
<b>Affidavit</b>		<b>171</b>

## Zusammenfassung

**Theoretischer Hintergrund.** Patient\*innen mit schizophrenen Störungen sind bezüglich ihrer psychotherapeutischen Behandlung deutlich unterversorgt. Mögliche Gründe können auf struktureller Ebene aber auch auf Seiten der Patient\*innen oder Therapeut\*innen liegen. Viele ambulant tätige Psychotherapeut\*innen scheinen Vorbehalte gegenüber der Behandlung von Patient\*innen mit schizophrenen Störungen zu haben. Um eine gleichberechtigte und adäquate Versorgung sicherzustellen, ist es notwendig zu untersuchen, ob und inwieweit dies derzeit der Fall ist und falls ja, welche Barrieren dabei eine Rolle spielen.

**Methode.** Es wurde eine bayernweite quantitative Befragung von 610 Psychotherapeut\*innen und Personen in Ausbildung mittels Online-Survey durchgeführt. Der von den Teilnehmer\*innen bearbeitete Fragebogen umfasste die Demografie, Ausbildung, aktuelle und frühere Tätigkeiten, die Behandlung und Behandlungsbereitschaft gegenüber Patient\*innen mit schizophrenen Störungen sowie ergänzend den Stereotype-Fragebogen (Angermeyer & Matschinger, 2004). Ebenfalls wurden strukturelle, erfahrungs- und kompetenzbezogene sowie persönliche, therapieeinstellungsbezogene Barrieren in der Psychotherapie dieser Klientel erfragt.

**Ergebnisse.** Die Ergebnisse zeigen, dass die Behandlungsbereitschaft der Therapeut\*innen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen signifikant durch negative persönliche, therapiebezogene Einstellungen sowie geringe Erfahrung und Kompetenz reduziert wurde. Strukturelle Barrieren wurden als schwerwiegend eingeschätzt, beeinflussten die Behandlungsbereitschaft jedoch nicht signifikant. Alltägliche stigmatisierende Einstellungen waren zwar gering ausgeprägt, verringerten die Behandlungsbereitschaft jedoch signifikant. Im Vergleich zu depressiven Störungen zeigte sich die Behandlungsbereitschaft der Therapeut\*innen für Patient\*innen mit schizophrenen Störungen signifikant geringer.

**Implikationen.** Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Ausbildung der Therapeut\*innen angepasst werden sollte, um ihre Erfahrung, Kompetenz sowie therapiebezogene Einstellungen und damit auch ihre Behandlungsbereitschaft gegenüber Patient\*innen mit schizophrenen Störungen zu verbessern. Stigmatisierenden Einstellungen und Hemmungen in der Psychotherapie dieser Klientel könnten durch eine höhere Anzahl störungsspezifischer Fortbildungen, und die Möglichkeit, diese Patient\*innengruppe bereits während der Ausbildung behandeln zu können, vorgebeugt werden. Eine methodische Unterschätzung der strukturellen Barrieren aufgrund der zu geringen internen Konsistenz des Fragebogens ist möglich. Da den strukturellen Barrieren eine hohe Relevanz im Alltag der Therapeut\*innen zugeschrieben wurden, sollten diese Barrieren reduziert werden, um den spezifischen Bedürfnissen dieser Klientel eher gerecht zu werden.

## Abstract

**Theoretical Background.** Patients with schizophrenic disorders are clearly undertreated with psychotherapy. Possible reasons can be found on patient, therapist and structural level. Many outpatient psychotherapists seem to have reservations about treating patients with schizophrenic disorders. To ensure equal access to care, it is necessary to examine whether this is currently the case and, if so, which barriers are involved.

**Method.** A bavaria-wide quantitative survey of 610 psychotherapists and persons in training was conducted via an online survey. The questionnaire completed by participants included demographics, education, current and former occupational activities, treatment, and willingness to treat patients with schizophrenic disorders, as well as a Stereotype Questionnaire (Angermeyer & Matschinger, 2004). Also inquired were structural, experiential, competency, and personal therapy attitude-related barriers to psychotherapy for this clientele.

**Results.** The results show that willingness to treat patients with schizophrenic disorders was significantly reduced by negative personal therapy-related attitudes of the therapists as well as low levels of experience and competence. Structural barriers were rated as severe but did not significantly influence willingness to treat them. Everyday stigmatizing attitudes were low, but significantly reduced treatment readiness. In contrast to depressive disorders, therapists' willingness to treat patients with schizophrenic disorders was found to be significantly lower.

**Implications.** The results emphasize that therapists' training should be adapted to improve their experience, competence, and treatment-related attitudes and thus their willingness to treat patients with schizophrenic disorders. Stigmatizing attitudes and inhibitions in the psychotherapy of this clientele could be prevented by ore disorder-specific training and the possibility to treat this group of patients already during the training. A methodological underestimation of the structural barriers due to the low internal consistency of the questionnaire is possible. Since the structural barriers were attributed a high relevance in the everyday life of the therapists, they should be reduced in order to meet the specific needs of this clientele more easily.

## Abkürzungsverzeichnis

ACT	Acceptance and Commitment Therapy
APA	American Psychiatric Association
<i>B</i>	Beta-Wert
CBTp	Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis
CFT	Compassion Focused Therapy
CI	Konfidenzintervall
<i>d</i>	<i>d</i> -Wert, Effektstärke nach Cohen
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DPvT	Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung
DSM-5	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, Auflage 5
<i>F</i>	F-Wert
<i>f</i> <sup>2</sup>	<i>f</i> <sup>2</sup> -Wert, Effektstärke nach Cohen
FDR	False discovery rate
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Aufl. 10
ICD-11	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Aufl. 11
IPT	Integrierte Psychologische Therapieprogramm
KVB	Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
KVTp	Kognitive Verhaltenstherapie für psychotische Störungen
<i>M</i>	Mittelwert
MKT	Metakognitive Training
<i>N</i>	Anzahl (Gesamtmenge)
<i>n</i>	Anzahl (Teilmenge)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
<i>p</i>	Signifikanzniveau
*	signifikant mit $p < .05$
**	signifikant mit $p < .01$
***	signifikant mit $p < .001$
PTK	Kammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
<i>r</i>	Pearsons-Korrelationskoeffizient
<i>R</i> <sup>2</sup>	Bestimmtheitsmaß
<i>SD</i>	Standardabweichung
SKT	Soziales Kompetenztraining
<i>t</i>	<i>t</i> -Wert
VIF	Varianzinflationsfaktor
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)
<i>z</i>	<i>z</i> -Wert
β (Beta)	Standardisierter Beta-Wert
ρ (Rho)	Spearman-Korrelationskoeffizient

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1</b> Standardisierte Residuen der Behandlungsbereitschaft.....	55
<b>Abbildung 2</b> Wahrscheinlichkeiten des standardisierten Residuums der Behandlungsbereitschaft .....	56
<b>Abbildung 3</b> Residuen und geschätzten Werte der Behandlungsbereitschaft .....	57
<b>Abbildung 4</b> Boxplot der stigmatisierenden alltäglichen Einstellungen .....	59
<b>Abbildung 5</b> Standardisierte Residuen der Behandlungsbereitschaft.....	60
<b>Abbildung 6</b> Wahrscheinlichkeiten des standardisierten Residuums der Behandlungsbereitschaft .....	60
<b>Abbildung 7</b> Standardisierte Residuen nach Logarithmustransformation.....	61
<b>Abbildung 8</b> Wahrscheinlichkeiten des Standardisierten Residuums nach Logarithmustransformation.....	61
<b>Abbildung 9</b> Residuen und geschätzte Werte der Behandlungsbereitschaft .....	62
<b>Abbildung 10</b> Bereitschaft, Menschen mit depressiven Störungen zu behandeln.....	64
<b>Abbildung 11</b> Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln .....	64
<b>Abbildung 12</b> Behandlungsbereitschaft bei depressiven und schizophrenen Störungen .....	65
<b>Abbildung 13</b> Alter der Studienteilnehmenden .....	68
<b>Abbildung 14</b> Jahre des Ausbildungsabschlusses.....	69
<b>Abbildung 15</b> Jahre des Ausbildungsbeginns.....	70
<b>Abbildung 16</b> Richtlinienverfahren der Teilnehmenden .....	71
<b>Abbildung 17</b> Einrichtungen der Haupttätigkeit.....	72
<b>Abbildung 18</b> Praktische Erfahrung in der Psychiatrie während der Ausbildung .....	72
<b>Abbildung 19</b> Praktische Erfahrung in der Psychiatrie während der Tätigkeit .....	73
<b>Abbildung 20</b> Behandlungserfahrung bei schizophrenen Störungen während der Ausbildung.....	74
<b>Abbildung 21</b> Behandlungserfahrung bei schizophrenen Störungen während der Tätigkeit .....	75
<b>Abbildung 22</b> Fortbildungen zu schizophrenen Störungen während der Ausbildung.....	76
<b>Abbildung 23</b> Fortbildungen zu schizophrenen Störungen während der Tätigkeit.....	76
<b>Abbildung 24</b> Anteil der Teilnehmenden, die sich auf Störungsbilder spezialisierten .....	77
<b>Abbildung 25</b> Anteil der Teilnehmenden, die Störungsbilder ausschließen .....	78
<b>Abbildung 26</b> Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln .....	80
<b>Abbildung 27</b> Bereitschaft, Menschen mit depressiven Störungen zu behandeln.....	80
<b>Abbildung 28</b> Psychotherapeutische Behandlungskompetenz für schizophrene Störungen .....	81
<b>Abbildung 29</b> Behandlungsangebot für Menschen mit schizophrenen Störungen.....	82
<b>Abbildung 30</b> Anzahl der behandelten Patient*innen mit schizophrenen Störungen .....	82
<b>Abbildung 31</b> Einschätzung der Indikation von Psychotherapie bei schizophrenen Störungen .....	83
<b>Abbildung 32</b> Therapieangebot für Menschen mit schizophrenen Störungen in Ausbildungsambulanzen.....	84
<b>Abbildung 33</b> Therapiebezogene Einstellungen gegenüber Patient*innen mit schizophrenen Störungen .....	85
<b>Abbildung 34</b> Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren der Psychotherapeut*innen.....	85
<b>Abbildung 35</b> Strukturelle Barrieren .....	87
<b>Abbildung 36</b> Stigmatisierende alltägliche Einstellungen.....	88

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1</b> Verlaufstypen der Schizophrenie .....	17
<b>Tabelle 2</b> Zentrale Diagnosekriterien für Schizophrenie in DSM-5, ICD-10 und ICD-11 .....	18
<b>Tabelle 3</b> Übersicht über die Schizophrenie-Spektrum-Störungen und andere psychotische Störungen .....	20
<b>Tabelle 4</b> Drei Barriere-Arten mit Mittelwerten und Standardabweichungen der jeweiligen Items .....	86
<b>Tabelle 5</b> Items der Stigmatisierenden alltäglichen Einstellungen .....	89
<b>Tabelle 6</b> Multiplen Regressionsanalyse der Prädiktoren für die Behandlungsbereitschaft .....	91
<b>Tabelle 7</b> Einfache Regressionsanalyse des Prädiktors für die Behandlungsbereitschaft .....	92
<b>Tabelle 8</b> Wilcoxon-Test Ränge der Behandlungsbereitschaft bei schizophrenen und depressiven Störungen...	93
<b>Tabelle 9</b> Behandlungsbereitschaft bei depressiven und schizophrenen Störungen .....	93
<b>Tabelle 10</b> T-Tests beider Extrema der Behandlungsbereitschaft bzgl. der persönlichen therapiebezogenen Einstellungen.....	97
<b>Tabelle 11</b> T-Tests beider Extrema der Behandlungsbereitschaft bzgl. Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren und der strukturellen Barrieren .....	98
<b>Tabelle 12</b> Korrelationen der Behandlungsbereitschaft mit praktischen Erfahrungen und Fortbildungen.....	101
<b>Tabelle 13</b> Behandlungsbereitschaft nach verschiedenen Richtlinienverfahren.....	102
<b>Tabelle 14</b> T-Tests zwischen Personen in Ausbildung und abgeschlossenen Therapeut*innen.....	104

## 1 Einführung und theoretischer Hintergrund

Zu Beginn dieser Arbeit soll ein Antwortschreiben auf die Studie anonym zitiert werden, das eine Psychotherapeutin als Reaktion nach Beendigung ihres Fragebogens geschickt hatte. Dies erscheint sinnvoll, weil in diesem Schreiben bereits emotional und rational zusammengefasst ist, wie brisant das Anliegen der Studie von einigen Studienteilnehmenden wahrgenommen wurde.

Sehr geehrte Forschergruppe,  
ich möchte Ihnen gerne in aller Höflichkeit zurückmelden, dass ich mich sehr über Ihre Befragung geärgert habe. Ihre Hypothesen scheinen sehr klar zu werden: Weil ich zu wenig Ahnung, Vorurteile und Ängste gegenüber schizophrenen PatientInnen habe, habe ich eine „subjektive Barriere“, diese zu behandeln.

Ich habe keine subjektive Barriere und durchaus Erfahrung mit solchen PatientInnen. Meiner Meinung nach könnte Ihre Befragung gut dafür instrumentalisiert werden, die bestehenden Kassensitze weiter auf ihr Potential hin auszuquetschen, um ja keine neuen Sitze oder weitere Unterstützungsangebote schaffen zu müssen. Für mich als ambulante Psychotherapeutin scheinen ganz andere Faktoren eine Rolle zu spielen .... *(hier schilderte die Therapeutin ausführlich eine Reihe relevanter struktureller Barrieren in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen)*

Und gerade weil ich schwer psychisch kranke Menschen behandle, weiß ich, dass bei der Kontaktgestaltung mit diesen sehr viel Zeit, Wissen, Erfahrung und Kraft nötig sind. Die Angst ermordet zu werden ist keines meiner Probleme. Und ich erlebe das bei meinen KollegInnen nicht anders.

Mit freundlichen Grüßen

Das Schreiben zeigt eine deutliche Verärgerung der Therapeutin über die scheinbare Unterstellung stigmatisierender Einstellungen und mangelnder Bereitschaft. Es geht außerdem hervor, dass diese Therapeutin durchaus eine große Behandlungsbereitschaft gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen zeigte. Sie würde sich jedoch deutlich mehr

Unterstützung bezüglich der strukturellen Barrieren wünschen, welche ihre Arbeit erheblich erschweren.

Diesen Ärger kann ich aus meiner eigenen Perspektive, als Therapeutin, die gerne und viel mit Menschen mit schizophrenen Störungen arbeitet, durchaus nachvollziehen. Tatsächlich war ein ähnlicher Unmut Anlass, mich mit der Frage zu beschäftigen, warum es Patient\*innen mit schizophrenen Störungen so schwerfällt, einen Psychotherapieplatz zu erhalten. In meiner bisherigen Erfahrung stellen vor allem strukturelle Bedingungen Hindernisse in der zufriedenstellenden Behandlung dieser Klientel dar. Allerdings traf ich auch auf viele Kolleg\*innen, die entweder äußerten noch keine Erfahrung in der Behandlung von schizophrenen Störungen gesammelt zu haben oder unterschiedliche persönliche Überzeugungen angaben, die sie bisher von der Behandlung dieser Klientel bisher abgehalten hätten. Anderen Kolleg\*innen in Ausbildung sei es wiederum von ihren Ausbildungsinstituten nicht genehmigt worden, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln, da diese für die Ausbildung nicht geeignet seien.

Auf die verschiedenen Barrieren in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen sowie auf die Faktoren, die maßgeblich auf die Behandlungsbereitschaft der Therapeut\*innen gegenüber dieser Klientel wirken, soll in der folgenden Arbeit daher ein besonderes Augenmerk gelegt werden. Hierbei sollen entscheidende Einflussfaktoren auf die therapeutische Behandlung und Behandlungsbereitschaft von Menschen mit schizophrenen Störungen erarbeitet werden. Auf Basis dieser neuen Erkenntnisse sollen konkrete Ansatzpunkte entwickelt werden, mithilfe derer die therapeutische Versorgung dieser unterversorgten Klientel verbessert werden kann.

### **1.1 Die Störungsbilder aus dem schizophrenen Formenkreis**

Bei dem heute unter *Schizophrenie* bekannten psychischen Störungsbild handelt es sich laut der 2019 publizierten S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie um ein „charakteristisches psychopathologisches Muster der Störung in Bereichen wie Wahrnehmung, Denken, Ich-Funktionen, Affektivität, Antrieb und Psychomotorik“ (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], 2019, S. 19). Gekennzeichnet ist es durch „zeitlich definierte Verlaufsmerkmale“ sowie einerseits „episodisch auftretende, akute psychotische Zustände (gekennzeichnet durch psychopathologische Befunde wie Wahn, Halluzinationen sowie Denk- und Ich-Störungen)“ und andererseits „Beeinträchtigungen mit individuell und interindividuell im Zeitverlauf

variablen, remittierenden oder langfristig persistierenden, chronischen psychotischen Phänomenen, kognitiven Störungen oder Störungen von Antrieb, Affektivität und Psychomotorik.“ (DGPPN, 2019, S. 19).

Die charakteristischen Merkmale der Schizophrenie sind kulturgeschichtlich lange bekannt. Erste publizierte wissenschaftliche Untersuchungen gehen auf Emil Kraepelin, Eugen Bleuler und Kurt Schneider zum Ende des 19. bis Mitte des 20. Jahrhunderts zurück (Häfner, 2017; DGPPN, 2019). Der Psychiater Eugen Bleuler prägte den Begriff *Schizophrenie im Jahr* 1911, welcher sich aus dem Griechischen *schizein* und *phren*, zu Deutsch *abspalten* und *Zwerchfell, Seele* setzt. Damit löste Bleuler den zuvor geläufigen Begriff *Dementia praecox*, zu Deutsch *vorzeitige Demenz* ab, welchen Emil Kraepelin bereits im Jahre 1898 einführte (DGPPN, 2019; Schneider & Weber-Papen, 2010, S. 104). Bleuler erachtete Schizophrenie als Terminus passender, da Betroffene an einer „Zersplitterung und Aufspaltung des Denkens, Fühlens und Wollens und des subjektiven Gefühls der Persönlichkeit“ gelitten hätten (Bleuler, 1983, p. 407). Schneider, der 1938 die Symptomatik nach ihrer Relevanz in Symptome ersten und zweiten Rangs einteilte, bildete damit schon damals die Grundlage für die heutigen Diagnosekriterien der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10; Massuda, 2020; Berger & Angenendt, 2009, p. 412). Während in der Literatur häufig von *der Schizophrenie* gesprochen wird, hat Bleuler bereits 1911 nicht von *einer* homogenen Erkrankung, sondern von der *Gruppe der Schizophrenien* gesprochen (Rey, 2011, S. 799; DGPPN, 2019). Tatsächlich wird auch aktuell das Krankheitskonzept Schizophrenie als nosologische Entität in der Wissenschaftsgemeinde kontrovers diskutiert (Keshavan, Nasrallah & Tandon, 2011).

Im folgenden Abschnitt soll ein Überblick über die heterogenen Erscheinungsbilder der *Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis* gegeben werden. Im Rahmen dieser Arbeit wird von diesen synonym als *schizophrene Störungen* gesprochen, welche nicht nur die Diagnose Schizophrenie umfassen, sondern alle Schizophrenie-Spektrum-Störungen, die noch ausführlich dargestellt werden (vgl. Kapitel 1.1.3).

In diesem Kontext werden wichtige Aspekte des aktuellen Forschungswissens zu schizophrenen Störungen unter Berücksichtigung empirischer Studien hervorgehoben. Hierbei werden verschiedene Erscheinungsformen, kennzeichnende Symptome und die diagnostische Klassifikation durch gängige Diagnostikmanuale besprochen. Darüber hinaus werden Differenzialdiagnostik, Epidemiologie, typische Verlaufsformen und Prognosen,

Risikofaktoren sowie die häufigsten ätiologischen Entstehungsmodelle von Psychosen im schizophrenen Formenkreis dargestellt.

### ***1.1.1 Symptomatik der schizophrenen Störungen***

Trotz gemeinsamer Kernmerkmale lässt sich kein allgemeingültiges Erscheinungsbild von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis beschreiben. Zudem können sich die Ausprägung und die charakteristischen Symptome je nach Störungsphase sehr unterschiedlich darstellen. In der Prodromalphase, die Zeit vor der akuten Psychose, zeigen sich typischerweise Leistungseinbußen sowie sozialer Rückzug und Konzentrations- und Schlafstörungen. Für die Akutphase der Psychose sind Symptome wie Wahn, Halluzinationen, desorganisiertes Verhalten und formale Denkstörungen charakteristisch. In der Phase nach der akuten Psychose stehen häufig Affektverflachung, Antriebslosigkeit und sozial zurückgezogenes Verhalten im Vordergrund (Häfner 2017; Lincoln, Pedersen, Hahlweg & Frantz, 2019). Die Hauptsymptome werden in der Regel drei Symptomkategorien zugeordnet. Die der Positiv- und der Negativsymptome und die formalen Denkstörungen.

**Positivsymptomatik.** Die Positiv- oder auch Plusssymptome zeichnen sich dadurch aus, dass in der Regel zur üblichen Wahrnehmung etwas hinzukommt, was früher bei den Betroffenen oder im Umfeld der Person nicht wahrgenommen wurde (Bäumel, 2008). Dazu gehören beispielsweise Erregung und Anspannung, Wahnerlebnisse, Wahnstimmung, Halluzination, Ich-Störung und Fremdbeeinflussungserlebnisse sowie Verhaltensauffälligkeiten (Bäumel, 2008; Lincoln et al., 2019). Auf die einzelnen Symptome der Positivsymptomatik soll im Folgenden eingegangen werden.

**Wahnsymptomatik.** Die Wahnsymptomatik kann sehr unterschiedliche Inhalte sowie Ausprägungen beinhalten. Das aktuelle Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-5) beschreibt sie als „feste Überzeugung, die trotz gegenteiliger Evidenz nicht verändert werden kann“ (American Psychiatric Association [APA], 2015, S.216). Außerdem wird ein Wahn dort als bizarr beschrieben, wenn er „völlig unmöglich, vor dem kulturellen Hintergrund unverständlich und nicht aus den üblichen Lebenserfahrungen ableitbar ist“ (APA, 2015, S.117). Bei einigen Betroffenen tritt meist zu Beginn eine sogenannte Wahnstimmung auf: eine plötzliche Überzeugung, es „sei etwas Unheimliches im Gange“ (Bäumel, 2008, S. 14). Häufig handelt es sich bei wahnhaften Symptomen zu Beginn lediglich um überwertige Ideen oder dysfunktionale Fehltritte über Zusammenhänge in der

Umwelt. Diese können sich im Verlauf jedoch zu einem rational durchkonstruierten Wahngebäude mit hoher Dynamik, auch systematisierter Wahn genannt, entwickeln (Häfner, 2017; Lincoln et al., 2019). Ein Großteil der Betroffenen leidet an paranoidem Verfolgungswahn mit der Überzeugung von anderen Personen oder Organisationen beobachtet, verfolgt, schlecht gemacht, geschädigt oder bedroht zu werden (Häfner, 2017). Hier spielt das Beziehungserleben meist eine große Rolle, bei welchem die Person Zufälle und unabhängige Ereignisse fälschlicherweise auf sich bezieht und diesen eine übermäßige Bedeutung zuschreibt. Weitere Wahninhalte sind beispielsweise religiöser Wahn, Liebeswahn, Größenwahn, Eifersuchtswahn, körperbezogener Wahn sowie die Überzeugung, Kontakt zu Außerirdischen aufnehmen zu können (Lincoln et al., 2019; Dilling & Freyberger, 2019). Charakteristisch für das Wahnerleben, sowie für einige andere Symptome der schizophrenen Störungen ist ein mangelndes Bewusstsein dafür, dass es sich bei den Symptomen um ein behandlungswürdiges Störungsbild handelt, was speziell in akut psychotischen Phasen häufig zu einer fehlenden Behandlungsbereitschaft führen kann (Häfner, 2017).

**Halluzination.** Bei einer Halluzination handelt es sich um eine Sinneswahrnehmung ohne einen entsprechenden äußeren oder somatischen Reiz (Arciniegas, 2015). Dabei kann jeder Sinnesbereich betroffen sein, am häufigsten kommt es jedoch zu akustischen Halluzinationen mit Stimmenhören. Hierbei nehmen die Betroffenen häufig eine oder mehrere Stimmen wahr, die (häufig abwertend) kommentieren, im Dialog sind oder Handlungsanweisungen geben (Bäumel, 2008). Nicht selten entwickeln die Betroffenen eine konkretere Vorstellung über die Identität der Stimmen (Lincoln et al., 2019). Außerdem können akustische Halluzinationen in Form von Geräuschen, Musik, einfachen Tönen oder unklaren menschlichen Äußerungen auftreten (Häfner, 2017). Zusätzlich treten häufig noch Geruchs-, Geschmacks- und Körperhalluzinationen auf, bei denen Betroffene unangenehme Gerüche oder Geschmäcke wahrnehmen oder es sich für die Betroffenen so anfühlt, als wäre ihr Körper verändert. Dabei kann es sich beispielsweise um Wahrnehmungen handeln, dass der Kopf der Betroffenen aufgeklappt, oder ihnen ein Chip eingesetzt worden sei (Bäumel, 2008). Alle Halluzinationen können mit oder ohne Einsicht in ihren halluzinatorischen Charakter auftreten (Arciniegas, 2015). Optische Halluzinationen treten nur selten auf und gelten als eher nicht charakteristisch für schizophrene Störungen (Lincoln, 2019).

**Ich-Störungen und Fremdbeeinflussung.** Ich-Störungen bezeichnen eine Gruppe an Symptomen, bei denen die Betroffenen „die Unantastbarkeit der eigenen Person, des eigenen Ichs gefährdet“ sehen (Bäumel, 2008, S. 15). Damit ist die Überzeugung gemeint, von außen

beeinflusst oder fremdgesteuert zu werden. Dabei können die Betroffenen sich wie eine Marionette, ein Roboter oder unter Hypnose wähnen und meinen damit, einem fremden Willen unterlegen zu sein. Damit verbunden scheint häufig die Überzeugung, dass Gedanken entzogen und von außen gelesen werden könnten. Gleichzeitig kann die Überzeugung bestehen, selbst die Gedanken anderer lesen zu können (Bäumel, 2008).

**Verhaltensauffälligkeiten.** Mit Verhaltensauffälligkeiten ist eine Vielzahl nach außen bizarr oder desorganisiert wirkender Verhaltensweisen gemeint, welche manche der Betroffenen meist im Rahmen ihres Wahnerlebens zeigen. Hierzu gehören beispielsweise Handlungen die Außenstehende nicht nachvollziehen können, wie das Durcheinanderstellen von Möbeln, ziellos Verteilen von Gegenständen, Tragen von unpassend warmer Kleidung bei hohen Außentemperaturen oder plötzlichem Aufschreien oder Fortlaufen (Lincoln, 2014; Lincoln et al., 2019). Außerdem sollten hier noch eher seltene katatonie Symptome, wie Stupor, Handlungsstereotypen oder wächserner Biegsamkeit aufgezählt werden. Häufiger sind sichtbare Unruhe, ständiges Auf- und Abgehen, gesteigerter oder verringerter Antrieb sowie sozialer Rückzug, welche von Außenstehenden als auffällig wahrgenommen werden (Lincoln, 2014).

**Negativsymptomatik.** Bei der Negativ- oder auch Minussymptomatik scheint im Vergleich zur Positivsymptomatik ein gewisser Teil der üblichen Wahrnehmung und des Verhaltens auszubleiben. Dies kann sich beispielsweise in Verarmung des Gefühlslebens oder in einem flacheren Gefühlsausdruck gegenüber anderen äußern. Auf Außenstehende kann die sichtbar eingeschränkte emotionale Reaktivität gleichgültig-lethargisch wirken, auch wenn die Betroffenen selbst durchaus in der Lage sind, Gefühle wahrzunehmen (Lincoln et al., 2019). Tatsächlich eingeschränkt scheint jedoch die Antizipation positiver Gefühle wie beispielsweise Freude bei geplanten positiven Aktivitäten (Lincoln, 2014). Gemeinsam mit weiteren Negativsymptomen, wie Antriebs- und Energielosigkeit, reduzierter Willenskraft (Avolition), Rückzugsverhalten, Kontaktverarmung sowie fehlender Spontaneität kann dies vor allem bei den Angehörigen der Betroffenen auf Unverständnis treffen und Konflikte induzieren (Bäumel, 2008; Lincoln et al., 2019). Außerdem gehören zu den Negativsymptomen depressive Verstimmungen mit Niedergeschlagenheit, Mut- und Hoffnungslosigkeit, innere Leere, Grübeln, empfundene Wertlosigkeit und Selbstunsicherheit (Bäumel, 2008).

**Formale Denkstörungen.** Bei formalen Denkstörungen handelt es sich um eine Störung der Denkprozesse der Betroffenen. Diese können sich durch subjektiv berichtete Konzentrationsstörungen (Bäumel, 2008) sowie durch die bemerkbare Beeinträchtigung adäquater Kommunikation zeigen (Lincoln et al., 2019). Dabei kann beispielsweise die Sprechgeschwindigkeit beschleunigt oder verlangsamt sein. Es kann aber auch zu nicht nachvollziehbaren *Gedankensprüngen* oder zum *Gedankenabreißen*, also einem abrupten Abbrechen des Gesprochenen kommen. Außerdem kann sich *Denkzerfahrenheit* bei Betroffenen dadurch äußern, dass Begriffe die Bedeutung verlieren, Begriffe mit anderen umschrieben werden, Wortneuschöpfungen erzeugt oder unterschiedliche Sachverhalte verschmolzen werden (Lincoln, 2014). Bei dem sogenannten *Danebenreden* geben Betroffene häufig unpassende Antworten auf Fragen.

### ***1.1.2 Krankheitsverlaufsformen und Prognose***

Der Verlauf von schizophrenen Störungen lässt sich zum einen durch unregelmäßig auftretende psychotische Episoden, zum anderen durch unterschiedlich lange Intervalle beschreiben (Häfner, 2017). Wenngleich sich der Verlauf bei jeder betroffenen Person sehr individuell entwickelt, werden die Verläufe in der Literatur häufig in vier unterschiedliche Formen bzw. Typen untergliedert. Ziel ist es hierbei, trotz des komplexen Störungsbildes, ungefähre Schätzungen über die Prognose abgeben zu können (Häfner, 2017). Jedoch kommen Studien hier zu unterschiedlichen Prozentsätzen, was unterstreicht, wie schwierig es ist, den Verlauf anhand von wenigen Typen zu systematisieren.

Wie in Tabelle 1 dargestellt, erleben laut Shepherd und Kolleg\*innen (1989) 22% und laut Bäumel (2008) 10 bis 20% der Erkrankten eine einzige psychotische Episode ohne darauffolgende Symptomatik. Mehrere Rückfälle, also wiederholte Episoden erleben 35% (Shepherd et al., 1989) bzw. 40 bis 60% (Bäumel, 2008), bei denen sich Frequenz und Dauer unterscheiden. Jedoch verlaufen diese meist ohne Residual- also verbleibender Symptomatik zwischen den akuten Phasen. Bei einem weiteren Anteil von 8% (Shepherd et al., 1989) bzw. 20 bis 30% (Bäumel, 2008) erleben die Betroffenen wiederkehrende Episoden, mit stetig zurückbleibendem Residuum, bei dem sich zwischen den Episoden die Symptomatik, hierbei vor allem die Negativsymptomatik nicht zurückbildet.

**Tabelle 1**  
*Verlaufstypen der Schizophrenie*

Lt. Shepert (1998)	Lt. Bäuml (2008)	Verlaufstypen	
22%	10-20%	Nur eine Episode, keine Residuen	
35%	40 - 60%	Mehrere Episoden, keine Residuen	
8%	20 - 30%	Mehrere Episode, gleichbleibende Residuen	
38%	5-10 %	Mehrere Episoden, zunehmende Residuen und Einschränkungen	

Den ungünstigsten Verlauf haben 38% (Shepherd et al., 1989) bzw. 5-10% (Bäuml, 2008), bei denen sich die Residuen zwischen den wiederkehrenden Episoden mit jeder Episode verstärken und diese häufig in eine stark funktionelle Beeinträchtigung und soziale Behinderung münden. Es konnte allerdings gezeigt werden, dass es multiple Faktoren gibt, die mit einem positiven Verlauf assoziiert sind (Falkai, Schennach, Lincoln, Schaub & Hasan, 2017). Hierbei spielen beispielsweise ein rascher Störungsbeginn, ein früher Behandlungsbeginn und ein schnelles Einsetzen der Wirkung antipsychotischer Medikation eine große Rolle. Neben weiteren Faktoren scheinen auch ein primär positiv-symptomatischer Verlauf sowie ein hohes prämorbidem Funktionsniveau den positiven Krankheitsverlauf zu begünstigen (Falkai et al., 2017).

### 1.1.3 Diagnosestellung und Klassifikation

Im Folgenden sollen die diagnostischen Kriterien für *Schizophrenie* in den gängigen Diagnosemanualen erläutert werden. Darauf folgt die Klassifizierung weiterer Schizophrenie-Spektrum-Störungen bzw. die relevante Differenzialdiagnostik. Abschließend werden häufige psychische und somatische Komorbiditäten aufgeführt.

**Diagnostische Kriterien in DSM-5, ICD-10 und ICD-11.** Wie bereits im Kapitel zur Symptomatik der schizophrenen Störungen beschrieben, kann das Störungsbild der Schizophrenie unterschiedliche Symptome wie Halluzination, Wahn, formale Denkstörungen sowie motivationale Beeinträchtigung umfassen. In Tabelle 2 sind die zentralen diagnostischen

Kriterien der DSM-5 (APA, 2015), die des ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2019) sowie die des ICD-11 (Flau, 2021) für Schizophrenie dargestellt.

**Tabelle 2**

*Zentrale Diagnosekriterien für Schizophrenie in DSM-5, ICD-10 und ICD-11*

<b>ICD-10</b>	<b>ICD-11</b>	<b>DSM-5</b>
(Dilling & Freyberger, 2019 S. 93-96)	(Flau, 2021)	(APA, 2015, S.133-135)
Entweder mind. eines der Symptome, Anzeichen und Syndrome aufgelistet unter (1) oder mind. zwei unter (2) sollten für <u>mind. einen Monat</u> bestehen	Vorliegen von mind. zwei der folgenden Symptome, davon ein Symptom aus a-d, während einer Episode von <u>mind. einem Monat</u>	Mind. zwei der folgenden Symptome, <u>für mind. einen Monat</u> , wobei mind. eines dieser Symptome (1), (2) oder (3) sein muss.  Zeichen des Störungsbildes müssen durchgehend für <u>mind. 6 Monate</u> anhalten.
<b>(1)</b>		
<b>a)</b> Gedankenlautwerden, -eingung, -entzug oder -ausbreitung	<b>a)</b> persistierender Wahn	
<b>b)</b> Kontroll-, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten, Empfindungen, Wahrnehmungen	<b>b)</b> persistierende Halluzinationen	<b>(1)</b> Wahn
<b>c)</b> Kommentierende oder dialogische Stimmen, über das Verhalten der Patient*innen redend, oder Stimmen, aus bestimmten Körperteilen kommend	<b>c)</b> formale Denkstörungen	<b>(2)</b> Halluzination
<b>d)</b> Anhaltender kulturell unangemessener, bizarrer und völlig unrealistischer Wahn (z.B. mit Außerirdischen in Verbindung zu stehen)	<b>d)</b> Erlebnisse der Beeinflussung, Passivität oder Fremdkontrolle	<b>(3)</b> Desorganisierte Sprechweise (z.B.: häufiges Entgleisen oder Zerfahrenheit)
<b>(2)</b>	<b>e)</b> Negativsymptom e	<b>(4)</b> Grob desorganisiertes oder katatonisches Verhalten
<b>a)</b> Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, mit flüchtigen, undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutlichen affektiven Inhalt oder überwertigen Ideen	<b>f)</b> grob desorganisiertes Verhalten	<b>(5)</b> Negativsymptome
<b>b)</b> Neologismen, Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, mit Zerfahrenheit oder Danebenreden	<b>g)</b> psychomotorische Störungen, wie katatone Unruhe, Agitation,	Seit dem Beginn der Störung sind für einen erheblichen Zeitraum eine oder mehrere zentrale Funktionsbereiche (z.B. Arbeit, zwischenmenschliche Beziehungen, Selbstfürsorge, ...) deutlich unter dem prämorbidem Niveau
<b>c)</b> Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien, wächserne Biegsamkeit, Negativismus, Mutismus und Stupor	Haltungsstereotypien, wächserne Flexibilität, Negativismus, Mutismus oder Stupor.	
<b>d)</b> „Negativsymptomatik“ wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte		

Bei grundsätzlicher Überschneidung der DSM-Kriterien mit denen der ICD, unterscheiden sie sich erheblich in Bezug auf die geforderte Störungsdauer. Während in der ICD-10 und ICD-11 eine akute Symptomatik nur für mindestens einen Monat vorliegen muss, sind im DSM-5 Störungsmerkmale für mindestens sechs Monate notwendig.

Eine akute Symptomatik mit Wahn oder Halluzinationen müssen dabei jedoch auch nur einen Monat bestehen (APA, 2015; Dilling & Freyberger, 2019; Flau, 2021). Im DSM-5 kann der Verlauf kodiert werden. Hierbei ist relevant, ob die vorliegende Episode akut, teilremittiert oder vollremittiert ist und ob sie einzeln auftritt oder multiple Episoden vorliegen. Auch das Bestehen einer Katatonie kann kodiert werden.

Der Schweregrad der Primärsymptomatik (von 0 bis 4) wird im DSM-5 in Bezug auf die schwerste Symptomausprägung der letzten sieben Tage kodiert. Während die ICD-10 die bisherigen klinischen Subtypen der Schizophrenie *paranoid*, *hebephren*, *kataton* und *simplex* klassifiziert, wurde diese Unterteilung im ICD-11 nicht beibehalten (Lau, 2021). Vielmehr werden die bisherigen Subtypen durch neue Symptomindikatoren mit genauere Abstufung unterschiedlicher Schweregrade, mit den Merkmalen der Positivsymptome, Negativsymptome, Depression, Manie, Psychomotorik und Kognition abgebildet. Die Verlaufscharakteristika schizophrener Psychosen (*erste Episode*, *multiple Episoden* und *kontinuierlich*) werden mit dem primären Kode verschlüsselt.

**Klassifizierung der Schizophrenie-Spektrum-Störungen.** Ähnlich wie bei dem Störungsbild der Schizophrenie gibt es einige Überschneidungen innerhalb der drei angeführten Klassifikationsmanuale bezüglich der Schizophrenie-Spektrum-Störungen und anderer psychotischer Störungen. Diese Schnittmenge sowie die Unterschiede in der Einteilung sowie der Kodierung sind in der Tabelle 3 aufgeführt.

**Differenzialdiagnostik.** Wichtig in der Differenzialdiagnostik ist der Ausschluss von Psychosen anderer Ursachen. So sind substanzinduzierte, sekundäre sowie somatisch induzierte Psychosen auszuschließen. Diese können u.a. durch Epilepsie oder Tumore (Lincoln et al. 2019) sowie durch Schädel-Hirn-Trauma verursacht werden (Bray et al., 2021).

Wichtig ist auch die Abgrenzung der Schizophrenie zu anderen nicht-organischen psychotischen Störungen, wie der schizoaffektiven Störung, kurzer psychotischer Störungen oder affektiver Störungen mit psychotischen Symptomen (DGPPN, 2019; Lincoln et al., 2019). Im Folgenden sollen ausgewählte psychotische Störungen differenzialdiagnostisch von Schizophrenie abgegrenzt werden:



Die *Schizotype Störung* (ICD-10: F21) hat mit der *Schizophrenie* (ICD-10: F20) die Verzerrung des Denkens und der Wahrnehmung sowie die Eigentümlichkeit des Verhaltens gemein. Es handelt sich jedoch nicht um eine akut floride, sondern um eine unterschwellige Symptomatik im Rahmen einer überdauernden Persönlichkeitsstruktur (Lincoln et al., 2019). Während die *Schizotype Störung* im ICD-10 dem *F2-Spektrum der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* zugeordnet ist, wird sie im DSM-5 unter dem *Spektrum der Persönlichkeitsstörungen* aufgeführt. Laut der DGPPN (2019) gibt es keine klare Abgrenzung zu den schizoiden oder paranoiden Persönlichkeitsstörungen.

Die *Anhaltende wahnhafte Störung* (ICD-10: F22) zeichnet sich hauptsächlich durch einen chronischen Verlauf aus. Hierbei bleiben vor allem Halluzinationen, Ich-Störungen und weitere Symptome weitestgehend aus. Somit werden die ICD-10-Kriterien der Schizophrenie nicht erfüllt (DGPPN, 2019; Lincoln et al., 2019).

Für die Diagnose der *Akuten und vorübergehenden psychotischen Störung* (ICD-10: F23.0, F23.3) ist die kurze Zeitspanne relevant, in der psychotische Symptome auftreten. Die psychotischen Symptome treten dabei typischerweise polymorph, also verschiedengestaltig auf (DGPPN, 2019).

Bei der *Schizoaffectiven Störung* (ICD-10: F25) kommt es laut der ICD-10 prinzipiell gleichzeitig zu affektiven und psychotischen Symptomen, wobei weder die Kriterien für das Vorliegen einer Schizophrenie noch die einer affektiven Störung (Depression oder Manie) erfüllt sind. Symptome beider Störungen müssen für eine Diagnose der schizoaffectiven Störung mindestens 14 Tage bestehen. In der ICD-11 wird betont, dass schizoaffectiv Psychosen enger mit den schizophrenen Psychosen assoziiert sind als, wie bisher dargestellt, mit den affektiven Erkrankungen (Lau, 2021). Während im DSM-5 für die schizoaffectiven Störung eine auf die Lebensspanne bezogene Diagnostik berücksichtigt wird, werden in der ICD-11 nur mehr Querschnittsbeurteilungen herangezogen. Eine schizoaffectiv Störung wird dann vergeben, wenn Schizophrenie-Symptome gleichzeitig mit mittelschweren oder schweren affektiven Symptomen für mindestens vier Wochen auftreten (Lau, 2021; DGPPN, 2019).

Auch bei *Affektiven Störungen* (ICD-10: F33), vor allem im Rahmen schwerer *Depressionen* oder *Bipolarer Störungen*, können psychotische Symptome auftreten. Hier steht jedoch die affektive Symptomatik im Mittelpunkt und die psychotische Symptomatik setzt nur während der affektiven Episoden ein (Lincoln et al., 2019).

Auch bei *Zwangsstörungen, Körperdismorphen Störungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen* oder *Autismus-Spektrum-Störungen* können psychotische Symptome

auftreten, weshalb diese bei der Differenzialdiagnostik berücksichtigt werden sollten (Lincoln et al., 2019 angelehnt an First, 2017).

***Psychische und somatische Komorbiditäten.*** Psychiatrische Komorbiditäten, also weitere Erkrankungen, die zu der Grunderkrankung hinzukommen, sind bei Betroffenen mit psychotischen Störungen häufig. Diese können den Verlauf der Störung und dessen Behandlungsprognose verschlechtern (DGPPN, 2019). Der Großteil der aktuellen Forschung bezieht sich diesbezüglich auf die Diagnose Schizophrenie, bei der die Komorbiditäten mit Depression und Drogenmissbrauch überwiegen (Buckley, Miller, Lehrer & Castle, 2009). Demnach leiden circa 80% der Betroffenen im Langzeitverlauf zumindest zeitweise an klinisch bedeutsamen komorbiden depressiven Symptomen, was mit einem langfristig schlechteren Verlauf der Schizophrenie und einem höheren Suizidrisiko assoziiert ist (Dutta, Murray, Allardyce, Jones & Boydell, 2011). Die hohe Rate der Suizidversuche von 20 bis 40% sowie Suizidrate von 5 bis 10% bei Betroffenen mit Schizophrenie stehen häufig mit komorbiden depressiven Symptomen in der Residualphase im Zusammenhang (Lincoln et al., 2019; Popovic et al., 2014).

Unterschiedliche Studien deuten bei Menschen mit schizophrenen Störungen auf eine hohe Komorbidität mit Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit hin. Hier variieren die Raten von circa 15 bis zu mehr als 80%, je nach untersuchten Substanzen und untersuchter Klientel (DGPPN, 2019). So besteht beispielsweise bei bis zu 80% Patient\*innen mit Schizophrenie eine Nikotinabhängigkeit (Rüther et al., 2014). Nach Alkohol wird von den Betroffenen Cannabis am häufigsten konsumiert (Hartz et al., 2014), wobei auch der Konsum multipler Substanzen häufig der Fall ist (Drake & Mueser, 2000).

Bei circa 30% der Betroffenen liegt im Laufe ihres Lebens eine komorbide posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) vor. Die Rate für Zwangsstörungen liegt bei etwa 23% (Buckley, 2009). Laut einer Meta-Studie treten bei 14.9% komorbide soziale Phobien, bei 10.9% generalisierte Angststörungen und bei 9.8% Panikstörungen auf (Achim, Maziade, Raymond, Olivier Mérette & Roy, 2011). Neben Unruhe und Erregungszuständen scheinen auch Schlafstörungen eine häufige komorbide Symptomatik zu sein (DGPPN, 2019). So kommt es je nach aktueller Krankheitsphase bei 80% der Menschen mit Schizophrenie zu Schlafstörungen (Soehner, Kaplan & Harvey, 2013). Aufgrund der negativen Konsequenzen der komorbiden psychischen Störungen, welche gemeinsam mit psychotischen Störungen auftreten, sollten diese sowohl in die Diagnostik als auch in die Behandlungsplanung einbezogen werden (Lincoln et al., 2019).

Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung treten auch somatische Erkrankungen unter Menschen mit psychotischen Störungen häufiger auf. Ein erhöhtes Suizidrisiko und sozioökonomische Aspekte wie beispielweise Armut, soziale Isolation und Obdachlosigkeit sind verantwortlich dafür, dass Betroffene mit schizophrenen Störungen eine geringere Lebenserwartung um 10 bis 25 Jahre aufweisen (Lincoln et al., 2019; McGrath, Saha, Welham, El Saadi, MacCauley & Chant, 2004; Olfson, Gerhard, Huang, Crystal & Stroup, 2015). Vor allem metabolische, kardiovaskuläre Erkrankungen, Krebs, Infektionen, sexuelle Dysfunktionen sowie Lungenerkrankungen scheinen hierfür verantwortlich zu sein (Hasan & Wobrock, 2016). Problematisch ist, neben der erhöhten Prävalenz komorbider somatischer Erkrankungen, dass diese bei den Betroffenen mit schizophrenen Störungen deutlich unter- oder zu spät diagnostiziert werden (Crump, Winkleby, Sundquist & Sundquist, 2013).

#### ***1.1.4 Epidemiologie und Risikofaktoren***

Im Folgenden Kapitel wird auf die Lebenszeitprävalenzen der schizophrenen Störungen sowie auf deren Altersverteilung und geschlechtsspezifische Aspekte eingegangen werden. Darauf folgt die Darstellung bisher bekannter Risikofaktoren und der gängigen ätiologischen Modelle.

**Lebenszeitprävalenzen.** Die Lebenszeitprävalenz, also die Häufigkeit der Personen, die einmal in ihrem Leben an Schizophrenie erkranken, liegt circa bei 0.3 bis 0.7% der Bevölkerung (APA, 2015). Schließt man dabei die Diagnosen der schizoaffektiven und wahnhaften Störungen mit ein, sind es 0.9 bis 1.2% (Lincoln et al., 2019). Die Lebenszeitprävalenz der wahnhaften Störung liegt bei ca. 0.2%, die für schizoaffektive Störungen bei circa 0.3% (APA, 2015). Anzumerken ist, dass auch gesunde Individuen aus der Allgemeinbevölkerung über vorübergehende oder anhaltende halluzinatorische oder wahnhaft-anmutende Symptome mit unterschiedlicher Ausprägung berichten. Da diese nicht immer notwendigerweise mit einer Beeinträchtigung der Personen verbunden sein müssen, ist es hilfreicher, von einem Kontinuum zwischen üblichen und psychotischen Erfahrungen in der Bevölkerung, als von einem kategorialen Ansatz von psychotisch und nicht-psychotisch auszugehen (Lincoln et al., 2019).

**Altersverteilung und geschlechtsspezifische Aspekte.** Bezüglich der Altersverteilung beginnt die Erkrankung bei einem Großteil zwischen dem 15. und dem 35. Lebensjahr. Circa

65% der Personen mit Schizophrenie sind bereits vor ihrem 30. Lebensjahr erkrankt. Selten tritt die Erkrankung vor dem 13. oder nach dem 40. Lebensjahr auf, wobei fast 30% aller Schizophrenien sich erst spät manifestieren (DGPPN, 2019). Umwelteinflüsse, wie Stress oder Drogenkonsum stehen mit einem früheren Erkrankungsalter im Zusammenhang (DGPPN, 2019).

Bezüglich des Erkrankungsalters scheint es geschlechtsbezogene Differenzen zu geben. So wird Schizophrenie bei Männern etwa drei bis vier Jahre früher als bei Frauen diagnostiziert (Hafner, Maurer & an der Heiden, 2013). Bei Männern liegt das Ersterkrankungsalter bei 20 bis 24 Jahren und bei Frauen in der Regel erst bei 25 bis 29 Jahren. Allerdings scheint es bei Frauen nach der Menopause nochmals einen erneuten Erkrankungsgipfel zu geben (Angermeyer & Kühnz, 1988; Häfner, 2000; Lindamer, Lohr, Harris McAdams & Jeste, 1999).

Die Geschlechterverteilung der Lebenszeitprävalenz von Schizophrenie scheint nahezu gleich, allerdings gibt es dazu kontroverse Studienergebnisse (McGrath et al, 2004). Während wenige Studien eine etwas höhere Inzidenz für Männer beschreiben (McGrath et al, 2004; Abel, Drake & Goldstein, 2010), geht der Großteil aktueller Studien von einem vergleichbaren Lebenszeitrisko aller Geschlechter aus (McGrath et al, 2004; Saha, Chant, Welham & McGrath, 2005). Frauen scheinen allerdings einen günstigeren Erkrankungsverlauf zu durchlaufen (Seeman, 2012). Dies kann durch die Betonung der Negativsymptomatik (Apathie, sozialer Rückzug, etc.) und durch eine längere Störungsdauer bei Männern erklärt werden. Beides scheint mit einem schlechteren Outcome assoziiert zu sein (Häfner, 2000; Seeman, 2012). Allerdings ist die Inzidenz der schizoaffektiven Störung wiederum bei Frauen höher als bei Männern, was vor allem auf das häufigere Auftreten des depressiven Typs bei Frauen zurückzuführen ist (APA, 2015).

**Risikofaktoren.** Bei der Frage nach der Ursache für Schizophrenie ist sich die aktuelle Literatur bezüglich eines Aspekts einig: Gründe für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Schizophrenie sind multiple Faktoren (Lincoln et al., 2019). Grob lassen sich diese in genetische und in umweltbedingte Risikofaktoren einteilen. Es lässt sich bis jetzt weder klar nachweisen, wie hoch der jeweilige Beitrag ist, noch, ob die beiden Faktoren additiv oder interagierend zusammenwirken (Hoefgen, Rietschel, Ackenheil & Maier, 2004).

Populationsgenetische Studien an Familien, Zwillingspaaren und Adoptivpersonen liefern wichtige Hinweise auf einen erheblichen genetischen Anteil an der Entstehung der Erkrankung im Zusammenhang mit erblichen Risikofaktoren. Hier zeigt sich, dass der

Schweregrad der Erkrankung bei einem erkrankten Familienmitglied und der Verwandtschaftsgrad hoch mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko korreliert sind (Hoefgen, 2004). Gottesmann (1991), der die Ergebnisse vieler früher Zwillingsuntersuchungen zusammenfasste, zeigte, dass ein Zwilling, dessen eineiiger Zwilling an einer Schizophrenie erkrankt, mit 50-prozentiger Wahrscheinlichkeit diese auch entwickelt. Auch Personen, deren Eltern beide an Schizophrenie erkrankt sind, haben ein Lebenszeitrisiko von 46%. Darüber hinaus wurden auf molekulargenetischer Ebene inzwischen mehrere Regionen auf dem menschlichen Genom identifiziert, in denen Dispositionsgene für die Erkrankung liegen. Jedoch konnte bei schizophrenen Erkrankungen weder die monogene, dominante Vererbung wie bei Chorea Huntington, noch die rezessive Vererbung wie bei der zystischen Fibrose nachgewiesen werden (Hoefgen, 2004). Deshalb wird bei schizophrenen Erkrankungen von einer komplexen multifaktoriellen genetischen Erkrankung mit oligo- bzw. polygener Vererbung ausgegangen, bei der auch Umwelteinflüsse eine große Rolle spielen (Hoefgen, 2004).

Zu den umweltbedingten Risikofaktoren zählen neben psychosozialen Faktoren auch Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen (Häfner, 2017; Lincoln et al., 2019). Speziell pränatale Komplikationen sind mit einem bis zu zweifach erhöhten Schizophrenierisiko verbunden. Hierbei stellen beispielsweise Diabetes (Cannon, Jones & Murray, 2002), aber auch Unterernährung der Mutter während der Schwangerschaft, eine vorzeitige Plazentalösung sowie eine prä- oder perinatale mangelnde Versorgung des Kindes mit Sauerstoff ein hohes Risiko dar (Clarke, Harley & Canon, 2006).

Neben den bisher genannten Faktoren gibt es mannigfaltige Studien zur Beteiligung psychosozialer Risikofaktoren an einer Erkrankung (Lincoln, 2017). Hierbei scheinen belastende Kindheitserfahrungen wie Traumata (Varese et al, 2012) aber auch chronische soziale Stressoren, wie Migration, Migrationshintergrund sowie das Wohnen in städtischen Ballungsgebieten (Van Os, Kenis & Rutten, 2010) das Risiko, an einer Schizophrenie zu erkranken, zu erhöhen. Auch ein geringerer sozioökonomischer Status so wie ein niedriger Bildungsabschluss scheint mit der Schizophrenie assoziiert zu sein, wobei noch unklar ist, ob diese Faktoren als mitverantwortlich für die Erkrankung gelten oder ob sie eine Folge des sozialen Abstiegs der an Schizophrenie Erkrankten darstellen (DGPPN, 2019).

Als weitere Risikofaktoren, die mit chronischem Stress assoziiert sind, werden in der sogenannten *Expressed-Emotions*-Forschung bestimmte Erziehungsstile und deren Bedeutung für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Schizophrenie untersucht (Lincoln, 2017).

Hierbei scheinen bei Betroffenen aus sogenannten *High Expressed Emotions Familien* ein höheres Risiko für die Erkrankung, aber auch eine höhere Rückfallquoten aufzuweisen (Butzlaff & Hooley, 1998). Als Familien mit *High Expressed Emotions* gelten Familien, in denen die Kommunikation einen hohen Anteil von übermäßiger Kritik, Feindseligkeit aber auch emotionalem Überengagements aufweist.

**Ätiologische Modelle.** Die reine Bestimmung möglicher Risikofaktoren reicht allerdings noch nicht für eine Erklärung aus, ob und wann die psychotische Symptomatik tatsächlich auftritt. Um dies zu erklären, können verschiedene ätiologische Modelle aus unterschiedlichen theoretischen Hintergründen herangezogen werden, wie die Vulnerabilitäts-Stress-Modelle, neurobiologische bzw. neurochemische Modelle sowie integrative Modelle, wie das *Sociodevelopmental Cognitive Modell* (Lincoln et al., 2019).

Neurochemische Modelle, wie die Dopamin-Hypothese, legen das Augenmerk besonders auf den Einfluss dysregulierter Neurotransmitterprozesse, vor allem im dopaminergen System. Sie stützen sich dabei auf das Ansprechen der psychotischen Symptomatik auf Antipsychotika mit dopamin-antagonistischer Wirkweise (Lincoln et al., 2019). Im Folgenden soll vor allem auf die Modelle eingegangen werden, welche die Grundlage für die psychotherapeutische Behandlung bilden.

Bei dem *Vulnerabilitäts-Stress-Modell* der Schizophrenie wird von einer Interaktion zwischen der prämorbidem Vulnerabilität einer Person und Umweltstressoren als Erklärung für die Entstehung der Symptomatik ausgegangen (Lincoln et al., 2019). Die zuvor genannten Risikofaktoren wie die Genetik, prä- und perinatale Komplikationen, aber auch negative Kindheitserfahrungen tragen zu einer erhöhten Vulnerabilität bei (Zubin & Spring, 1977). Diese wiederum lässt Betroffene sensibler auf Stressfaktoren, wie beispielsweise beruflichen Stress, Jobverlust, soziale Probleme, Drogenkonsum, Konflikte, körperliche Erkrankung oder einschneidende Lebensereignisse, wie Todesfälle reagieren (Bäumel, 2008). Diese Interaktion der Vulnerabilitätsfaktoren mit den Stressfaktoren führt bei Überschreitung einer kritischen individuellen Belastungsgrenze zu einer Entgleisung des Gehirnstoffwechsels. Dieser führt zum Auftreten der psychotischen Symptomatik.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell erlebte einige Erweiterungen und Anpassungen von unterschiedlichen Autor\*innen. Garety, Kuipers, Fowler, Freeman & Bebbington (2001) erweiterten es um kognitive Faktoren und gingen davon aus, dass Vulnerabilität als kognitive Prädisposition wirkt, die die Person ein negatives Schema zu sich selbst und auf andere

Personen entwickeln lässt. So ist eine psychotische Symptomatik das Ergebnis, wenn Stressfaktoren die Bewältigungsmöglichkeiten der vulnerablen Person überschreiten. Somit werden kognitive Störungen der Wahrnehmung und des Gedächtnisses hervorgerufen und zu einer desorganisierten oder mehrdeutigen Wahrnehmung von Sinneseindrücken und emotionaler Übererregung überführt (Lincoln et al., 2019). Hierbei tragen auch externale Attribution und die kognitiven Bewertungsprozesse der ungewöhnlichen Wahrnehmung als bedrohlich zum Entwicklungsverlauf bei (Gratey et al., 2001).

Zum Schluss soll noch auf das integrative *Sociodevelopmental-cognitive Modell* von Howes und Murray (2014) eingegangen werden, welches versucht, bisherige Erklärungsansätze zu vereinen. Die Autoren postulieren, dass entwicklungsbedingte Veränderungen das Dopamin-System sensibilisieren und zu einer übermäßigen präsynaptischen Dopamin-Synthese und -freisetzung führen. Entwicklungsbedingte Veränderungen können hierbei zum Beispiel deviante Gene, eine frühe Schädigung des Gehirns oder ungünstige Umstände in der Kindheit sein. Laut dem Model, verzerren erlebte soziale Widrigkeiten die kognitiven Schemata der Betroffenen hin zu einer paranoiden Interpretation. Der dadurch induzierte Stress begünstigt wiederum die verstärkte dysregulierte Dopaminfreisetzung. Diese hat wiederum zur Folge, dass die betroffenen Individuen beliebigen Reizen eine falsche Bedeutung beimessen und diese dann aufgrund ihrer verzerrten kognitiven Prozesse fehlinterpretieren. Diese Abwärtsspirale resultiert in paranoiden Überzeugungen und Halluzinationen. Diese wiederum verursachen weiteren Stress und verfestigen über wiederholte Dopamin-Dysregulierung die psychotischen Überzeugungen (Howes & Murray, 2014).

Um die beschriebenen Interaktionen und Teufelskreise zu unterbrechen, gibt es neben medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten verschiedene Ansatzpunkte für psychotherapeutische Interventionen, die auf die vorgestellten Ätiologie-Modelle abgestimmt sind. Im weiteren Verlauf sollen die unterschiedlichen psychotherapeutischen und psychosozialen Ansätze zur Behandlung von schizophrenen Störungen vorgestellt werden.

## **1.2 Psychotherapeutische Behandlungsansätze bei schizophrenen Störungen**

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN, 2019) sowie das britische National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014) empfehlen bei Schizophrenie-Spektrum-Störungen neben der obligatorischen

Psychopharmakotherapie auch psychotherapeutische Interventionen. Vor allem die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) erhält dabei den höchsten Empfehlungsgrad A (DGPPN, 2019).

Auf Basis dieser Empfehlungen forcierten zunehmend mehr nationale und internationale Richtlinien, die Psychotherapie als eine relevante Behandlungssäule gemeinsam mit psychosozialen Therapien und der medikamentösen Therapie in die Behandlung von Menschen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis zu integrieren. So postulierte beispielsweise der Gemeinsame Bundesausschuss für Psychotherapie im Oktober 2014 einen Beschluss, dass Psychotherapie nicht mehr nur bei Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik, sondern auch zur Behandlung der Kern- bzw. Akutsymptomatik bei schizophrenen Störungen inklusive der schizotypen und wahnhaften Störungen indiziert und damit bewilligungsfähig ist. Im Folgenden Abschnitt sollen kurz die unterschiedlichen psychotherapeutischen Interventionsformen der kognitiven Verhaltenstherapie, der Psychodynamischen Therapieansätze, der Psychoedukation, der unterschiedlichen Fertigkeitstrainings, der Familieninterventionen sowie der Systemischen Psychotherapie vorgestellt werden.

### ***1.2.1 Kognitive Verhaltenstherapie***

Wie bereits genannt, wird die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) inzwischen von der neuen S3-Leitlinie für die Behandlung von Schizophrenie seit dem Jahre 2019 klar empfohlen (Empfehlungsgrad A; DGPPN, 2019). Laut NICE (National Collaborating Centre for Mental Health, NCCMH, 2009) zielt die KVT darauf ab, den Leidensdruck der Betroffenen zu verringern, die Entwicklung von Bewältigungsstrategien zu erleichtern und die Lebensqualität zu verbessern. Das primäre Ziel der Psychotherapie sei die *Recovery*, die neben der Reduktion der belastenden Symptomatik darin besteht, die soziale Reintegration der Betroffenen zu unterstützen. In den letzten Jahren entwickelte sich die spezielle Cognitive Behavioural Therapy for psychosis (CBTp), zu deutsch die Kognitive Verhaltenstherapie für psychotische Störungen (KVTp), welche sich aus der kognitiven Therapie nach Aaron Beck für affektive Störungen weiterentwickelte (Lincoln et al., 2019). Diese hat sich als wirksame Behandlung erwiesen, um Psychoseerfahrungen zu verringern und die Funktionsfähigkeit und Stimmung zu verbessern (Wykes, Steel, Everitt und Tarrrier, 2008). Zentral bei den Interventionen der KVTp ist die Ergründung und Modifikation von psychologischen Faktoren und Mechanismen, welche Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung der psychotischen Störung haben (Pillny & Lincoln, 2019). Neu erlernte Bewältigungsstrategien unterstützen die Reduktion der Symptomatik sowie die damit verbundenen Belastungen und Beeinträchtigungen.

Eine zentrale therapeutische Komponente der KVTp stellt den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung dar. Hier scheinen neben den allgemein anerkannten Wirkfaktoren der Kognitiven Verhaltenstherapie wie Wertschätzung, Authentizität, Interesse und Empathie die non-konfrontative, entpathologiesierende, offene therapeutische Grundhaltung eine große Rolle zu spielen. Ebenso ist das Bemühen um ein Verständnis der Symptomatik sowie die Perspektivenübernahme von Bedeutung (Lincoln et al., 2019). Die KVTp baut außerdem auf einer umfassenden Diagnostik und detaillierten funktionellen Situations- und Verhaltensanalyse auf (Pillny & Lincoln, 2019), um auslösende und aufrechterhaltende Faktoren identifizieren und therapeutisch adressieren zu können. Weiter fokussiert sich die KVTp auf das gemeinsame Erarbeiten individualisierter Erklärungsmodelle zum Beispiel mittels der Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modelle. Auch die Arbeit mit belastenden und persistierenden Symptomen (z.B. Stimmenhören, Negativ-Symptomatik) sollten in der Therapie adressiert werden (Klingberg, Wittorf, Sickinger & Jakobi, 2009). Hierzu werden unter anderem Kognitive Umstrukturierung von Wahninhalten, wie *reality checks* und kognitive Interventionen für dysfunktionale Annahmen eingesetzt. Neben positiver Veränderung negativer Selbstkonzepte und Selbstwertarbeit (Pillny & Lincoln, 2019) stellen auch Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe, wie beispielsweise die Erkennung von Frühwarnzeichen und der Entwicklung eines Notfallplans, wichtige Therapieinhalte dar (Klingberg, Wittorf, Sickinger & Jakobi, 2009).

In der kognitiven Verhaltenstherapie von Menschen mit psychotischen Störungen finden darüber hinaus neuere Ansätze der sogenannten *Dritten Welle der KVT* Anwendung, welche speziell an die Behandlung von Psychosen angepasst wurden. Dabei fokussieren sie vor allem auf die Entwicklung eines funktionalen Umgangs mit den Belastungen, die durch die psychotische Symptomatik ausgelöst werden (Pillny & Lincoln, 2020). So ist beispielsweise das Ziel der achtsamkeitsbasierten Ansätze, sich von negativen Emotionen und Gedanken distanzieren zu lernen, sowie eine höhere Selbstakzeptanz durch diverse mediationsbasierte Achtsamkeitsübungen zu entwickeln (Chadwick, 2014). Dabei werden zwei wesentliche Grundprinzipien der Achtsamkeits- und Meditationspraxis angewendet. Zum einen die Fähigkeit, aus dem eigenen unmittelbaren Erleben herauszutreten, zum anderen die Akzeptanz des gegenwärtigen Erlebens im *Hier und Jetzt* (Boege, Catena & Hahn, 2022). Beides kann im Rahmen der Behandlung von psychotischer Symptomatik zu einer Reduktion von Stresserleben und zu einer höheren Lebensqualität führen. Auch die Fähigkeit der Metakognition während und nach den Sitzungen kann Patient\*innen erleichtern, Gedanken als

*Ereignisse im Kopf* und nicht als äußerer Realität oder des Selbst wahrzunehmen und einzuordnen (Boege et al., 2022). Dabei werden psychologische Flexibilität und eine offene Haltung gegenüber allen inneren Erfahrungen und werteentsprechende Verhaltensweisen der Patient\*innen mit Psychosen ermöglicht (Boege et al., 2022). Die Anpassung der Akzeptanz-Commitment-Therapie (ACT) nach Johns und Kolleg\*innen (2016) für psychotische Störungen erweitert den Achtsamkeitsansatz noch durch gezielte Verhaltensexperimente (Pillny & Lincoln, 2020). Dies zielt zum einen darauf ab, Vermeidungsverhalten durch Akzeptanz der aktuellen Situation zu reduzieren. Zum anderen kann es das Handeln durch Engagement, orientiert an den Werten der Patient\*innen, fördern (Boege et al., 2022). Ein weiterer Ansatz, die psychosespezifische Adaption der Compassion Focused Therapy (CFT) nach Brähler, Harper und Gilbert (2013) zielt darauf ab, das Mitgefühl der Patient\*innen mit sich selbst unter den belastenden Umständen zu fördern und durch Akzeptanz und Offenheit deren Leidensdruck zu verringern (Boege et al., 2022).

### ***1.2.2 Psychodynamische Therapieansätze***

Die psychoanalytische Behandlung von psychotischen Störungen basiert auf der Entwicklung der psychoanalytischen Ich-Psychologie und dem assoziierten Konzept der Spaltung. Freud postulierte den Konflikt zwischen dem Ich und der Außenwelt bzw. der äußeren Realität, wobei die innere psychische Realität über die äußere Welt dominiert und die Psychose als Versuch gesehen werden könne, die verleugnete Realität zu ersetzen. So komme es bei der Psychose, laut Freud, zu einer Ich-Spaltung in den Wunsch- und den Realitäts-Zustand (Freud, 1940 zitiert nach Schwarz, 2000). Spätere Psychoanalytiker\*innen wie Frieda Fromm-Reichmann (1948) bedienten sich zwar Freuds Theorien und führten vielfältige Psychotherapien bei Personen mit psychotischen Störungen durch. Sie nahmen jedoch eine Fähigkeit zur Übertragung durch die Patient\*innen an. Die in England entwickelten Objektbeziehungstheorien brachten den Beziehungsaspekt in den Fokus weiterer psychodynamischer Theorien. Hierbei bekam das Konzept des *Containments* von unaushaltbaren Affekten (Bion, 1962) bei Betroffenen mit Psychosen Aufschwung, bei dem Bion die Vorstellung einführte, dass die Mutter als Container für die Projektionen des Kindes fungiert und ihm bei der emotionalen Regulation unterstützt, indem sie diese Projektionen aufnimmt, verarbeitet und wiederum an den Säugling zurückgibt, was ihm hilft, sich geborgen zu fühlen. Dieses Konzept des Containens in der frühesten Beziehung zwischen Mutter und Baby lässt sich laut Bion auch auf die Dyade zwischen Therapeut\*in und Patient\*in übertragen.

In dieser dienen die Therapeut\*innen als Container für die projizierten Ängste, Befürchtungen und destruktiven Hassgefühle der psychotischen Patient\*innen. Dabei können Therapeut\*innen diese Projektionen empfangen und auf empathische Weise darauf reagieren, sodass sich die Patient\*innen verstanden fühlen (Bion, 1962). Ein ähnliches, aber theoretisch unterschiedliches Konzept des *Holdings* stellte Winnicott vor (1991), bei dem vor allem die frühen Beziehungserfahrungen durch die primäre mütterliche Zuwendung dem Säugling helfen, ausreichend Ich-Stützung zu erhalten. Winnicott beschreibt die  *Holding-Umgebung* als ein Entwicklungsstadium, in dem der Säugling und seine Mutter eine Einheit sind, welche der Säugling noch nicht differenzieren könne. In dieser Phase seien Einfühlungsvermögen, Vorstellungskraft und Liebe zwischen Bezugsperson und Säugling zentral. Winnicott stellte fest, dass Holding-Defizite in der frühen Kindheit den Zusammenhalt und die Einheit des Selbst der zukünftigen psychotischen Patient\*innen beeinträchtigen (Winnicott, 1965), was zu einer zukünftigen Anfälligkeit gegenüber späteren Belastungen führt.

Die aktuellere modifizierte psychodynamische Psychotherapie basiert auf den Hypothesen von Mentzos (2009), welche die Funktion von Psychosen hervorhebt und sie als Lösungsversuch betrachtet, um das existenziell bedrohliche Dilemma zwischen den selbst- und objektgerichteten Tendenzen aufzuheben. In der Therapie können Therapeut\*innen ihren Patient\*innen mit ihrer Haltung, die aus einer Balance von intensivem Einfühlen und respektvoller Distanz bestehen müsse, eine neue unbedrohliche Beziehungserfahrung ermöglichen. Dieses *schizophrene Dilemma* könne in der therapeutischen Beziehung abgemildert werden und die Patient\*innen in ihrer Fähigkeit zum Mentalisieren und zur Emotionsverarbeitung unterstützt werden (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2004). Anders als in der ursprünglichen Psychoanalyse sitzen Psychotherapeut\*innen und Klient\*innen sich gegenüber und halten eine bedarfsangepasste Sitzungsfrequenz ein. Der Fokus liegt vermehrt auf aktuellen interpersonellen Erfahrungen als auf Deutungen (Lempa, Montag & von Haerberl, 2013).

### **1.2.3 Psychoedukation**

Unter *Psychoedukation* kann eine störungsspezifische Anwendung didaktisch-psychotherapeutischer Grundprinzipien verstanden werden, welche Patient\*innen und deren Angehörigen Verständnis durch Informationen zur Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten vermitteln kann. Darüber hinaus zielt Psychoedukation auch darauf ab, den Betroffenen einen eigenverantwortlichen Umgang und die Anwendung

konkreter Bewältigungsstrategien zu ermöglichen (Bäuml & Pitschel-Walz, 2018). Psychoedukation, welche meist anhand von strukturierten Behandlungsmanualen in Einzel- oder Gruppensetting, mit oder ohne Angehörige durchgeführt wird, umfasst dabei meist die Vermittlung und gemeinsame Erarbeitung eines funktionalen, nicht-pathologisierenden Störungskonzepts (Lincoln et al. 2019). Dabei bildet die Vermittlung des bio-psycho-sozial orientierten Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modells eine Grundlage, um eigene Frühwarnzeichen und entsprechende Gegenmaßnahmen zur Krisenbewältigung zu entwickeln. Dazu gehört auch das Wissen über Diagnose, Verlauf, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten (Lincoln et al, 2019). Mit dem damit erlangten Verständnis für die Erkrankung kann eine deutlich höhere Akzeptanz und damit auch Compliance gegenüber dem empfohlenen multimodalen Behandlungsansatz erreicht werden, welcher in der Regel Medikation, Psychotherapie, psychosoziale Maßnahmen, Selbsthilfemaspekte und den starken Einbezug der Angehörigen umfasst (Bäuml & Pitschel-Walz, 2020). Da vor allem bei Ersterkrankten die neuen Informationen belastend empfunden werden können, sollte die Psychoedukation von psychotherapeutischen Interventionen zur situationsadäquaten emotionalen Entlastung begleitet werden (Bäuml & Pitschel-Walz, 2020). Dafür kann die Psychoedukation unter anderem auch Raum für den Austausch persönlicher Erfahrungen eröffnen, welche das Gefühl der Solidarität und dem, *nicht allein mit der Symptomatik zu sein*, vermittelt (Bäuml & Pitschel-Walz, 2020). Zusammenfassend können psychoedukative Ansätze mit Wissensvermittlung zur Erkrankung und deren Behandlungsoptionen in Kombination mit hilfreichen Bewältigungsstrategien und entlastendem Austausch Ängste reduzieren, Selbstwirksamkeitserleben und die Compliance fördern. Gleichzeitig können Selbststigmatisierung, Depression und Suizidalität verringert werden (Bäuml & Pitschel-Walz, 2020).

#### **1.2.4 Fertigkeitstrainings**

Im Rahmen der Psychotherapie von schizophrenen Störungen gibt es noch einige weitere Therapieansätze. Diese setzen gezielt bei dem (Wieder-)Aufbau unterschiedlicher Fertigkeiten an, welche bei Betroffenen mit schizophrenen Störungen unterdurchschnittlich ausgeprägt oder im Laufe der Erkrankung beeinträchtigt worden sind. Im Folgenden soll hier kurz auf das *Soziale Kompetenztraining*, auf die *Kognitive Remediation*, auf das *Integrierte Psychologische Therapieprogramm* sowie auf das *Metakognitive Training* eingegangen werden.

Bei dem *Sozialen Kompetenztraining* (SKT) wird davon ausgegangen, dass Patient\*innen mit einer chronisch verlaufenden Störung Defizite in der sozialen Interaktionsfähigkeit aufweisen. Entweder bereits vor dem Störungsbeginn bestehende, oder durch den Verlauf der Erkrankung entwickelte soziale Kompetenzdefizite, sollen trainiert und ausgeglichen werden, um dadurch Stressoren, die die Störung aufrechterhalten können, zu minimieren (Lincoln et al., 2019). Hierfür gibt es unterschiedlichste Manuale, deren Fokusse auf diversen Bereichen von sozialen Interaktionen liegen, und deren Techniken meist Rollenspiele mit Feedbackrunden, aber auch das Demonstrieren und Einüben bestimmter Verhaltensweisen umfassen. Die Patient\*innen können dadurch trainieren, ihre Gefühle und Bedürfnisse adäquat zu äußern und Wünsche bzw. sich selbst durchzusetzen, interpersonelle Probleme zu lösen, verbale und nonverbale Kommunikationsweisen sozial angebracht und flexibel anzuwenden (Lincoln et al., 2019).

Der Begriff *Kognitive Remediation* umfasst diverse verhaltensbezogene Interventionen und Trainings, welche darauf abzielen, Defizite in den basalen neurokognitiven Funktionen von Patient\*innen wieder aufzubauen und damit deren psychosoziales Funktionsniveau zu stärken (Lincoln et al., 2019). Dabei umfasst die kognitive Remediation Trainings der Aufmerksamkeit, Verarbeitungsgeschwindigkeit, des Arbeitsgedächtnisses, des Lernens und des Kurzzeitgedächtnisses. Auch das Schlussfolgern und Problemlösen sowie die sozialen Kognitionen werden geübt (Lincoln et al., 2019). Auch hier können die Trainings im Einzel- und im Gruppensetting und, entweder im Papier-und-Stift-Format oder computergestützt, durchgeführt werden (Wykes & van der Gaag, 2001).

Auch das *Integrierte Psychologische Therapieprogramm* (IPT), ein von Roder, Brenner und Kienzle (2008) manualisiertes verhaltenstherapeutisches Gruppentraining, ist vor allem an Betroffene mit Schizophrenie, die primär in neurokognitiven sowie sozialen Bereichen beeinträchtigt sind, gerichtet (Lincoln et al., 2019). Ziel ist auch hier eine Verbesserung der kognitiven und sozialen Fertigkeiten, und es kann sowohl im stationären als auch im ambulanten Rehabilitationssetting erfolgen. Hierbei werden in fünf Modulen die kognitive Differenzierung, die soziale Wahrnehmung, die verbale Kommunikation, die sozialen Fertigkeiten sowie interpersonales Problemlösen trainiert (Roder et al., 2008).

Das *Metakognitive Training* (MKT) ist ein weiteres manualisiertes Gruppentraining für Patient\*innen mit Schizophrenie, das von Moritz und Woodward (2017) entwickelt wurde. Es basiert auf der Annahme, dass Wahnvorstellungen aus kognitiven Verzerrungen bei der Erfassung, Bewertung und Verarbeitung von Informationen entstehen (z.B. bei voreiliger

Schlussfolgerungen oder externalisierter Attribuierung). Dabei kombiniert das Programm Elemente der Psychoedukation, der kognitiven Remediation und der kognitiven Verhaltenstherapie und kann somit auch im Einzelsetting angewendet werden (Eichner & Berna, 2016). Bei dem vorliegenden Verfahren liegt der Fokus zunächst auf der kognitiven Verzerrung, bevor Kernsymptome der Schizophrenie behandelt werden (Eichner & Berna 2016). Ebenso zeigt sich eine positive Auswirkung auf Wahn- und Positivsymptomatik (Lincoln et al, 2019). Das MKT umfasst dabei Interventionen zu den Themen Attributionsstile, voreiliges Schlussfolgern, Defizite in der Perspektivübernahme sowie geringes Selbstwertgefühl. Aber auch konkrete Übungen zur Verbesserung des Gedächtnisses und zur Förderung der Korrektur von Überzeugungen werden angewandt (Eichner & Berna, 2016).

### ***1.2.5 Familieninterventionen***

Der Sammelbegriff der Familieninterventionen beschreibt eine Vielzahl heterogener Ansätze und Interventionsstrategien, welche unterschiedlich definiert werden. Trotz vorliegender Gemeinsamkeiten wurde bisher kein Konsens über definitorische Abgrenzungen gefunden (DGPPN, 2019). Das National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014) definiert Familieninterventionen als eigenständige psychotherapeutische Interventionen, bei der Familiensitzungen eine explizit unterstützende, psychoedukative und/oder therapeutische Funktion zukommt. Dabei sollen die Interventionen, wenn möglich, die Person mit Psychose oder Schizophrenie einbeziehen und je nach Präferenz der gesamten Familie, entweder im Einzelfamilien- oder Gruppensetting mit mehreren Familien durchgeführt werden. Außerdem soll die Intervention die Beziehung zwischen der Hauptpflegeperson und der erkrankten Person berücksichtigen, eine spezifische Unterstützungs-, Erziehungs- oder Behandlungsfunktion haben und Problemlösungs- oder Krisenmanagementarbeit inkludieren.

Ein weiterer Ansatz der Familienintervention ist die Verhaltensorientierte Familientherapie nach Falloon. Sie legt den Fokus auf Problemlösungs- und Kommunikationstrainings. Die Intervention wird im häuslichen Setting der einzelnen Familien durchgeführt. Hierbei werden die Stärken und Bedürfnisse der einzelnen Familienmitglieder aber auch der gesamten Familie analysiert und mit einem ein psychoedukativen Vorgehen ergänzt. Ziel ist es, der Familie durch Vermittlung von Strategien eine verbesserte Kommunikation und einen funktionaleren hilfreichen Umgang mit Problemen zu ermöglichen (Falloon, Held, Coverdale, Roncone & Laidlaw, 1999).

Dem bereits vorgestellten Ansatz der Psychoedukation kommt auch im Rahmen von Familieninterventionen eine große Rolle zu. So wird beispielsweise die Psychoedukative Familienintervention in einem Mehrfamiliensetting durchgeführt, bei dem einige Patient\*innen und ihre Angehörigen zusammenarbeiten (Berger, Friedrich & Gunia, 2004). Das nicht hierarchisch aufgebaute Programm umfasst ein flexibles Modulsystem aus den vier Bausteinen Informationsvermittlung, Kommunikationstraining, soziales Kompetenztraining und Problemlösetraining. Hierbei kommt neben der Informationsvermittlung auch der Vernetzung der teilnehmenden Familien untereinander eine große Bedeutung zu, welche auf ein längeres zeitliches Bestehen von sozialen Kontakten und gegenseitiger Unterstützung zielt (Berger et al., 2004).

### ***1.2.6 Systemische Psychotherapie***

Zuletzt sollte im Rahmen der Familieninterventionen auf systemische Psychotherapie eingegangen werden. Die systemische Therapie bei Menschen mit schizophrenen Störungen findet ihre Anfänge in der in den 1950er Jahren entwickelten Familientherapie. Zentral ist die Annahme, dass Symptome auf unterschiedlichen Systemebenen (somatisch, kognitiv-emotiv und interaktiv) eingeordnet werden sollten. Sie sind Resultat sozialer Bezüge, werden durch diese unterhalten, und beeinflussen sie gleichzeitig (Zirkularität). Besonders relevant sind die Beziehungsregeln und -muster, welche sich in Interaktionsschleifen wiederholen (Schulte & Rudolf, 2008). Demnach kommt dem sozialen Kontext, in dem eine psychisch kranke Person (Indexpatient\*in) lebt, eine zentrale Rolle zu. Deshalb wird in der systemischen Psychotherapie das soziale System, meist die Familie der Betroffenen, noch mehr als bei anderen psychotherapeutischen Ansätzen, bei der Diagnostik und Behandlung eingebunden. Hierbei werden zum einen wechselseitige Beziehungen zwischen Familienmitgliedern und deren gedankliche, gefühlsmäßige und körperliche Auswirkungen auf die Symptomatik der Indexpatient\*innen betrachtet. Zum anderen wird die Wirkung der Symptomatik der Indexperson auf das Erleben und Verhalten der restlichen Familienmitglieder beleuchtet (Schulte & Rudolf, 2008). Während zu Beginn der Therapie bestehende Konflikte und dysfunktionale Interaktionsmuster identifiziert werden, liegt im Verlauf der Behandlung der Fokus auf der Veränderung dieser. Die Veränderung bisheriger Interaktionsschleifen des sozialen Systems könne so die Symptomatik inklusive der negativen Emotionen, Gedanken und des ungünstigen Verhaltens der Indexpatient\*innen reduzieren (Schulte & Rudolf, 2008). Zu Beginn der Behandlung von Personen mit Psychosen fokussiert sich die systemische

Familientherapie beispielsweise darauf, die bisher von der Kommunikation ausgeschlossene Indexperson wieder in die Familienkommunikation einzubinden. Hierbei kommen unterschiedlichste psychotherapeutische Techniken zum Einsatz, welche meist Problemaktualisierung und Handlungsorientierung beinhalten. Damit sind z.B. Joining, Verändern von Koalitionen, aber auch positives Umdeuten/Reframing von Symptomverhalten gemeint. Aber auch mit Methoden wie dem Genogramm oder zirkuläre Fragen der Familienmitglieder, Entwicklung von Hypothesen oder paradoxe Interventionen werden angewendet (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2008).

Die Beziehungsgestaltung durch die Therapeut\*innen zeichnet sich durch eine respektvolle Haltung gegenüber allen Mitgliedern, bei einer gleichzeitigen *respektlosen* Haltung gegenüber pathogenen Ideen aus und zeigt sich als neutral und allparteilich. Es wird von einer Autonomie der einzelnen Mitglieder sowie einer hohen Selbstverantwortung ausgegangen. Durch Interventionen kann das gesamte System ermutigt werden, eigene Muster in Frage zu stellen und diese funktionaler zu gestalten (Schulte & Rudolf, 2008). Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die Familienmitglieder bereit sind, sich auf diese gemeinschaftliche Arbeit einzulassen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass es eine große Vielfalt an psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit schizophrenen Störungen gibt, die weit über eine rein medikamentöse Behandlung hinausgehen.

### **1.3 Mangelnde Implementierung ambulanter Psychotherapie bei schizophrenen Störungen**

Es wurde bereits herausgearbeitet, dass Verhaltenstherapie bei Personen mit schizophrenen Störungen klar indiziert ist, und aufgezeigt, wie mannigfaltig sich die psychotherapeutischen Ansatzmöglichkeiten gestalten. Nun bleibt die Frage, wie weitverbreitet deren Umsetzung in der Realität ist. Im Folgenden soll auf die bisherigen Erkenntnisse zur unzureichenden Implementierung von ambulanter Psychotherapie bei schizophrenen Störungen eingegangen werden. Im Anschluss daran werden unterschiedliche Ursachen dafür in Betracht gezogen.

#### ***1.3.1 Unterrepräsentation von ambulanter Psychotherapie bei schizophrenen Störungen***

Zwei ältere Versorgungstudien zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen beziehen sich auf die Versorgungssituation im Jahr

2003. Dabei ergab Erstere, dass trotz der hohen Prävalenz Menschen mit schizophrenen Störungen nur 0.6 bis 3.3% aller Patient\*innen in Psychotherapie in Deutschland ausmachten (Zepf et al., 2003). Laut Schlier und Kolleg\*innen (2017) ist dabei nicht einmal festzustellen, wie viele unter diesen 1 bis 3% ambulant behandelte Patient\*innen mit psychotischen Störungen tatsächlich auch eine leitliniengerechte therapeutische Behandlung erhielten. Die zweite Studie, ein Modellprojekt der Techniker Krankenkasse zeigte sogar, dass im Jahr 2003 Menschen mit schizophrenen Störungen nur weniger als 1% der Klientel von niedergelassenen Psychotherapeut\*innen ausmachten (Wittmann et al., 2011). Selbst eine etwas aktuellere Erhebung, des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA, 2016) zeigte im Abschlussbericht für den Gemeinsamen Bundesausschuss, dass im Jahr 2012 nur ca. 5.1% der Patient\*innen mit einer F2-Diagnose (gemäß des ICD-10-GM) eine ambulante Psychotherapie der Psychotherapie-Richtlinie entsprechend erhalten haben. Aktuellere Erhebungen zur psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit schizophrenen Störungsbildern liegen zum jetzigen Zeitpunkt nicht vor.

### ***1.3.2 Mögliche Gründe für die Unterversorgung von Patient\*innen mit schizophrenen Störungen***

Für die Frage, warum Menschen mit schizophrenen Störungen im Vergleich zu anderen Störungsbildern in der ambulanten Psychotherapie bisher deutlich unterversorgt sind, ziehen unterschiedliche Autor\*innen diverse Erklärungsansätze in Betracht. So könnten einige Gründe auf Seiten der Patient\*innen liegen. Görden und Engler (2005) zeigten, dass sich in ihrer Studie nur ein Viertel der Patient\*innen mit Schizophrenie nach einem stationären Aufenthalt nach Psychotherapie erkundigten. Hierbei könnte erhöhtes Misstrauen, sozialer Rückzug oder Antriebsschwierigkeiten Barrieren für die Patient\*innen selbst darstellen. Ebenso sind mögliche negative Erwartungen oder mangelndes Wissen über die Verfügbarkeit oder Wirksamkeit von Psychotherapie Gründe (Schlier & Lincoln, 2016). Zu der Frage, ob Menschen mit Schizophrenie ihre Psychotherapie häufiger abbrechen als Menschen mit anderen Störungsbildern wurden bisher keine Studien durchgeführt.

Des Weiteren sollten Aspekte betrachtet werden, die auf Seiten der Psychotherapeut\*innen liegen. Eine Reihe von Studien ergab, dass ein großer Anteil von ambulant tätigen Therapeut\*innen kategorisch ablehnen, Menschen mit Schizophrenie zu behandeln (Schlier et al., 2017). Görden und Engler (2005) befragten Therapeut\*innen, unter denen 51% angaben, keine Patient\*innen mit psychotischen Störungen zu behandeln, während

eine weitere Umfrage ergab, dass sogar 62% der befragten Psychotherapeut\*innen in fünf verschiedenen Bundesländern angaben, Patient\*innen mit Psychosen kategorisch auszuschließen (Nübling et al., 2014). Vergleichsweise schlossen nur 26% dieser Therapeut\*innen Patient\*innen mit Borderline-Störungen aus (Nübling et al., 2014). Bisherige Erkenntnisse zeigen, dass sich die Therapie von Menschen mit schizophrenen Störungen auf wenige Psychotherapeut\*innen konzentriert, da sich die Behandlungsquote zwischen den Psychotherapeut\*innen enorm unterscheidet (Schlier et al., 2017).

Auch für die hohe Ablehnung von Patient\*innen mit schizophrenen Störungen durch Therapeut\*innen lassen sich unterschiedliche Erklärungen heranziehen: Hierbei werden in unterschiedlichen Studien unzureichende fachliche Kenntnisse sowie fehlende störungsspezifische Weiterbildungs- und Supervisionsangebote als Barrieren genannt (Kernbach, 2020; Schlier et al., 2017). Auch die Unwissenheit über die neuen Behandlungsleitlinien, mangelnde Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen oder eine persönliche Abneigung, Patient\*innen mit psychotischen Störungen zu behandeln, scheinen eine Rolle zu spielen (Bechdorf & Klingberg, 2014; Kernbach, 2020; Schlier & Lincoln, 2016; Schlier et al., 2017). Auf Basis verschiedenster internationaler Studien ist anzunehmen, dass auch Stereotype und stigmatisierende Einstellungen bei Psychotherapeut\*innen, psychologischem und psychiatrischem Personal gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen zu finden sind (Björkman et al., 2008, Kingdon et al., 2004, Servais und Saunders, 2007), welche sich negativ auf die Behandlungsbereitschaft derer auswirken können (Schlier & Lincoln, 2016). Auf die Stigmatisierung der Patient\*innen durch Gesundheitspersonal soll im nächsten Kapitel genauer eingegangen werden.

Entgegen der Feststellung, dass ein Großteil der Therapeut\*innen Menschen mit schizophrenen Störungen von vornherein ablehnt, zeigt das Feldexperiment von Schlier und Kolleg\*innen (2017), dass Patient\*innen mit einer psychotischen Störung heutzutage nicht signifikant seltener eine Zusage zu einem Erstgespräch bei ambulanten Psychotherapeut\*innen erhalten als welche mit einer Depression. Dieses Ergebnis stützt die These eines ungleichen Zugangs dieser Klientel zu ambulanter Psychotherapie nicht. Allerdings betrug im Rahmen dieser Studie die mittlere Wartezeit für Patient\*innen mit Schizophrenie das Doppelte im Vergleich zu den depressiven Patient\*innen, wobei der mittlere bis große Effekt ( $d = 0,728$ ) aufgrund einer zu geringen Fallzahl ( $n = 20$ ) nicht signifikant geworden sein könnte. Schlier und Kolleg\*innen (2017) konnten dennoch einen deutlichen

Unterschied in den Gründen für eine Absage nachweisen, sodass Patient\*innen mit Schizophrenie deutlich häufiger fachlich begründete Absagen, und Patient\*innen mit Depression ausschließlich zeitlich bedingte Absagen erhielten. Dennoch zeigt sich in dieser Stichprobe, dass immerhin 60% der Teilnehmenden den Patient\*innen mit Schizophrenie Erstgespräche zusagten und fast 70% der interviewten Therapeut\*innen die prinzipielle Bereitschaft zur Behandlung von Menschen mit Schizophrenie signalisierten. Daraufhin stellt sich die Frage, ob sich im Vergleich zu früheren Studien, welche zeigten, dass nur eine Minderheit der Therapeut\*innen eine Behandlung für Patient\*innen mit Schizophrenie anbietet (Görgen & Engler, 2005; Nübling et al., 2014), eine Veränderung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Störungen aus dem schizophrene Formenreis ergab. Für diesen möglichen Wandel ziehen die Autor\*innen u.a. die Veränderung der Leitlinien für die Behandlung von Schizophrenie als Ursache in Betracht. Außerdem nennen sie als weitere mögliche Ursache, dass in den letzten Jahren mehr Therapeut\*innen, die nach der Übergangsregelung des Psychotherapeutengesetzes (§12 PsychThG) approbiert wurden, ausgeschieden sind und Therapeut\*innen mit einer Vollzeitausbildung (mit Weiterbildung im Bereich *Psychotische Störungen* und psychiatrischem Praktikum) nachgerückt sind (Schlier et al., 2017). Wichtig ist bei diesem Befund, dass im Rahmen der Studie von Schlier und Kolleg\*innen (2017) ausschließlich die Einstiegshürde des Erstgesprächs untersucht wurde. Somit wurden therapeut\*innenbezogene sowie strukturelle Ursachen, für die Unterrepräsentation von Patient\*innen mit psychotischen Störungen in ambulanter Psychotherapie, welche zeitlich davor oder danach angesiedelt sein könnten, nicht beleuchtet (Schlier et al., 2017).

Dass Ursachen der ambulanten Unterversorgung von Menschen mit Psychose jedoch über den gesamten Therapieverlauf hinweg zu finden sind, zeigt die Studie von Zepf und Kolleg\*innen (2003), die aufdeckte, dass 44% der Patient\*innen mit Psychose nach der Probatorikphase nicht weiterbehandelt wurden. Auf deutlich größere Defizite weisen die Untersuchungen von Görgen und Engler (2005) hin, bei welchen nur 8.7% der Patient\*innen berichtet werden, die lediglich Probatorische Sitzungen erhielten. Hierbei können unter anderem Schwierigkeiten in der Bewilligung von Schizophrenietherapien auf Seiten der Krankenkassen eine Rolle spielen. Schlier und Lincoln (2016) beleuchteten hierzu die Ergebnisse einer unveröffentlichten Studie von Lincoln von 2013, in der in einem Zeitraum von sieben Jahren in der untersuchten Institutsambulanz lediglich 77% aller Psychose-Therapieanträge, jedoch 99% der Anträge für andere Störungen befürwortet worden seien.

Eine weitere Ursache der ambulanten Unterversorgung von Menschen mit Psychose scheint sich zeitlich vor dem Erstgespräch also bereits in der Anbindung zu finden. Für eine mögliche Schnittstellenproblematik spricht laut Schlier und Lincoln (2016), dass eine Überweisung nach stationärer Therapie primär an Psychiater\*innen und deutlich weniger an Psychotherapeut\*innen erfolgt. So wurde 2005 nur 2% der Patient\*innen mit psychotischen Störungen nach einer stationären Behandlung eine ambulante Psychotherapie empfohlen (Janssen et al., 2005). Und selbst von Patient\*innen mit Schizophrenie, die sich mit dem Wunsch nach psychotherapeutischer Behandlung aktiv an ambulante oder komplementäre Einrichtung wandten (z.B. sozialpsychiatrische Dienste, Beratungsstellen oder Krisendienst) wurden nur ein Drittel tatsächlich an Psychotherapeut\*innen weiterverwiesen (Görgen & Engler, 2005). Hier könnte die hohe Verbreitung von nachweislich unvollständigen, rein biologischen Theorien zu Ursachen von Schizophrenie als Erklärung dienen (Lincoln, Arens, Berger & Rief, 2008; Read et al., 2006), weswegen von vielen Zuweisenden Psychotherapie bei schizophrenen Störungen noch immer als nicht indiziert erachtet wird.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Menschen mit schizophrenen Störungen trotz der klaren Evidenz einer starken Wirksamkeit von Psychotherapie über den gesamten Behandlungsverlauf hinweg deutlich unterrepräsentiert und damit unterversorgt sind. Mögliche Erklärungen sind mannigfaltig und zeigen sich seitens Patient\*innen, Therapeut\*innen sowie auf struktureller Ebene. Der Großteil der bisherigen Forschung bezieht sich noch auf die Zeit vor der wegweisenden Änderung der S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN, 2019), der Leitlinie des NICE (2014) sowie der neuen Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen (Lincoln et al., 2019).

#### **1.4 Stigmatisierung von Menschen mit schizophrenen Störungen**

Im Folgenden soll kurz auf die Auswirkungen von Stigmatisierung von Menschen mit schizophrenen Störungen durch die Allgemeinbevölkerung, aber auch durch Behandler\*innen eingegangen werden. Gerade letztere könnte durchaus an der Unterversorgung dieser Klientel in der ambulanten Psychotherapie beteiligt sein und soll im Rahmen dieser Studie untersucht werden.

##### ***1.4.1 Stigmatisierung in der Allgemeinbevölkerung***

An schizophrenen Störungen erkrankte Menschen leiden unter dem der Krankheit anhaftenden stigmatisierenden Einstellungen der Öffentlichkeit und der damit verbundenen

Diskriminierung, welche in den vergangenen Jahren stärker angestiegen sind (Schomerus & Angermeyer, 2017) Diese Diskriminierung zeigt sich häufig auf individueller Ebene. So haben die Betroffenen z.B. Probleme bei der Suche einer Arbeitsstelle, einer Wohnung oder dabei, eine Beziehung einzugehen (Link & Phelan, 2006). Aber auch auf struktureller Ebene werden Personen mit schizophrenen Störungen durch beispielsweise Versicherungen oder Gesetzgebungen diskriminiert (Angermeyer & Matschinger, 2004). Dies zeigt sich z.B. in unterschiedlicher Zuweisung finanzieller Ressourcen - beispielsweise geringere Ausgaben für medizinische Versorgung und Forschungsgelder für schwere psychiatrische Erkrankungen. Es konnte gezeigt werden, dass Menschen mit Schizophrenie die Diskriminierung und negative Einstellung nicht nur seitens der Öffentlichkeit sondern seitens der eigenen Familienmitglieder erfahren (Thornicroft, Rose, Kassam, & Sartorius, 2007).

Darüber hinaus haben Studien gezeigt, dass die Selbststigmatisierung, d. h. die Verinnerlichung stigmatisierender Einstellungen, ein erhebliches Problem für Menschen mit Schizophrenie darstellt (Sarraf, Lepage & Sauvé, 2022). Die Selbststigmatisierung scheint einen schlechteren Krankheitsverlauf zu begünstigen, Rezidive wahrscheinlicher zumachen und eine erfolgreiche Rehabilitation der Patient\*innen zu erschweren (R sch, Berger, Finzen, & Angermeyer, 2004; Schmidt, 2010). Zudem reduziert sie den Selbstwert, die Selbstwirksamkeit sowie die Lebensqualität der Betroffenen und erschwert das Verfolgen individueller Lebensziele (Corrigan, Larson & R sch, 2009). Darüber hinaus sind Betroffene mit stark ausgeprägter Selbststigmatisierung weniger motiviert, professionelle Hilfe und Therapieempfehlungen in Anspruch zu nehmen (Corrigan et al., 2009).

Auch in den Medien werden Menschen mit schizophrenen Störungen häufig in negativer und stereotyper Weise dargestellt, was zu einer Reproduktion der Stigmatisierung und zu einem Mangel an Verständnis und Akzeptanz für die Erkrankung beiträgt (Klin & Lemish, 2008). Interventionen, die darauf abzielen, die öffentliche Stigmatisierung zu verringern, wie z. B. Kampagnen in den Massenmedien und kontaktbasierte Interventionen, die persönliche Interaktionen mit Menschen mit Schizophrenie fördern, haben sich als wirksam erwiesen, um die Stigmatisierung zu verringern (Holzer, 2016). Um die Stigmatisierung von Menschen mit Schizophrenie in der Gesellschaft zu verringern, scheint es also wichtig, das Bewusstsein und das Verständnis für die Erkrankung zu erhöhen, und auf den Abbau von Diskriminierung und die Förderung von Integration hinzuwirken (Pescosolido, Martin, Long, Medina, Phelan & Link, 2010).

#### **1.4.2 Stigmatisierung unter Behandelnden**

Eine zunehmende Anzahl von Studien zeigt jedoch, dass negative Einstellungen und Stereotype gegenüber Patient\*innen mit schizophrenen Störungen nicht allein – wie im vorherigen Absatz beschrieben - bei Lai\*innen vorliegen, sondern auch unter medizinischem Personal bestehen (Thornicroft, Rose, Kassam, & Sartorius, 2007). Dass könnte dazu beitragen, dass Menschen mit Schizophrenie häufig mit Hindernissen beim Zugang zu Gesundheitsversorgung konfrontiert sind (Haussleiter, Emons, Hoffmann & Juckel, 2021). Die stigmatisierende Haltung von Personal im Gesundheitssystem scheint mit mangelndem Wissen und fehlender Aufklärung über die Erkrankung zusammenzuhängen (Corrigan & Watson, 2005). Eine Reihe weiterer Studien zeigt, dass psychiatrisches Fachpersonal sogar in höherem Ausmaß davon betroffen ist (Kingdon, Sharma & Hart, 2004; Nordt, Rössler & Lauber 2006, Thornicroft, Rose, Kassam, & Sartorius, 2007). Laut Nordt und Kolleg\*innen (2006) teilten beispielsweise ein Großteil der Behandelnden in psychiatrischen Gesundheitseinrichtungen in der Schweiz die Einschätzung, Menschen mit Schizophrenie seien „gefährlich“, „unberechenbar“ und „dumm“. Für die Psychotherapie besonders relevant scheint die Einstellung des *prognostischen Pessimismus*, welche bei Behandelnden laut Schlier und Lincoln (2016) zwischen verschiedenen Studien deutlich variiert. Zwischen 31% (Grausgruber, Meise, Katschnig, Schöny & Fleischhacker, 2007) und 74% (Kingdon et al., 2004) des befragten psychiatrischen Klinikpersonals äußerten Zweifel an der erfolgreichen Behandlung und der vollständigen Genesung. In einer weiteren Studie seien 40% der Behandelnden der Meinung, dass „nicht viel für diese Menschen getan werden könne, außer ihnen ein ruhiges, friedliches Leben zu schaffen“ (Magliano, Fiorillo, De Rosa, Malangone & Maj, 2004). Die Stigmatisierung von Menschen mit schizophrenen Störungen durch Beschäftigte im Gesundheitswesen kann sich darüber hinaus negativ auf Behandlungsteilnahme und Compliance der Patient\*innen auswirken (Thornicroft, 2006). Darüber hinaus hat die Forschung gezeigt, dass Interventionen, die darauf abzielen, das Wissen zu erweitern und stigmatisierende Einstellungen bei Gesundheitsdienstleistern zu verringern, die Hemmungen in der primären Versorgung deutlich reduzieren (Kohrt et al., 2020).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es sich bei Schizophrenie um eine psychische Störung handelt, die durch Symptome wie Halluzinationen, Wahnvorstellungen und gestörtes Denken gekennzeichnet ist. Die Störung zeichnet sich außerdem durch ein charakteristisches psychopathologisches Muster von Störungen in Bereichen wie

Wahrnehmung, Denken, Selbstfunktion, Affektivität, Antrieb und psychomotorisches Verhalten aus. Das Konzept der Schizophrenie als nosologische Einheit wird in der wissenschaftlichen Gemeinschaft immer noch diskutiert. Die Diagnose Schizophrenie wird in eine Gruppe der schizophrenen Störungen eingereiht. Die DGPPN und das britische NICE empfehlen bei Schizophrenie-Spektrum-Störungen neben der obligatorischen Psychopharmakotherapie eine Reihe an psychotherapeutischen Interventionsformen. Mit der höchsten Empfehlungsstufe A wurde beispielsweise die kognitive Verhaltenstherapie empfohlen. Infolgedessen wird in immer mehr nationalen und internationalen Leitlinien die Psychotherapie als relevante Behandlungsoption neben psychosozialen Therapien und Medikamenten für Menschen mit Schizophrenie-Spektrum-Störungen genannt.

Trotzdem zeigen Studien, dass die ambulante Psychotherapie bei Schizophrenie in der Praxis nicht in ausreichendem Umfang durchgeführt wird. Die Gründe für diese Unterversorgung mit Psychotherapie für Menschen mit schizophrenen Störungen sind vielfältig und zeigen sich auf Seiten der Patient\*innen und Therapeut\*innen sowie auf struktureller Ebene.

Auch Stereotype und diskriminierende Einstellungen der Behandelnden können sich in der Ursache widerspiegeln. Denn die Stigmatisierung von Menschen mit schizophrenen Störungen ist nicht auf die Allgemeinbevölkerung beschränkt, sondern betrifft auch in erheblichem Maße Angehörige der Gesundheitsberufe, im speziellen psychiatrisches Fachpersonal. Negative Einstellungen und Stereotype können zu Diskriminierung und mangelndem Verständnis führen, den Zugang zu Behandlung erschweren und das Einfühlungsvermögen und die Erwartungen an die Genesung negativ beeinflussen. Der bisherige Forschungsstand zeigt eine dringende Notwendigkeit auf, die Ursachen der psychotherapeutischen Unterversorgung von Personen mit schizophrenen Störungen wissenschaftlich zu ergründen. In der vorliegenden Studie soll diese Problematik der Unterversorgung näher beleuchtet werden und dabei an der Behandlungsbereitschaft der Therapeut\*innen gegenüber der Klientel angesetzt werden. Relevant sind dabei die wahrgenommenen Barrieren bei der Behandlung dieser Klientel sowie deren stereotype Einstellung gegenüber schizophrenen Patient\*innen.

### **1.5 Ziel und Fragestellungen der Studie**

Ziel der aktuellen Studie war es, einen tieferen Einblick in die psychotherapeutische Unterversorgung von Menschen mit schizophrenen Störungen in Bayern zu erlangen. Hierbei

sollte konkret bei den Barrieren auf Seiten der Therapeut\*innen angesetzt werden. Dazu wurde eine umfassende quantitative Erhebung der Behandlungsbereitschaft sowie der Barrieren ambulant tätiger Psychotherapeut\*innen und Personen in der Ausbildung durchgeführt.

Es wurde exploriert, inwiefern sich die bisherige Ausbildung, Vorerfahrung, subjektive Kompetenz der Therapeut\*innen, aber auch deren Wahrnehmung struktureller Bedingungen auf die systematische Unterversorgung von Menschen mit schizophrenen Störungen auswirkten. Außerdem wurde ergründet, inwiefern persönliche Einstellungen und Stereotype gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen mit der Behandlungsbereitschaft derer zusammenhängen. Um festzustellen, ob die Behandlungsbereitschaft gegenüber Patient\*innen tatsächlich derart gering war, wie in der bisherigen Literatur dargestellt, wurde diese in der vorliegenden Studie mit der Bereitschaft gegenüber depressiven Patient\*innen verglichen.

Anhand der Ergebnisse sollten Ansatzpunkte für eine verbesserte ambulante psychotherapeutische Versorgung von Patient\*innen mit schizophrenen Störungen erarbeitet werden. Deren Wirksamkeit könnten zukünftig im Rahmen weiterer interdisziplinärer Versorgungsforschungsprojekte wissenschaftlich evaluiert werden, um die Kluft zwischen theoretischer Empfehlung in Leitlinien und praktischer Implementierung in der Realität zu überwinden. Auf Basis der bisherigen Literatur ergaben sich die folgenden konkreten Forschungsfragen.

Erstens: Durch welche Arten von Barrieren wird die Behandlungsbereitschaft von Psychotherapeut\*innen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen beeinflusst?

Zweitens: Wirken sich stigmatisierende alltägliche Einstellungen von Psychotherapeut\*innen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen negativ auf ihre Behandlungsbereitschaft aus?

Drittens: Ist die Behandlungsbereitschaft der Psychotherapeut\*innen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen geringer als die gegenüber denjenigen mit depressiven Störungen?

Zur Beantwortung dieser drei zentralen Forschungsfragen wurden folgende Hauptypohtesen überprüft:

### ***Hypothese I***

Die Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln, kann erstens durch Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren der Psychotherapeut\*innen, zweitens durch

strukturelle Barrieren und drittens durch persönlich-therapiebezogene Einstellungen gegenüber Patient\*innen mit schizophrenen Störungen erklärt werden.

### ***Hypothese II***

Stigmatisierende alltägliche Einstellungen von Psychotherapeut\*innen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen beeinflussen ihre Behandlungsbereitschaft negativ.

### ***Hypothese III***

Die Behandlungsbereitschaft der Psychotherapeut\*innen ist für Patient\*innen mit schizophrenen Störungen geringer als für Patient\*innen mit depressiven Störungen.

In weiteren explorativen Untersuchungen sollten die Gruppenunterschiede nach geringer und hoher Behandlungsbereitschaft bezüglich einzelner Aspekte detaillierter beleuchtet werden. Weitere Einflussfaktoren, die noch eine Rolle bei der Behandlungsbereitschaft gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen spielen könnten, wurden zusätzlich untersucht – zum Beispiel die Einschätzung der Psychotherapie-Indikation bei schizophrenen Störungen, die Psychotherapie-Erfahrung, bisherige Fortbildungen, die unterschiedlichen Richtlinienverfahren sowie das Geschlecht der Therapeut\*innen. Auch Unterschiede zwischen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeut\*innen, aber auch zwischen Personen, die in psychiatrischen Einrichtungen arbeiten und denen, die in nicht-psychiatrischen Einrichtungen tätig sind, wurden herausgearbeitet. Zuletzt wurden noch abgeschlossene Therapeut\*innen und die Teilnehmenden, die sich noch in Ausbildung befinden, hinsichtlich unterschiedlicher Aspekte ihrer Behandlungsbereitschaft verglichen.

## **2 Material und Methodik**

Im folgenden Absatz soll die Durchführung der Studie sowie das Vorgehen bei der Auswertung der Daten dargestellt werden.

### **2.1 Planung und Beschreibung der Stichprobe**

Zur Charakterisierung der Stichprobe sollen zuerst die Ein- und Ausschlusskriterien der Studie für Teilnehmende, dann das Procedere der Planung der Stichprobengröße und der Rekrutierung vorgestellt werden. Die ausführliche Beschreibung der tatsächlichen Stichprobe erfolgt im Ergebnisteil dieser Arbeit (vgl. Kapitel 3.1).

#### **2.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien**

In die Studie eingeschlossen wurden approbierte psychologische sowie ärztliche Psychotherapeut\*innen für Erwachsene. Diese konnten einen Kassensitz innehaben oder nicht. Außerdem befragt wurden Psycholog\*innen in Ausbildung zu psychologischen Psychotherapeut\*innen (PiAs) nach Absolvieren ihrer Pflichtpraktika in der Psychiatrie und Psychosomatik (PT1 und PT2) sowie Ärzt\*innen in der Weiterbildung zu ärztlichen Psychotherapeut\*innen für Erwachsene. Der Tätigkeitsschwerpunkt der Befragten musste in Bayern liegen, sie mussten ambulant als Therapeut\*innen tätig sein und nach einem der in Deutschland anerkannten psychotherapeutischen Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, Analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder Systemische Therapie) behandeln.

Ausgeschlossen wurden Heilpraktiker\*innen für Psychotherapie sowie approbierte Psychotherapeut\*innen und Personen in der Ausbildung dazu, die keines der vier Richtlinienverfahren anbieten (z. B. Psychotherapeut\*innen, die ausschließlich entsprechend der Therapierichtung der Gesprächspsychotherapie praktizierten).

#### **2.1.2 Stichprobengröße und Rekrutierung**

Die Fallzahlschätzung wurde vor Beginn der Datenerhebung durchgeführt und beruhte auf der primären Zielgröße der Haupthypothese I, die mittels G\*Power Analyse (Faul et al., 2009) mit der relevanten Effektstärke von Cohen's  $f^2 = .02$  (Effektgrößenkonvention Cohen's  $f^2 =$  klein  $.02$ , mittel  $.15$ , groß  $.35$ ), einem Alpha-Fehler von  $\alpha = 0.05$ , der gewünschten Power  $(1-\beta)$  von  $0.8$  und Anzahl der Prädiktoren von  $3$  ermittelt wurde. Die Poweranalyse (mit a priori

gegebenen  $\alpha$ ,  $1-\beta$  und Cohen's  $f^2$ ) für eine F-Verteilung, dem statistischen Test der linearen multiplen Regression (Fixed model,  $R^2$  increase ergab eine gesamte Stichprobengröße von mindestens 550 Studienteilnehmenden. Obwohl es bereits eine qualitative Studie zur Hypothese I gibt (Kernbach, 2020), liegen noch keine quantitativen Studien vor, die eine entsprechende Effektstärke vorhersagen können. Daher wurde im Rahmen dieser Studie lediglich ein kleiner Effekt angenommen (Cohen's  $f^2 = .02$ ).

Eine Studie von Schäfer und Schwarz (2019) weist daraufhin, dass komplexe psychologische Phänomene statistisch schwer zu erheben sind, dass die Effektgrößen in psychologischen wissenschaftlichen Untersuchungen tendenziell überschätzt werden und, dass eine größere Stichprobe dazu beitragen kann, die Aussagekraft einer Studie zu erhöhen und die Ergebnisse zuverlässiger zu machen. Deshalb wurde in dieser Studie eine leichte *Überpowerung* in Kauf genommen und es wurden 610 Studienteilnehmende befragt und in die Studie eingeschlossen.

Die Rekrutierung erfolgte über die Einladung zur Online-Studie über die E-Mail-Newsletter der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PTK Bayern) sowie der Landesgruppe Bayern der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPvT Bayern) ausgesendet. Darüber hinaus wurden weitere Akquise-Wege über die Psychotherapeut\*innen-Suchfunktion der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) sowie über Alumni-Netzwerke und Intranets einiger bayerischen Ausbildungsinstitute (CIP-Kirinus, AVM, vfkv) genutzt. Außerdem wurden die internen Emailverteiler der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilian-Universität und des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München sowie der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des kbo-Isar-Amper-Klinikums Region München zur Rekrutierung genutzt.

## **2.2 Untersuchungsdesign**

Die beschriebene Studie versuchte die Behandlungsbereitschaft und Barrieren zu erforschen, die ambulante Psychotherapeut\*innen und Menschen in Ausbildung dazu daran hindern, Menschen mit schizophrenen Störungen psychotherapeutisch zu behandeln. Hierzu wurden in einer monozentrischen, nicht-randomisierten, sowie nicht-interventionellen explorativen Pilotstudie ambulant tätige Psychotherapeut\*innen und Personen in Ausbildung dazu befragt. Die Datenerhebung erfolgte über einen circa 15-minütigen Online-Fragebogen, der über einen Online-Link zugänglich war. Dafür wurde die LMU-Lizenz der Plattform

Socisurvey verwendet. Die Datenerfassung und -speicherung erfolgte anonym und es wurden ausschließlich Selbstbeurteilungen erhoben. Der Ethikantrag zur Durchführung der vorliegenden Evaluation wurde am 25.08.2021 unter der Projektnummer 21-0735 der Ethikkommission der LMU München zur Prüfung vorgelegt und erhielt die Zustimmung der Kommission.

## **2.3 Erhebungsinstrumente**

Die Datengewinnung erfolgte mittels selbst generierter Fragebögen. Aspekte, die in die Datenanalyse inkludiert wurden, werden im Folgenden dargestellt und können thematisch in folgende Abschnitte eingeteilt werden:

- Soziodemographische, ausbildungs- und berufsbezogene Daten
- Allgemeine sowie spezifische Behandlungsfragen zu schizophrenen Störungen
- Barrieren in der Behandlung von Patient\*innen mit schizophrenen Störungen
- Stigmatisierende alltägliche Einstellungen von Psychotherapeut\*innen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen

Um die Studienteilnahme möglichst kurz zu gestalten, wurden Filter eingesetzt, sodass spezifische Fragen, die nur jeweilige Untergruppen betrafen auch nur entsprechenden Proband\*innen angezeigt wurden. So wurden beispielsweise nur approbierte Proband\*innen nach ihrem Abschlussjahr oder über ihre Zeit nach ihrer Ausbildung befragt.

### ***2.3.1 Soziodemographische, ausbildungs- und berufsbezogene Daten***

Zunächst wurden Alter, Geschlecht und ihre Berufsbezeichnung (z.B. „approbierte Psychologischer Psychotherapeut\*in“ oder „noch in der Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin/zum psychologischen Psychotherapeuten“), sowie das Abschlussjahr bei Approbierten erhoben. Bei Personen in Ausbildung zu Psychotherapeut\*innen wurde außerdem gefragt, wann sie mit ihrer Ausbildung begonnen haben.

Außerdem wurde erfragt, in welchen der vier Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, Analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder Systemische Therapie) sie sich spezialisiert haben. Auch die Einrichtung, in der die Teilnehmenden ihre Haupttätigkeit verrichten, wurde erhoben (z.B. in einer psychotherapeutischen Einzelpraxis, in einer Gemeinschaftspraxis oder einer Ausbildungsambulanz, Psychiatrische Einrichtung, etc.).

Alle Studienteilnehmenden wurden zudem gefragt, ob sie während ihrer Ausbildung praktische Erfahrung in der Psychiatrie und zusätzlich speziell in der Behandlung von

Menschen mit schizophrenen Störungen gesammelt mittels 4-Punkt-Likert-Skala mit „1 = Nein überhaupt nicht“, „2 = Nur ein wenig (z.B. nur ein paar Einblicke gewonnen, kurz hospitiert)“, „3 = etwas mehr (z.B. einen recht guten Einblick bekommen, auch selbst Patient\*innen behandelt)“ und „4 = Ja sehr viel“. Außerdem wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie während ihrer Ausbildung Fortbildungen zu schizophrenen Störungen besucht haben mittels einer 4- Punkt-Likert-Skala mit „1 = überhaupt keine“, „2 = nur wenige (z.B. nur wenige, kurze oder sehr oberflächliche Fortbildungen)“, „3 = mehrere (z.B. einige, intensivere und hilfreiche Fortbildungen)“ und „4 = sehr viele“. Personen mit der abgeschlossenen Ausbildung wurden diese drei Fragen zusätzlich bezüglich ihrer Tätigkeit nach ihrer Ausbildung gefragt.

### ***2.3.2 Allgemeine Behandlungsfragen sowie spezifische zu schizophrenen Störungen***

Auch konnten die Teilnehmenden mit „Ja“ oder „Nein“ angeben, ob sie sich in ihrer Laufbahn auf spezifische Störungsbilder spezialisiert haben und bei „Ja“ in einem offenen Antwortformat angeben, auf welche Störungsbilder. Bei der Frage, ob die Teilnehmenden spezifische Störungsbilder explizit ausschließen, konnten sie „Nein“, „Ja“ und „Ja, aber nicht in eigener Verantwortung“ auswählen. Letztes trifft zu, wenn die Teilnehmenden aufgrund von Vorgaben ihres Instituts oder ihrer Einrichtung bestimmte Störungen von der Behandlung ausschließen. Auch hier konnte in einem offenen Antwortformat angegeben werden, welche Störungsbilder ausgeschlossen werden.

Auch die Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen (ICD-10 F2x) und die Bereitschaft, Menschen mit einer depressiven Episode (ICD-10 F32) Psychotherapie anzubieten, wurde mittels 6-Punkt-Likert-Skala von „1 = Sehr gering“ bis „6 = Sehr groß“ erhoben. Mit derselben Skala wurde zusätzlich erhoben, wie sie ihre psychotherapeutische Behandlungskompetenz für schizophrene Störungen einschätzen. Ferner wurde mittels einer dichotomen Skala erfragt, ob die Therapeut\*innen dieser Klientel überhaupt eine Behandlung anbieten mit den Antwortmöglichkeiten „Ja“ und „Nein“. Des Weiteren wurde erhoben, wie viele Menschen mit schizophrenen Störungen sie während ihrer bisherigen psychotherapeutischen Arbeit behandelt haben („keine“, „1 – 10“, „11 – 20“, „21 – 50“, „51 – 100“ und „>100“ Patient\*innen).

Außerdem erhoben wurde, inwiefern die Teilnehmenden Psychotherapie generell bei schizophrenen Störungen, aber auch untergliedert in produktiv psychotische Positivsymptomatik, bei Negativsymptomatik oder bei Residualsymptomatik sehen, jeweils

auf einer 5-Punkt-Likert-Skala von „1 = Nicht indiziert“ bis „5 = Generell indiziert“. Personen in Ausbildung wurden zusätzlich gefragt, ob in ihrer Ausbildungsambulanz Menschen mit schizophrenen Störungen generell eine Psychotherapie angeboten wird mit vier Antwortmöglichkeiten „ja“, „eher ja“, „eher nein“ und „nein“ und einer weiteren Ausweichmöglichkeit „weiß ich nicht“.

### **2.3.3 Barrieren in der Behandlung von Patient\*innen mit schizophrenen Störungen**

In dieser Studie sollten die unterschiedlichen Barriere-Faktoren untersucht werden, die die Behandlungsbereitschaft für Psychotherapie bei Patient\*innen mit schizophrenen Störungen beeinflussen. Zu diesem Zweck wurden drei Faktoren identifiziert, die für die Forschungsfrage für relevant schienen: 1. *Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren* der Psychotherapeut\*innen, 2. *strukturelle Barrieren* und 3. *Persönlich-therapiebezogene Einstellungen gegenüber Patient\*innen mit schizophrenen Störungen*. Hierfür wurden nach ausführlicher Recherche alle in bisherigen Publikationen erwähnten Barrieren gesammelt und von drei unabhängigen Rater\*innen zu den inhaltlich begründeten Übergruppen der zugeordnet. Es wurde sich in dieser Studie bewusst gegen die Durchführung einer Faktorenanalyse zur Identifikation zugrundeliegender Muster entschieden. Vielmehr sollten die Faktoren inhaltlich auf der Grundlage bisheriger Forschung und des Fachwissens identifiziert und begründet werden. Die Verwendung eines inhaltsbasierten Ansatzes ermöglichte es, die Auswirkungen der drei spezifischen Faktoren auf die Behandlungsbereitschaft direkt zu untersuchen, anstatt sich die Ergebnisse einer Faktorenanalyse zu verlassen, die möglicherweise zur Identifizierung latenter Konstrukte geführt hätte, die nicht direkt mit der spezifischen Forschungsfrage dieser Studie in Zusammenhang standen. Darüber hinaus wurde in der vorliegenden Studie der inhaltsbasierte Ansatz als eine besser interpretierbare Methode zur Identifizierung von Faktoren angesehen, da er auf dem Verständnis der Variablen durch Fachexpert\*innen beruht. Dadurch kann diese als zuverlässiger angesehen werden und somit die Interpretierbarkeit und die Spezifität der Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfrage erhöhen als die Ergebnisse einer statistischen Methode wie der Faktorenanalyse, die auf rein statischen Daten basieren.

**Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren.** Zur Erhebung der Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren der Psychotherapeut\*innen wurden sieben Items erhoben, die auf einer 5-Punkt-Likert-Skala von 1= „Trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 = „Trifft vollkommen zu“

beantwortet wurden. Hierzu zählen Items wie „Bei Menschen mit diesen Störungen fällt mir die Einschätzung von Selbstgefährdung schwer“, „Bräuchten Sie mehr fachliche Kompetenz?“, „Bräuchten Sie mehr störungsspezifische Fortbildungs- und/oder Supervisionsangebote?“ oder auch invertierter Items wie „Verfügen Sie über ausreichend Erfahrung für die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis?“, welche in der Ergebnisdarstellung bereits entgegengesetzt codiert wurden. Für die Hypothese I wurde aus den Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren ein Mittelwert gebildet und für weitere explorative Analysen die einzelnen Items individuell betrachtet. Um die interne Konsistenz zu bestimmen, wurde Cronbachs Alpha für die Subskala *Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren* (insgesamt sieben Fragen) berechnet. Die interne Konsistenz von Cronbachs Alpha = .85 konnte als hoch eingeschätzt werden (Blanz, 2015).

**Strukturelle Barrieren.** Zur Erhebung der subjektiv erlebten strukturellen Barrieren der Psychotherapeut\*innen wurden fünf Items erhoben, die auf einer 5-Punkt-Likert-Skala von 1 = „Trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 = „Trifft vollkommen zu“ beantwortet wurden. Hierzu zählen Items wie „Spielen Probleme in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen (v.a. Psychiater\*innen, Sozialdiensten, etc.) eine Rolle?“ oder „Befürchten Sie zu viele Ausfälle der Stunden/ Unzuverlässigkeit der Patient\*innen?“, aber auch invertierter Items, wie „Bekämen Sie ausreichend Anfragen für Psychotherapie von Menschen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis?“, welche in der Ergebnisdarstellung bereits entgegengesetzt codiert wurden. Auch hier wurde für die Hypothese I aus den strukturellen Barrieren ein Mittelwert gebildet und für weitere explorative Analysen die einzelnen Items individuell betrachtet. Um die interne Konsistenz zu bestimmen, wurde Cronbachs Alpha für die Subskala *Strukturelle Barrieren* (insgesamt 5 Fragen) berechnet. Die interne Konsistenz von Cronbachs Alpha = .38 wies auf eine zu geringe interne Konsistenz hin (Blanz, 2015).

**Persönlich-therapiebezogene Einstellungen.** Zur Erhebung der persönlichen therapiebezogenen Einstellungen gegenüber Patient\*innen mit schizophrenen Störungen der Psychotherapeut\*innen wurden 12 Items erhoben, die auf einer 5-Punkt-Likert-Skala von 1 = „Trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 = „Trifft vollkommen zu“ beantwortet wurden. Hierzu zählen Items wie „Die medikamentöse Behandlung ist bei diesen Störungen viel wichtiger als Psychotherapie“, „Die psychotherapeutische Behandlung ist wenig aussichtsreich“, „Das häufig ungepflegte Erscheinungsbild und mangelnde Körperhygiene von Menschen mit diesen

Störungen schrecken mich ab“, aber auch invertierter Items wie „Ich finde die Behandlung dieser Störungen spannend, interessant oder abwechslungsreich“, welche in der Ergebnisdarstellung bereits entgegengesetzt codiert wurden. Auch hier wurde für die Hypothese I wurde aus den persönlichen therapiebezogenen Einstellungen ein Mittelwert gebildet und für weitere explorative Analysen die einzelnen Items individuell betrachtet. Um die interne Konsistenz zu bestimmen, wurde Cronbachs Alpha für die Subskala *Persönlich-therapiebezogene Einstellungen* (insgesamt zwölf Fragen) berechnet. Die interne Konsistenz von Cronbachs Alpha = .76 konnte als akzeptabel eingeschätzt werden (Blanz, 2015).

#### **2.3.4 Stigmatisierende Einstellung gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen**

Um mögliche stigmatisierende Haltungen der Therapeut\*innen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen zu erheben, wurden gängige Stereotype gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen erhoben. Mithilfe des Stereotype-Fragebogens von Angemeyer und Matschinger (2004) wurden anhand von 23 Items vier Komponenten der Stereotype erfasst: „Gefährlichkeit“, mit Items wie „In den letzten Jahren hat die Zahl der Gewaltverbrechen, die von Menschen mit schizophrenen Störungen begangen werden, immer mehr zugenommen.“, „Zuweisung von Verantwortung“ mit Items wie „Ob man eine schizophrene Störung bekommt, ist eine Frage von Willenskraft und Selbstdisziplin.“, „Unberechenbarkeit/Inkompetenz“ mit Items wie „Menschen mit schizophrenen Störungen sind völlig unberechenbar.“ oder „Menschen mit schizophrenen Störungen können nicht logisch denken“, und die letzte Komponente „Schlechte Prognose“ mit Items wie „Rehabilitationsmaßnahmen, die darauf abzielen, die Patient\*innen wieder arbeitsfähig zu machen, sind meist zum Scheitern verurteilt.“. Dabei sind auch Items mit inverser Kodierung wie „Heutzutage ist die Behandlung von schizophrenen Störungen genauso gut wie die von Diabetes.“ enthalten. Die Studienteilnehmenden sollten bezüglich jeder Aussage mittels einer 5-Punkt-Likert-Skala von 1 = „Stimme ich überhaupt nicht zu“ bis 5 = „Stimme ich völlig zu“ deren Grad der Zustimmung angeben. Für die Analyse der Stereotype wurde ein Summenscore aus allen Items errechnet welcher Werte von 23 bis 115 annehmen kann. Für die Auswertung der vier Komponenten wurde jeweils der Mittelwert mit Standardabweichung errechnet. Um die interne Konsistenz zu bestimmen, wurde Cronbachs Alpha für den Stereotype-Fragebogen (insgesamt 23 Fragen) berechnet. Die interne Konsistenz von Cronbachs Alpha = .81 kann als hoch eingeschätzt werden (Blanz, 2015).

## 2.4 Datenanalyse und statistische Auswertung

Die Ergebnisse dieser Studie wurden mit Hilfe von IBM SPSS Statistics 26 berechnet und ausgewertet. Die deskriptiven Merkmale der Psychotherapeut\*innenstichprobe wurden mit Hilfe von Mittelwerts- und Häufigkeitsberechnungen genauer betrachtet.

Da in dieser Studie mehrfach Hypothesen geprüft wurden, wurde eine Methode zur Alpha-Fehler-Anpassung für die drei Haupthypothesen verwendet. Hierfür die Methode der false-discovery-rate (FDR) von Benjamini und Hochberg (1995) verwendet, um den Anteil der falsch positiven Ergebnisse unter den abgelehnten Hypothesen zu kontrollieren (Hemmerich, 2016). Dafür eignet sich die Methode der FDR besonders, da sie das Risiko des multiplen Testens kontrolliert, indem sie den erwarteten Anteil der falschen positiven Annahmen unter den abgelehnten Hypothesen kontrolliert, anstatt die Gesamtfehlerrate vom Typ I zu kontrollieren (Benjamini & Hochberg, 1995). So wurden bei der FDR-Methode die  $p$ -Werte vom kleinsten bis zum größten Wert geordnet und mit einem Schwellenwert verglichen, der sich ergab, indem der Rang des jeweiligen Tests mit dem Signifikanzniveau multipliziert und dann durch die Anzahl der Tests dividiert wurde (Benjamini & Hochberg, 1995). Auf diese Weise ließ sich der Anteil der falsch-positiven Ergebnisse unter den abgelehnten Hypothesen kontrollieren, während gleichzeitig ein angemessenes Maß an Aussagekraft erhalten blieb. Für die weiteren explorativen Analysen im Anschluss wurde auf eine Alpha-Fehler Korrektur verzichtet.

### 2.4.1 Statistische Analyse der Hypothese I

Zur ersten statistischen Analyse wurde die multiple lineare Regressionsanalyse gewählt, da sie laut Field (2017) geeignet ist, um die Vorhersage von der abhängigen Variable auf der Grundlage von Werten mehrerer prädiktiver Variablen zu ermöglichen. Es wurde sich für die Methode *Einschluss* entschieden, bei der alle ausgewählten Prädiktoren gleichzeitig im Modell berücksichtigt werden. Field (2017) empfiehlt diese Einschluss-Methode als geeignet für diese Theorietestung. Die alternativen schrittweisen bzw. hierarchischen Techniken der Berücksichtigung der Prädiktoren würden durch zufällige Variationen in den Daten beeinflusst werden und würden daher selten reproduzierbare Ergebnisse liefern.

Die abhängige Variable war die *Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln* und die drei unabhängigen Variablen waren die *Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren der Psychotherapeut\*innen*, die *strukturellen Barrieren* und die *persönlichen therapiebezogenem Einstellungen*. Hierbei wurde mittels F-Test überprüft, ob eine Veränderung der  $y$ -Werte (AV) auf eine lineare Veränderung der  $x_j$ - Werte (UV 1, 2, 3)

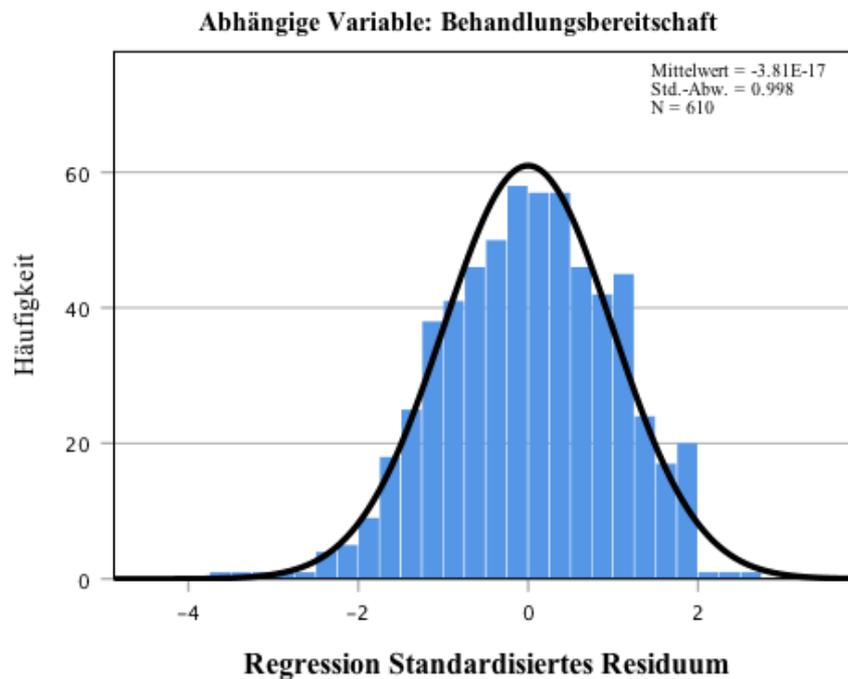
zurückzuführen war. Die Test-Hypothesen waren dabei mit der  $H_0$  „Es wird angenommen, dass kein Zusammenhang zwischen abhängigen und unabhängigen Variablen besteht.“ Die Regressionskoeffizienten der Grundgesamtheit  $\beta_1$ ,  $\beta_2$  und  $\beta_3$  wären dann alle null. Und die  $H_1$  besagte „Es gibt einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen den 3 UVs und der AV“.

Die Voraussetzungen für die vorliegende statistische Analyse sind geprüft worden und werden im Folgenden kurz dargestellt: Zur Untersuchung der Forschungsfrage wurde eine deskriptive Korrelationsanalyse durchgeführt, um festzustellen, ob die Prädiktorvariablen zur unabhängigen Variable beitragen. Es kann ein linearer Zusammenhang zwischen den drei Prädiktoren und der abhängigen Variable *Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln*, gezeigt werden, wodurch die Voraussetzung der linearen Beziehung zwischen den Variablen erfüllt gilt. Die Voraussetzung, dass keine verzerrenden Ausreißer bestehen dürfen, wurde ebenfalls überprüft. Zwei Fälle (Fallnummer 85 u. 190) wurden zu Beginn als Ausreißer bei der Variable *Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln* identifiziert (Fallnummer 85 u. 190), da sie außerhalb von drei Standardabweichungen liegen. Daraufhin wurde die Cook-Distanz errechnet, ein Maß für den Einfluss jeder Beobachtung auf das Modell. Anhand der Cook-Distanz kann gemessen werden, wie stark sich der Antwortwert ändert, wenn diese Beobachtung aus dem Modell entfernt wird (Cook & Weisberg, 1982). Nur Fälle mit Cook-Distanz-Werten, die größer als 1 sind, sollten ausgeschlossen werden, da diese die Regressionsgeraden tatsächlich verändern würden (Cook & Weisberg, 1982). Bei den vorliegenden Daten erreichten die zwei Ausreißer eine maximale Cook-Distanz von 0.06 bei dem Fall 190 und für den Fall 85 eine Distanz von 0.04. Darum wurden die zwei Ausreißer nicht ausgeschlossen. Zur Testung der Voraussetzung der Normalverteilung der Residuen wurden zwei Diagrammtypen herangezogen.

Die Abbildung 1 wurde aus den standardisierten Residuen der abhängigen Variable der Behandlungsbereitschaft entwickelt. Dieses Histogramm zeigt, dass eine dichte Konzentration der prädiktiven Variablen einen Einfluss auf die Behandlungsbereitschaft hat. Die schwarze Linie zeigt eine Normalverteilung an, und die Daten des vorliegenden Modells liegen ausreichend gut innerhalb der Normalverteilungslinie.

## Abbildung 1

*Standardisierte Residuen der Behandlungsbereitschaft*



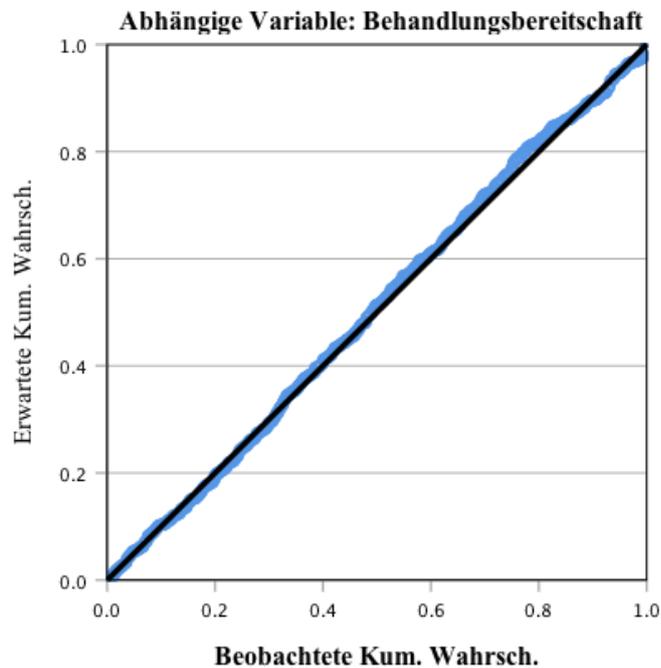
Die Abbildung 2 zeigt den Zusammenhang der erwarteten und der beobachteten kumulierten Wahrscheinlichkeiten. Hier befanden sich die Daten ebenso nahezu genau auf der vorgegebenen Linie, die eine Normalverteilung darstellt. Auf Basis dieser zwei Grafen konnte bei den vorliegenden Daten von einer Normalverteilung der Residuen ausgegangen werden.

Auf die üblicherweise zur Testung der Normalverteilung herangezogenen Tests, wie Shapiro-Wilk Test und der Kolmogorov-Smirnov Test, wurde in der vorliegenden Analyse verzichtet, da diese ab einem größeren  $N$  automatisch signifikant werden und es wurde sich auf die rein visuelle Inspizierung verlassen (Lilliefors, 1967).

Zur Untersuchung der Unabhängigkeit der Residuen wurde die Durbin-Watson-Statistik herangezogen (Allen, 2004), ein häufig verwendeter Test zum Nachweis von Autokorrelation in den Residuen eines linearen Regressionsmodells. Der sich daraus ergebende Wert liegt i.d.R. zwischen 0 und 4, wobei ein Wert von 2 das Fehlen von Autokorrelation anzeigt und Werte nahe 0 oder 4 das Vorhandensein von positiver bzw. negativer Autokorrelation bedeuten. Demnach sollte der Wert größer als 1 und kleiner als 3 sein, um von einer Unabhängigkeit der Residuen auszugehen. In der vorliegenden Untersuchung ergab die Durbin-Watson-Statistik einen Wert von 1.86, wonach von einer Unabhängigkeit der Residuen ausgegangen werden konnte.

## Abbildung 2

Wahrscheinlichkeiten des standardisierten Residuums der Behandlungsbereitschaft



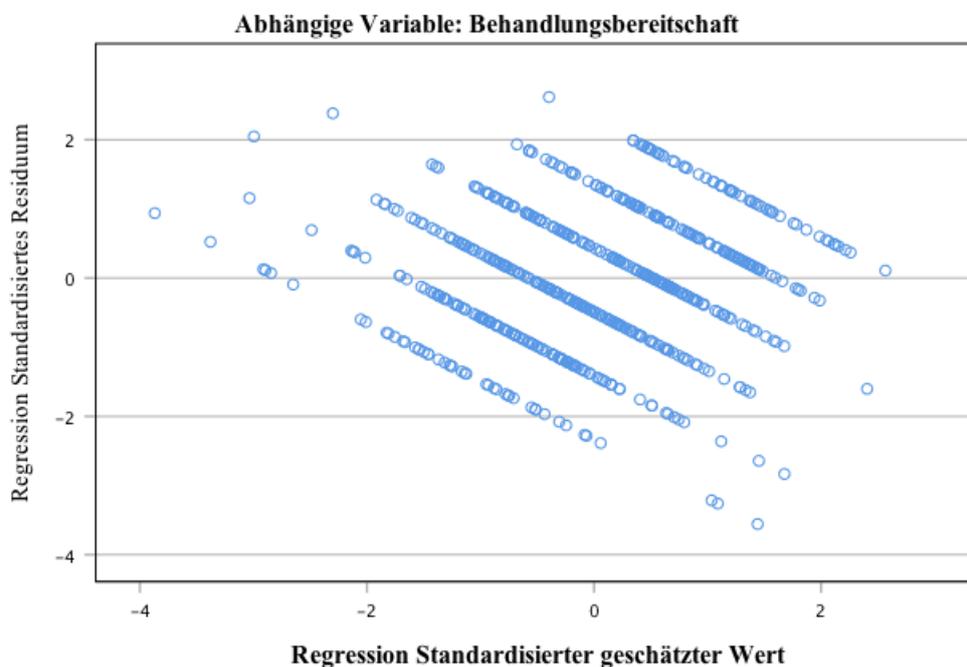
Nach Field (2017) ist bei einer multiplen Regressionsanalyse außerdem sicher zu stellen, dass keine Multikollinearität vorliegt, also, dass die einzelnen Variablen nicht zu hoch miteinander korrelieren. Dafür wurden die Pearson-Korrelationskoeffizienten, das Toleranzniveau und die Werte des Varianzinflationsfaktors (VIF) zwischen den drei prädiktiven Variablen geprüft. Die höchste Pearson-Korrelation bestand zwischen den *Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren* und den *persönlichen therapiebezogenen Einstellungen* ( $r = 0.60, p < .001$ ), da jedoch keine der Korrelationen den Schwellenwert von 0.90 erreichte, zeigte die Analyse, dass keine zwei Variablen zu eng miteinander verbunden waren (Field, 2017). Als weiteres Maß für Multikollinearität wurden die Toleranzschwellen und der Varianzinflationsfaktor (VIF) verwendet. Die Toleranz wird als 1 minus dem R-Quadrat-Wert einer Prädiktorvariablen bei der Regression auf alle anderen Prädiktorvariablen im Modell errechnet, während der VIF der Kehrwert des Toleranzwertes ist. Hohe Multikollinearität wird durch niedrige Toleranzwerte oder hohe VIF-Werte angezeigt, während niedrige Multikollinearität durch hohe Toleranzwerte oder niedrige VIF-Werte angezeigt wird (Kleinbaum, Kupper, Nizam & Rosenberg, 2013). In den vorliegenden Daten lagen die Toleranzschwellen nicht unter 0,1 (max. 0.83) und die VIF-Werte deutlich unter 10 (max. 1.3), den relativen Schwellenwerten, die auf Probleme mit den Daten hinweisen (Field, 2017) und

zeigen, dass es keinen Hinweis darauf gab, dass sich die prädiktiven Variablen gegenseitig übermäßig beeinflussten.

Die Homoskedastizität der Residuen gilt auch als eine relevante Voraussetzung für Regressionsmodelle, da sie Auskunft darüber gibt, ob das Modell über alle Werte hinweg gleich gute Vorhersagen macht, bzw. die Residuen (also der zufällige Fehler des Modells) über alle Stufen der unabhängigen Variable verteilt sind (Field, 2017). Diese konnte graphisch anhand der Abbildung 3 inspiziert werden.

### Abbildung 3

*Residuen und geschätzten Werte der Behandlungsbereitschaft*



Das Streudiagramm zeigt, dass die Residuen zufällig um den Wert Null herum gestreut waren, wobei die Varianz auf allen Ebenen der Prädiktorvariablen ungefähr gleich war. Die Verteilung der Datenpunkte sollte wie hier eher einer rechteckigen statt einer Trichter- oder Diamantenform entsprechen. Da dies in dem vorliegenden Diagramm erfüllt war, konnte nach der der visuellen Inspizierung von einer Homoskedastizität ausgegangen werden (Field, 2017).

Nachdem alle statistischen Voraussetzungen der multiplen Regression geprüft wurden, wurde zur weiteren Analyse das Signifikanzniveau auf  $p < .05$  festgelegt, da dies das übliche Niveau ist, das bei der Arbeit mit Signifikanz verwendet wird (Field, 2017). Um die statistische Signifikanz und die relative Bedeutung jeder prädiktiven Variable zu überprüfen, wurden die nicht standardisierten Koeffizienten-Beta-Werte und die standardisierten Beta-Werte jeder

prädiktiven Variable untersucht. Darüber hinaus wurde das  $R^2$  verwendet, um die Beziehungen zwischen den verschiedenen prädiktiven Variablen und der abhängigen Variable zu untersuchen.

#### **2.4.2 Statistische Analyse der Hypothese II**

Für die statistische Analyse der zweiten Hypothese wurde die einfache lineare Regression verwendet, da sie laut Field (2017) das geeignete statistische Verfahren ist, um zu überprüfen, ob die Messwerte der abhängigen Variable durch die Werte der unabhängigen Variablen vorhergesagt werden können. Die abhängige Variable war die *Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln* und die unabhängige Variable *Stigmatisierende alltägliche Einstellungen*.

Die Testhypothese  $H_0$  war dabei, dass der Regressionskoeffizient gleich null ist, die  $H_1$ , dass der Regressionskoeffizient ungleich null ist, da davon ausgegangen wurde, dass *Stigmatisierende alltägliche Einstellungen* sich auf die *Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen Psychotherapie anzubieten*, auswirkte. Auch hier wurde das Signifikanzniveau auf  $p < 0,05$  festgelegt.

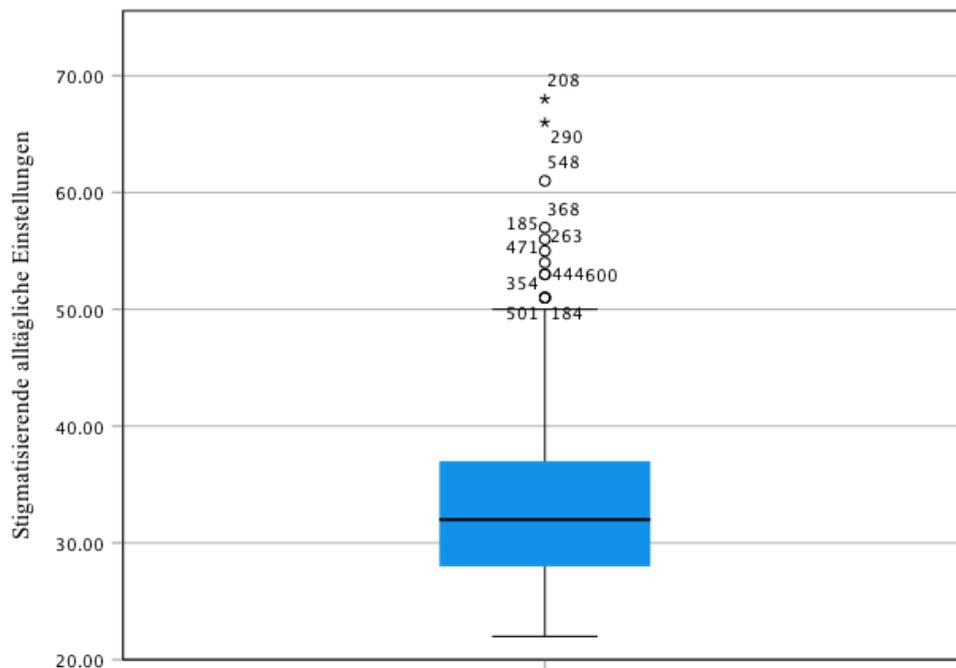
Die Voraussetzungen für die vorliegende statistische Analyse wurden geprüft und werden im Folgenden kurz dargestellt: Zur Untersuchung der Forschungsfrage wurde eine deskriptive Korrelationsanalyse durchgeführt, und die Streuung der Daten analysiert, um festzustellen, ob die Beziehung zwischen den unabhängigen und abhängigen Variablen linear ist. Mit einem Korrelationskoeffizienten von  $r = -0.25$  bei  $p < 0.001$  konnte ein linearer Zusammenhang zwischen dem Prädiktor *Stigmatisierende alltägliche Einstellungen* und der abhängigen Variable *Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln*, gezeigt werden, wodurch die Voraussetzung der linearen Beziehung zwischen den Variablen erfüllt galt.

Die Voraussetzung der Unabhängigkeit der Beobachtungen wurde dahingehend gesichert, dass die Beobachtungen in der Stichprobe so erhoben wurden, dass ein Wert in der einen Beobachtung nicht vom Wert einer anderen Beobachtung abhängt oder dadurch beeinflusst wurde. Dazu wurden die Daten auch mittels eines Streudiagramm überprüft, wobei keine nicht zufälligen Muster aufgezeigt werden konnten.

Die Voraussetzung, dass keine verzerrenden Ausreißer bestehen dürfen, wurde ebenfalls überprüft. Zwei Fälle (Fallnummer 208 und 290) wurden zu Beginn in der Abbildung

4 als Ausreißer bei der Variable *Stigmatisierende alltägliche Einstellungen* identifiziert, da sie, mit einem (\*) markiert, außerhalb von drei Standardabweichungen liegen.

**Abbildung 4**  
*Boxplot der stigmatisierenden alltäglichen Einstellungen*



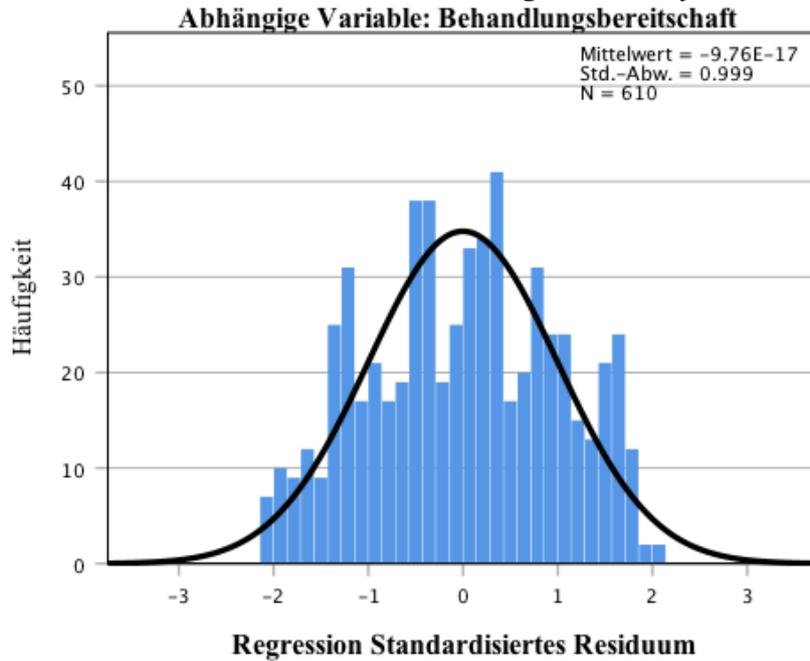
*Anmerkung.* Die Summenscore-Ränge ist zwischen 23 und 115; höhere Werte stehen für stärker ausgeprägte stigmatisierende alltägliche Einstellungen.

Daraufhin wurde die Cook-Distanz errechnet, ein Maß für den Einfluss jeder Beobachtung auf das Modell. Anhand der Cook-Distanz kann gemessen werden, wie stark sich der Antwortwert ändert, wenn diese Beobachtung aus dem Modell entfernt wird (Cook & Weisberg, 1982). Nur Fälle mit Cook-Distanz-Werten, die größer als 1 sind sollten ausgeschlossen werden, da diese die Regressionsgeraden tatsächlich verändern würden (Cook & Weisberg, 1982). Bei den vorliegenden Daten erreichten die zwei Ausreißer eine maximale Cook-Distanz von 0.05 bei dem Fall 208. Darum wurden die zwei Ausreißer nicht ausgeschlossen.

Zur Testung der Voraussetzung der Normalverteilung der Residuen ließen sich zwei Diagrammtypen heranziehen. Die Abbildung 5 wurde aus den standardisierten Residuen der abhängigen Variable *Behandlungsbereitschaft* und dem Prädiktor *Stigmatisierende alltägliche Einstellungen* entwickelt. Das Histogramm der standardisierten Residuen wies eine eher glockenförmige Verteilung auf, die symmetrisch um 0 war, was darauf hindeutete, dass die Residuen annähernd normalverteilt waren.

### Abbildung 5

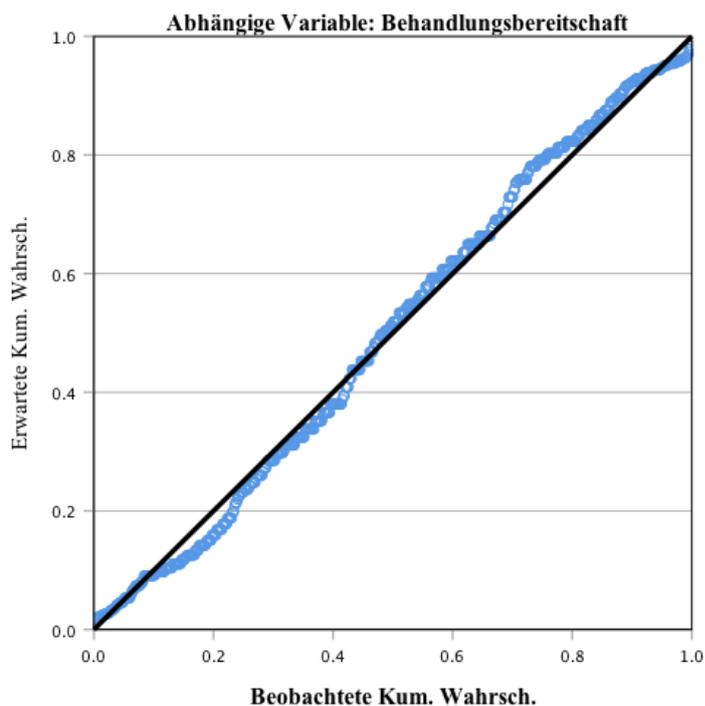
Standardisierte Residuen der Behandlungsbereitschaft



Die Abbildung 6 zeigt den Zusammenhang der erwarteten und der beobachteten kumulierten Wahrscheinlichkeiten. Hier schwankten die Daten ebenso eher um die vorgegebene Linie, anstatt genau auf ihr zu liegen, was die Normalverteilung der Residuen anzweifeln ließ. Daher wurden diese Daten vor einer weiteren Analyse angepasst.

### Abbildung 6

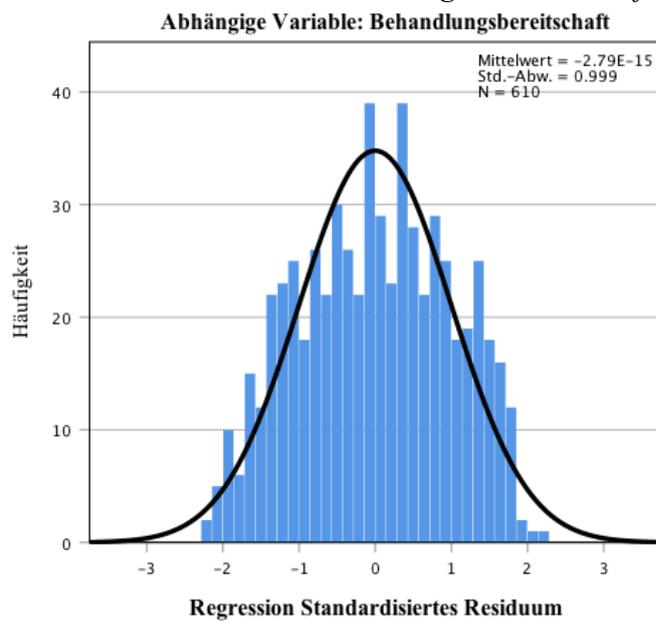
Wahrscheinlichkeiten des standardisierten Residuums der Behandlungsbereitschaft



Der Autor Field (2017) empfiehlt eine Datentransformation durch Bildung des Logarithmus der Variablen, wenn die Normalität der Residuen nicht gegeben ist. Das Logarithmieren kann dazu beitragen, die Schiefe zu verringern, die Normalität zu verbessern, die Varianz der Residuen zu stabilisieren und sie homoskedastischer zu machen (Field, 2017). Nach der Transformation der Variable *Stigmatisierende alltägliche Einstellungen* konnte wie in der Abbildung 7 und Abbildung 8 anschließend von einer annähernden Normalverteilung der Residuen ausgegangen werden.

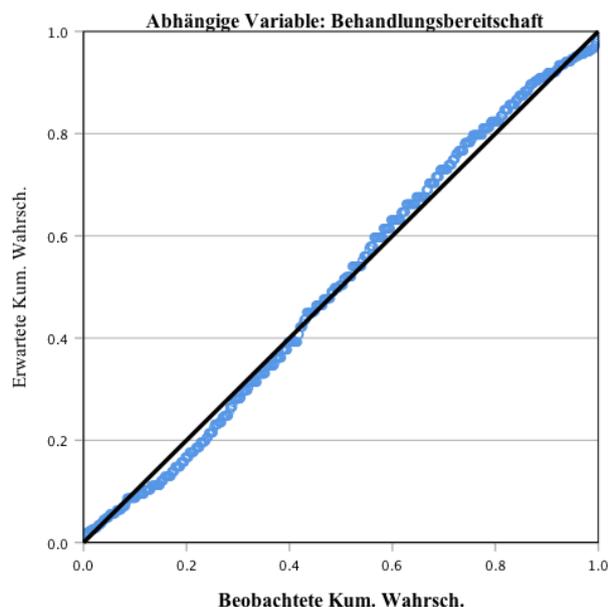
### Abbildung 7

*Standardisierte Residuen nach Logarithmustransformation*



### Abbildung 8

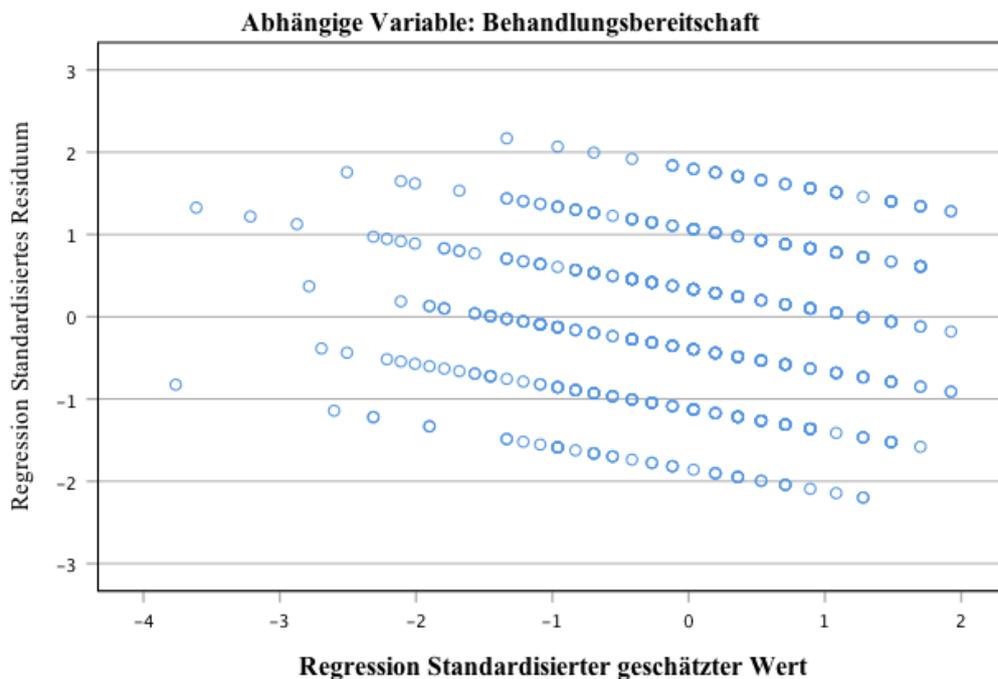
*Wahrscheinlichkeiten des Standardisierten Residuums nach Logarithmustransformation*



Die Homoskedastizität der Residuen gilt auch als eine relevante Voraussetzung für Regressionsmodelle, da sie Auskunft darüber gibt, ob das Modell über alle Werte hinweg gleich gute Vorhersagen macht, bzw. die Residuen (also der zufällige Fehler des Modells) über alle Stufen der unabhängigen Variable verteilt sind (Field, 2017). Diese konnte graphisch anhand der Abbildung 9 inspiziert werden.

### Abbildung 9

*Residuen und geschätzte Werte der Behandlungsbereitschaft*



Das Streudiagramm zeigt, dass die Residuen zufällig um den Wert Null herum gestreut waren, wobei die Varianz auf allen Ebenen der Prädiktorvariablen ungefähr gleich war. Die Verteilung der Datenpunkte sollte wie hier eher einer rechteckigen statt einer Trichter- oder Diamantenform entsprechen. Da dies in dem vorliegenden Diagramm erfüllt war, konnte nach der visuellen Inspizierung von einer Homoskedastizität ausgegangen werden (Field, 2017).

Nachdem alle statistischen Voraussetzungen der univariaten Regression geprüft wurden, wurden, um die statistische Signifikanz und die relative Bedeutung der prädiktiven Variable zu überprüfen, die nicht standardisierten Koeffizienten-Beta-Werte und die standardisierten Beta-Werte des Prädiktors untersucht. Darüber hinaus wurde das  $R^2$  verwendet, um die Beziehungen zwischen der prädiktiven Variablen und der abhängigen Variable zu untersuchen.

### 2.4.3 Statistische Analyse der Hypothese III

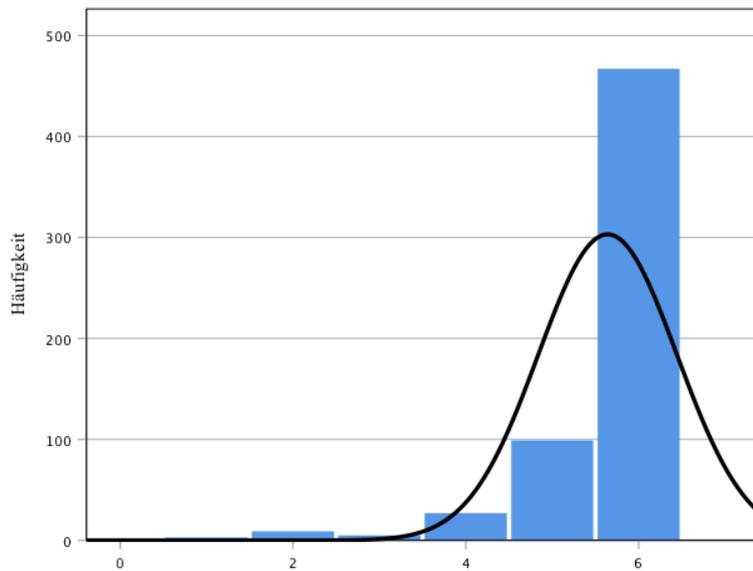
Für die statistische Analyse der Hypothese III wurde der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test verwendet, da er sich eignet, um zwei Variablen innerhalb derselben Stichproben zu vergleichen, indem die Unterschiede zwischen den gepaarten Beobachtungen untersucht werden (Woolson, 2007). In diesem Fall wurde der Unterschied in den Variablen *Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln* und *Bereitschaft, Menschen mit depressiven Störungen zu behandeln* unter den befragten Psychotherapeut\*innen untersucht. Wie im Folgenden dargestellt wird, waren die Daten nicht normalverteilt, wie es für einen parametrischen Test wie den *t*-Test erforderlich gewesen wäre (Bühner & Ziegler, 2009, p. 260). Deshalb wurde der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test als nicht-parametrischer Test gewählt, der keine Normalverteilung der Daten voraussetzt. Er gilt als robust gegenüber Ausreißern und Schiefe, da er auf den Rängen der Unterschiede zwischen den beiden Variablen und nicht auf den tatsächlichen Messwertunterschieden basiert (Steinherr, 2015). Die Nullhypothese besagte, dass die Verteilung der Variablen gleich ist, während die Alternativhypothese H1 davon ausging, dass die *Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln* sich von der *Bereitschaft, Menschen mit depressiven Störungen zu behandeln* unterscheidet.

Die Voraussetzungen wurden überprüft und sollen im Folgenden kurz dargestellt werden: Für den Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test müssen die Daten ordinal oder kontinuierlich, aber nicht unbedingt normalverteilt sein (Steinherr, 2015). Bei beiden Variablen handelte es sich um ein metrisches Skalenniveau, wobei höhere Werte für eine höhere Behandlungsbereitschaft sprechen. Für das non-parametrische Verfahren wurde sich entschieden nach der Betrachtung der Verteilung der zwei Variablen in Abbildung 10 und 11.

Dort ist klar zu entnehmen, dass es sich bei der Variable *Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln* um eine klare Normalverteilung der Daten handelte, während die Werte der Variable *Bereitschaft, Menschen mit depressiven Störungen zu behandeln*, eindeutig linksschief verteilt waren.

### Abbildung 10

Bereitschaft, Menschen mit depressiven Störungen zu behandeln

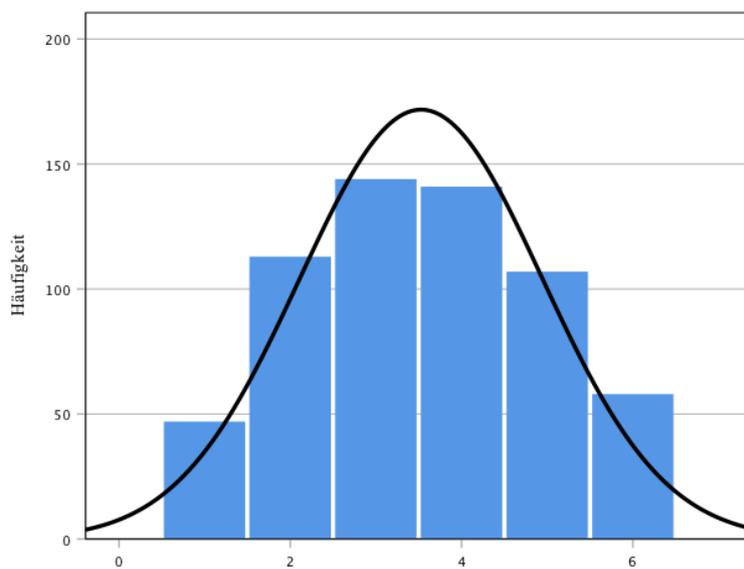


Bereitschaft, Menschen mit depressiven Störungen zu behandeln

Anmerkung. Skala von 1 – 6; 1 = „Sehr gering“, 6 = „Sehr groß“.

### Abbildung 11

Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln



Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln

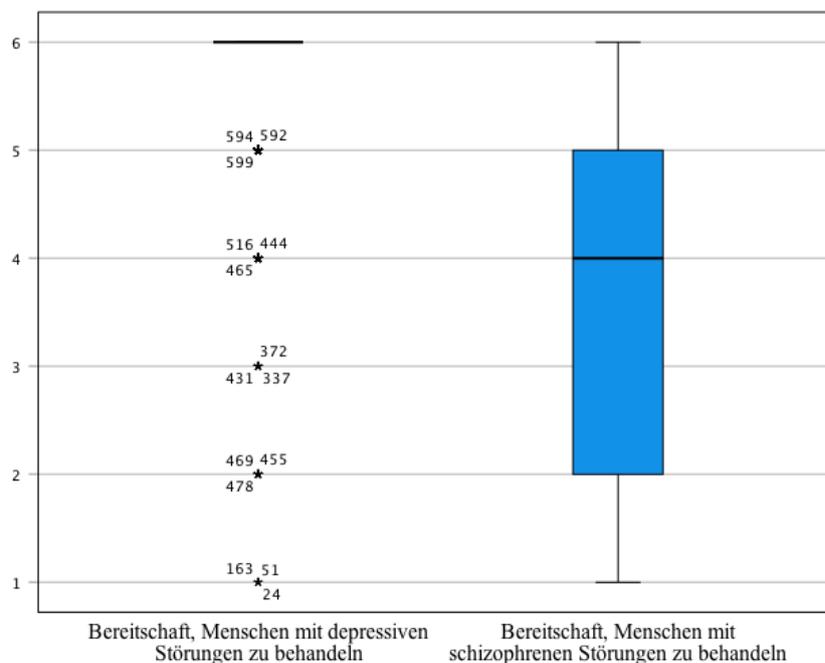
Anmerkung. Skala von 1 – 6; 1 = „Sehr gering“, 6 = „Sehr groß“.

Die Ausreißer der vorliegenden Daten werden in der Abbildung 12 angezeigt. Während bei der Bereitschaft gegenüber schizophrenen Patient\*innen keine Ausreißer vorlagen, waren bei der Bereitschaft gegenüber depressiven Patient\*innen 15 Ausreißer zu sehen. Diese Fälle wurden mit einem Sternchen (\*) markiert, wenn sie mehr als das 3-fache des Interquartilsabstands waren und galten als extreme Ausreißer (Field, 2017, S. 278). In der

Abbildung 36 zeigt sich in den Daten, dass jeder Fall, der bei der Bereitschaft nicht „6 – sehr groß“ angab, bereits zum Ausreißer wurde. Dies unterstreicht nochmal die Relevanz eines non-parametrischen Verfahrens wie dem Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test, welcher als robust gegen Ausreißer gesehen werden kann (Steinherr, 2015). Weitere Voraussetzungen für den Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test sind außerdem, dass die beiden Stichproben voneinander abhängig sind, die Beobachtungen jedoch voneinander unabhängig sein sollten (Steinherr, 2015). Da es sich bei den beiden Stichproben um ein und dieselbe Stichprobe handelte, war damit das erste Kriterium erfüllt. Und die Erhebung der einzelnen Beobachtungen wurde so durchgeführt, dass eine Beobachtung die anderen nicht beeinflusste.

### Abbildung 12

*Behandlungsbereitschaft bei depressiven und schizophrenen Störungen*



Anmerkung. Skala von 1 – 6; 1 = „Sehr gering“, „6 = Sehr groß“.

Nachdem alle statistischen Voraussetzungen des Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test geprüft wurden, wurde auch hier zur weiteren Analyse das Signifikanzniveau auf  $p < .05$  festgelegt. Um die statistische Signifikanz und den Unterschied in den Unterschied in den Variablen *Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln* und *Bereitschaft, Menschen mit depressiven Störungen zu behandeln* unter den befragten Psychotherapeut\*innen zu untersuchen, wurden Teststatistik ( $z$ ) und ihr zugehöriger  $p$ -Wert zusammen mit dem Stichprobenumfang sowie die Effektgröße (der Median der Differenz zwischen beiden Variablen) analysiert.

Als Zusammenfassung des Methodenteils lässt sich sagen, dass alle statistischen Voraussetzungen für die Testung der Hypothesen erfolgreich geprüft wurden. Sollten die erforderlichen Kriterien nicht erfüllt gewesen sein, wurde auf die entsprechenden non-parametrischen Verfahren zurückgegriffen. So konnte die geplante Datenanalyse durchgeführt und mögliche Verzerrungen minimiert werden. Im Folgenden werden nun die Ergebnisse der ausführlichen Datenerhebung und der Hypothesentestung dargestellt.

### 3 Ergebnisse

Im Folgenden sollen zuerst die deskriptiven Daten zur Beschreibung der untersuchten Stichprobe und dann Ergebnisse der drei Haupthypothesen detailliert dargestellt werden. Anschließend werden die Ergebnisse zusätzlicher explorativer Untersuchungen gezeigt, die weiteren Aufschluss über die Hypothesen geben sollen.

#### 3.1 Deskriptive Daten zur Stichprobe

Nun folgt die Vorstellung vielseitiger Aspekte der Stichprobe, anhand derer die untersuchte Personengruppe möglichst beschreibend charakterisiert werden kann. Zu Beginn werden soziodemographische, ausbildungs- und berufsbezogene Informationen berichtet. Im Anschluss werden die Antworten der Stichprobe zu allgemeinen sowie spezifischen Behandlungsfragen zu schizophrenen Störungen präsentiert. Gefolgt von der Darstellung der stigmatisierenden Einstellungen der Stichprobe gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen. Abschließend werden in dieser Stichprobenbeschreibung die Angaben der Befragten zu den Barrieren in der Behandlung von Patient\*innen mit schizophrenen Störungen aufbereitet.

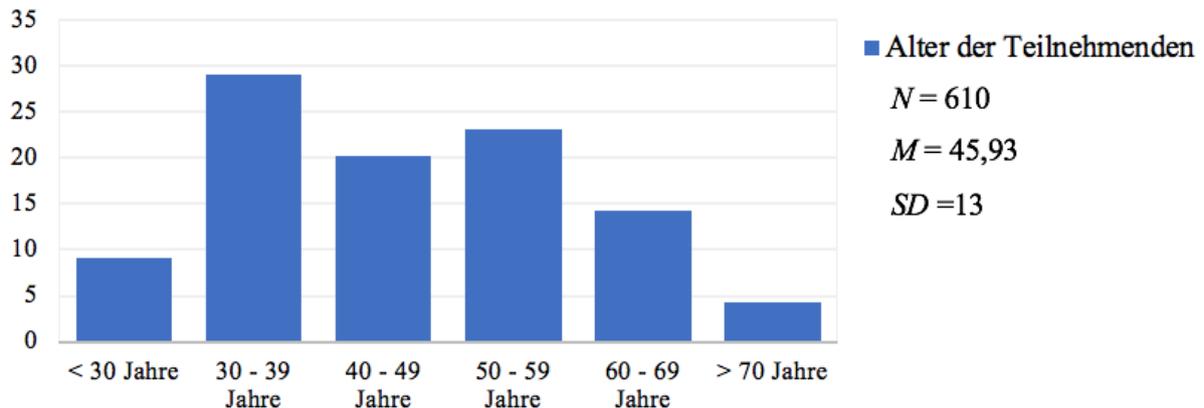
##### 3.1.1 Soziodemographische, ausbildungs- und berufsbezogene Daten

Zu Beginn sollen die soziodemographischen Daten, aber auch Informationen zur Ausbildung und der aktuellen Tätigkeit der 610 Proband\*innen aufgeführt werden, anhand welcher sich die Stichprobe charakterisieren lässt.

**Alter der Teilnehmenden.** Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden der Studie ( $N = 610$ ) betrug 45,93 Jahre ( $SD = 13$ ), der Median lag bei 45 Jahren. Dabei rangierte das Alter zwischen 24 und 81 Jahren. Wie in Abbildung 13 gezeigt, gehörten der Altersgruppe, der unter 30-Jährigen 55 Teilnehmende (9.1%), der Altersgruppe 30 bis 39 Jahre 178 Teilnehmende (29.1%) und der 40- bis 49-Jährigen 124 Teilnehmende (20.2%) an. In der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen waren 141 Teilnehmende (23.1%), in der Altersgruppe 60 bis 69 Jahre waren 87 Teilnehmende (14.2%) und in der Altersgruppe der über 70-Jährigen waren 25 Teilnehmende (4.3%) vertreten.

### Abbildung 13

#### Alter der Studienteilnehmenden



**Geschlecht der Teilnehmenden.** Unter den Teilnehmenden ( $N = 610$ ) gaben 466 ein weibliches (76.4%) und 144 ein männliches (23.6%) Geschlecht an. Die dritte Auswahlmöglichkeit „divers“ wurde von keiner teilnehmenden Person ausgewählt.

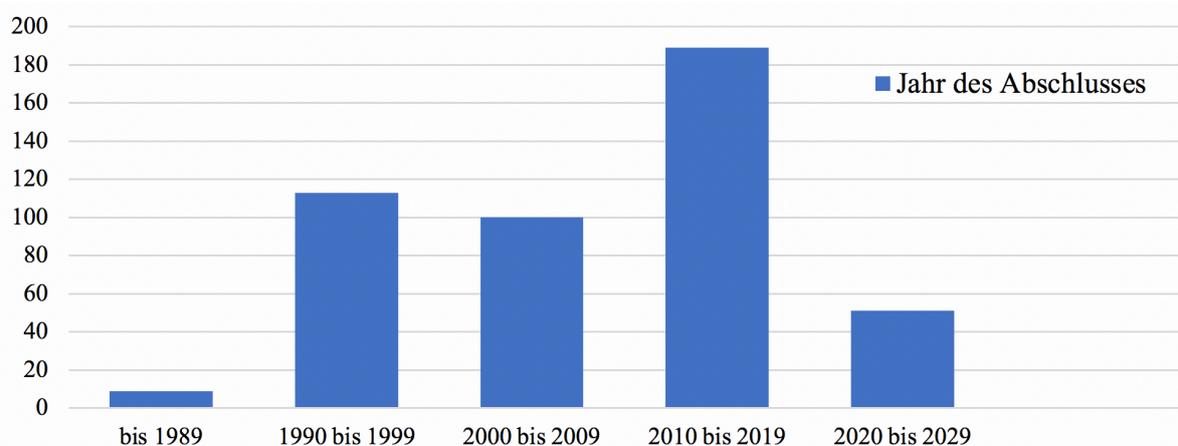
**Berufsbezeichnung der Teilnehmenden.** Bei der Berufsbezeichnung war eine Mehrfachauswahl möglich. Der Großteil mit 398 Teilnehmende gab an, Psychologische Psychotherapeut\*innen zu sein und 112, noch in der Ausbildung zu Psychologischen Psychotherapeut\*innen zu sein. 40 Teilnehmende gaben an, Kinder- und Jugendpsychotherapeut\*innen zu sein und 31 noch in der Ausbildung dazu zu sein. 35 Teilnehmende gaben an, Fachärzt\*innen für Psychiatrie und Psychotherapie und 12 noch in der Ausbildung dazu zu sein. Unter den Teilnehmenden seien keine Fachärzt\*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie oder in Ausbildung dazu. Fachärzt\*innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie seien 23 und noch in der Ausbildung dazu sei eine teilnehmende Person gewesen. 26 Teilnehmende (3.8%) gaben etwas anderes an, wie z.B. „Fachärzt\*innen für Neurologie“, „Klinische Neuropsychologin mit Kassenzulassung für Neuropsychologische Therapie“, „Systemische Familientherapeutin“, „Internist“, „Fachärztin für Allgemeinmedizin“, „Sonderpädagogin“, „Ärztlicher Psychotherapeut“, „Zusatzbezeichnung tiefenpsychologische Psychotherapie“ und „Ärztliche Psychotherapeutin ohne Facharzt“.

Im Rahmen dieser Fragen gaben von den 610 Teilnehmenden 148 (24.3%) Teilnehmende an, sich während der Datenerhebung noch in Ausbildung zu befinden, während 464 (76%) Teilnehmenden angaben, ihre psychotherapeutische Ausbildung bereits

abgeschlossen zu haben. Darunter befinden sich zwei Teilnehmende (0.3%), die angaben, zwar bereits ihre psychotherapeutische Ausbildung bereits abgeschlossen, sich dennoch in einer weiteren Ausbildung zu befinden.

**Abschlussjahr der abgeschlossenen Teilnehmenden.** Die Abschlussjahre der 464 approbierten Psychotherapeut\*innen bzw. abgeschlossenen Fachärzt\*innen verteilten sich wie in Abbildung 14 dargestellt. Während bis zum Jahre 1989 neun Teilnehmende (1.7%) ihren Abschluss absolvierten, waren es von 1990 bis 1999 113 Teilnehmende (18.5%). Dabei schlossen allein im Jahre 1999 84 Teilnehmende (14.1%) ihre Ausbildung ab. Zwischen 2000 und 2009 erhielten 100 Teilnehmende (18.5%) ihren Abschluss und von 2010 bis 2019 waren es 189 Teilnehmende (31.1%). Ab dem Jahre 2020 erhielten weitere 51 Teilnehmende (8.4%) ihre Approbation bzw. Anschluss als Fach\*ärztin. Der Mittelwert liegt bei 2008.63 ( $SD = 9.9$ ) und der Median aller Abschlussjahre liegt bei 2010 (Vgl. Abbildung 14).

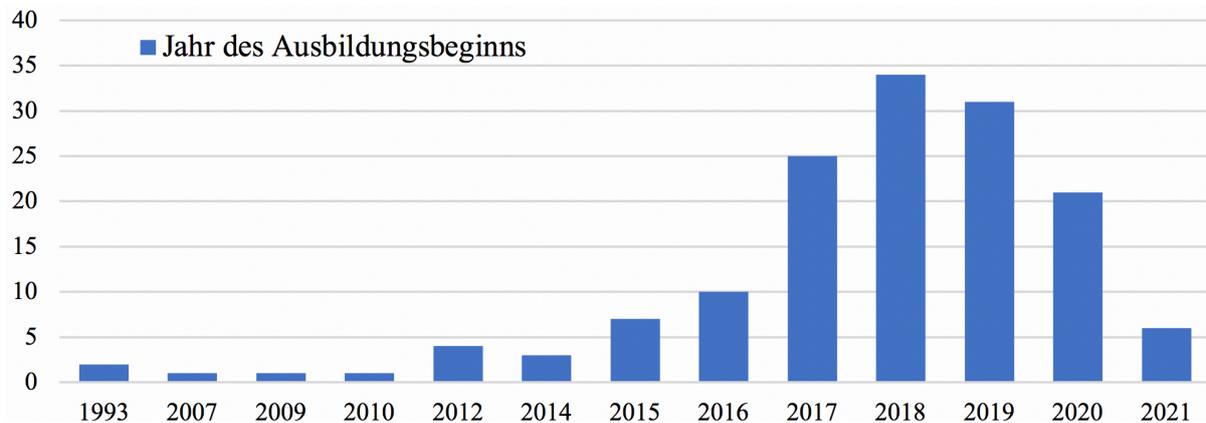
**Abbildung 14**  
*Jahre des Ausbildungsabschlusses*



**Ausbildungsbeginn der Teilnehmenden in Ausbildung.** Von den 146 Personen, die sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Ausbildung befanden und noch keine Ausbildung abgeschlossen hatten, haben zwei angegeben, ihre Ausbildung 1993, und jeweils eine weitere Person in den Jahren 2007, 2009 und 2010 begonnen zu haben. 2014 hätten drei Personen, 2015 sieben und 2016 zehn Personen mit ihrer Ausbildung begonnen. 25 Personen hätten 2017 und 34 Personen 2018 ihre Ausbildung angefangen. Weitere 31 Personen gaben an, 2019 und 21 Personen, 2020 mit ihrer Ausbildung begonnen zu haben. Erst 2021 hätten sechs

Teilnehmende ihre Ausbildung angefangen. Damit liegt der Mittelwert des Jahres des Ausbildungsbeginns bei 2017 ( $SD = 3.67$ ) und der Median bei 2018 (Vgl. Abbildung 15).

**Abbildung 15**  
*Jahre des Ausbildungsbeginns*



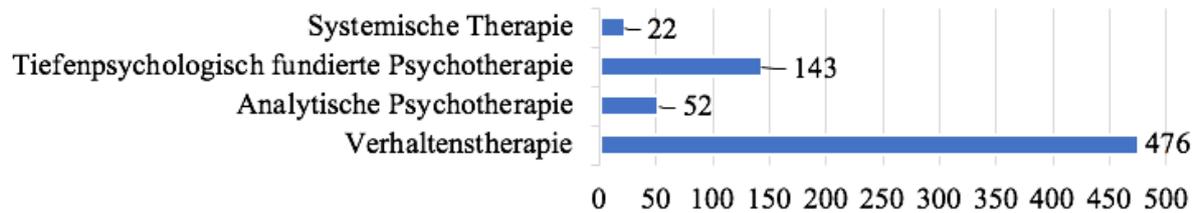
**Wahl des Richtlinienverfahrens.** Wie der Abbildung 16 zu entnehmen ist, gaben von allen Teilnehmenden ( $N = 610$ ) 476 (68.7%) an, sich bezüglich ihres Richtlinienverfahrens auf die Verhaltenstherapie spezialisiert zu haben, 52 Teilnehmende (7.5%) gaben als Richtlinienverfahren die Analytische Psychotherapie an, 143 (20.6%) die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und 22 Teilnehmende (3.2%) die Systemische Therapie an. Hierbei ist relevant, dass die Teilnehmenden auch mehrere Richtlinienverfahren auswählen konnten, weswegen die Gesamtzahl der Antworten mit 693 die Stichproben Größe  $N = 610$  übersteigt.

Während 528 Teilnehmende (86.6%) angaben, sich nur auf ein Richtlinienverfahren spezialisiert zu haben, gaben auch einige an, sich auf mehr als ein Richtlinienverfahren spezialisiert zu haben. 76 Teilnehmende (12.5%) gaben zwei Richtlinienverfahren an, drei Teilnehmende (0.5%) gaben drei Richtlinienverfahren und eine Person (0.2%) gab sogar an, sich auf alle vier psychotherapeutischen Richtlinienverfahren spezialisiert zu haben. Zwei Personen wählten bei der Frage keine der Optionen aus.

Besonders häufig trat bei den Mehrfachnennungen die Kombination der zwei Richtlinienverfahren der Analytischen Psychotherapie und der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie auf, welche von 49 Teilnehmenden angegeben wurden.

## Abbildung 16

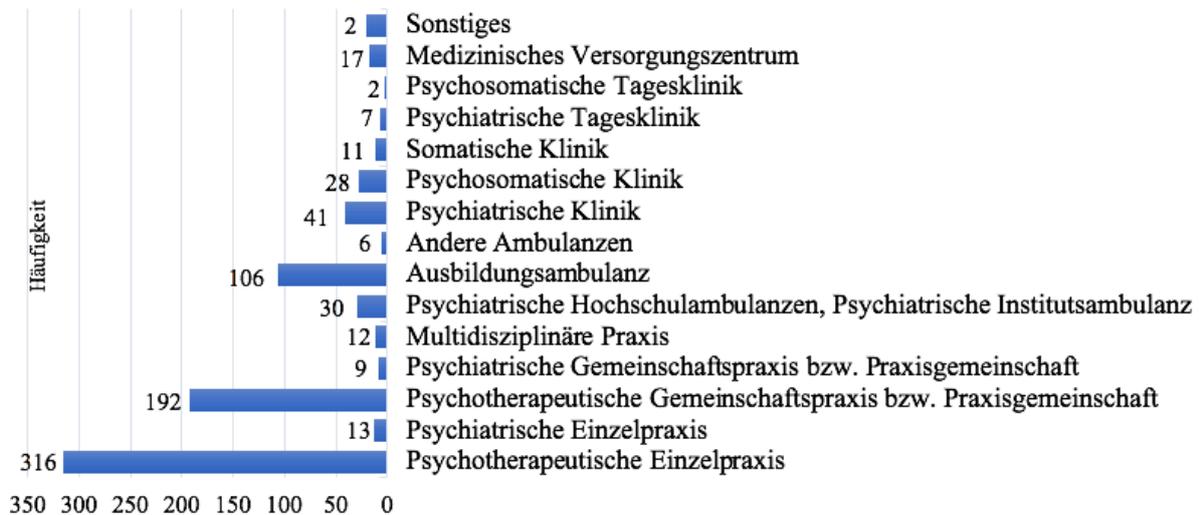
### Richtlinienverfahren der Teilnehmenden



**Einrichtung der Haupttätigkeit.** Hierbei sind die Einrichtungen, in denen die Teilnehmenden ihre Haupttätigkeit ausüben, gemeint, welche in Abbildung 17 dargestellt sind. 316 Teilnehmende (39%) gaben an in einer Psychotherapeutischen Einzelpraxis zu arbeiten, 13 (1.6%) gaben an in einer Psychiatrischen Einzelpraxis zu arbeiten, 192 (23.7%) gaben an in einer Psychotherapeutischen Gemeinschaftspraxis bzw. Praxisgemeinschaft zu arbeiten. Des Weiteren arbeiteten 9 Teilnehmende (1.1%) in einer Psychiatrischen Gemeinschaftspraxis bzw. Praxisgemeinschaft und 12 (1.5%) in einer Multidisziplinären Praxis mit psychotherapeutischem Angebot. Weitere 30 Teilnehmende (3.7%) arbeiteten in einer Psychiatrischen Hochschulambulanz oder in einer Psychiatrischen Institutsambulanz, 106 (13.1%) gaben an in einer Ausbildungsambulanz zu arbeiten, weitere 6 (0,7%) in anderen Arten von Ambulanzen. In psychiatrischen Kliniken arbeiteten 41 Teilnehmende (5.1%), in psychosomatischen Kliniken arbeiteten 28 (3.5%) und in somatischen Kliniken arbeiteten 11 (1.4%). Bezüglich der Tageskliniken arbeiteten 7 Teilnehmende (0.9%) in einer psychiatrischen Tagesklinik und zwei (0.2%) in einer psychosomatischen Tagesklinik. 17 Teilnehmende (2.1%) arbeiteten in einem Medizinischem Versorgungszentrum (MVZ mit psychotherapeutischen Angebot). 21 Teilnehmende (2.6%) gaben bei ihrer Stelle der Haupttätigkeit den Punkt „Sonstige“ an.

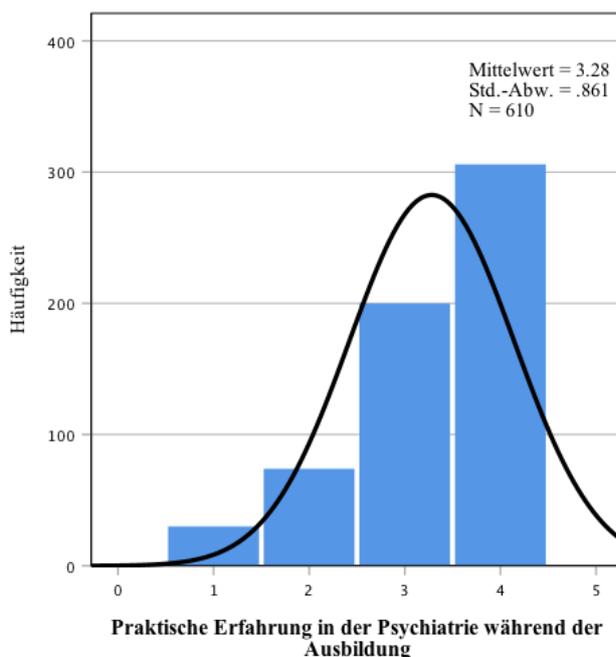
Wenngleich die Teilnehmenden bei der Frage gebeten wurden, nur ihre Haupttätigkeit anzugeben, wurden auch hier Mehrfachantworten gegeben, weswegen die Gesamtzahl der Antworten mit 811 die Stichproben Größe  $N = 610$  übersteigt.

**Abbildung 17**  
*Einrichtungen der Haupttätigkeit*



**Praktische Erfahrung in der Psychiatrie während der Ausbildung.** Auf die Frage, ob die Teilnehmenden ( $N = 610$ ) während ihrer Ausbildung praktische Erfahrung in der Psychiatrie sammeln konnten, gaben sie, wie in Abbildung 18 zu sehen, im Mittel 3.28 ( $SD = 0.86$ ) an, was im Mittel einem „etwas mehr (z.B. einen recht guten Einblick bekommen, auch selbst Patient\*innen behandelt)“ entspricht (vgl. Abbildung 18).

**Abbildung 18**  
*Praktische Erfahrung in der Psychiatrie während der Ausbildung*



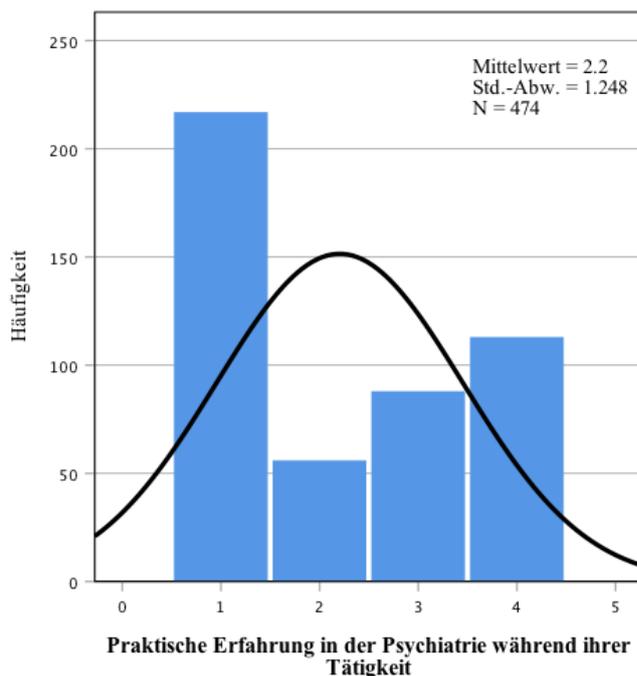
*Anmerkung.* Skala von 1 – 4; 1 = „Nein überhaupt nicht“, 2 = „Nur ein wenig (z.B. nur ein paar Einblicke gewonnen, kurz hospitiert)“, 3 = „Etwas mehr (z.B. einen recht guten Einblick bekommen, auch selbst Patient\*innen behandelt)“, 4 = „Ja sehr viel“.

### **Praktische Erfahrung in der Psychiatrie während der Tätigkeit nach Ausbildung.**

Wie in Abbildung 19 zu sehen, gaben die Teilnehmenden, welche ihre Ausbildung bereits abgeschlossen haben ( $n = 474$ ) auf die Frage, ob sie während ihrer Tätigkeit nach ihrer Ausbildung praktische Erfahrung in der Psychiatrie sammeln konnten im Mittel 2.2 ( $SD = 1.25$ ) an. Dies entsprach im Mittel einem „Nur ein wenig (z.B. nur ein paar Einblicke gewonnen, kurz hospitiert)“.

#### **Abbildung 19**

*Praktische Erfahrung in der Psychiatrie während der Tätigkeit*



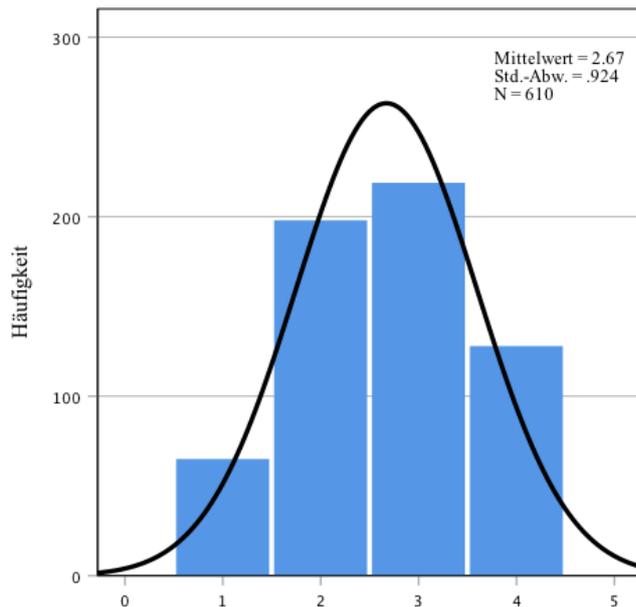
*Anmerkung.* Skala von 1 – 4; 1 = „Nein überhaupt nicht“, 2 = „Nur ein wenig (z.B. nur ein paar Einblicke gewonnen, kurz hospitiert)“, 3 = „Etwas mehr (z.B. einen recht guten Einblick bekommen, auch selbst Patient\*innen behandelt)“, 4 = „Ja sehr viel“.

### **Erfahrung in der Behandlung schizophrener Störungen während der Ausbildung.**

Auf die Frage, ob die Teilnehmenden ( $N = 610$ ) während ihrer Ausbildung praktische Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen sammeln konnten, gaben sie, wie in Abbildung 20 zu sehen, im Mittel 2.67 ( $SD = 0.92$ ) an, was im Mittel einem „etwas mehr (z.B. einen recht guten Einblick bekommen, auch selbst Patient\*innen behandelt)“ entsprach.

## Abbildung 20

Behandlungserfahrung bei schizophrenen Störungen während der Ausbildung



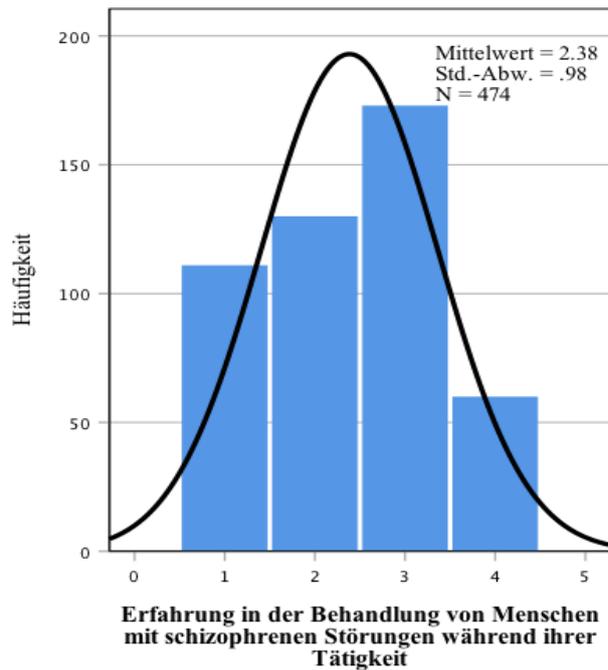
**Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen während der Ausbildung**

*Anmerkung.* Skala von 1 – 4; 1 = „Nein überhaupt nicht“, 2 = „Nur ein wenig (z.B. nur ein paar Einblicke gewonnen, kurz hospitiert)“, 3 = „Etwas mehr (z.B. einen recht guten Einblick bekommen, auch selbst Patient\*innen behandelt)“, 4 = „Ja sehr viel“.

**Erfahrung in der Behandlung schizophrener Störungen während der Tätigkeit nach Ausbildung.** Auf die Frage, ob die abgeschlossenen Teilnehmenden ( $n = 474$ ) während ihrer Tätigkeit nach ihrer Ausbildung praktische Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen sammeln konnten, gaben sie im Mittel 2.38 ( $SD = 0.98$ ) an. Das entsprach im Mittel einem „Nur ein wenig (z.B. nur ein paar Einblicke gewonnen, kurz hospitiert)“ (vgl. Abbildung 21).

## Abbildung 21

Behandlungserfahrung bei schizophrenen Störungen während der Tätigkeit



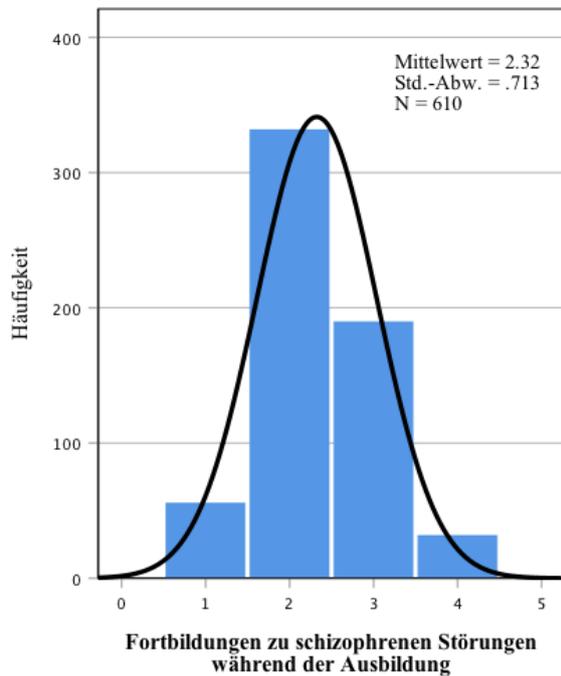
*Anmerkung.* Skala von 1 – 4; 1 = „Nein überhaupt nicht“, 2 = „Nur ein wenig (z.B. nur ein paar Einblicke gewonnen, kurz hospitiert)“, 3 = „Etwas mehr (z.B. einen recht guten Einblick bekommen, auch selbst Patient\*innen behandelt)“, 4 = „Ja sehr viel“.

**Fortbildungen zu schizophrenen Störungen während der Ausbildung.** Auf die Frage, ob die Teilnehmenden ( $N = 610$ ) während ihrer Ausbildung Fortbildungen zu schizophrenen Störungen besuchten, gaben sie im Mittel 2.32 ( $SD = 0.71$ ) an, was im Mittel einem „nur wenige (z.B. nur wenige, kurze oder sehr oberflächliche Fortbildungen)“ entsprach (vgl. Abbildung 22).

**Fortbildungen zu schizophrenen Störungen während ihrer Tätigkeit nach ihrer Ausbildung.** Auf die Frage, ob die Teilnehmenden, welche ihre Ausbildung bereits abgeschlossen haben ( $n = 474$ ), während ihrer Tätigkeit nach ihrer Ausbildung Fortbildungen zu schizophrenen Störungen besuchten, gaben sie im Mittel 1.81 ( $SD = 0.84$ ) an. Das entsprach im Mittel einem „nur wenige (z.B. nur wenige, kurze oder sehr oberflächliche Fortbildungen)“ (vgl. Abbildung 23).

## Abbildung 22

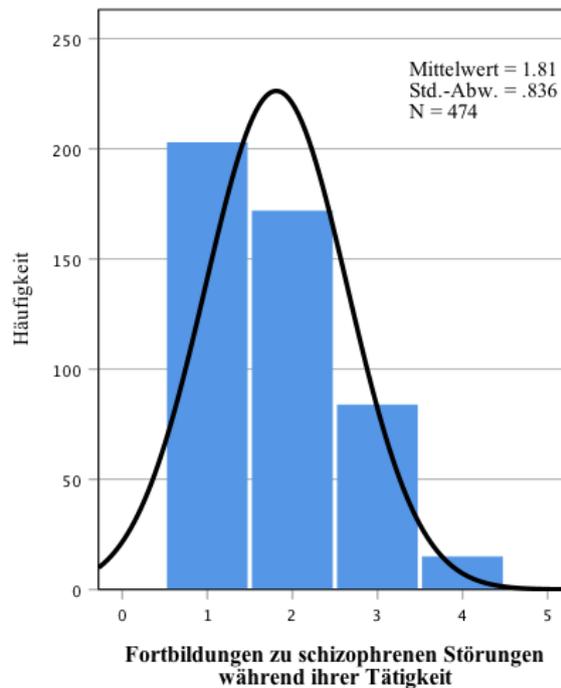
Fortbildungen zu schizophrenen Störungen während der Ausbildung



Anmerkung. Skala von 1 – 4; 1 = „Überhaupt keine“, 2 = „Nur wenige (z.B. nur wenige, kurze oder sehr oberflächliche Fortbildungen)“, 3 = „Mehrere (z.B. einige, intensivere und hilfreiche Fortbildungen)“, 4 = „Sehr viele“.

## Abbildung 23

Fortbildungen zu schizophrenen Störungen während der Tätigkeit



Anmerkung. Skala von 1 – 4; 1 = „Überhaupt keine“, 2 = „Nur wenige (z.B. nur wenige, kurze oder sehr oberflächliche Fortbildungen)“, 3 = „Mehrere (z.B. einige, intensivere und hilfreiche Fortbildungen)“, 4 = „Sehr viele“.

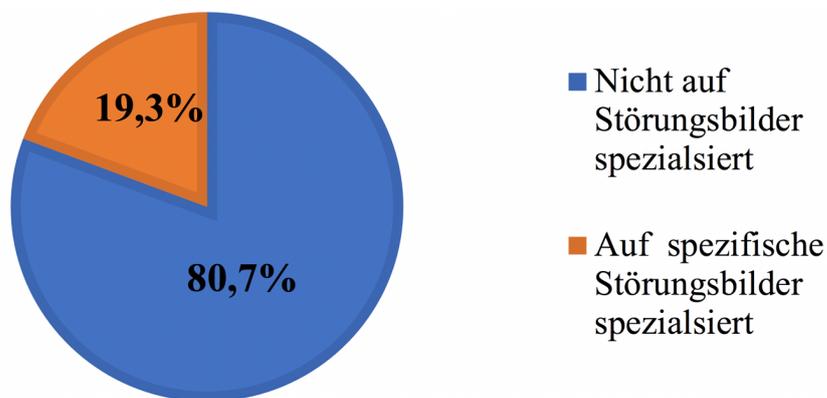
### 3.1.2 Allgemeine sowie spezifische Behandlungsfragen zu schizophrenen Störungen

Im Folgenden werden die Antworten der Befragten zu deren allgemeiner psychotherapeutischer Behandlung und Tätigkeit aufgeführt. Darauf folgen Darstellungen der Antworten zu der spezifischen Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen.

**Spezialisierung auf Störungsbilder.** Auf die Frage, ob sich die Teilnehmenden auf die Behandlung spezifischer Störungsbilder spezialisierten, antworteten von den 610 Teilnehmenden 492 (80.7%) mit „Nein“ und 118 (19.3%) mit „Ja“, wie in Abbildung 24 zu sehen.

**Abbildung 24**

*Anteil der Teilnehmenden, die sich auf Störungsbilder spezialisierten*



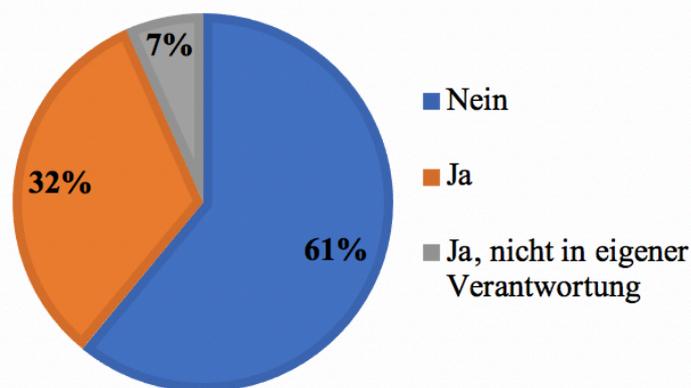
In einem offenen Antwortformat konnten die Teilnehmenden angeben, auf welches Störungsbild sie sich spezialisiert haben. 73 Teilnehmende spezialisierten sich auf „Posttraumatische Belastungsstörungen und weitere Traumafolgestörungen“, davon 18 auf „Komplexe posttraumatische Belastungsstörungen“. Weitere 27 Teilnehmende haben sich auf „Depressionen“, vier davon auf „chronische Depressionen“, 25 auf „Persönlichkeitsstörungen“, neun davon auf „Borderline-Persönlichkeitsstörungen“ spezialisiert. Auf „Angst- und Panikstörungen“ spezialisierten sich 21. Auf „Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis“ gaben 13 Teilnehmende eine Spezialisierung an. Zwölf Therapeut\*innen spezialisierten sich auf „Essstörungen“, zehn auf „Zwangsstörungen“ und weitere acht auf „Abhängigkeitserkrankungen“. Auf „Onkologische Erkrankungen und Psychoonkologie“ legten sieben Teilnehmende ihre Spezialisierung. Weitere sechs Teilnehmende fokussierten sich bei ihrer therapeutischen Arbeit auf „Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen“, fünf auf „Chronische Schmerzstörungen“ und weitere fünf auf

„Psychische Erkrankungen bei körperlichen Erkrankungen“, vier auf „Bipolare affektive Störungen“, vier auf „Autismus-Spektrum-Störungen“, drei auf „Somatoforme Störungen“, drei auf „Dissoziative Identitätsstörungen“, zwei auf „Tinnitus“, zwei auf „Neuropsychologische Störungsbilder“, und weitere zwei auf „Störungsbilder im Zusammenhang mit schweren lebensgeschichtlichen Veränderungen (Schwangerschaft, Geburt, Todesfall)“. Auf folgende Störungsbilder gab außerdem jeweils eine weitere Person an, sich spezialisiert zu haben: „Transidentität“, „Störungen durch Hochbegabung“, „Intelligenzminderung“, „Long Covid und Post Covid“ sowie auf die „Behandlung von Gesundheitsversorgenden“.

**Ausschluss von Störungsbildern.** Wie in Abbildung 25 zu sehen, antworteten auf die Frage nach dem Ausschluss spezifischer Störungsbilder von den 610 Teilnehmenden 372 (61%) mit „Nein“, 198 Teilnehmende (32%) mit „Ja“ und 40 (7%) mit „Ja, nicht in eigener Verantwortung“.

#### Abbildung 25

*Anteil der Teilnehmenden, die Störungsbilder ausschließen*



Im offenen Antwortformat konnten die Teilnehmenden die Störungsbilder angeben, die sie nach eigener Entscheidung ausschlossen. Hierbei gaben 105 Therapeut\*innen an, „Abhängigkeitserkrankungen“, 70 „Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis“ und 52 „Essstörungen“ auszuschließen. Weitere 37 Teilnehmende schlossen „Persönlichkeitsstörungen“ und neun Therapeut\*innen schlossen die Behandlung von „Sexualstraftäter\*innen, anderen Straftäter\*innen oder forensische Patient\*innen“ aus. „Posttraumatische Belastungsstörungen“ wurden von neun, die „komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen“ von weiteren fünf und „Zwangsstörungen“ von acht Teilnehmenden

ausgeschlossen. Sechs Teilnehmende gaben an, „Autismus-Spektrum-Störungen“, vier „Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen“ und drei Teilnehmende „akute Suizidalität oder Autoaggression“ auszuschließen. Jeweils zwei Teilnehmende schlossen außerdem „Bipolare Störungen“ und „Störungen bei Sexualpräferenzen“ aus. Bei folgenden Störungsbildern gab außerdem jeweils eine weitere Person an, diese von ihrer Behandlung explizit auszuschließen: Je einmal „Angststörungen“, „Dissoziative Identitätsstörungen“, „Entwicklungsstörungen“, „Körperliche Erkrankungen“, „Lernbehinderung“, „Schmerzstörungen“, „akute Traumatisierung“, „sexuelle Funktionsstörung“, „Somatisierungsstörung“, „soziale Phobien“, „Störung des Sozialverhaltens“, „Tinnitus“ oder „Transsexualität“ an.

Therapeut\*innen, die angaben, aufgrund ihrer Institution oder Vorgaben ihrer Einrichtung spezifische Störungsbilder auszuschließen, gaben folgende Störungsbilder an: 22 Teilnehmende mussten „Abhängigkeitserkrankungen“ ausschließen, weitere 15 „Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis“ und 10 Teilnehmende Patient\*innen mit Aspekten der „Suizidalität beziehungsweise Selbst- oder Fremdgefährdung“. „Persönlichkeitsstörungen“ mussten fünf Teilnehmende und „Posttraumatische Belastungsstörungen“ vier ausschließen.

Bei folgenden Störungsbildern gab jeweils eine Person an, sie nicht aus eigener Verantwortung auszuschließen: Jeweils eine „bipolare Störung“, „Onkologie“, „Schmerzstörungen“, „Patient\*innen mit absehbarem Klinikaufenthalt“, „Essstörungen“, „organische psychische Störung“, „Intelligenzminderung“ und „Transsexualität“.

### **Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen Psychotherapie anzubieten.**

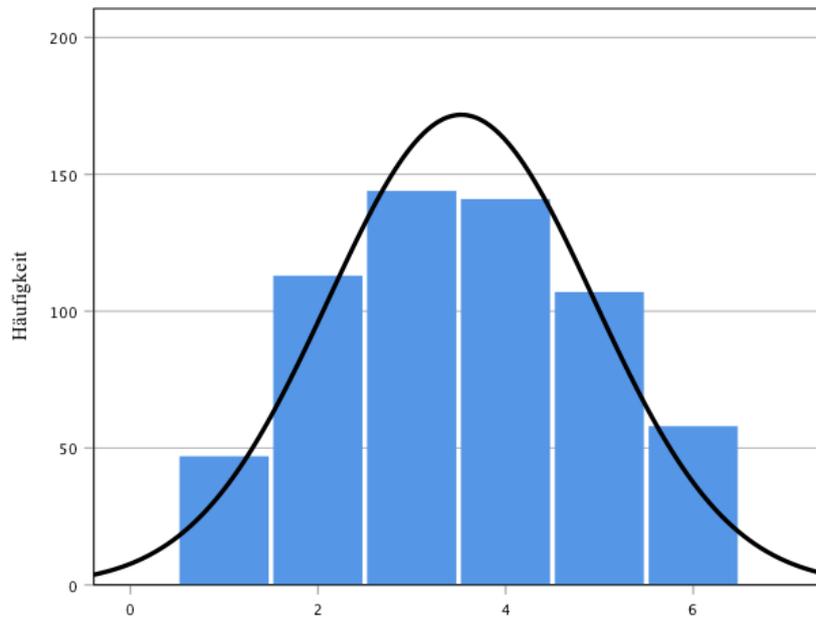
Auf die Frage, wie die Teilnehmenden ( $N = 610$ ) ihre Bereitschaft einschätzen, Menschen mit schizophrenen Störungen (ICD-10: F2x) Psychotherapie anzubieten, gaben diese im Mittel eine Bereitschaft von 3.53 mit einer Standardabweichung  $SD = 1.42$  an. Wie in Abbildung 26 gezeigt, verteilten sich die Antworten normalverteilt um 3.5.

### **Bereitschaft, Menschen mit einer depressiven Episode Psychotherapie anzubieten.**

Auf die Frage, wie die Teilnehmenden ( $N = 610$ ) ihre Bereitschaft einschätzen, Menschen mit einer depressiven Episode (ICD-10: F32) Psychotherapie anzubieten, gaben diese im Mittel eine Bereitschaft von 5.64 mit einer Standardabweichung von 0.8 an. Wie in Abbildung 27 gezeigt, wiesen die Antworten eine starke linksschiefe Verteilung auf.

### Abbildung 26

*Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln*

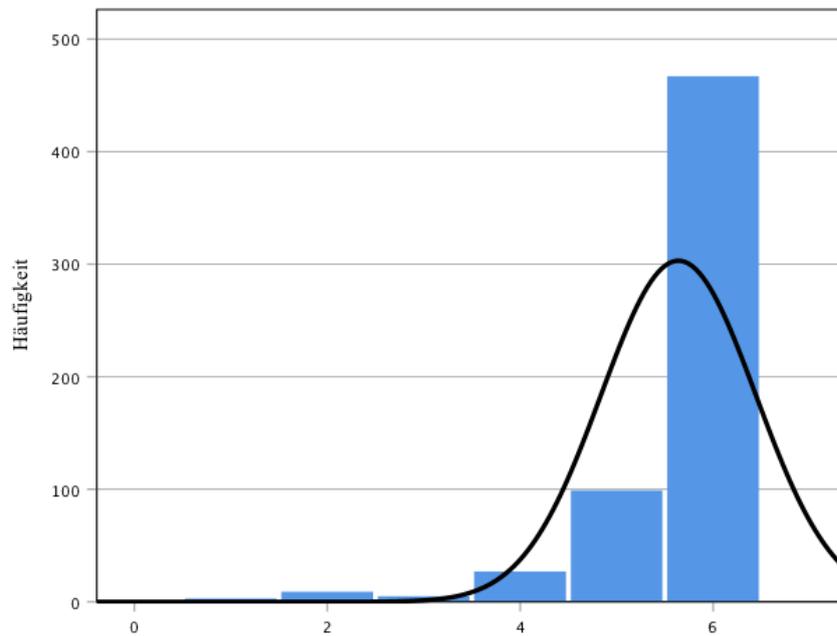


**Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln**

*Anmerkung. Skala von 1 – 6; 1 = „Sehr gering“, 6 = „Sehr groß“.*

### Abbildung 27

*Bereitschaft, Menschen mit depressiven Störungen zu behandeln*



**Bereitschaft, Menschen mit depressiven Störungen zu behandeln**

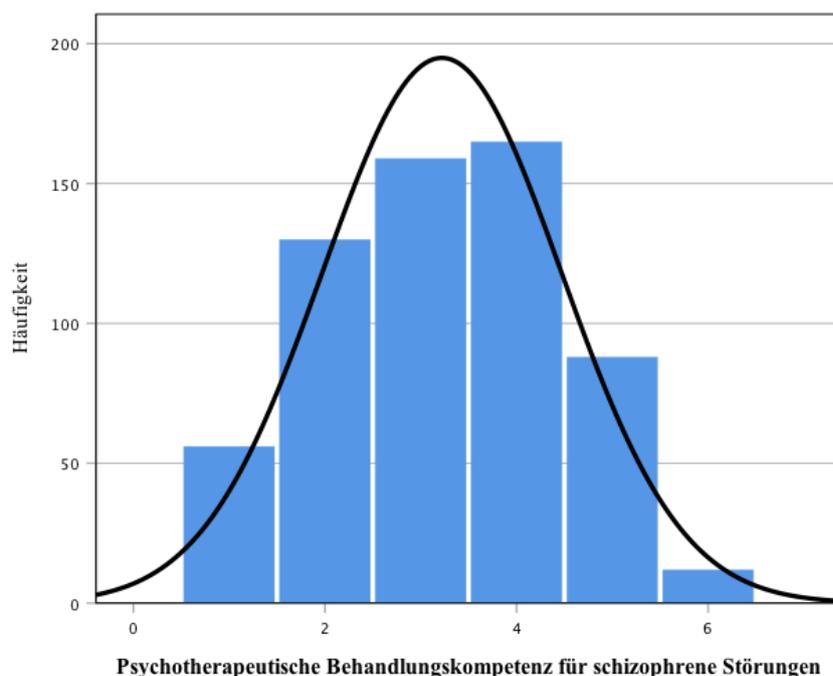
*Anmerkung. Skala von 1 – 6; 1 = „Sehr gering“, 6 = „Sehr groß“.*

### Subjektive psychotherapeutische Behandlungskompetenz für schizophrene Störungen.

Die Teilnehmenden ( $N = 610$ ) gaben bezüglich ihrer psychotherapeutischen Behandlungskompetenz für schizophrene Störungen (ICD-10: F2x) zwischen 1 und 6 im Mittel eine Kompetenz von 3.22 mit einer Standardabweichung von 1.25 an (vgl. Abbildung 28).

#### Abbildung 28

*Psychotherapeutische Behandlungskompetenz für schizophrene Störungen*



Anmerkung. Skala von 1 – 6; 1 = „Sehr gering“, 6 = „Sehr groß“.

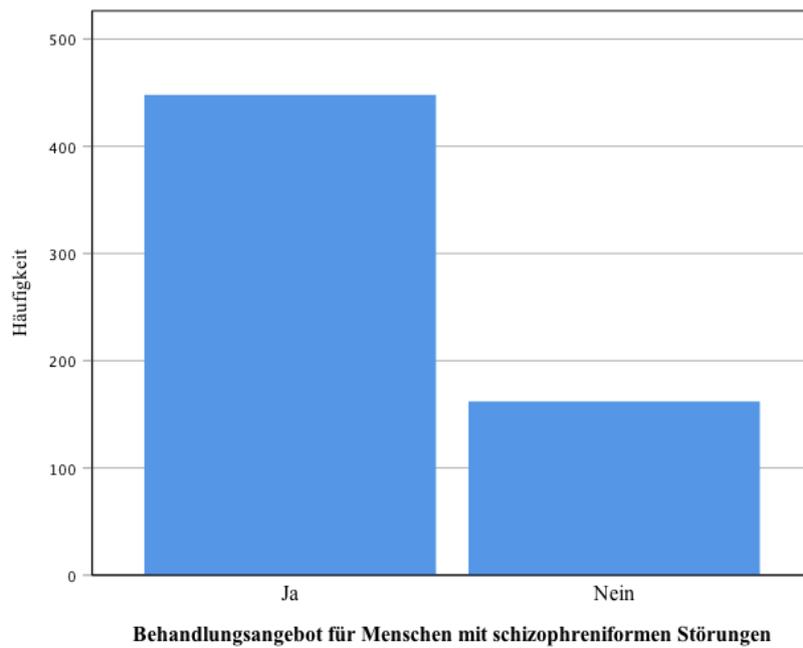
**Behandlungsangebot für Menschen mit schizophrenen Störungen.** Auf die Frage, ob Sie Menschen mit schizophrenen Störungen ein Behandlungsangebot machen, gaben 448 Teilnehmende (73,4%) „Ja“ und 162 Teilnehmende (26,6%) „Nein“ an ( $N = 610$ , vgl. Abbildung 29).

**Anzahl der während der psychotherapeutischen Arbeit behandelten Patient\*innen.** Auf die Frage, wie viele Patient\*innen die Teilnehmenden ( $N = 610$ ) während ihrer bisherigen psychotherapeutischen Arbeit behandelt haben, gaben 89 Teilnehmende (14,6%) an, bisher noch keine Patient\*innen mit schizophrenen Störungen behandelt zu haben. Wie in Abbildung 30 zu sehen, haben 331 (54,3%) angegeben „1 – 10 Patient\*innen“, 102 (16,7%) „11- 20 Patient\*innen“ behandelt zu haben. Weitere 57 (9,3%) gaben an bisher „21 – 50 Patient\*innen“ und 19 (3,1%) Teilnehmende gaben an „51 – 100 Patient\*innen“ behandelt zu haben. Zwölf Teilnehmende (2,0%) berichteten mit „>100“ über 100 Patient\*innen mit

schizophrenen Störungen in Behandlung gehabt zu haben. Damit gab die Mehrheit der Teilnehmenden an, bisher nur ein bis zehn Patient\*innen in ihrer bisherigen psychotherapeutischen Tätigkeit behandelt zu haben.

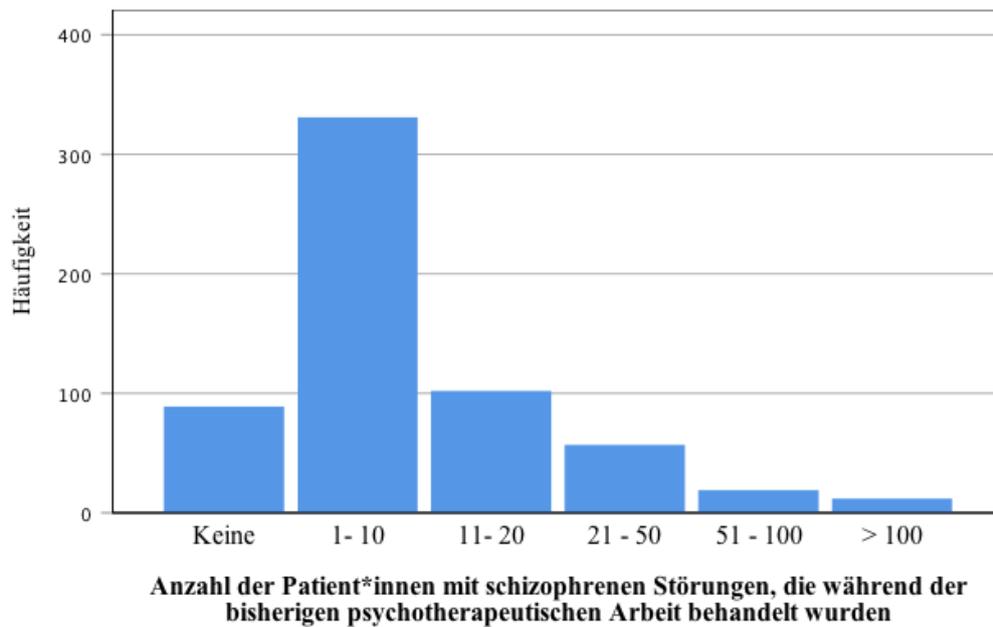
### Abbildung 29

*Behandlungsangebot für Menschen mit schizophrenen Störungen*



### Abbildung 30

*Anzahl der behandelten Patient\*innen mit schizophrenen Störungen*

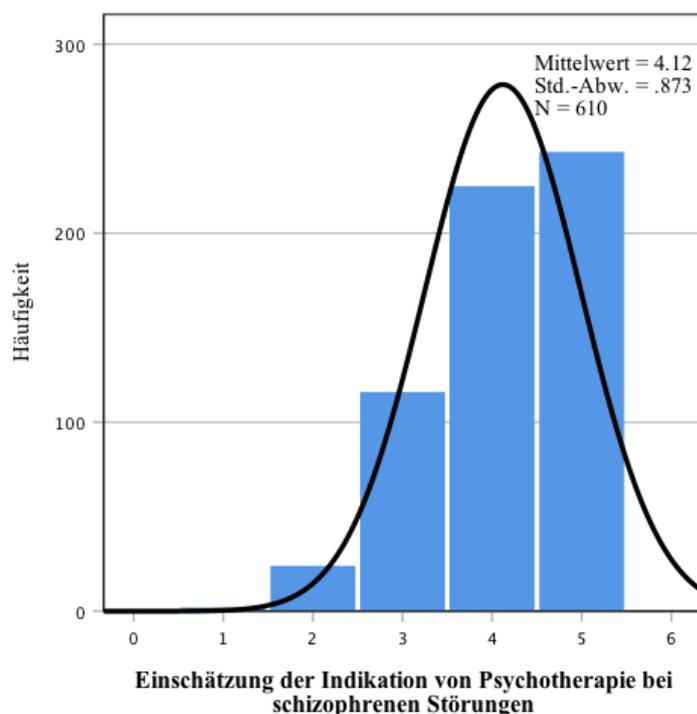


### Einschätzung der Indikation von Psychotherapie bei schizophrenen Störungen.

Auf die Frage, ob die Teilnehmenden ( $N = 610$ ) Psychotherapie bei schizophrenen Störungen generell als indiziert ansehen gaben sie im Mittel 4.12. ( $SD = 0.87$ ) an, wie in Abbildung 31 zu sehen. Untergliedert in die unterschiedlichen Phasen der Erkrankung gaben sie bezüglich der Indikation der Psychotherapie bei „produktiv psychotischer Positiv-Symptomatik“ im Mittel 2.44 ( $SD = 1.23$ ), bei „Negativ-Symptomatik“ 4.31 ( $SD = 0.9$ ) und bei „Residual-Symptomatik“ ein Mittelwert von 4.12 ( $SD = 0.87$ ) an.

#### Abbildung 31

*Einschätzung der Indikation von Psychotherapie bei schizophrenen Störungen*

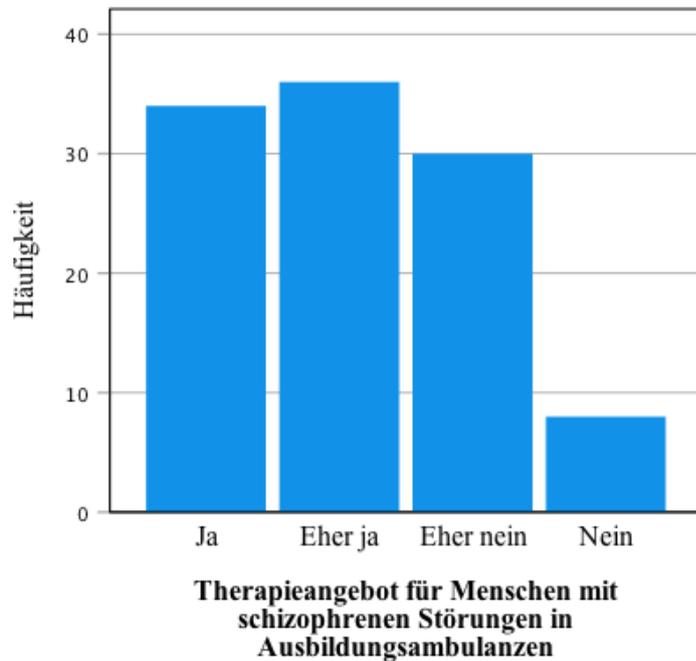


Anmerkung. Skala von 1 – 5; 1 = „Nicht indiziert“, 5 = „Generell indiziert“.

**Therapieangebot für Menschen mit schizophrenen Störungen in Ausbildungsambulanzen.** Auf die Frage, ob die Ausbildungsambulanzen der Teilnehmenden in der Ausbildung zu psychologischen Psychotherapeut\*innen ( $n = 133$ ) Menschen mit schizophrenen Störungen generell Psychotherapie anbieten gaben 25 „weiß ich nicht“ an. Von denen, die eine Einschätzung trafen gaben 34 Teilnehmende „ja“ (31.5%), 36 „eher ja“ (33.3%), 30 „eher nein“ (27.8%) und acht Teilnehmende „nein“ (7.4%) an (vgl. Abbildung 32).

### Abbildung 32

*Therapieangebot für Menschen mit schizophrenen Störungen in Ausbildungsambulanzen*



#### **3.1.3 Barrieren in der Behandlung von Patient\*innen mit schizophrenen Störungen.**

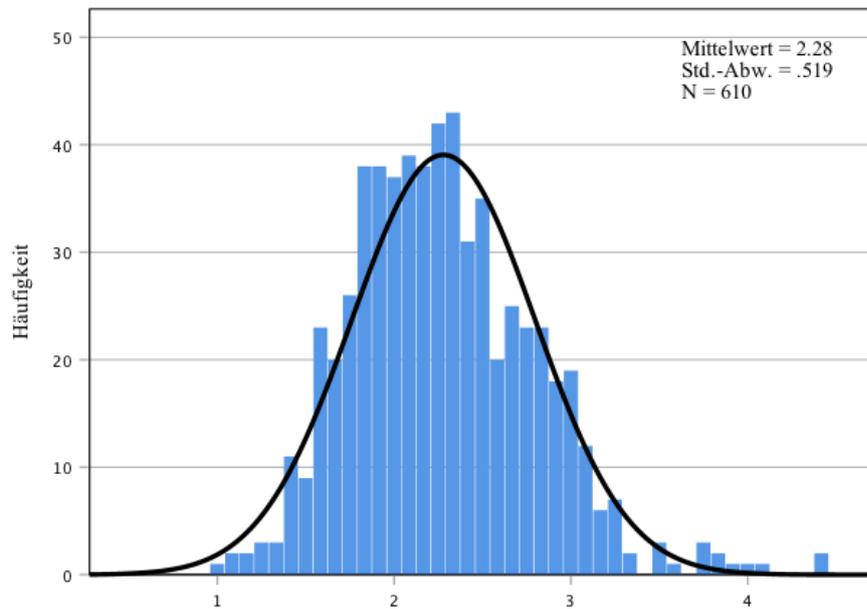
Im Folgenden soll auf die Angaben zu den drei Barrieregruppen eingegangen werden. Dafür wurden anhand der Antworten aller Teilnehmenden ( $N = 610$ ) jeweils der Mittelwert aus den jeweilig zugehörigen Items berechnet. Darüber hinaus werden die einzelnen Items mit den jeweiligen Mittelwerten und der jeweiligen Standardabweichung in Tabelle 4 dargestellt.

**Persönlich-therapiebezogene Einstellungen gegenüber Patient\*innen mit schizophrenen Störungen.** Der Mittelwert für die Barrieren *Persönlich-therapiebezogene Einstellungen gegenüber Patient\*innen mit schizophrenen Störungen* war 2.28 ( $SD = 0.52$ ) (vgl. Abbildung 33). Die Mittelwerte der einzelnen Items rangierten zwischen 1.41 ( $SD = 0.79$ ) und 3.42 ( $SD = 1.01$ ). Die weiteren einzelnen Mittelwerte und deren Standardabweichungen der zugehörigen Items sind der Tabelle 4 zu entnehmen.

**Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren der Psychotherapeut\*innen.** Der Mittelwert für die Barrieren *Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren der Psychotherapeut\*innen* war 3.26 ( $SD = 0.85$ ) (Vgl. Abbildung 34). Die Mittelwerte der einzelnen Items rangierten zwischen 2.85 ( $SD = 1.25$ ) und 3.65 ( $SD = 1.17$ ). Die weiteren einzelnen Mittelwerte und deren Standardabweichungen der zugehörigen Items sind der Tabelle 4 zu entnehmen.

### Abbildung 33

Therapiebezogene Einstellungen gegenüber Patient\*innen mit schizophrenen Störungen

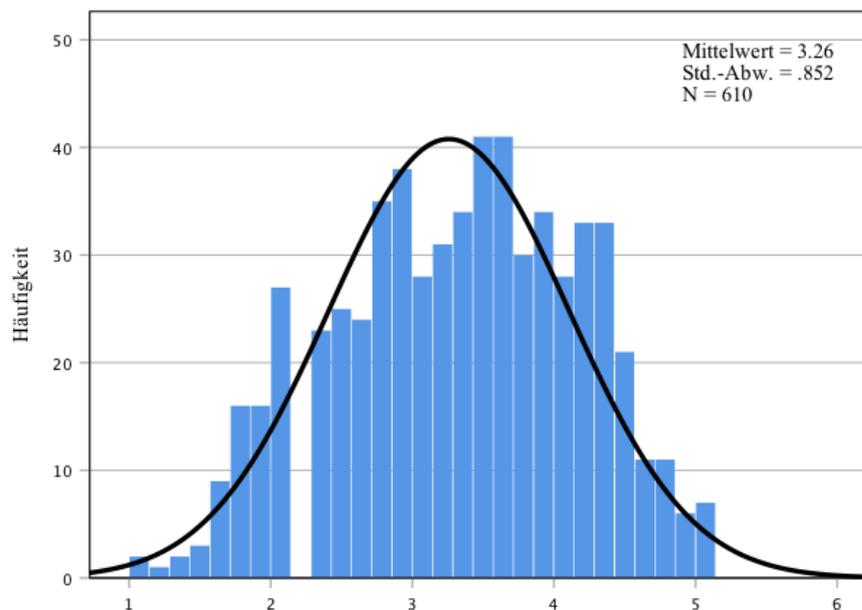


**Barrieren: Persönliche therapiebezogene Einstellungen gegenüber Patient\*innen mit schizophrenen Störungen**

Anmerkung. Die Mittelwert-Range ist 1 – 5; 1 = „Trifft überhaupt nicht zu“, 5 = „Trifft vollkommen zu“; höhere Werte stehen für größer ausgeprägte Barrieren.

### Abbildung 34

Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren der Psychotherapeut\*innen



**Barrieren: Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren der Psychotherapeut\*innen**

Anmerkung. Die Mittelwert-Range ist 1 – 5; 1 = „Trifft überhaupt nicht zu“, 5 = „Trifft vollkommen zu“; höhere Werte stehen für größer ausgeprägte Barrieren.

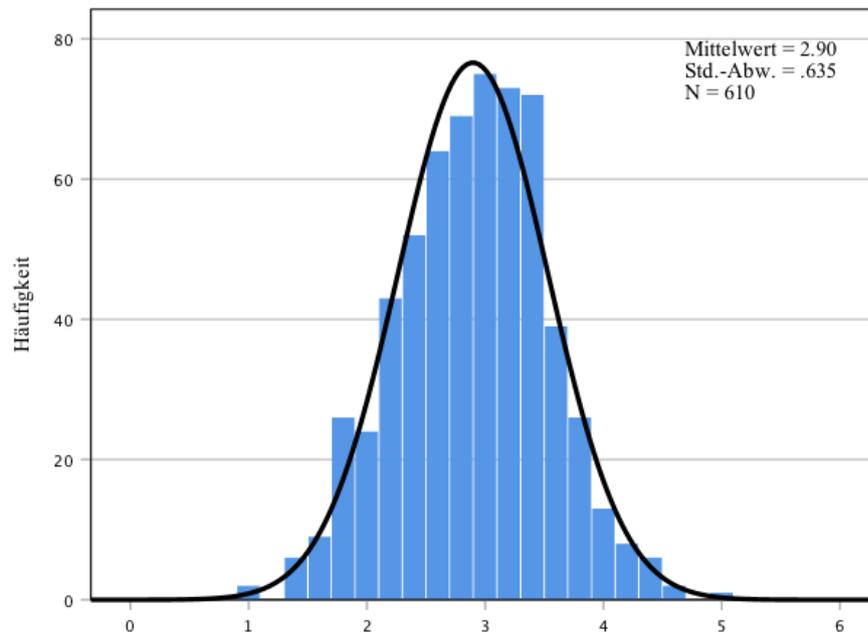
**Tabelle 4***Drei Barriere-Arten mit Mittelwerten und Standardabweichungen der jeweiligen Items*

	<i>M</i>	<i>SD</i>
<b>1. Barrieren: <i>Persönlich-therapiebezogene Einstellungen</i></b>		
Die medikamentöse Behandlung ist bei diesen Störungen viel wichtiger als Psychotherapie	3.42	1.01
Die allgemeine Prognose dieser Störungen ist heutzutage immer noch schlecht	2.78	0.96
Die psychotherapeutische Behandlung ist wenig aussichtsreich	2.01	0.84
Bei diesen Störungen habe ich bei der Therapie Sicherheitsbedenken	2.28	1.18
In der Behandlung dieser Störungen erfahre ich Selbstwirksamkeit (invertiert)	3.16	0.98
Ich finde die Behandlung dieser Störungen spannend, interessant oder abwechslungsreich (invertiert)	2.66	1.17
Menschen mit diesen Störungen leben sowieso in ihrer eigenen Welt	1.66	0.84
Ich kann für Menschen mit diesen Störungen nicht so viel Empathie aufbringen	1.41	0.79
Menschen mit diesen Störungen haben nicht ausreichend Krankheitseinsicht für Psychotherapie	2.22	0.92
Das häufig ungepflegte Erscheinungsbild und mangelnde Körperhygiene von Menschen mit diesen Störungen schrecken mich ab	2.12	1.10
Ich sehe meinen Versorgungsauftrag darin, Menschen unabhängig von ihrer Diagnose zu behandeln (invertiert)	2.04	1.15
Haben Sie eine persönliche Abneigung mit Menschen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis zu arbeiten?	1.58	0.87
<b>2. Barrieren: <i>Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren</i></b>		
Bei der Therapie wäre ich in einer Notfallsituation überfordert	2.85	1.25
Bei Menschen mit diesen Störungen fällt mir die Einschätzung von Selbstgefährdung schwer	3.00	1.16
Bei Menschen mit diesen Störungen fällt mir die Einschätzung von Fremdgefährdung schwer	2.95	1.16
Bräuchten Sie mehr fachliche Kompetenz?	3.65	1.17
Verfügen Sie über ausreichend Erfahrung für die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis? (invertiert)	3.43	1.19
Bräuchten Sie mehr störungsspezifische Fortbildungs- und/oder Supervisionsangebote?	3.65	1.07
Haben Sie ausreichend Kenntnis über die Empfehlungen der aktuellen Behandlungsleitlinien für Schizophrenie? (z.B. S3-Leitlinie der DGPPN) (invertiert)	3.29	1.16
<b>3. Barrieren: <i>Strukturelle Barrieren</i></b>		
Spielen Probleme in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen (v.a. Psychiater*innen, Sozialdiensten, etc.) eine Rolle?	3.43	1.10
Bekämen Sie ausreichend Anfragen für Psychotherapie von Menschen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis? (invertiert)	3.75	1.13
Befürchten Sie zu viele Ausfälle der Stunden/ Unzuverlässigkeit der Patient*innen?	2.76	1.18
Haben Sie Bedenken, dass die Krankenkasse Ihre Anträge für Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis nicht genehmigen könnte?	2.13	1.30
Spielen Probleme bei dem Einbezug der Angehörigen in die Therapie eine Rolle? (Zeitmangel, Aufwand, etc.)	2.42	1.20

<sup>1</sup> Die Antworten wurden mittels einer 5-Punkt-Likert-Skala erhoben von 1 = „Stimme ich überhaupt nicht zu“ und 5 = „Stimme ich völlig zu“

**Strukturelle Barrieren.** Der Mittelwert für die Barrierengruppe *Strukturelle Barrieren* ist 2.90 ( $SD = 0.64$ ) (vgl. Abbildung 35). Die Mittelwerte der einzelnen Items rangierten zwischen 2.13 ( $SD = 1.30$ ) und 3.75 ( $SD = 1.13$ ). Die weiteren einzelnen Mittelwerte und deren Standardabweichungen der zugehörigen Items sind der Tabelle 4 zu entnehmen.

**Abbildung 35**  
*Strukturelle Barrieren*



**Barrieren: Subjektiv erlebte strukturelle Barrieren**

*Anmerkung.* Die Mittelwert-Ränge ist 1 – 5; 1 = „Trifft überhaupt nicht zu“, 5 = „Trifft vollkommen zu“; höhere Werte stehen für größer ausgeprägte Barrieren.

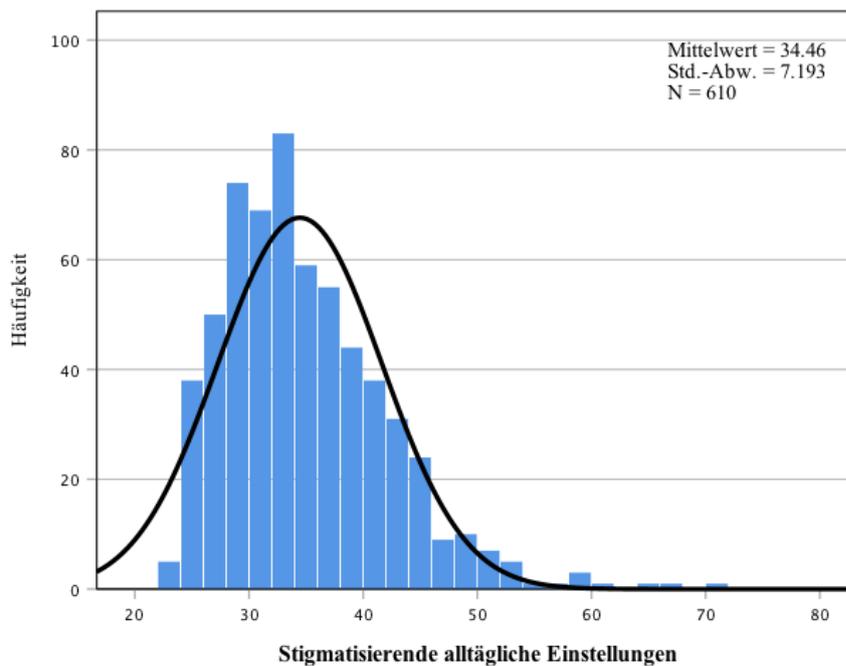
### 3.1.4 Stigmatisierende Einstellungen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen

Bezüglich der stigmatisierenden alltäglichen Einstellungen von Psychotherapeut\*innen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen, die mittels des Stereotype-Fragebogens erhoben wurden, ergaben die Antworten aller Teilnehmenden ( $N = 610$ ) einen mittleren Summenscore von 34.46 ( $SD = 7.19$ ) mit einem Minimum von 23 und einem Maximum von 70 (vgl. Abbildung 36).

Bei Betrachtung der vier Komponenten alltäglicher stigmatisierender Einstellungen, war die Komponente mit dem niedrigsten Mittelwert *Zuweisung von Verantwortung* mit 1.08 ( $SD = 0.18$ ). Die nächsthöhere Komponente war *Gefährlichkeit* mit einem Mittelwert von 1.36 ( $SD = 0.36$ ) und die Komponente mit dem dritthöchsten Mittelwert war

Unberechenbarkeit/Inkompetenz mit von 1.72 ( $SD = 0.61$ ). Die Komponente mit dem höchsten Mittelwert von 2.04 ( $SD = 0.63$ ) war die der *Schlechten Prognose*. Die Mittelwerte und Standardabweichung der einzelnen Items sind Tabelle 5 zu entnehmen.

**Abbildung 36**  
*Stigmatisierende alltägliche Einstellungen*



*Anmerkung.* Die Summenscore-Ränge ist zwischen 23 und 115; höhere Werte stehen für stärker ausgeprägte stigmatisierende alltägliche Einstellungen.

**Tabelle 5***Items der Stigmatisierenden alltäglichen Einstellungen*

	<i>M</i>	<i>SD</i>
<b><i>Gefährlichkeit</i></b>		
Menschen mit schizophrenen Störungen begehen besonders brutale Verbrechen.	1.57	0.81
Würden alle Menschen mit schizophrenen Störungen in geschlossene Abteilungen eingewiesen, könnte die Zahl der Gewaltverbrechen deutlich reduziert werden.	1.18	0.47
Das Einzige, was man mit Menschen mit schizophrenen Störungen machen kann, ist, sie für eine lange Zeit in ein Krankenhaus zu stecken.	1.08	0.33
Die meisten Sexualverbrechen werden von Menschen mit schizophrenen Störungen begangen.	1.10	0.37
In den letzten Jahren hat die Zahl der Gewaltverbrechen, die von Menschen mit schizophrenen Störungen begangen werden, immer mehr zugenommen.	1.23	0.55
Menschen mit schizophrenen Störungen sind eine große Gefahr für kleine Kinder.	1.44	0.74
Nur wenige gefährliche Kriminelle haben schizophrene Störungen. (invertiert)	1.95	1.18
<b><i>Zuweisung von Verantwortung</i></b>		
Jede*r, der/die an einer schizophrenen Störung erkrankt, ist ein Versager.	1.02	0.15
Schizophrene Störungen sind die Strafe für schlechte Taten.	1.00	0.00
Ob man eine schizophrene Störung bekommt, ist eine Frage von Willenskraft und Selbstdisziplin.	1.03	0.18
Erfolgreiche Menschen bekommen selten schizophrene Störungen.	1.21	0.56
Schizophrene Störungen nehmen ihren tragischen Verlauf. Es hat also keinen Sinn, sie zu behandeln.	1.17	0.50
Man kann schizophrene Störungen bekommen, wenn man ein unmoralisches Leben führt.	1.04	0.32
<b><i>Unberechenbarkeit/Inkompetenz</i></b>		
Menschen mit schizophrenen Störungen sind völlig unberechenbar.	1.81	0.90
Menschen mit schizophrenen Störungen sind nicht in der Lage, wichtige Entscheidungen über ihr Leben zu treffen.	1.90	0.91
Man weiß nie, was Menschen mit schizophrenen Störungen als nächstes tun werden.	1.79	0.83
Menschen mit schizophrenen Störungen können nicht logisch denken.	1.46	0.71
Menschen mit schizophrenen Störungen brauchen unbedingt einen Vormund.	1.59	0.80
Menschen mit schizophrenen Störungen verlieren schnell ihre Selbstbeherrschung.	1.76	0.85
<b><i>Schlechte Prognose</i></b>		
Mit modernen Behandlungsmethoden können heute viele Menschen mit schizophrenen Störungen erfolgreich behandelt werden. (invertiert)	1.79	0.85
Heutzutage ist die Behandlung von schizophrenen Störungen genauso gut wie die von Diabetes. (invertiert)	3.02	1.10
Rehabilitationsmaßnahmen, die darauf abzielen, die Patient*innen wieder arbeitsfähig zu machen, sind meist zum Scheitern verurteilt.	1.67	0.82
Es gibt immer noch keine wirksame Behandlung für schizophrene Störungen.	1.67	0.89

<sup>1</sup> Die Antworten wurden mittels einer 5-Punkt-Likert-Skala erhoben von „1= Stimme ich überhaupt nicht zu“ bis 6= „Stimme ich völlig zu“

## 3.2 Ergebnisse der Haupthypothesen

Es folgt nun die detaillierte Darstellung der Ergebnisse, die sich aus den Analysen der drei Haupthypothesen ergeben haben.

### 3.2.1 H1: Einfluss verschiedener Barrieregruppen auf die Behandlungsbereitschaft

Zu Beginn wurde eine multiple lineare Regressionsanalyse durchgeführt, um die Beziehung zwischen den Prädiktorvariablen (1. *Persönlich-therapiebezogene Einstellungen*, 2. *Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren*, 3. *Strukturelle Barrieren*) und der abhängigen Variable (*Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln*) zu untersuchen. Das Gesamtmodell war signifikant mit  $F(3, 606) = 145.46$ ,  $p_{FDR} < .001$ ,  $R^2 = .419$ . Das korrigierte  $R^2$  in der multiplen Regression von 0.416 besagte also, dass 41.6% der Varianz durch das vorliegende Modell erklärt werden konnte. Es sagt also aus, wie gut das vorliegende Modell verallgemeinert werden kann und sollte möglichst mit dem  $R^2$ -Wert übereinstimmen (Field, 2017). In diesem Fall war der Unterschied für das endgültige Modell gering ( $0.419 - 0.416 = 0.003$ , etwa 0.3%). Diese Differenz bedeutet, dass das Modell, wenn es aus der Grundgesamtheit und nicht aus einer Stichprobe abgeleitet würde, etwa 0.3% weniger Varianz im Ergebnis erklären würde.

Zur Einordnung der Effektstärke einer multiplen linearen Regression kann die Effektstärke  $f^2$  nach Cohen (1992) herangezogen werden. Diese wurde aus dem Bestimmtheitsmaß  $R^2$  umgerechnet:  $f^2 = 0.42 / (1 - 0.42) = 0.72$ . Der Wertebereich der Effektstärke ist zwischen 0 und unendlich und das Cohen  $f^2$  von .02 entspricht einem schwachen,  $f^2$  von .15 einem mittleren und  $f^2$  von .35 einem starken Effekt. Entsprechend konnte in der vorliegenden Analyse mit 0.72 von einem starken Effekt ausgegangen werden (Universität Zürich, o.J.).

Die Ergebnisse aus Tabelle 6 zeigen, dass die Prädiktorvariablen *Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren*, ( $B = -0.43$ ,  $\beta = -.26$ ,  $t = -7.31$ ,  $p_{FDR} < .001$ ) und *Persönlich-therapiebezogene Einstellungen* ( $B = -1.29$ ,  $\beta = -.47$ ,  $t = -13.32$ ,  $p_{FDR} < .001$ ) signifikant mit der *Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln* zusammenhängen, die *strukturellen Barrieren* ( $B = -0.10$ ,  $\beta = -.05$ ,  $t = -1.36$ ,  $p_{FDR} = .17$ ), hingegen nicht.

**Tabelle 6***Multiplen Regressionsanalyse der Prädiktoren für die Behandlungsbereitschaft*

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE</i>	95% <i>CI</i> <sup>a</sup>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i> <sub>FDR</sub> <sup>b</sup>
Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren	-0.429	.06	[-0.54, -0.31]	-0.26	-7.31	<.001
Persönlich-therapiebezogene Einstellungen	-1.285	.10	[-1.48, -1.20]	-0.47	-13.32	<.001
Strukturelle Barrieren	-0.103	.08	[-0.25, 0.05]	-0.05	-1.36	.173

Anmerkung.  $R^2 = .419$ ; korr.  $R^2 = .416$ ;  $N = 610$ ;  $F(3, 606) = 145.46$ ,  $p_{FDR} < 0.001$

a. *CI* = Konfidenzintervall für *B*, b. Korrigierter *p*-Wert nach false-discovery-rate.

Die Beta-Werte *B* quantifizieren die Beziehung zwischen der *Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln* und jedem Prädiktor. Die Richtung der Werte gibt an, ob der Zusammenhang mit dem Ergebnis positiv oder negativ ist. Das alle drei Prädiktoren negativ waren, wies auf einen negativen Zusammenhang hin, alle drei Prädiktoren schienen also die Behandlungsbereitschaft zu verringern. Die standardisierten Beta-Werte  $\beta$  wurden bevorzugt interpretiert, da sie nicht von den Maßeinheiten der Variablen abhängen (Field, 2017). Die standardisierten Beta-Werte geben die Anzahl der Standardabweichungen an, um die sich das Ergebnis ändert, wenn der Prädiktor um eine Standardabweichung abweicht, weshalb sie direkt vergleichbar sind. Das legt nahe, dass *Persönliche therapiebezogenen Einstellungen* am meisten, dann die *Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren* zur Behandlungsbereitschaft beitragen.

### 3.2.2 HIII: Einfluss stigmatisierender Einstellungen auf die Behandlungsbereitschaft

Die Ergebnisse der Hypothese II werden im Folgenden dargestellt: Eine einfache lineare Regressionsanalyse wurde durchgeführt, um den negativen Einfluss von der logarithmierten unabhängigen Variable *Stigmatisierende alltägliche Einstellungen von Psychotherapeut\*innen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen* auf die abhängige Variable *Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln* zu untersuchen. Das Gesamtmodell war signifikant mit  $F(1, 608) = 45.04$ ,  $p_{FDR} < .001$ ,  $R^2 = 0.069$ . Das korrigierte  $R^2$  der einfachen Regression von  $R^2 = 0.067$  besagt also, dass 6.7% der Varianz durch das vorliegende Modell erklärt werden konnte. Es sagt also aus, wie gut das vorliegende Modell verallgemeinert werden konnte und sollte möglichst mit dem  $R^2$ -Wert übereinstimmen (Field, 2017). In diesem Fall war der Unterschied für das endgültige Modell gering ( $0.069 - 0.067 = 0.002$ , etwa 0.2%). Diese Differenz bedeutet, dass das Modell, wenn es aus der Grundgesamtheit und nicht aus einer Stichprobe abgeleitet würde, etwa 0.2% weniger Varianz

im Ergebnis erklärt hätte. Zur Einordnung der Effektstärke einer multiplen linearen Regression kann die Effektstärke  $f^2$  nach Cohen (1992) herangezogen werden. Diese wurde aus dem Bestimmtheitsmaß  $R^2$  umgerechnet:  $f^2 = 0.07/(1-0.07) = 0.08$ . Der Wertebereich der Effektstärke ist zwischen 0 und unendlich und das Cohen  $f^2$  von .02 entspricht einem schwachen,  $f^2$  von .15 einem mittleren und  $f^2$  von .35 einem starken Effekt. Entsprechend wurde in der vorliegenden Analyse mit 0.08 von einem schwachen Effekt ausgegangen (Universität Zürich, o.J.).

Die Ergebnisse aus Tabelle 7 zeigen, dass die logarithmierte Prädiktorvariable *Stigmatisierende alltägliche Einstellungen von Psychotherapeut\*innen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen* ( $B = -1.30$ ,  $\beta = -.26$ ,  $t = -6.71$ ,  $p_{FDR} < .001$ ) signifikant mit der *Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln* zusammenhängen.

**Tabelle 7**  
*Einfache Regressionsanalyse des Prädiktors für die Behandlungsbereitschaft*

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE</i>	95% <i>CI</i> <sup>a</sup>	$\beta$	$p_{FDR}$ <sup>b</sup>
Logarithmierte Stigmatisierende alltägliche Einstellungen	-1.30	0.19	[-1.68, -.092]	-0.26	<.001

Anmerkung.  $R^2 = .07$ ; korr.  $R^2 = .07$ ;  $N = 610$ ;  $F(1, 608) = 45.04$ ,  $p < 0.001$ ,  
a. *CI* = Konfidenzintervall für *B*, b. korrigierter *p*-Wert nach false-discovery-rate.

Der Beta-Wert *B* quantifizierte die Beziehung zwischen der *Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln* und dem Prädiktor. Dass es sich hierbei um einen signifikanten negativen Wert handelte besagt, dass ein negativer Zusammenhang vorlag, der Prädiktor die Behandlungsbereitschaft also zu verringern schien. Der standardisierte Beta-Wert  $\beta$  wurde bevorzugt interpretiert, da er nicht von den Maßeinheiten der Variablen abhängt (Field, 2017). Der standardisierte Beta-Wert gibt die Anzahl der Standardabweichungen an, um die sich das Ergebnis ändert, wenn der Prädiktor um eine Standardabweichung abweicht, weshalb er direkt vergleichbar ist. Das legt nahe, dass *stigmatisierende alltägliche Einstellungen* von Psychotherapeut\*innen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen zumindest mit einem kleinen Effekt die *Bereitschaft, diese zu behandeln*, reduzierten.

### 3.2.3 HIII: *Behandlungsbereitschaft bei schizophrenen versus depressiven Störungen*

Die Ergebnisse der Hypothese III werden im Folgenden dargestellt: Ein Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test wurde durchgeführt, um den Unterschied zwischen der *Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln* und *Bereitschaft, Menschen mit*

*depressiven Störungen zu behandeln* zu untersuchen. Die Mittleren Ränge (278.16 und 127.71) aus Tabelle 8 geben bereits Hinweise darauf, dass die beiden Behandlungsbereitschaften eine unterschiedliche zentrale Tendenz aufwiesen.

**Tabelle 8**

*Wilcoxon-Test Ränge der Behandlungsbereitschaft bei schizophrenen und depressiven Störungen*

		<i>N</i>	Mittlerer Rang	Rangsumme
Behandlungsbereitschaft bei schizophrenen Störungen	Negative Ränge	518 <sup>a</sup>	278.16	144088.00
	Positive Ränge	24 <sup>b</sup>	127.71	3065.00
Behandlungsbereitschaft bei depressiven Störungen	Bindungen	68 <sup>c</sup>		
	Gesamt	610		

a. Behandlungsbereitschaft bei schizophrenen Störungen < Behandlungsbereitschaft bei depressiven Störungen

b. Behandlungsbereitschaft bei schizophrenen Störungen > Behandlungsbereitschaft bei depressiven Störungen

c. Behandlungsbereitschaft bei schizophrenen Störungen = Behandlungsbereitschaft bei depressiven Störungen

Die Teststatistik betrug  $z = -19.47$  und der zugehörige Signifikanzwert war  $p_{FDR} < .001$ . Damit wurde gezeigt, dass der Unterschied signifikant war: Die zentralen Tendenzen der beiden Messzeitpunkte unterschieden sich (Asymptotischer Wilcoxon-Test:  $z = -19.47$ ,  $p_{FDR} < .001$ ,  $N = 610$ ). Mit einem Median von 6.0 war die *Bereitschaft, Menschen mit depressiven Störungen zu behandeln* bei den befragten Psychotherapeut\*innen signifikant höher als die *Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln* mit dem Median 4.0. Die Differenz der Mediane zwischen den beiden Werten beträgt 2.0 (vgl. Tabelle 9).

**Tabelle 9**

*Behandlungsbereitschaft bei depressiven und schizophrenen Störungen*

	Behandlungsbereitschaft bei depressiven Störungen	Behandlungsbereitschaft bei schizophrenen Störungen
<i>N</i>	610	610
Median	6.00	4.00
<i>M</i>	5.64	3.53
<i>SD</i>	0.80	1.42

Zur Einordnung der Effektstärke des Wilcoxon Tests konnte der Pearson Korrelationskoeffizient  $r$  herangezogen werden (Fritz, Morris, & Richler, 2012). Der Korrelationskoeffizient  $r$  wurde mittels folgender Formel errechnet:  $r = |z / \sqrt{N}|$ , in diesem Fall

ergab  $r = |19.47/(\sqrt{610})| = 0.79$ . Der Wertebereich von  $r$  ist zwischen 0 und 1 und laut Cohen (1988) entspricht ein  $|r| = 0,1$  einem schwachen,  $|r| = 0,3$  einem mittleren und  $|r| = 0,5$  einem starken Effekt. Entsprechend wurde in der vorliegenden Analyse mit  $r = 0.79$  von einem sehr starken Effekt ausgegangen.

### **3.3 Weitere explorative Analysen**

Im Folgenden werden weitere explorative Untersuchungen der Variablen des Datensatzes der Studie vorgestellt. Hierbei wurde aufgrund des rein explorativen Charakters der Untersuchungen trotz der mehrfachen Hypothesentestung auf eine Korrektur des Alpha-Fehlers verzichtet. Bei den korrelativen explorativen Analysen werden im Folgenden bei Erfüllen der Voraussetzungen Pearson-Korrelationen und bei nicht-normaler Verteilung Spearman-Rho-Korrelationen durchgeführt und jeweils die Korrelationskoeffizienten  $r$  oder  $\rho$  (rho) angegeben. Der Wertebereich von  $r$  und  $\rho$  ist zwischen -1 und 1 und laut Cohen (1988) entspricht ein  $|r, \rho| = 0,1$  einem schwachen,  $|r, \rho| = 0,3$  einem mittleren und  $|r, \rho| = 0,5$  einem starken Effekt. Das Vorzeichen gibt die Richtung des Effekt an. Bei Untersuchungen von Mittelwertunterschieden wurden im Folgenden  $t$ -Tests angewandt. Bei Vorliegen von Gleichheit der Varianzen wurde der Student's  $t$ -Test und bei ungleichen Varianzen der korrigierte Welch- $t$ -Test verwendet und bei beiden das Cohen's  $d$  als Maß der Effektstärke angegeben. Für Cohen's  $d$  gibt es keinen festgelegten Wertebereich, Cohen's  $d$ -Werte, die kleiner als 0.2 sind, werden allerdings als schwacher Effekt interpretiert, Werte zwischen 0.2 und 0.5 als mittelstarker Effekt und Werte größer als 0.8 als starker Effekt (Cohen, 1988).

#### **3.3.1 Gruppenunterschiede nach geringer und hoher Behandlungsbereitschaft**

Im Folgenden wurde untersucht, bezüglich welcher Barriere-Items sich Personen mit einer geringen Behandlungsbereitschaft von denen mit einer hohen Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln unterschieden. Dafür wurden zwei Untergruppen für die Extrema der Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln gebildet. Der Gruppe der Personen mit geringer Behandlungsbereitschaft wurden alle Teilnehmenden zugeordnet, die einen Wert von 1 oder 2 angaben ( $n = 160$ ). Der Gruppe der Personen mit hoher Behandlungsbereitschaft wurden diejenigen zugeordnet, die einen Wert von 5 oder 6 angaben ( $n = 16$ ). Die Ergebnisse werden in den Tabellen 10 und 11 dargestellt.

**Barrieren: Persönlich-therapiebezogene Einstellungen.** Bei der Untersuchung der Gruppenunterschiede der Behandlungsbereitschafts-Extrema hinsichtlich der einzelnen Items der *Persönlichen therapiebezogenen Einstellungen* zeigte sich, dass sich die zwei Gruppen in allen *t*-Tests signifikant unterschieden (vgl. Tabelle 10). Bezüglich jedes Items sah die Gruppe mit geringer Behandlungsbereitschaft die Barrieren als relevanter an, als die mit einer hohen Behandlungsbereitschaft. Die Differenz der Mittelwerte rangierte zwischen 0.32 und 1.47. Der größte Unterschied lag bei dem invertierten Item „Ich finde die Behandlung dieser Störungen spannend, interessant oder abwechslungsreich“ vor. Hier unterschieden sich die Personen mit geringer Behandlungsbereitschaft mit 3.38 ( $SD = 1.18$ ) signifikant von denen mit hoher mit 1.91 ( $SD = 0.85$ ). Aufgrund der Invertierung des Items stimmte die Gruppe mit geringer Bereitschaft dem Item signifikant weniger zu als die andere Gruppe und die Mittelwertdifferenz im Student's *t*-Test liegt dabei bei 1.47 (95%-CI [1.24, 1.69],  $t(323) = 12.89$ , zweiseitiges  $p < .001$ ,  $d = 1.02$ ). Auch bezüglich des invertierten Items „Ich sehe meinen Versorgungsauftrag darin, Menschen unabhängig von ihrer Diagnose zu behandeln“ unterschieden die zwei Gruppen sich signifikant. Da auch hier eine Invertierung des Items vorlag, stimmte die Gruppe mit geringer Bereitschaft dem Item signifikant weniger zu ( $M = 2.68$ ,  $SD = 1.28$ ) als die Gruppe mit höherer Bereitschaft ( $M = 1.53$ ,  $SD = 0.87$ ) und die Mittelwertdifferenz im Student's *t*-Test lag dabei bei 1.15 (95%-CI [0.92, 1.39],  $t(323) = 9.54$ , zweiseitiges  $p < .001$ ,  $d = 1.09$ ). Ebenso signifikant unterschieden sich die zwei Gruppen hinsichtlich des invertierten Items „In der Behandlung dieser Störungen erfahre ich Selbstwirksamkeit“ im Welch-*t*-Test. Nach Invertierung des Items gab die Gruppe mit geringer Bereitschaft an, weniger Selbstwirksamkeit mit einem Mittelwert von 3.72 ( $SD = 0.97$ ) zu erfahren als die Gruppe mit höherer Bereitschaft mit einem Mittelwert von 2.61 ( $SD = 0.92$ ) und die mittlere Differenz betrug 1.11 (95%-CI [0.91, 1.32],  $t(321.08) = 10.62$ , zweiseitiges  $p < .001$ ,  $d = 0.94$ ). Das Item mit dem geringsten Gruppenunterschied war „Menschen mit diesen Störungen leben sowieso in ihrer eigenen Welt“. Hierbei unterschieden sich die Personen mit geringer Bereitschaft ( $M = 1.80$ ,  $SD = 0.97$ ) auch signifikant von denen mit hoher Bereitschaft ( $M = 1.48$ ,  $SD = 0.70$ ), die mittlere Differenz im Student's-*t*-Test betrug aber nur 0.32 (95%-CI [0.13, 0.50],  $t(323) = 3.36$ , zweiseitiges  $p < .001$ ,  $d = 0.85$ ). Die Mittelwertunterschiede der weiteren Items für *Persönlich-therapiebezogene Einstellungen* sind in Tabelle 10 aufgeführt.

**Barrieren: Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren.** Auch bei der Untersuchung der Gruppenunterschiede der Behandlungsbereitschafts-Extrema in Bezug auf die einzelnen Items der *Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren* unterschieden sich die zwei Gruppen bei jedem *t*-

Test signifikant (vgl. Tabelle 11). Auch hier schätze die Gruppe mit geringer Behandlungsbereitschaft die jeweiligen Barrieren Items als schwerwiegender ein an, als die mit einer hohen Behandlungsbereitschaft. Bei dieser Barrieregruppen rangierte die Differenz der Mittelwerte von 0.38 und 1.47. Der größte Unterschied lag hier bei dem invertierten Item „Verfügen Sie über ausreichend Erfahrung für die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis?“ vor. Hier unterschieden sich die Personen mit geringer Behandlungsbereitschaft mit 4.14 ( $SD = 1.01$ ) signifikant von denen mit hoher mit 2.67 ( $SD = 1.08$ ). Aufgrund der Invertierung des Items stimmte die Gruppe mit geringer Bereitschaft dem Item signifikant weniger zu als die andere Gruppe und die Mittelwertdifferenz im Student's  $t$ -Test liegt dabei bei 1.47 (95%-CI [1.24, 1.70],  $t(323) = 12.63$ , zweiseitiges  $p < .001$ ,  $d = 1.05$ ). Auch bezüglich des Items „Bei der Therapie wäre ich in einer Notfallsituation überfordert“ unterschieden die zwei Gruppen sich signifikant. Die Gruppe mit geringer Bereitschaft gab einen signifikant höheren Mittelwert von 3.40 ( $SD = 1.27$ ) an als die Gruppe mit höherer Bereitschaft mit 2.19 ( $SD = 1.04$ ) und die Mittelwertdifferenz im Student's  $t$ -Test lag dabei bei 1.21 (95%-CI [0.95, 1.46],  $t(323) = 9.40$ , zweiseitiges  $p < .001$ ,  $d = 1.16$ ). Ebenso signifikant unterschieden sich die zwei Gruppen hinsichtlich des Items „Bräuchten Sie mehr fachliche Kompetenz?“ im Welch- $t$ -Test. Dabei gab die Gruppe mit geringer Bereitschaft an, mehr fachliche Kompetenz zu benötigen mit einem Mittelwert von 4.17 ( $SD = 1.02$ ), als die Gruppe mit höherer Bereitschaft mit einem Mittelwert von 2.98 ( $SD = 1.17$ ). Die mittlere Differenz betrug 1.19 (95%-CI [0.95, 1.43],  $t(319.46) = 9.79$ , zweiseitiges  $p < .001$ ,  $d = 1.10$ ). Das Item mit dem geringsten Gruppenunterschied war „Bräuchten Sie mehr störungsspezifische Fortbildungs- und/oder Supervisionsangebote?“. Hierbei unterschieden sich die Personen mit geringer Bereitschaft ( $M = 3.87$ ,  $SD = 1.11$ ) dennoch signifikant im Welch- $t$ -Test von denen mit hoher Bereitschaft ( $M = 3.32$ ,  $SD = 1.08$ ). Die mittlere Differenz betrug jedoch nur 0.55 (95%-CI [0.31, 0.79],  $t(322.12) = 4.51$ , zweiseitiges  $p < .001$ ,  $d = 1.09$ ). Die Mittelwertunterschiede der weiteren Items für *Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren* sind in Tabelle 11 aufgeführt.

**Tabelle 10***T-Tests beider Extrema der Behandlungsbereitschaft bzgl. der persönlichen therapiebezogenen Einstellungen*

	Geringe Behandlungs- bereitschaft <i>n</i> = 160 <i>M</i> ( <i>SD</i> )	Hohe Behandlungs- bereitschaft <i>n</i> = 165 <i>M</i> ( <i>SD</i> )	Mittelwert- differenz	95%- <i>CI</i> <sup>a</sup>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> <sup>d</sup>
<b><i>Persönlich-therapiebezogene Einstellungen</i></b>							
Die medikamentöse Behandlung ist bei diesen Störungen viel wichtiger als Psychotherapie	3.53 (0.95)	3.15 (1.09)	0.38	0.16, 0.60	3.36 <sup>c</sup>	<.001 <sup>***</sup>	1.02
Die allgemeine Prognose dieser Störungen ist heutzutage immer noch schlecht	3.01 (0.93)	2.52 (0.98)	0.50	0.29, 0.70	4.69 <sup>b</sup>	<.001 <sup>***</sup>	0.96
Die psychotherapeutische Behandlung ist wenig aussichtsreich	2.28 (0.84)	1.63 (0.73)	0.65	0.47, 0.82	7.40 <sup>c</sup>	<.001 <sup>***</sup>	0.78
Bei diesen Störungen habe ich bei der Therapie Sicherheitsbedenken	2.79 (1.20)	1.78 (0.97)	1.01	0.77, 1.25	8.33 <sup>b</sup>	<.001 <sup>***</sup>	1.10
In der Behandlung dieser Störungen erfahre ich Selbstwirksamkeit (invertiertes Item)	3.72 (0.97)	2.61 (0.92)	1.11	0.91, 1.32	10.62 <sup>c</sup>	<.001 <sup>***</sup>	0.94
Ich finde die Behandlung dieser Störungen spannend, interessant oder abwechslungsreich (invertiertes Item)	3.38 (1.18)	1.91 (0.85)	1.47	1.24, 1.69	12.89 <sup>b</sup>	<.001 <sup>***</sup>	1.02
Menschen mit diesen Störungen leben sowieso in ihrer eigenen Welt	1.80 (0.97)	1.48 (0.70)	0.32	0.13, 0.50	3.36 <sup>b</sup>	<.001 <sup>***</sup>	0.85
Ich kann für Menschen mit diesen Störungen nicht so viel Empathie aufbringen	1.80 (1.01)	1.10 (0.32)	0.70	0.54, 0.87	8.49 <sup>b</sup>	<.001 <sup>***</sup>	0.75
Menschen mit diesen Störungen haben nicht ausreichend Krankheitseinsicht für Psychotherapie	2.47 (0.96)	2.01 (0.81)	0.46	0.27, 0.66	4.70 <sup>b</sup>	<.001 <sup>***</sup>	0.89
Das häufig ungepflegte Erscheinungsbild und mangelnde Körperhygiene von Menschen mit diesen Störungen schrecken mich ab	2.42 (1.15)	1.65 (0.91)	0.77	0.54, 1.00	6.71 <sup>b</sup>	<.001 <sup>***</sup>	1.04
Ich sehe meinen Versorgungsauftrag darin, Menschen unabhängig von ihrer Diagnose zu behandeln (invertiertes Item)	2.68 (1.28)	1.53 (0.87)	1.15	0.92, 1.39	9.54 <sup>b</sup>	<.001 <sup>***</sup>	1.09
Haben Sie eine persönliche Abneigung mit Menschen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis zu arbeiten?	2.03 (1.09)	1.13 (0.46)	0.90	0.72, 1.08	9.76 <sup>b</sup>	<.001 <sup>***</sup>	0.83

*Anmerkung.* \**p* < 0.05 \*\* *p* < 0.01 \*\*\* *p* < 0.001, a. Konfidenzintervall der Mittelwertdifferenz, b. Student's *t*-Test mit *df* = 323, c. Welch-*t*-Test, d. Cohen's *d*, Effektstärke.

**Tabelle 11**

*T-Tests beider Extrema der Behandlungsbereitschaft bzgl. Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren und der strukturellen Barrieren*

	Geringe Behandlungs- bereitschaft <i>n</i> = 160 <i>M</i> ( <i>SD</i> )	Hohe Behandlungs- bereitschaft <i>n</i> = 165 <i>M</i> ( <i>SD</i> )	Mittelwert- differenz	95%- <i>CI</i> <sup>a</sup>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> <sup>d</sup>
<b><i>Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren</i></b>							
Bei der Therapie wäre ich in einer Notfallsituation überfordert	3.40 (1.27)	2.19 (1.04)	1.21	0.95, 1.46	9.40 <sup>b</sup>	<.001 <sup>***</sup>	1.16
Bei Menschen mit diesen Störungen fällt mir die Einschätzung von Selbstgefährdung schwer	3.43 (1.13)	2.55 (1.10)	0.88	0.64, 1.12	7.10 <sup>c</sup>	<.001 <sup>***</sup>	1.11
Bei Menschen mit diesen Störungen fällt mir die Einschätzung von Fremdgefährdung schwer	3.33 (1.18)	2.51 (1.12)	0.82	0.57, 1.07	6.41 <sup>c</sup>	<.001 <sup>***</sup>	1.15
Bräuchten Sie mehr fachliche Kompetenz?	4.17 (1.02)	2.98 (1.17)	1.19	0.95, 1.43	9.79 <sup>c</sup>	<.001 <sup>***</sup>	1.10
Verfügen Sie über ausreichend Erfahrung für die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Störungen aus dem schizophränen Formenkreis? (invertiertes Item)	4.14 (1.01)	2.67 (1.08)	1.47	1.24, 1.70	12.63 <sup>b</sup>	<.001 <sup>***</sup>	1.05
Bräuchten Sie mehr störungsspezifische Fortbildungs- und/oder Supervisionsangebote?	3.87 (1.11)	3.32 (1.08)	0.55	0.31, 0.79	4.51 <sup>c</sup>	<.001 <sup>***</sup>	1.09
Haben Sie ausreichend Kenntnis über die Empfehlungen der aktuellen Behandlungsleitlinien für Schizophrenie? (z.B. S3-Leitlinie der DGPPN) (invertiertes Item)	3.83 (1.16)	2.70 (1.07)	1.13	0.88, 1.38	9.10 <sup>c</sup>	<.001 <sup>***</sup>	1.12
	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	Mittelwert- differenz	95%- <i>CI</i> <sup>a</sup>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> <sup>d</sup>
<b><i>Strukturelle Barrieren</i></b>							
Spielen Probleme in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen (v.a. Psychiater*innen, Sozialdiensten, etc.) eine Rolle?	3.53 (1.10)	3.40 (1.16)	0.13	-0.12, 0.37	1.00 <sup>c</sup>	.320	1.13
Bekämen Sie ausreichend Anfragen für Psychotherapie von Menschen mit Störungen aus dem schizophränen Formenkreis? (invertiertes Item)	3.98 (1.12)	3.52 (1.21)	0.46	0.21, 0.71	3.56 <sup>b</sup>	<.001 <sup>***</sup>	1.17
Befürchten Sie zu viele Ausfälle der Stunden/ Unzuverlässigkeit der Patient*innen?	3.00 (1.20)	2.24 (1.14)	0.76	0.51, 1.02	5.87 <sup>c</sup>	<.001 <sup>***</sup>	1.17
Haben Sie Bedenken, dass die Krankenkasse Ihre Anträge für Störungen aus dem schizophränen Formenkreis nicht genehmigen könnte?	2.45 (1.38)	1.86 (1.22)	0.59	0.31, 0.87	4.08 <sup>b</sup>	<.001 <sup>***</sup>	1.30
Spielen Probleme bei dem Einbezug der Angehörigen in die Therapie eine Rolle? (Zeitmangel, Aufwand, etc.)	2.64 (1.25)	2.13 (1.15)	0.50	0.24, 0.77	3.79 <sup>b</sup>	<.001 <sup>***</sup>	1.20

Anmerkung. \**p* < 0.05 \*\* *p* < 0.01 \*\*\* *p* < 0.001, a. Konfidenzintervall der Mittelwertdifferenz, b. Student's *t*-Test mit *df* = 323, c. Welch-*t*-Test, d. Effektstärke Cohen's *d*.

**Barrieren: Strukturelle Barrieren.** Die Gruppenunterschiede der Behandlungsbereitschafts-Extrema wurden auch in Bezug auf die einzelnen Items der *Strukturellen Barrieren* untersucht. Hierbei unterscheiden sich die zwei Gruppen ebenso mit einer Ausnahme bei fast allen *t*-Tests signifikant (vgl. Tabelle 11). Auch bei diesen Barriere-Items schätzte die Gruppe mit geringer Behandlungsbereitschaft die jeweiligen Aspekte als gewichteter ein, als die mit einer hohen Behandlungsbereitschaft. Die Differenz der Mittelwerte rangierte bei dieser Barrieregruppe zwischen 0.13 und 0.76.

Der größte Unterschied in der mittleren Differenz lag hier bei dem Item „Befürchten Sie zu viele Ausfälle der Stunden?“ vor. Die Gruppe mit geringer Behandlungsbereitschaft gab signifikant mehr Bedenken über Ausfälle der Stunden und Unzuverlässigkeit der Patient\*innen mit einem Mittelwert von 3.00 ( $SD = 1.20$ ) an, als die andere Gruppe mit 2.24 ( $SD = 1.14$ ). Die Mittelwertdifferenz im Welch-*t*-Test lag dabei bei 0.76 (95%-*CI* [0.51, 1.02],  $t(320.80) = 5.87$ , zweiseitiges  $p < .001$ ,  $d = 1.17$ ).

Auch bezüglich des Items „Haben Sie Bedenken, dass die Krankenkasse Ihre Anträge für Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis nicht genehmigen könnte?“ unterschieden die zwei Gruppen sich signifikant. Bei der Gruppe mit geringer Bereitschaft lag ein signifikant höherer Mittelwert von 2.45 ( $SD = 1.38$ ) vor, als bei der Gruppe mit höherer Bereitschaft mit 1.86 ( $SD = 1.22$ ) und die Mittelwertdifferenz im Student's *t*-Test betrug 0.59 (95%-*CI* [0.31, 0.87],  $t(323) = 4.08$ , zweiseitiges  $p < .001$ ,  $d = 1.30$ ).

Das einzige Barriere-Item, bei dem sich die zwei Gruppen nicht signifikant unterschieden ist „Spielen Probleme in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen (v.a. Psychiater\*innen, Sozialdiensten, etc.) eine Rolle?“. Hierbei gaben Personen mit geringer Bereitschaft einen Mittelwert von 3.53 ( $SD = 1.10$ ) und die mit einer hohen Bereitschaft einen Mittelwert von 3.40 ( $SD = 1.16$ ) an. Die mittlere Differenz betrug im nicht signifikanten Welch-*t*-Test nur 0.13 (95%-*CI* [-0.12, 0.37],  $t(322.79) = 1.00$ , zweiseitiges  $p = .320$ ). Der Mittelwertunterschied des weiteren Items für *Strukturellen Barrieren* sind in Tabelle 11 aufgeführt.

**Unterschiede in alltäglichen stigmatisierenden Einstellungen.** Auch hinsichtlich ihrer alltäglichen stigmatisierenden Einstellungen wurden die beiden extremen Bereitschaftsgruppen untersucht. Hierbei zeigte sich, dass Personen mit hoher Behandlungsbereitschaft signifikant weniger alltägliche stigmatisierende Einstellungen berichteten ( $M = 30.16$ ,  $SD = 5.72$ ) als die Personen mit geringer Bereitschaft ( $M = 34.36$ ,  $SD$

= 7.31). Die mittlere Differenz im Welch-*t*-Test betrug 4.20 (95%-CI [2.77, 5.64],  $t(301.07) = 5.77$ , zweiseitiges  $p < .001$ ) mit einem Cohen's  $d = 6.55$ , was für einen starken Effekt sprach.

### **3.3.2 Weitere explorative Zusammenhänge und Unterschiede bezüglich der Behandlungsbereitschaft**

Um das komplexe Konstrukt der Behandlungsbereitschaft verstehen zu können, wurden weitere Aspekte untersucht, die mit der Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen eine Behandlung anzubieten, zusammenhängen könnten. Diese werden im Folgenden dargestellt.

**Zusammenhang zwischen Behandlungsbereitschaft und Einschätzung der Indikation der Psychotherapie.** Es wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung, dass Psychotherapie bei schizophrenen Störungen indiziert sei und der Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln besteht. Bei der Spearman-Rho-Korrelation zwischen der Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln und der Einschätzung, dass Psychotherapie bei schizophrenen Störungen indiziert sei ( $N = 610$ ), wurde ein mittelstarker hochsignifikanter Zusammenhang ( $\rho = .25$ ,  $p < .001$ ) gefunden.

**Zusammenhänge zwischen Behandlungsbereitschaft und Erfahrung und Fortbildungen.** Im Folgenden wurde untersucht, inwiefern die Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln mit praktischer Erfahrung in der Psychiatrie allgemein, in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen sowie mit Fortbildungen zu dem Störungsbild assoziiert war.

Bei der Pearson-Korrelation zwischen der Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln und der praktischen Erfahrung in der Psychiatrie während der Ausbildung ( $N = 610$ ) wurde nur ein schwacher aber hochsignifikanter Zusammenhang ( $r = .16$ ,  $p < .001$ ) und bezüglich der Erfahrung in der Psychiatrie während der Tätigkeit der abgeschlossenen Psychotherapeut\*innen ( $n = 474$ ) ebenso nur ein schwacher aber hochsignifikanter Zusammenhang ( $r = .18$ ,  $p < .001$ ) gefunden (vgl. Tabelle 12).

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Behandlungsbereitschaft und praktischer Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen zeigte sich bezüglich der Zeit Ausbildung ein mittlerer hochsignifikanter Effekt ( $r = .31$ ,  $p < .001$ ,  $N =$

610) und für die Zeit während der Tätigkeit unter den abgeschlossenen Psychotherapeut\*innen ebenso ein mittlerer hochsignifikanter Effekt ( $r = .44, p < .001, n = 474$ ; vgl. Tabelle 12).

Die Analyse der Pearson-Korrelation zwischen der Behandlungsbereitschaft und der Teilnahme an Fortbildungen zu schizophrenen Störungen ergab während des Ausbildungszeitraums einen mittelstarken hochsignifikanten positiven Zusammenhang ( $r = .24, p < .001, N = 610$ ). Ebenso zeigte sich bezüglich der Fortbildungen während der Tätigkeit ein mittelstarker hochsignifikanter positiver Zusammenhang ( $r = .28, p < .001, n = 474$ ; vgl. Tabelle 12). Zusammenfassend war eine höhere Behandlungsbereitschaft mit mehr praktischer Erfahrung in der Psychiatrie, und in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen sowie mit mehr Fortbildungen zu schizophrenen Störungen assoziiert. Dies betraf sowohl die Zeit der Ausbildung, als auch den Zeitraum nach der Ausbildung während der tatsächlichen therapeutischen Tätigkeit.

**Tabelle 12**

*Korrelationen der Behandlungsbereitschaft mit praktischen Erfahrungen und Fortbildungen*

	Behandlungsbereitschaft
Erfahrung in der Psychiatrie während der Ausbildung <sup>a</sup>	.16***
Erfahrung in der Psychiatrie während der Tätigkeit <sup>b</sup>	.18***
Erfahrung in der Behandlung von schizophrenen Störungen während der Ausbildung <sup>a</sup>	.31***
Erfahrung in der Behandlung von schizophrenen Störungen während der Tätigkeit <sup>b</sup>	.44***
Fortbildungen zu schizophrenen Störungen während der Ausbildung <sup>a</sup>	.24***
Fortbildungen zu schizophrenen Störungen während der Tätigkeit <sup>b</sup>	.28***

*Anmerkung.* \*\*\*. Alle Korrelationen sind auf dem Niveau von  $p < 0,001$  (2-seitig) signifikant

a.  $N = 610$ ; b.  $n = 474$  (nur Teilnehmende, die nicht mehr in Ausbildung sind).

**Behandlungsbereitschaft je nach verschiedenen Richtlinienverfahren.** Wie bereits in der Stichprobenbeschreibung aufgeführt, konnten die Teilnehmenden eines oder mehrere Richtlinienverfahren angeben, in denen sie sich spezialisiert haben. Dadurch kommt es zu Überschneidungen der Variablen, weswegen ein direkter statistischer Mittelwertvergleich nicht sinnvoll erschien. Dennoch soll im Folgenden kurz die Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln, nach den vier Richtlinienverfahren aufgezeigt werden. Wie Tabelle 13 zu entnehmen, war der Mittelwert der Behandlungsbereitschaft der Personen die Verhaltenstherapie angeben 3.63 ( $SD = 1.42, n = 476$ ), der Personen, die die Analytische Psychotherapie angaben 3.31. ( $SD = 1.53, n = 52$ ). Die mittlere Behandlungsbereitschaft der

Personen, die die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie auswählten, betrug 3.20 ( $SD = 1.36, n = 143$ ) und bei Personen mit der Systemischen Therapie 3.27 ( $SD = 1.08, n = 22$ ). Der Median der letzteren drei Richtlinienverfahren war 3, während der Median der Behandlungsbereitschaft der Personen mit Verhaltenstherapie 4 betrug.

**Tabelle 13**

*Behandlungsbereitschaft nach verschiedenen Richtlinienverfahren*

	Verhaltenstherapie	Analytische Psychotherapie	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Systemische Therapie
Mittelwert	3.63	3.31	3.20	3.27
Median	4.00	3.00	3.00	3.00
Std.-Abweichung	1.42	1.53	1.36	1.08
<i>n</i>	476	52	143	22

*Anmerkung. Die Variablen der Richtlinienverfahren sind nicht exklusiv und enthalten Überschneidungen.*

**Übereinstimmende Behandlungsbereitschaft bei psychologischen und ärztlichen Psychotherapeut\*innen.** Außerdem wurde mittels *t*-Test untersucht, ob sich Psychologische und Ärztliche Psychotherapeut\*innen sowie jeweils die Personen in Ausbildung dazu bezüglich ihrer Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln, unterschieden. Hierbei zeigte sich, dass die Psychologischen Psychotherapeut\*innen und Personen in Ausbildung dazu mit einem Mittelwert von 3.58 ( $SD = 1.40, n = 532$ ) nicht bezüglich ihrer Behandlungsbereitschaft von Ärztlichen Psychotherapeut\*innen und Personen in Ausbildung dazu mit einem Mittelwert von 3.27 ( $SD = 1.51, n = 66$ ) abwichen. Die mittlere Differenz im Welch-*t*-Test betrug 0.30 (95%-*CI* [-0.09, 0.69],  $t(79.334) = 1.543$ , zweiseitiges  $p = .127$ ).

**Unterschied in Behandlungsbereitschaft nach Tätigkeit in psychiatrischen oder nicht-psychiatrischen Einrichtungen.** Darüber hinaus wurde anhand einer weiteren *t*-Test exploriert, ob sich Personen, die in psychiatrischen Einrichtungen, also in psychiatrischen Hochschul- und Institutsambulanzen oder in psychiatrischen Kliniken und Tagesklinik arbeiten, sich hinsichtlich ihrer Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln, von Personen unterschieden, die in nicht-psychiatrischen Einrichtungen (Psychotherapeutischen Einzelpraxen, MVZs, Psychosomatischen Einrichtungen, usw.) arbeiten. Hierbei zeigte sich, dass das Personal in psychiatrischen Einrichtungen eine

signifikant höhere Behandlungsbereitschaft zeigte ( $M = 4.18$ ,  $SD = 1.32$ ,  $n = 66$ ) als Personen in nicht-psychiatrischen Einrichtungen ( $M = 3.45$ ,  $SD = 1.41$ ,  $n = 544$ ). Die mittlere Differenz im Welch- $t$ -Test betrug  $-0.733$  (95%-CI  $[-1.08-0.39]$ ,  $t(83.90) = -4.221$ , zweiseitiges  $p < .001$ ) und das Cohen's  $d = 1.40$ , was auf einen starken Effekt hinwies.

**Unterschied in Behandlungsbereitschaft nach Geschlecht der Therapeut\*innen.** Mittels  $t$ -Test wurde ein Unterschied in der Behandlungsbereitschaft gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen nach dem Geschlecht der Therapeut\*innen festgestellt. Demnach zeigten männliche Therapeuten ( $M = 3.75$ ,  $SD = 1.43$ ,  $n = 66$ ) hierbei eine signifikant höhere Bereitschaft als ihre weiblichen Kolleginnen ( $M = 3.46$ ,  $SD = 1.41$ ,  $n = 544$ ). Die mittlere Differenz im  $t$ -Test betrug  $-0.29$  (95%-CI  $[-.555; -.026]$ ,  $t(608) = -2.16$ , zweiseitiges  $p = .031$ ) mit einem Cohen's  $d = 1.41$ , was auf einen starken Effekt hinwies.

### ***3.3.3 Gruppenunterschiede zwischen abgeschlossenen und Teilnehmenden in Ausbildung***

Für die folgenden Untersuchungen wurde die Gesamtstichprobe ( $N = 610$ ) in zwei Gruppen geteilt, in die Teilnehmenden, die sich zum Erhebungszeitpunkt noch in Ausbildung befanden ( $n = 148$ ) und in die Teilnehmenden, die ihre Ausbildung bereits abgeschlossen hatten ( $n = 462$ ). Daraufhin wurde untersucht, ob sich die zwei Gruppen hinsichtlich unterschiedlicher Merkmale unterscheiden (vgl. Tabelle 14).

**Übereinstimmende Behandlungsbereitschaft gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen.** Es wurde exploriert, ob sich die Behandlungsbereitschaft gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen von den Teilnehmenden, die sich noch in Ausbildung befanden von denen, unterschied, die ihre Ausbildung bereits abgeschlossen hatten und als Therapeut\*innen arbeiteten. Das Ergebnis des Student's  $t$ -Tests zeigte, dass sich die Bereitschaft unter den Teilnehmenden in Ausbildung ( $M = 3.65$ ,  $SD = 1.32$ ) nicht signifikant von den abgeschlossenen Therapeut\*innen ( $M = 3.49$ ,  $SD = 1.45$ ) unterschied. Die Mittelwertdifferenz liegt dabei bei  $0.16$  (95%-CI  $[-0.10, 0.42]$ ,  $t(608) = 1.19$ , zweiseitiges  $p = 0.234$ , vgl. Tabelle 14).

**Unterschied in der subjektiven Behandlungskompetenz für schizophrene Störungen.** Darüber hinaus zeigte sich die subjektive Behandlungskompetenz für schizophrene Störungen bei abgeschlossenen Therapeut\*innen ( $M = 3.33$ ,  $SD = 1.25$ ) als

signifikant höher, als bei den Teilnehmenden in Ausbildung ( $M = 2.88$ ,  $SD = 1.23$ ). Bei dem Student's  $t$ -Test unterschieden sich die Mittelwerte der beiden Gruppen hoch signifikant um  $-0.45$  ( $95\%-CI [-0.68, -0.22]$ ,  $t(608) = -3.88$ ,  $p < .001$ ) mit einem Cohen's  $d$  von  $1.23$ , was für einen starken Effekt sprach (vgl. Tabelle 14).

**Tabelle 14**

*T-Tests zwischen Personen in Ausbildung und abgeschlossenen Therapeut\*innen*

	In Aus- bildung $n = 148$ $M(SD)$	Abge- schlossen $n = 462$ $M(SD)$	Mittelwert- differenz	$95\%-CI^a$	$t$	$p$	$d^d$
Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln	3.65 (1.32)	3.49 (1.45)	0.16	-0.10, 0.42	1.19 <sup>b</sup>	.234	1.42
Subjektive Behandlungskompetenz für schizophrene Störungen	2.88 (1.25)	3.33 (1.23)	-0.45	-0.68, -0.22	-3.88 <sup>b</sup>	<.001 <sup>***</sup>	1.23
Anzahl der behandelten Menschen mit schizophrenen Störungen	2.13 (1.06)	2.46 (1.06)	-0.33	-0.53, -0.14	-3.33 <sup>b</sup>	<.001 <sup>***</sup>	1.06
Einschätzung der Indikation von Psychotherapie bei schizophrenen Störungen	4.30 (0.76)	4.06 (0.90)	0.24	0.08, 0.40	2.97 <sup>b</sup>	.003 <sup>**</sup>	0.87
Erfahrung in der Psychiatrie während der Ausbildung	3.40 (0.68)	3.24 (0.91)	0.15	0.02, 0.29	2.20 <sup>c</sup>	.028 <sup>*</sup>	0.86
Erfahrung in der Behandlung von schizophrenen Störungen während der Ausbildung	2.71 (0.89)	2.66 (0.94)	0.05	-0.12, 0.22	0.56 <sup>b</sup>	.573	0.93
Fortbildungen zu schizophrenen Störungen während der Ausbildung	2.30 (0.65)	2.33 (0.73)	-0.03	-0.15, 0.10	-0.43 <sup>c</sup>	.668	0.71
Alltägliche Stigmatisierende Einstellungen	33.98 (7.69)	32.57 (6.61)	1.34	-0.04, 2.73	1.91 <sup>c</sup>	.057	6.89

*Anmerkung.* \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ , a. Konfidenzintervall der Mittelwertdifferenz, b. Student's  $t$ -Test mit  $df = 608$ , c. Welch- $t$ -Test, d. Cohen's  $d$ , Effektstärke.

**Unterschied bezüglich der Anzahl der behandelten Menschen mit schizophrenen Störungen.** Auch bezüglich der Anzahl der behandelten Menschen mit schizophrenen Störungen gaben die abgeschlossenen Therapeut\*innen ( $M = 2.46$ ,  $SD = 1.06$ ) einen signifikant höheren Wert an, als die Teilnehmenden in Ausbildung ( $M = 2.13$ ,  $SD = 1.06$ ). Die Mittelwerte der beiden Gruppen unterschieden sich im Student's  $t$ -Test hoch signifikant um  $-0.33$  ( $95\%-CI [-0.53, -0.14]$ ),  $t(608) = -3.33$ ,  $p < .001$ ) mit einem Cohen's  $d$  von  $1.06$ , was ebenso für einen starken Effekt sprach (vgl. Tabelle 14).

**Unterschied in der Einschätzung der Psychotherapieindikation bei schizophrenen Störungen.** Wiederum zeigte sich, dass die Teilnehmenden in Ausbildung signifikant höhere Werte bei der Indikation von Psychotherapie bei schizophrenen Störungen angaben ( $M = 4.30$ ,  $SD = 0.76$ ), als die Teilnehmenden, die bereits ihre Ausbildung abgeschlossen hatten ( $M = 4.06$ ,  $SD = 0.90$ ). Hier unterschieden sich die Mittelwerte der beiden Gruppen Student's  $t$ -Test hoch signifikant um 0.24 (95%-CI [0.08, 0.40]),  $t(608) = 2.97$ ,  $p = .003$ ) mit einem Cohen's  $d$  von 0.87, was auf einen starken Effekt hinwies (vgl. Tabelle 14).

**Unterschied in praktischer Psychiatrieerfahrung während der Ausbildung.** Bezüglich ihrer praktischen Erfahrung in der Psychiatrie während der Ausbildung gaben ebenso die Teilnehmenden in Ausbildung signifikant mehr Erfahrung an ( $M = 3.40$ ,  $SD = 0.89$ ), als die abgeschlossenen Therapeut\*innen ( $M = 3.24$ ,  $SD = 0.91$ ). Bei dem Welch- $t$ -Test unterschieden sich die Mittelwerte der beiden Gruppen signifikant um 0.15 (95%-CI [0.02, 0.29],  $t(330.59) = -3.88$ ,  $p = .028$ ) mit einem Cohen's  $d$  von 0.86, was für einen starken Effekt sprach (vgl. Tabelle 14).

**Ähnliche praktische Erfahrung in der Behandlung von schizophrenen Störungen während der Ausbildung.** Hinsichtlich ihrer praktischen Erfahrung in der Behandlung von schizophrenen Störungen, zeigte das Ergebnis des Student's  $t$ -Test, dass sich die Teilnehmenden in Ausbildung ( $M = 2.71$ ,  $SD = 0.89$ ) nicht signifikant von den abgeschlossenen Therapeut\*innen ( $M = 2.66$ ,  $SD = 0.94$ ) unterschieden. Die Mittelwertdifferenz lag dabei bei 0.05 (95%-CI [-0.12, 0.22],  $t(608) = 0.56$ , zweiseitiges  $p = 0.573$ , vgl. Tabelle 14).

**Übereinstimmung bezüglich der Fortbildungen zu schizophrenen Störungen während der Ausbildung.** Auch hinsichtlich ihrer Fortbildungen zu schizophrenen Störungen während der Ausbildung schienen sich die beiden Gruppen nicht signifikant zu unterscheiden. Das Ergebnis des  $t$ -Tests zeigt, dass sich die Fortbildungen zu schizophrenen Störungen während ihrer Ausbildungszeit unter den Teilnehmenden in Ausbildung ( $M = 2.30$ ,  $SD = 0.65$ ) nicht signifikant von den abgeschlossenen Therapeut\*innen ( $M = 2.33$ ,  $SD = 0.73$ ) unterschied. Die Mittelwertdifferenz lag bei dem Welch- $t$ -Test bei -0.03 (95%-CI [-0.15, 0.10],  $t(278.58) = -.43$ , zweiseitiges  $p = .668$ , vgl. Tabelle 14).

**Übereinstimmende alltägliche stigmatisierende Einstellungen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen.** Es wurde exploriert, ob sich die alltäglichen stigmatisierenden Einstellungen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen, der Personen, die sich noch in Ausbildung befinden von denen, unterschied, die ihre Ausbildung bereits abgeschlossen haben und als Therapeut\*innen arbeiteten. Das Ergebnis des Welch-*t*-Tests zeigte, dass sich die alltäglichen stigmatisierenden Einstellungen unter den Teilnehmenden in Ausbildung ( $M = 33.98$ ,  $SD = 7.69$ ) nicht signifikant von den abgeschlossenen Therapeut\*innen ( $M = 32.57$ ,  $SD = 6.61$ ) unterschieden. Die Mittelwertdifferenz lag dabei bei 1.34 (95%-*CI* [-0.04, 2.73],  $t(220.723) = 1.91$ , zweiseitiges  $p = .057$ , vgl. Tabelle 14).

## 4 Diskussion

Die vorliegende Studie wurde durchgeführt, um Aufschluss über die Behandlungsbereitschaft von ambulanten Psychotherapeut\*innen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen zu gewinnen. Es sollte beleuchtet werden, welchen Barrieren dabei eine wichtige Rolle zukommt. Hierfür wurde der Einfluss von Erfahrungs- und Kompetenzfaktoren der Psychotherapeut\*innen, von deren persönlichen therapiebezogenen Einstellungen sowie von wahrgenommenen strukturellen Barrieren auf die Behandlungsbereitschaft gegenüber dieser Klientel untersucht. Darüber hinaus sollte der Einfluss von alltäglich stigmatisierenden Einstellungen gegenüber Patient\*innen mit schizophrenen Störungen auf die Behandlungsbereitschaft der Therapeut\*innen ergründet werden. Ob sich die Behandlungsbereitschaft gegenüber Patient\*innen mit schizophrenen Störungen in der untersuchten Stichprobe tatsächlich von der Bereitschaft gegenüber depressiven Patient\*innen unterscheidet, war ebenfalls Gegenstand der Untersuchung.

Zu Beginn dieses Kapitels werden soziodemographische, ausbildungs- und berufsbezogene Merkmale der Stichprobe sowie ihre allgemeinen Behandlungsangaben und Angaben zur Behandlung von schizophrenen Störungen diskutiert. Darüber hinaus werden die Ergebnisse der einzelnen Barrieregruppen in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen und die alltäglich stigmatisierenden Einstellungen der befragten Psychotherapeut\*innen diskutiert.

Nach der ausführlichen Diskussion der drei Haupthypothesen, sollen weitere explorative Analysen aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet und in die bisherige Literatur eingeordnet werden. Unter anderem sollen dabei weitere Einblicke in die Relevanz einzelner Merkmale in der Erfahrung, der Ausbildung sowie in persönlichen Einstellungen der Therapeut\*innen gegeben werden. Im Anschluss soll auf die Stärken und Schwächen des Untersuchungsdesigns der vorliegenden Studie eingegangen werden. Abgeschlossen wird das folgende Kapitel mit einem Ausblick, welche Maßnahmen für die Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen sinnvoll erscheinen. Zum leichteren Verständnis werden im Diskussionsteil jeweils kurze Zusammenfassungen der Hauptergebnisse zu den jeweiligen Unterpunkten gegeben, gefolgt von der jeweiligen Diskussion.

## **4.1 Diskussion der deskriptiven Daten zur Stichprobe**

Zu Beginn dieses Kapitels soll die soziodemographische Zusammensetzung der Stichprobe ausführlich beleuchtet werden und damit die Repräsentativität der Stichprobe für die tatsächliche Grundgesamtheit der bayerischen Psychotherapeut\*innen diskutiert werden. Darauf folgt die Diskussion der ausbildungs- und berufsbezogenen Merkmale der Stichprobe sowie der allgemeinen Behandlungsangaben und Angaben zur Behandlung von schizophrenen Störungen. Außerdem werden auch die Ergebnisse der einzelnen Barrieregruppen in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen sowie die alltäglich stigmatisierenden Einstellungen der befragten Psychotherapeut\*innen ausführlich diskutiert.

### ***4.1.1 Soziodemographische, ausbildungs- und berufsbezogene Daten***

**Zusammenfassung der Hauptergebnisse.** Die Stichprobe umfasste 610 Teilnehmende mit einem Altersdurchschnitt von 46 Jahren und einem Anteil von 76% weiblichen Teilnehmerinnen. Zwei Drittel der Teilnehmenden gab an, Psychologische Psychotherapeut\*innen zu sein, gefolgt von Personen in Ausbildung dazu. Danach folgten Kinder- und Jugendpsychotherapeut\*innen und Personen in Ausbildung dazu. Fachärzt\*innen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie schlossen an sowie die Personen in Fachärzt\*innenausbildung. Circa ein Viertel aller Teilnehmenden befanden sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch in Ausbildung. Die meisten der abgeschlossenen Ausbildungen wurden zwischen 2010 und 2019 absolviert, mit einem Median des Abschlussjahres bei 2010, während die Personen in Ausbildung ihre Ausbildung mit einem Median von 2018 begannen.

Fast 70% der Teilnehmenden gaben an, sich auf Verhaltenstherapie spezialisiert zu haben. Etwa ein Fünftel gab die Analytische Psychotherapie oder die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder beide Richtlinienverfahren an. Das Richtlinienverfahren der Systemischen Therapie wurde deutlich seltener angegeben. In Bezug auf Einrichtungen der Haupttätigkeit arbeiteten die meisten Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Datenerhebung in einer psychotherapeutischen Einzelpraxis, gefolgt von psychotherapeutischen Gemeinschaftspraxen. Circa 23% arbeiteten in psychiatrischen oder psychosomatischen Kliniken oder Tageskliniken.

Hinsichtlich ihrer praktischen Erfahrung in der Psychiatrie während der Ausbildung gaben alle Teilnehmenden an, tendenziell „etwas mehr“ Erfahrung gesammelt, d.h. „einen

recht guten Einblick bekommen, auch selbst Patient\*innen behandelt“ zu haben. Die approbierten Teilnehmenden gaben zu ihrer Tätigkeit nach Abschluss der Ausbildung „Nur ein wenig“ Erfahrung an. In Bezug auf die Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen ergab sich ein ähnliches Muster: Während der Ausbildung wurde im Mittel „etwas mehr“ Erfahrung gesammelt, in der Tätigkeit nach Abschluss der Ausbildung „nur ein wenig“. Auch Fortbildungen zu schizophrenen Störungen wurden während und nach Abschluss der Ausbildung im Mittel „nur wenig“ besucht.

**Diskussion.** Die vorliegenden Ergebnisse liefern wichtige Einblicke in die Charakteristika der Stichprobe sowie deren Ausbildungs- und Erfahrungsstand in Bezug auf die Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen.

Insgesamt haben 610 Befragte an der Studie teilgenommen, unter denen 464 abgeschlossene Psychotherapeut\*innen und 148 noch in Ausbildung waren. Entsprechend des psychotherapeutischen Versorgungsatlas der Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2023) waren im Jahr 2023 in Bayern 6.311 Psychotherapeut\*innen gemeldet. Gezählt wurden alle in Bayern zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen, angestellten und ermächtigten Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen. Damit ist der Rücklauf der Gesamtpopulation mit 10%, wenn alle Befragten betrachtet werden, und 7%, wenn nur die approbierten Therapeut\*innen berücksichtigt werden, als zahlenmäßig durchaus repräsentativ anzusehen.

Das durchschnittliche Alter der befragten Stichprobe war mit circa 46 Jahren etwas geringer als das Alter von 54 Jahren, das von der KVB veröffentlicht wurde. Dies lässt sich möglicherweise durch den Anteil der Personen in Ausbildung erklären, der bei der vorliegenden Stichprobe bei circa 24% lag. Personen in Ausbildung wurden im Versorgungsatlas nicht berücksichtigt. Jedoch liegt das Durchschnittsalter der befragten approbierten Psychotherapeut\*innen mit 50 Jahren selbst bei selektiver Betrachtung unter dem bayerischen Durchschnittsalter.

Die untersuchte Stichprobe bestand außerdem zu 76% aus weiblichen Therapeutinnen, was den weiblichen Anteil im Versorgungsatlas der KVB exakt widerspiegelt.

Prozentual waren bezüglich der Berufsbezeichnung Psychologische Psychotherapeut\*innen sowie Personen in Ausbildung dazu mit 78% in der vorliegenden Stichprobe im Vergleich zum Anteil von 61% aus den Angaben der KVB eher überrepräsentiert. In deren Veröffentlichung der KVB wird außerdem ein Anteil von 21% für Kinder- und Jugendpsychotherapeut\*innen und 18% für ärztliche Psychotherapeut\*innen

angegeben. Diese beiden Gruppen waren in der vorliegenden Stichprobe inklusive der Personen in Ausbildung dazu mit jeweils 11% vertreten. Bei beiden Gruppen waren Mehrfachnennungen möglich. Allerdings gab es in der vorliegenden Stichprobe einen Anteil von 4%, die diesen drei Kategorien nicht klar zugeordnet werden konnten, wie z.B. „Fachärzt\*innen für Neurologie“ oder „Klinische Neuropsycholog\*innen“.

Bezüglich des Abschlussjahres mit dem Median von 2010 ist von einer deutlichen Verzerrung auszugehen. Mit der Veränderung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) im Jahre 1998 konnten bis zum Jahr 1999 im Rahmen einer Übergangsregelung bereits tätige psychologische Psychotherapeut\*innen ihre Approbation ohne das Absolvieren der Psychotherapieausbildung beantragen (Bundesministerium der Justiz, 1998). So kann davon ausgegangen werden, dass einige der Therapeut\*innen bereits weit länger als 1999 als Therapeut\*innen tätig waren, auch wenn der Großteil zwischen 2010 und 2019 die Ausbildung absolviert hätte. Die Teilnehmenden in Ausbildung haben mit einem Median von 2018 ihre Ausbildung begonnen, womit sie bei einer durchschnittlichen Länge von 3 bis 5 Jahren bereits eher zeitlich fortgeschritten in ihrer Ausbildung schienen. Da die Voraussetzung zur Teilnahme das Absolvieren der zwei Pflichtpraktika im Rahmen der Ausbildung war, ist davon auszugehen, dass die Personen in Ausbildung bereits einige Erfahrung in der Behandlung von Patient\*innen sammeln konnten.

In Bezug auf die Spezialisierung der Teilnehmenden zeigt sich, dass Verhaltenstherapie die am häufigsten angegebene Methode war. Andere Methoden wie Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wurden auch von einem großen Anteil der Teilnehmenden genannt. Die geringe Anzahl von Teilnehmenden, die Systemische Therapie als ihre Hauptmethode angaben, könnte dadurch erklärt werden, dass erst im November 2019 der Gemeinsame Bundesausschuss die Systemische Therapie bei Erwachsenen als Richtlinienverfahren anerkannt hat.

Laut der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (Verdi, 2006) sind etwa die Hälfte der Psychotherapeut\*innen niedergelassen in eigener Praxis, während die übrigen meist in Beratungsstellen, Reha-Kliniken, Universitätsambulanzen, Psychiatrischen Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen angestellt sind. In der vorliegenden Stichprobe arbeiteten ca. 67% in psychotherapeutischen Praxen (einzeln oder gemeinschaftlich) und circa 33% in Kliniken, Ambulanzen oder weiteren Einrichtungen. Hierbei ist allerdings relevant, dass die Teilnehmenden auch mehrere Angaben machen konnten und es hierbei zu Überschneidungen kommen konnte.

Hinsichtlich der praktischen Erfahrung der Teilnehmenden in der Psychiatrie zeigte sich, dass die Teilnehmenden während ihrer Ausbildung tendenziell „etwas mehr“ Erfahrung gesammelt, d.h. „einen recht guten Einblick bekommen, auch selbst Patient\*innen behandelt“ hätten. Nach Abschluss ihrer Ausbildung berichteten sie allerdings von „nur ein wenig“ Erfahrung in ihrer Tätigkeit. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Angaben, dass der Großteil der befragten approbierten Therapeut\*innen in Psychotherapeutischen Praxen und nur noch ein Bruchteil in Psychiatrischen Einrichtungen gearbeitet habe.

Ein ähnliches Bild zeigte sich bezüglich der praktischen Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass Personen in Ausbildung häufiger in Kontakt mit Menschen mit unterschiedlichen psychischen Störungen kommen, was es ihnen ermöglicht, praktische Erfahrung in der Behandlung von schizophrenen Patient\*innen zu sammeln. Nach Abschluss der Ausbildung arbeiten viele Psychotherapeut\*innen jedoch in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen, in denen sie möglicherweise weniger häufig auf Menschen mit schizophrenen Störungen treffen, als in einer Klinik oder während ihrer Ausbildung.

Die Ergebnisse, dass die Teilnehmenden sowohl während als auch nach Abschluss ihrer Ausbildung insgesamt nur wenige Fortbildungen zu schizophrenen Störungen besucht haben, könnte sich anhand unterschiedlicher Aspekte erklären lassen. Zum einen könnte eine mangelnde Verfügbarkeit entsprechender Fortbildungen eine Rolle spielen. So gaben die Befragten an, deutlich mehr störungsspezifische Fortbildungs- und/oder Supervisionsangebote zu benötigen. Zum anderen könnte die geringere Wahrnehmung der Relevanz von Fortbildungen zu schizophrenen Störungen Einfluss haben. Es ist möglich, dass viele Psychotherapeut\*innen ohnehin weniger Berührungspunkte mit diesen Störungen haben und diese dadurch als weniger relevant für ihre therapeutische Arbeit ansehen und entsprechend weniger Motivation haben, Fortbildungen zu diesem Thema zu besuchen.

Insgesamt liefern die Ergebnisse dieses Kapitels wichtige Informationen über die Ausbildung und Erfahrung von Psychotherapeut\*innen in Bezug auf die Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen. So scheint es indiziert, Fortbildungsangebote zu diesem Thema zu fördern und weiterzuentwickeln, um die Versorgung von Menschen mit schizophrenen Störungen zu verbessern. Aber auch die Therapeut\*innen sollten bereits während ihrer Ausbildung dazu ermutigt werden, sich mit der Behandlung von schizophrenen Störungen auseinanderzusetzen und Fortbildungen dazu wahrzunehmen.

#### ***4.1.2 Allgemeine Behandlungsfragen sowie spezifische zu schizophrenen Störungen***

**Zusammenfassung der Hauptegebnisse.** In der Analyse weiterer Behandlungsfragen zeigte sich, dass sich ein Großteil der Therapeut\*innen nicht auf die Behandlung bestimmter Störungsbilder spezialisiert hat. Von den knapp 20%, die eine Spezialisierung angaben, spezialisierten sich die meisten auf posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und Depressionen, gefolgt von Persönlichkeitsstörungen, Angst- und Panikstörungen, Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis und Essstörungen. Darüber hinaus gab etwa ein Drittel der Befragten an, bestimmte Störungsbilder von der Behandlung auszuschließen – am häufigsten Abhängigkeitserkrankungen, Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis und Essstörungen.

Es zeigte sich außerdem, dass die Behandlungsbereitschaft der Teilnehmenden für Menschen mit schizophrenen Störungen durchschnittlich war. Die gegenüber Menschen mit depressiven Episoden war hingegen extrem hoch.

Ihre Behandlungskompetenz für schizophrene Störungen schätzten die Teilnehmenden nur mittelmäßig ein. Ein knappes Drittel der Teilnehmenden gab an, Menschen mit schizophrenen Störungen kein Behandlungsangebot zu machen. Über die Hälfte der Teilnehmenden hatten bisher 1-10 Patient\*innen mit schizophrenen Störungen behandelt, 2% der Befragten gaben an, bereits über 100 Patient\*innen mit schizophrenen Störungen in Behandlung gehabt zu haben.

Die generelle Indikation von Psychotherapie bei schizophrenen Störungen stuften die Teilnehmenden als deutlich indiziert ein. Dabei ergaben sich für die „Negativ-Symptomatik“ und „Residual-Symptomatik“ deutlich höhere Werte als bei „produktiv psychotischer Positiv-Symptomatik“.

Schließlich gaben ca. 35% der Teilnehmenden in Ausbildung an, dass ihre Ausbildungsambulanzen Menschen mit schizophrenen Störungen grundsätzlich eher keine Psychotherapie anbieten würden.

**Diskussion.** Dass die Mehrheit der Therapeut\*innen sich nicht auf ein bestimmtes Störungsbild spezialisiert hätten, spiegelt sich in dem Item wider „Ich sehe meinen Versorgungsauftrag darin, Menschen unabhängig von ihrer Diagnose zu behandeln“. Dies bejahten die Therapeut\*innen mehrheitlich. Dass sich einige Befragte auf Traumafolgestörungen und Depression, aber nur sehr wenige auf schizophrene Störungen

spezialisiert hatten, zeigt, dass es durchaus Personen gab, die vermehrt Menschen mit schizophrenen Störungen behandeln, dies aber im Vergleich nicht häufig der Fall war. Gleichzeitig scheint wiederum jede zehnte Person der Befragten Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis von ihrer Behandlung ausgeschlossen zu haben, was dafür spricht, dass aus unterschiedlichen Gründen Ressentiments gegenüber der Behandlung dieser Klientel bestehen. Das einzige Störungsbild, das in der Befragung noch häufiger ausgeschlossen wurde, waren Abhängigkeitserkrankungen. Dies wiederum könnte sich dadurch erklären, dass viele Psychotherapeut\*innen eine ambulante Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen möglicherweise nicht für indiziert halten könnten. Die Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (2009) genehmigt die Durchführung von Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen auch nur dann, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann. Sollte die Abstinenz darüber hinaus nicht bestehen, müssen Therapeut\*innen geeignete Behandlungsmaßnahmen ergreifen, um diese wieder herzustellen und diese von einer externen ärztlichen Person bestätigen lassen. Da dies zusätzlichen Aufwand und Verantwortung für die Therapeut\*innen bedeutet, könnte es ein Grund dafür sein, warum Psychotherapeut\*innen die Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen tendenziell ablehnen.

In einer weiteren Auswertung wurde der genannte Anteil von über 10%, der kategorisch Patient\*innen mit schizophrenen Störungen ausschließt, nochmals größer, als die Therapeut\*innen spezifisch danach gefragt wurden, ob sie Menschen mit schizophrenen Störungen ein Behandlungsangebot machen. Hierbei gaben fast ein Drittel an, dieser Klientel generell keine Behandlung anzubieten.

So decken sich die Ergebnisse mit denen weiterer Studien, dass ein großer Anteil ambulant tätiger Therapeut\*innen keine Therapie für Menschen mit Schizophrenie anbietet. Während in bisherigen Studien von 51% (Görgen & Engler, 2005) und von 62% (Nübling et al., 2014) der befragten Therapeut\*innen, die angaben, Patient\*innen mit psychotischen Störungen nicht zu behandeln, die Rede war, war der Anteil mit 27% in der vorliegenden Studie immer noch hoch, jedoch bereits deutlich geringer. Diese Zahl kommt deutlich näher an die Ergebnisse einer etwas aktuelleren Studie (Schlier et al., 2017) heran, in der fast 70% der interviewten Therapeut\*innen eine prinzipielle Bereitschaft zur Behandlung von Menschen mit Schizophrenie signalisierten. Dies könnte erste Hinweise auf eine Verbesserung der Behandlungsbereitschaft der Therapeut\*innen seit 2014 geben.

Bei der Frage der tatsächlichen Behandlung von Patient\*innen mit schizophrenen Störungen gab über die Hälfte der Teilnehmenden an, bisher erst „einen bis zehn Patient\*innen“ mit diesem Störungsbild behandelt zu haben. Nur 2% berichteten, bereits „über 100 Patient\*innen“ behandelt zu haben. Dieses Ergebnis deckt sich ebenso mit der bisherigen Literatur, dass sich die Therapie von Menschen mit schizophrenen Störungen auf wenige Psychotherapeut\*innen konzentriert und sich die Behandlungsquote zwischen den Psychotherapeut\*innen enorm unterscheidet (Schlier et al., 2017).

Mit Blick auf die Therapieausbildung äußerten ein gutes Drittel der Personen in Ausbildung, dass sie Menschen mit schizophrenen Störungen in ihren Ausbildungsambulanzen nicht behandeln könnten, da diesen dort keine Psychotherapie angeboten werde. Dieses Ergebnis könnte auch damit in Verbindung gebracht werden, dass die Befragten ihre Behandlungskompetenz für schizophrene Störungen nur als mittelmäßig einschätzten. Und das, obwohl die Teilnehmenden Psychotherapie bei schizophrenen Störungen grundsätzlich als deutlich indiziert einschätzten. Bei genauerer Betrachtung wird hierbei deutlich, dass die meisten Therapeut\*innen Psychotherapie bei *Negativ-Symptomatik* sowie bei *Residual-Symptomatik* für deutlich mehr indiziert hielten als bei *produktiv psychotischer Positiv-Symptomatik*. Die Psychotherapie galt bei akuten Symptomen der Schizophrenie lange Zeit als wirkungslos bzw. kontraindiziert. Laut Schlier und Lincoln (2016) weisen komprimierte Darstellungen in Lehrbüchern auch heute noch in Bezug auf gängige Verfahren häufig auf eine Kontraindikation für akute Psychosen hin. Dies spiegelt laut der vorliegenden Studie nach wie vor die Einschätzung der befragten Therapeut\*innen wider. Diese Einschätzung wurde in der S3-Behandlungsleitlinie der DGGPN (2019) klar entkräftet. Diese empfiehlt Psychotherapie über alle Krankheitsphasen hinweg. Somit sollten laut der DGPPN auch in der akuten Krankheitsphase pharmakotherapeutische und psychotherapeutische Interventionen im Fokus stehen.

Vor dem Hintergrund der bisher diskutierten Aspekte erscheint es naheliegend, dass die Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen eine Psychotherapie anzubieten als geringer angegeben wurde, als es bei Menschen mit einer depressiven Episode der Fall war. Dieses Ergebnis soll in der Diskussion der Hypothese III im Verlauf ausführlicher diskutiert werden.

#### **4.1.3 Barrieren in der Behandlung von Patient\*innen mit schizophrenen Störungen**

**Zusammenfassung der Hauptergebnisse.** Die erste Barrieregruppe *Persönlichkeits- und therapiebezogene Einstellungen gegenüber Patient\*innen mit schizophrenen Störungen* wurde von den Teilnehmenden am geringsten bewertet. Die höchste Bewertung erhielt hierbei das Item, dass die medikamentöse Behandlung bei diesen Störungen viel wichtiger sei als Psychotherapie. Das zweithöchst bewertete Item war, dass die Befragten wenig Selbstwirksamkeit bei der Behandlung erfahren, gefolgt von dem Item, dass die allgemeine Prognose bei diesen Störungen noch immer schlecht sei. Das Item mit dem niedrigsten Mittelwert besagte, dass die Befragten nur wenig Empathie für Menschen mit diesen Störungen aufbringen können. Die übrigen Items zeigten beispielsweise, dass die psychotherapeutische Behandlung als wenig aussichtsreich eingeschätzt wird. Auch Sicherheitsbedenken und das ungepflegte Erscheinungsbild von Patient\*innen mit schizophrenen Störungen scheinen als abschreckend empfunden worden zu sein.

Die zweite Barrieregruppe *Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren* der Psychotherapeut\*innen wurde von den Teilnehmenden am höchsten bewertet. Hierbei wurden der mangelnden fachlichen Kompetenz sowie den unzureichenden störungsspezifischen Fortbildungs- und/oder Supervisionsangeboten die höchste Relevanz zugeschrieben. Gefolgt von der ungenügenden Erfahrung in der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen und den unzureichenden Kenntnissen der Therapeut\*innen über die Empfehlungen der aktuellen Behandlungsleitlinien. Auch bezüglich der Einschätzung von Selbst- und Fremdgefährdung sowie im Umgang mit Notsituationen bei Menschen mit schizophrenen Störungen scheinen die Therapeut\*innen Schwierigkeiten gehabt zu haben.

Die dritte Barrieregruppe *Strukturelle Barrieren* ordnete sich bezüglich ihrer Relevanz zwischen den *Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren* der Psychotherapeut\*innen und den *Persönlichen therapiebezogenen Einstellungen gegenüber Patient\*innen mit schizophrenen Störungen* ein. Die mangelnde Anzahl der Anfragen für Psychotherapie von Menschen mit schizophrenen Störungen schien hierbei die größte Rolle zu spielen, gefolgt von Problemen in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen, wie Psychiater\*innen und Mitarbeitenden von Sozialdiensten. Auch die Befürchtung vor zu vielen Ausfällen der Stunden und Unzuverlässigkeit der Patient\*innen sowie Probleme bei der Einbeziehung der Angehörigen in die Therapie schienen eine Rolle zu spielen. Bedenken hinsichtlich der Genehmigung von Therapieanträgen durch die Krankenkassen schienen eine untergeordnete Rolle zu spielen.

Von allen Items über die drei Barrieregruppen hinweg fielen das Item zu mangelnden Anfragen für Psychotherapie von Menschen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis am schwersten und das Item, dass die Befragten nur wenig Empathie für Menschen mit diesen Störungen aufbringen können am geringsten ins Gewicht.

**Diskussion.** Bei Betrachtung der drei Barrieregruppen fällt auf, dass die Zustimmung der befragten Therapeut\*innen insgesamt am höchsten für die Barrieren in den Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren, dann für die strukturellen Barrieren und dann erst für die persönlichen therapiebezogenen Einstellungen ausfiel.

In der ersten Gruppe *Persönlich-therapiebezogene Einstellungen gegenüber Patient\*innen mit schizophrenen Störungen* stellte sich heraus, dass die Teilnehmenden die medikamentöse Behandlung bei diesen Störungen viel wichtiger einschätzten als Psychotherapie. Das lässt sich möglicherweise durch die hohe Verbreitung von nachweislich unvollständigen, rein biologischen Ursachenmodellen von Medizin- und Psychologie-Studierenden erklären, welche Lincoln und Kolleg\*innen (2008) nachwies. Diese könnten somit auch unter Psychotherapeut\*innen verbreitet sein. Die DGPPN (2019) sieht Psychotherapie jedoch als eine relevante Zusatzbehandlung zu der obligatorischen Pharmakotherapie, die sie mit dem höchsten Empfehlungsgrad empfiehlt. Das bedeutet, dass die medikamentöse Behandlung zwar einen unabdingbaren Bestandteil der Behandlung darstellt, hier aber laut DGPPN (2019) kein *entweder, oder* gilt. Zusätzlich ist hier an medikamentös therapieresistente Patient\*innen oder an Patient\*innen zu denken, die eine medikamentöse Behandlung ablehnen. Bei diesen wäre eine ambulante Therapie relevant, um die Lebensqualität zu erhöhen oder die Medikamentencompliance überhaupt erst zu erzeugen und aufrecht zu erhalten. Einige Studien konnten nachweisen, dass Verhaltenstherapie sogar deutlich positive Auswirkungen auf die Medikamentencompliance der Patient\*innen zu Folge haben kann (Xia, Merinder & Belgamwar, 2011).

Die Aussagen, dass die Befragten wenig Selbstwirksamkeit bei der Behandlung erfahren und, dass sie die allgemeine Prognose bei diesen Störungen noch immer als schlecht einschätzen, beschrieben Schlier und Lincoln mit dem Begriff des *prognostischen Pessimismus* (2007). Wie im Verlauf noch zu lesen sein wird, war dieser *prognostische Pessimismus* auch eines der am meist vertretenen Stereotype in Bezug auf alltägliche stigmatisierende Einstellung in der vorliegenden Stichprobe. Andererseits arbeitete Kernbach (2019, S. 29) in seiner Mixed-methods Studie heraus, dass für einen bestimmten Anteil an Psychotherapeut\*innen, „die

zentrale Erfahrung, in der ambulanten Zusammenarbeit [mit] schizophrenen Patienten, sich als therapeutisch wirksam zu erleben“ gerade das Motiv sei, diese Patient\*innen zu behandeln. Dabei scheint zum einen der Aspekt eine Rolle zu spielen, Personen zu unterstützen, die „sonst durchs Netz fallen...“ würden und zum anderen „mit relativ wenig Aufwand viel erreichen“ zu können (Kernbach, 2019, S.29).

Des Weiteren gaben die Befragten die geringsten Schwierigkeiten dabei an, Empathie für Menschen mit diesen Störungen aufbringen zu können. Empathie, gemeinsam mit emotionaler Wärme und Echtheit im Verhalten, werden bereits lange als unspezifische Wirkfaktoren der Psychotherapie angesehen (Bozok & Bühler, 1988). Es kann davon ausgegangen werden, dass die Befragten diese als Kernkompetenzen auch bei dieser Klientel zeigten oder zumindest sozial erwünscht auf diese Frage antworteten.

Die zweite Gruppe *Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren* der Psychotherapeut\*innen schien für die Befragten die größte Rolle in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen zu spielen. Mangelnde fachliche Kompetenz und unzureichende störungsspezifische Fortbildungs- und/oder Supervisionsangebote wurden hierbei als Hauptprobleme angegeben. Wenngleich sich der Dachverband Deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie (DDPP) um deutschlandweite spezifische Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie störungsspezifische Supervision im Bereich der Psychosen-Psychotherapie bemüht, scheint die Therapie von psychotischen Erkrankungen in den allgemeinen Curricula der Ausbildungsinsitute wenig Platz zu finden. So werden, wie bereits erwähnt, von einigen Ausbildungsinstituten Menschen mit schizophrenen Störungen von der Behandlung ausgeschlossen. Auch Schlier und Kolleg\*innen (2017) zeigten in ihrer Studie auf, dass nur zwischen 9 und 19% der Therapeut\*innen davon überzeugt seien, dass ausreichend spezifische Fortbildungsangebote zu Verfügung stünden und nur zwischen 0 und 19% der Therapeut\*innen über ausreichende Supervisionsangebote zu schizophrenen Störungen berichten. Dieser Mangel an Fortbildungs- und Supervisionsangeboten scheint eine schwerwiegende, ursächliche Rolle bei der mangelnden Kompetenz und Erfahrung der Therapeut\*innen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen zu spielen und könnte auch die unzureichenden Kenntnisse der Therapeut\*innen über die Empfehlungen der aktuellen Behandlungsleitlinien erklären.

Dass die Behandlung von Patient\*innen mit schizophrenen Störungen in der Ausbildung nur wenig Beachtung findet, könnte erklären, warum Personen während und nach ihrer Ausbildung große Unsicherheiten in der Einschätzung von Selbst- und Fremdgefährdung sowie im Umgang mit Notsituationen bei dieser Klientel zeigen. Diese Unsicherheiten könnten

in weiterer Konsequenz die approbierte Therapeut\*innen davon abhalten, dieser Klientel überhaupt ein Behandlungsangebot zu machen. So sollte das Angebot von schizophrenie-spezifischen Fortbildungen und Supervisionen zukünftig nicht mehr nur im Rahmen störungsspezifischer Curricula vorbehalten bleiben, sondern auch niederschwellig im Rahmen der allgemeinen Psychotherapieausbildung und in darauffolgenden Fortbildungsangeboten Platz finden. Es ist anzunehmen, dass Therapeut\*innen, die während ihrer Ausbildung ohnehin viele Fortbildungen und Seminare absolvieren mussten, die Bereitschaft für die bisher bestehenden außerordentlichen Curricula zusätzlich zur Ausbildung nur dann aufbringen, wenn diese bereits erste Berührungspunkte mit der Behandlung der schizophrenen Störungen hatten.

Die Betrachtung der dritten Gruppe *Strukturelle Barrieren* zeigt, dass Probleme im strukturellen Kontext der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen eine immense Rolle spielen. Die mangelnde Anzahl von Anfragen für Psychotherapie von Menschen mit schizophrenen Störungen scheint hierbei ein großes Hindernis darzustellen. Dies bestätigen einige Studien, die ihr Augenmerk darauflegen, dass viele der Patient\*innen mit schizophrenen Störungen – z.B. aufgrund von Schnittstellenproblemen – gar nicht erst soweit kommen, eine Psychotherapie anzufordern (Schlier & Lincoln, 2016; Görden & Engler, 2005).

Auch Kernbach (2019, S. 35) wies in seiner Studie darauf hin, dass Psychotherapeut\*innen häufig berichten würden, dass sich „keine oder sehr wenige Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen bisher bei ihnen gemeldet haben“. Dass die mangelnden Anfragen von Patient\*innen mit schizophrenen Störungen bezüglich der strukturellen Barrieren derart ins Gewicht fielen zeigt, dass an dieser Stelle weitere wissenschaftliche Untersuchungen dringend nötig wären, um auch die subjektiven Barrieren der Patient\*innen auf dem Weg zur Psychotherapie zu identifizieren und in weiterer Folge eliminieren zu können.

Auch Probleme in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen, wie z.B. Psychiater\*innen und Mitarbeitenden der Sozialdienste, scheinen eine wichtige Rolle unter den strukturellen Barrieren gespielt zu haben. Bereits Kernbach (2019) zeigte hierzu Schwierigkeiten von Psychotherapeut\*innen in der interdisziplinären Kooperation mit Psychiater\*innen auf. Auch Schlier und Kolleg\*innen (2017) deuten auf die Schwierigkeiten von Therapeut\*innen hin, eine verlässliche Kooperation mit Psychiater\*innen und stationären Einrichtungen aufrechtzuerhalten. Zusätzlich wies die Psychotherapeutenkammer Hamburg nach einer Befragung von Psychotherapeut\*innen (2013) auf die mangelnde Vergütung von Kommunikation und Abstimmung mit anderen Behandler\*innen hin. Hierzu wurden bereits Vorschläge angebracht, politische Anreize zu gestalten, indem beispielsweise

Kooperationsleistungen von Psychiater\*innen und Psychotherapeut\*innen abgerechnet werden können (Schlier & Lincoln, 2016). Auch die Befürchtung vor zu vielen Ausfällen der Stunden durch Unzuverlässigkeit der Patient\*innen scheint bei der vorliegenden Stichprobe ähnlich wie in der bisherigen Literatur vorhanden gewesen zu sein. So finden Schlier und Kolleg\*innen (2017) unter den von ihnen befragten Therapeut\*innen ebenso die erwartete Herausforderung von Verdienstaussfällen bei Nicht-Erscheinen der Patient\*innen sowie deren erwartete geringe Zuverlässigkeit bei Terminen. Hierbei könnten sich die Therapeut\*innen in einem Dilemma befinden. Zum einen sind sie für die Abrechnung bei den Krankenkassen auf das Erscheinen der Patient\*innen angewiesen. Zum anderen könnte es ihnen schwerer fallen, bei Menschen mit niedrigen sozioökonomischen Status ein Ausfallhonorar von den Patient\*innen zu verlangen. Diesbezüglich regten Bechdorf und Klingberg (2014) an, mit neuen Strukturen den häufigeren Stundenausfall bei Patient\*innen mit schweren Störungen zu kompensieren. Bezüglich der Angaben der befragten Therapeut\*innen zu ihren Problemen bei der Einbeziehung der Angehörigen in die Therapie, gibt es ebenso deckende Ergebnisse in bisherigen Studien (Schlier et al., 2017). Auch hierzu gab es bereits den Vorschlag, Angehörigen-Interventionen künftig attraktiver zu gestalten, indem diese finanziell höher entlohnt werden als Einzelsitzungen (Bechdorf & Klingberg, 2014). Bedenken hinsichtlich der Genehmigung von Therapieanträgen scheinen trotz der Tatsache, dass diese früher bei schizophrenen Störungen tendenziell eher abgelehnt wurden (Schlier & Lincoln, 2016), bei den Befragten Therapeut\*innen nicht so schwer ins Gewicht gefallen zu sein. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass mit der Strukturreform in der Psychotherapie vom 01.04.2017 Kurzzeittherapien mit bis zu 24 Therapieeinheiten grundsätzlich nicht mehr gutachterpflichtig sind (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, 2017). Damit könnten die Bedenken, zumindest eine Kurzzeittherapie genehmigt zu bekommen, deutlich in den Hintergrund gerückt sein. Bei der Beantragung von gutachtenpflichtigen Langzeittherapien könnten die Bedenken vor einer Ablehnung durch die Gutachter\*innen möglicherweise wieder ansteigen. Die strukturellen Barrieren von Therapeut\*innen scheinen die Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen deutlich zu erschweren. Diesen sollte deshalb dringend mehr Aufmerksamkeit von den zuständigen Institutionen zukommen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass in der generellen Behandlung der befragten Therapeut\*innen am ehesten *Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren* der Psychotherapeut\*innen als Barrieren angegeben wurden, gefolgt von *Strukturellen Barrieren* und den *Persönlichen therapiebezogenen Einstellungen gegenüber Patient\*innen mit*

*schizophrenen Störungen*. Inwiefern diese die tatsächliche Behandlungsbereitschaft beeinflussen, wird im weiteren Verlauf diskutiert.

#### ***4.1.4 Stigmatisierende Einstellungen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen***

**Zusammenfassung der Hauptergebnisse.** Die Ergebnisse über die stigmatisierenden Einstellungen von Psychotherapeut\*innen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen zeigten geringe Werte und eine deutlich rechtschiefe Verteilung. Die Komponente *Schlechte Prognose* fiel dabei am schwersten ins Gewicht. Die Komponenten *Unberechenbarkeit/Inkompetenz*, *Gefährlichkeit* und *Zuweisung von Verantwortung* folgten in absteigender Reihenfolge. Das Item, das von allen Befragten ausschließlich mit „1 = Stimme ich überhaupt nicht zu“ beantwortet wurde, war „Schizophrene Störungen sind die Strafe für schlechte Taten“. Die Aussage, der am meisten zugestimmt wurde, war das invertierte Item „Heutzutage ist die Behandlung von schizophrenen Störungen genauso gut wie die von Diabetes“. Aufgrund der Invertierung des Items spricht das dafür, dass die Befragten von einer schlechteren Behandlungschance wie bei Diabetes ausgingen.

**Diskussion.** Bezüglich der allgemeinen stigmatisierenden Einstellungen der Befragten gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen zeigte sich im Mittel nur sehr geringe Zustimmung. Diese Ergebnisse decken sich damit nur wenig mit der bisherigen Literatur, die eine deutliche stigmatisierende Haltung von Personal im allgemeinen Gesundheitssystem (Corrigan & Watson, 2005) und eine noch deutlichere Stigmatisierung bei psychiatrischem Fachpersonal aufzeigt (Kingdon, Sharma & Hart, 2004; Nordt, Rössler & Lauber 2006, Thornicroft, Rose, Kassam, & Sartorius, 2007). Lediglich das Phänomen des *prognostischen Pessimismus*, welches Schlier und Lincoln (2016) bei psychiatrischen Klinikpersonal nachwies, scheint auch in der hier untersuchten Stichprobe deutlicher zum Tragen gekommen zu sein. Wie sich im vorherigen Kapitel schon gezeigt hat, scheint der prognostische Pessimismus also nicht nur ein allgemeines Stereotyp, sondern auch eine der schwerwiegenden Barrieren im Rahmen der *Persönlichen therapiebezogenen Einstellungen gegenüber Patient\*innen mit schizophrenen Störungen* gewesen zu sein. Die Ansicht, dass die Behandlung von schizophrenen Störungen heutzutage genauso gut wie die von Diabetes sei, wurde von vielen Befragten deutlich abgelehnt, was die Überzeugung zeigt, dass die Behandlungschancen für schizophrene Störungen immer noch nicht mit anderen chronischen

somatischen Störungen vergleichbar seien. Im Gegensatz dazu scheinen die Ansichten der Allgemeinbevölkerung über die Prognose der Schizophrenie optimistischer zu sein. In einer Studie von Angermeyer und Matschinger (2004) fand die Aussage, dass heutzutage viele Patient\*innen mit modernen Behandlungsmethoden geheilt werden können, mehr als doppelt so viel Zustimmung wie Ablehnung unter den Befragten aus der Allgemeinbevölkerung. Dass Therapeut\*innen dies im Vergleich etwas pessimistischer sehen, könnte dadurch erklärt werden, dass sie sich eher auf die psychotherapeutische Behandlungsprognose beziehen könnten. Dabei könnten sie eher davon ausgehen, dass das Ziel der Psychotherapie bei Menschen mit schizophrenen Störungen weniger die Heilung der Erkrankung, sondern vielmehr die Begleitung und Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung sei. Laut der S3-Leitlinie für Schizophrenie orientiert sich Psychotherapie eher daran, das soziale Funktionsniveau der Patient\*innen zu verbessern. Das primäre Ziel der Psychotherapie sei die *Recovery*, die neben der Reduktion der belastenden Symptomatik darin bestehe, die soziale Reintegration der Betroffenen zu unterstützen.

Die Überzeugung, dass Menschen mit schizophrenen Störungen gefährlich seien traf bei den befragten Psychotherapeut\*innen, ähnlich wie von Schlier und Lincoln (2016) berichtet, nur auf wenig Zustimmung, während eine gewisse Unberechenbarkeit bzw. Inkompetenz noch etwas häufiger angenommen wurde. Ähnlich wie in der Allgemeinbevölkerung gingen die Therapeut\*innen zu einem gewissen Grad davon aus, dass Menschen mit schizophrenen Störungen nicht in der Lage seien, wichtige Entscheidungen über ihr Leben zu treffen (Angermeyer & Matschinger, 2004). Auch die Meinung, dass Menschen mit schizophrenen Störungen völlig unberechenbar seien, war unter den Therapeut\*innen vertreten, allerdings deutlich seltener als in der Allgemeinbevölkerung (Angermeyer & Matschinger, 2004). Insgesamt scheinen sich die stigmatisierenden Haltungen der befragten Therapeut\*innen in der Ausprägung von Behandelnden in psychiatrischen Gesundheitseinrichtungen in der Schweiz zu unterscheiden. Unter diesen habe nämlich ein Großteil die Einschätzung geteilt, dass Menschen mit Schizophrenie „gefährlich“, „unberechenbar“ und „dumm“ seien (Nordt et al., 2006).

Ähnlich wie von Angermeyer und Matschinger (2004) innerhalb der Allgemeinbevölkerung festgestellt, lehnte die Mehrheit der Befragten der vorliegenden Stichprobe die Vorstellung ab, dass die Krankheit von den Patient\*innen selbst verschuldet sein könnte. Nur wenige machten die Patient\*innen für ihre Krankheit verantwortlich. Dieses Ergebnis gilt insbesondere für die Annahme, dass Schizophrenie die Strafe für böse Taten

darstellt oder dass jemand, der erkrankt, ein/e Versager\*in sei. Ersteres wurde in der Allgemeinbevölkerung von 5% der Befragten bejaht, in der vorliegenden Studie hat keine der befragten Personen dieser Aussage zugestimmt. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass Psychotherapeut\*innen im Rahmen ihrer Ausbildung Wissen über allgemeine Modelle zur Ätiologie von psychischen Erkrankungen vermittelt bekommen, in denen eine eigene Verantwortung oder Schuld als einzige Ursache abgelehnt werden.

Dass die befragten Psychotherapeut\*innen in ihren allgemeinen stigmatisierenden Einstellungen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen nur eine geringe Ausprägung zeigten, könnte durch unterschiedliche Aspekte erklärt werden. Ein Erklärungsansatz könnte sein, dass Psychotherapeut\*innen in ihrem Studium und ihrer Berufsausbildung verstärkt für die Themen Stigmatisierung und Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen sensibilisiert werden. Aber auch soziale Erwünschtheit könnte eine Rolle spielen, da die Berufsgruppe der Psychotherapeut\*innen für Empathie, Offenheit und Toleranz gegenüber psychischen Erkrankungen steht. Daher könnte es sein, dass die Befragten aufgrund des sozialen Drucks, der von ihrer beruflichen Rolle ausgeht, stärker darauf achten, keine stigmatisierenden Einstellungen zu zeigen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Psychotherapeut\*innen im Schnitt – ähnlich wie von Schlier und Lincoln (2016) gezeigt – weniger häufig stereotypisierende oder diskriminierende Einstellungen aufwiesen als die Allgemeinbevölkerung. Dennoch vertreten unter den Therapeut\*innen waren vor allem die Stereotype der Unberechenbarkeit und Inkompetenz sowie des prognostischen Pessimismus (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010). Wie sich diese stigmatisierenden Einstellungen der Therapeut\*innen auf deren Behandlungsbereitschaft auswirkte, soll im Verlauf noch diskutiert werden.

## **4.2 Diskussion der Haupthypothesen**

Nach der ausführlichen Diskussion der Befunde zur Stichprobe, werden im Folgenden die Ergebnisse der drei Haupthypothesen, die in dieser Studie beleuchtet wurden, diskutiert.

### ***4.2.1 HI: Einfluss verschiedener Barrieregruppen auf die Behandlungsbereitschaft***

**Zusammenfassung der Hauptergebnisse.** Für die Hypothese I wurde eine multiple lineare Regressionsanalyse durchgeführt, um die Beziehung zwischen den drei Barrieregruppen als Prädiktorvariablen und der Behandlungsbereitschaft gegenüber Menschen

mit schizophrenen Störungen als abhängige Variable zu untersuchen. Das Gesamtmodell erwies sich als signifikant und deutete auf einen starken Effekt hin. Persönlichkeitsbezogene Einstellungen und Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren hatten einen signifikanten negativen Einfluss auf die Bereitschaft zur Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen, während strukturelle Barrieren keinen signifikanten Einfluss hatten. Die standardisierten Beta-Werte zeigten, dass ausgeprägte Barrieren in den persönlichen therapiebezogenen Einstellungen die Behandlungsbereitschaft am stärksten verringerten, gefolgt von Barrieren innerhalb der Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren.

**Diskussion.** Das Ergebnis der Haupthypothese I zeigt, dass das vorliegende Modell geeignet war, um die *Behandlungsbereitschaft* von Psychotherapeut\*innen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen vorherzusagen. Die *Behandlungsbereitschaft* der befragten Therapeut\*innen wurde am stärksten von deren *persönlichen therapiebezogenen Einstellungen* beeinflusst, während die *Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren* der Psychotherapeut\*innen ebenfalls einen deutlichen Einfluss hatten. Der Einfluss der *Strukturellen Barrieren* auf die Behandlungsbereitschaft war nicht signifikant. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Einstellungen und Fähigkeiten der Behandelnden wichtiger waren als strukturelle Faktoren, als es um die Bereitschaft ging, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln.

Obwohl die befragten Therapeut\*innen den persönlichen therapiebezogenen Einstellungen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen im Mittel am wenigsten Gewicht zuschrieben, hatten diese Einstellungen dennoch den stärksten Einfluss auf deren Behandlungsbereitschaft. Den Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren wurde von den Therapeut\*innen ganz allgemein am allermeisten Relevanz zugeschrieben, wobei die Therapeut\*innen im Mittel zu wenig Erfahrung und Kompetenz in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen angaben (vgl. Kapitel 4.1.3). Diese mangelnde Erfahrung und Kompetenz schienen sich auch auf ihre Behandlungsbereitschaft auszuwirken. Therapeut\*innen, die sich selbst als erfahren und kompetent einschätzen oder ausreichend Fortbildungs- und Supervisionsangebote haben, zeigten eine höhere Behandlungsbereitschaft. Andererseits zeigten Therapeut\*innen, die sich als weniger erfahren und kompetent einschätzen oder mehr Fortbildungen und Supervision benötigen würden, eine signifikant geringere Behandlungsbereitschaft. Im Rahmen der Befragung gaben die Therapeut\*innen an, dass strukturellen Barrieren bei der Behandlung eine wichtige Rolle zukommen würde, dass

ihnen z.B. die Kooperation mit anderen Berufsgruppen oder der Einbezug von Angehörigen Schwierigkeiten bereiten würden, dass sie zu wenig Anfragen der Klientel hätten oder dass sie zu viele Ausfällen der Stunden und Unzuverlässigkeit der Patient\*innen befürchten würden. Die Therapeut\*innen scheinen in ihrem Behandlungsalltag die genannten strukturellen Barrieren zwar deutlich zu erleben, diese hatten jedoch keinen signifikanten Einfluss auf ihre Behandlungsbereitschaft. So lässt sich sagen, dass selbst Therapeut\*innen, die eine hohe Bereitschaft zeigten, diese strukturellen Barrieren durchaus negativ erlebten und sich gewünscht hätten, dass diese verbessert werden. Dennoch schienen sich diese aber nicht davon in ihrer Bereitschaft beeinflussen bzw. abbringen lassen. Die befragte Stichprobe gab insgesamt nur gering negative persönlich-therapiebezogene Einstellungen gegenüber Patient\*innen mit schizophrenen Störungen an. In dieser Analyse zeigt sich jedoch, dass sich die persönlichen Einstellungen, die sich konkret auf die Therapie von Menschen mit schizophrenen Störungen beziehen, eine große Rolle in deren Behandlungsbereitschaft spielten. Das bedeutet konkret, dass Personen mit positiveren Einstellungen eine höhere Behandlungsbereitschaft hatten, während Personen mit negativeren Einstellungen eine geringere Behandlungsbereitschaft aufwiesen. Es kann geschlussfolgert werden, dass die Behandlungsbereitschaft gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen eine Frage der *Einstellung* und *Erfahrung* beziehungsweise *Kompetenz* war. Die genaue Exploration, welche der einzelnen Items hier besonders ins Gewicht fallen, soll im Verlauf diskutiert werden (vgl. in Kapitel 4.3.1). Bei der Diskussion dieser Hypothese darf allerdings nicht außer Acht gelassen werden, dass die Subskala für die strukturellen Barrieren nur eine sehr geringe interne Konsistenz aufwies. Dies könnte zu einer Unterschätzung des Effekts dieser Komponente geführt haben und soll im Verlauf noch ausführlicher diskutiert werden (vgl. Kapitel 4.4).

Die Ergebnisse zeigen einen wichtigen positiven Einfluss von Fortbildungen und Schulungen, sowie der Möglichkeit, Menschen mit schizophrenen Störungen bereits in der Ausbildung zu behandeln, auf die Behandlungsbereitschaft der Therapeut\*innen.

Mit einer höheren Fähigkeit im Umgang mit schizophrenen Störungen könnten auch die persönlichen therapiebezogenen Einstellungen, wie Sicherheitsbedenken oder mangelnde Selbstwirksamkeit verbessert werden, was sich wiederum positiv auf die Behandlungsbereitschaft auswirken könnte.

Wenn die Aus- und Fortbildung zur Behandlung von schizophrenen Störungen jedoch weiterhin wenig verfügbar bleiben, werden die Behandelnden nicht ausreichend auf die Therapie von dieser Klientel vorbereitet und bleiben im Umgang mit dieser Patientengruppe

weiterhin verunsichert. Dies kann nicht nur zu Frustration, Unsicherheit und Angst führen, sondern die Bereitschaft zur Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen massiv beeinträchtigen.

Zusammenfassend gibt es eine Reihe von möglichen Gründen für die negativen Auswirkungen von persönlichen Einstellungen und Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren auf die Bereitschaft zur Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen. Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung von Fortbildungen und Schulungen für Therapeut\*innen bereits während ihrer Ausbildung, um die Einstellungen und Fähigkeiten im Umgang mit Patient\*innen mit schizophrenen Störungen zu verbessern.

#### ***4.2.2 HIII: Einfluss stigmatisierender Einstellungen auf die Behandlungsbereitschaft***

**Zusammenfassung der Hauptergebnisse.** Die Ergebnisse der Hypothese II zeigen, dass alltägliche stigmatisierende Einstellungen von Psychotherapeut\*innen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen signifikant mit einer geringeren Bereitschaft zur Behandlung dieser Menschen verbunden waren. Die einfache lineare Regressionsanalyse wurde zwar signifikant, zeigte aber nur einen schwachen Effekt. Dies zeigt auf, dass stigmatisierende Einstellungen zumindest einen geringen negativen Einfluss auf die Behandlungsbereitschaft haben.

**Diskussion.** Die Ergebnisse dieser Analyse zeigen signifikante Zusammenhänge zwischen stigmatisierenden Einstellungen von Psychotherapeut\*innen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen und der Bereitschaft zur Behandlung dieser. Dabei war der Effekt der stigmatisierenden Einstellungen auf die Behandlungsbereitschaft zwar nur schwach, aber signifikant. Wie bereits im Verlauf dargestellt, brachten die befragten Psychotherapeut\*innen im Mittel nur geringe allgemeine stigmatisierende Haltung zum Ausdruck (vgl. Kapitel 4.1.4). Dennoch scheinen sich die Unterschiede in der Zustimmung von stigmatisierenden Aussagen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen durchaus auf die Behandlungsbereitschaft ausgewirkt zu haben. Ein ähnliches Phänomen wurde bereits in Bezug auf die persönlichen therapiebezogenen Einstellungen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen aufgezeigt (vgl. Kapitel 4.1.3). Auch hier ergaben sich bei den persönlichen Einstellungen keine hohen Werte und dennoch schienen sie sich signifikant auf die Behandlungsbereitschaft ausgewirkt zu haben. Es kann also gezeigt werden, dass Therapeut\*innen, die alltägliche

stigmatisierende Einstellungen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen hatten, eine signifikant geringere Bereitschaft zeigten, diese zu behandeln. Dieser Befund findet Übereinstimmung mit einer früheren Studie, die gezeigt hat, dass psychotherapeutische und psychiatrische Behandelnde im Schnitt weniger häufig stereotypisierende oder diskriminierende Einstellungen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen aufweisen als die Allgemeinbevölkerung (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010). Dennoch scheinen, wie auch in der Stichprobe der vorliegenden Studie, die Stereotype des prognostischen Pessimismus, der Unberechenbarkeit und der Inkompetenz auch unter den psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandelnden in der zitierten Studie (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010) prävalent und könnten sich doch auf die Behandlungsbereitschaft dieser ausgewirkt haben. Dieser Studie von Wahl und Aroesty-Cohen (2010) widersprechen wiederum andere Studien zu stigmabezogenen Behandlungsbarrieren bei Patient\*innen mit Schizophrenie und anderen psychotischen Erkrankungen. Die Studie von Dockery und Kolleg\*innen (2015) zeigte, dass Personen mit Schizophrenie mehr stigmabezogenen Behandlungsbarrieren begegnen, als andere Patient\*innengruppen, wie zum Beispiel Patient\*innen mit Depression oder bipolaren Störungen. Auch Nordt und Kolleg\*innen (2006) haben in ihrer Studie untersucht, wie Ärzt\*innen, Psychotherapeutisches- und Pflegepersonal sowie eine Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung Personen mit Schizophrenie im Vergleich zu anderen Gruppen wahrnehmen. Die Zustimmung zu zehn unterschiedlichen Stereotypen, wie zum Beispiel „gefährlich“, „unberechenbar“ oder „dumm“ waren unter allen Berufsgruppen bei Patient\*innen mit Schizophrenie signifikant höher als bei Patient\*innen mit Depression (Servais und Saunders, 2007; Nordt et al., 2006). Es gibt also durchaus Anhaltspunkte für bestehende Stereotype zum Zeitpunkt dieser Studien. Eine leichte Verringerung der alltäglichen stigmatisierenden Einstellungen der Therapeut\*innen in der vorliegenden Studie im Vergleich zu den Studien aus den Jahren 2006, 2007 und 2015 könnte bei den vorliegenden Ergebnissen angenommen werden. Dass die alltäglichen stigmatisierenden Einstellungen dennoch deren Behandlungsbereitschaft signifikant reduzierten ist allerdings nicht zu verleugnen.

Dass der Effekt der diskutierten Hypothese nur gering ausfällt, könnte durch die geringe Ausprägung und niedrige Standardabweichung der allgemeinen stigmatisierenden Einstellungen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen der befragten Psychotherapeut\*innen erklärt werden. Bei generell niedrigen Stigmatisierungswerten ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese die Behandlungsbereitschaft mit einem starken Effekt

beeinflussen, eher gering. Die niedrigen Ausprägungen der stigmatisierenden Haltungen sprechen für eine zunehmende Offenheit der Therapeut\*innen und eine steigende Sensibilisierung für Stereotype und Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen im Allgemeinen sowie gegenüber schizophrenen Störungen. Andererseits könnte auch hier das Phänomen der sozialen Erwünschtheit zum Tragen kommen (vgl. Kapitel 4.1.4).

Zusammenfassend legen diese Ergebnisse nahe, dass es weiterhin wichtig ist, Stigmatisierung und Vorurteile gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen zu reduzieren, um die Bereitschaft der Psychotherapeut\*innen zur Behandlung dieser Menschen zu erhöhen. Eine gezielte Aufklärung und weitere Sensibilisierung der Psychotherapeut\*innen bereits im Studium, in der weiterführenden Ausbildung sowie in anschließenden Fortbildungen können dazu beitragen, Vorurteile abzubauen und die Bereitschaft zur Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen zu erhöhen.

#### ***4.2.3 HIII: Behandlungsbereitschaft gegenüber schizophrenen versus depressiven Störungen***

**Zusammenfassung der Hauptergebnisse.** Bei der Hypothese III ergaben die Ergebnisse, dass die befragten Psychotherapeut\*innen eine signifikant höhere Bereitschaft hatten, Menschen mit depressiven Störungen zu behandeln als Menschen mit schizophrenen Störungen. Der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test war dabei hoch signifikant und ergab einen starken Effekt. Während die Verteilung der Behandlungsbereitschaft gegenüber Patient\*innen mit depressiven Störungen deutlich linksschief verteilt war, nahm die Behandlungsbereitschaft gegenüber Patient\*innen mit schizophrenen Störungen eine eindeutige Normalverteilung an.

**Diskussion.** Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die befragten Psychotherapeut\*innen eine signifikant höhere Behandlungsbereitschaft gegenüber depressiven als gegenüber schizophrenen Patient\*innen hatten. Diese Befunde erscheinen bei der Betrachtung der beschriebenen mannigfaltigen Barrieren von Psychotherapeut\*innen in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen naheliegend. Mit den Studienergebnissen zur Behandlungsbereitschaft von Schlier und Kolleg\*innen (2017) decken sich die Ergebnisse allerdings nur gering. Diese untersuchten, ob Patient\*innen mit einer psychotischen Störung seltener einen ambulanten Psychotherapieplatz erhalten als Patient\*innen mit Depression. Die Studie zeigte, dass dies – zumindest für das Angebot eines

Erstgesprächs und im Vergleich zu Patient\*innen mit Depression – nicht der Fall war. Patient\*innen mit Schizophrenie erhielten ähnlich häufig eine Zusage für ein psychotherapeutisches Erstgespräch wie depressive Vergleichspatient\*innen. Die in Aussicht gestellte Wartezeit unterschied sich – vermutlich aufgrund der kleinen Stichprobe – zwar nicht signifikant, allerdings war die mittlere Wartezeit in der Schizophrenie-Bedingung doppelt so hoch wie in der Depressionsbedingung. Eine mögliche Benachteiligung von Patient\*innen mit psychotischen Störungen durch eine längere Wartezeit könnte also bestehen. Signifikant unterschieden sich die Experimentalbedingungen allerdings in den Gründen für eine Absage. Patient\*innen mit Schizophrenie erhielten häufiger fachlich begründete Absagen, während in der Depressionsbedingung ausschließlich zeitliche Gründe genannt wurden. Immerhin signalisierten in der genannten Studie fast 70% der interviewten Therapeut\*innen die prinzipielle Bereitschaft zur Behandlung von Patient\*innen mit Schizophrenie (Schlier et al., 2017). Diese Funde ließen die Autor\*innen vorsichtig optimistisch vermuten, dass sich die ambulant-psychotherapeutische Versorgung der Klientel mit schizophrenen Störungen bereits verbessert haben könnte. In diesem Zusammenhang zeigte sich auch innerhalb der hier vorliegenden Stichprobe eine Normalverteilung der Behandlungsbereitschaft gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen. So ist davon auszugehen, dass sich die Behandlungsbereitschaft in den letzten Jahren bereits verbessert habe – im Vergleich zu den Studien von Nübling und Kolleg\*innen (2014) sowie von der Psychotherapeutenkammer Hamburg (2013). In deren Untersuchungen hatte ein Großteil der Therapeut\*innen die Psychotherapeutische Behandlung der Klientel noch völlig abgelehnt. Die auffällig linksschiefe Verteilung der Behandlungsbereitschaft gegenüber depressiven Patient\*innen zeigte jedoch, wie hoch die Behandlungsbereitschaft für andere psychische Erkrankungen sein kann. Die Verteilung der Bereitschaft bei Depression zeigte, dass jede befragte Person, die nicht eine maximal hohe Bereitschaft angab bereits als Ausreißer gewertet werden müsste. Als mögliche Erklärung für die stark unterschiedliche Behandlungsbereitschaft könnte hier die Erfahrungs- und Kompetenzeinschätzung der Psychotherapeut\*innen herangezogen werden. Diese war, wie bei schizophrenen Erkrankungen beschrieben, sehr niedrig und es könnte davon ausgegangen werden, dass diese bei depressiven Erkrankungen höher ausgefallen wäre. Von der Regierung Oberbayern wird nicht gesetzlich vorgeschrieben, welche Störungsbilder wie intensiv im Rahmen der obligatorischen 600 Theoriestunden der Psychotherapeutischen Ausbildung behandelt werden müssen – diese Entscheidung obliegt den jeweiligen Ausbildungsinstituten.

Da die Depression eine der häufigsten und bekanntesten psychischen Störungen mit einer 12-Monatsprävalenz von ca. 8% ist (Jacobi et al., 2015), kann davon ausgegangen werden, dass die Ausbildungsinstitute die Behandlung von depressiven Erkrankungen eher als grundlegenden Bestandteil der psychotherapeutischen Ausbildung planen. Hierbei könnten die psychotischen Störungen mit einer Prävalenz von ca. 3% (Jacobi et al., 2015), von denen wie beschrieben bisher ohnehin nur ein Bruchteil in Behandlung ankommt, in der Planung der Ausbildungsinhalte zu wenig berücksichtigt werden.

Dementsprechend ist es für die meisten Psychotherapeut\*innen in der Ausbildung deutlich wahrscheinlicher, bereits früh mit dem Störungsbild der Depression in Berührung zu kommen, was zu deutlich besseren Behandlungsfähigkeiten und dadurch zu geringerer Hemmungen in der Behandlung führen kann. Weitere Studien, inwiefern sich die Behandlungsbereitschaft gegenüber Menschen mit schizophrenen im Vergleich zu depressiven Störungen unterscheidet, wurden bisher nicht publiziert

Zusammenfassend deuten die Ergebnisse der Hauptanalysen der vorliegenden Studie darauf hin, dass es in der klinischen Praxis eine signifikante Diskriminierung von Patient\*innen mit Schizophrenie gibt, was sich in einer geringeren Behandlungsbereitschaft von Psychotherapeut\*innen zeigt. Diese Diskriminierung kann auf geringere Fähigkeiten, Erfahrung und Ausbildung in der Behandlung von schizophrenen Störungen, aber auch auf stereotypische Annahmen und Stigmatisierung gegenüber der Klientel zurückzuführen sein. Diese scheinen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen mehr verbreitet zu sein als gegenüber Menschen mit depressiven Störungen. Die Stigmatisierung kann sowohl die Behandlungsbereitschaft der Therapeut\*innen als auch den Zugang der Patient\*innen zur Gesundheitsversorgung beeinträchtigen. Daher ist es wichtig, dass Maßnahmen ergriffen werden, um die Behandlungsbereitschaft von Psychotherapeut\*innen zu erhöhen und damit die Diskriminierung von Patient\*innen mit Schizophrenie zu reduzieren. Dazu können Maßnahmen zu einer besseren Ausbildung für die Behandlung von schizophrenen Störungen beitragen, wie beispielsweise, dass Seminare zur Behandlung dieser ebenso ein fester Bestandteil der Grundcurricula im Rahmen der Ausbildung werden. Aber auch weitere Sensibilisierung von Therapeut\*innen für Stigmatisierung und Stereotypisierung könnten hier helfen. Diese und weitere Implikationen werden im Verlauf ausführlich diskutiert (vgl. Kapitel 4.5).

### 4.3 Diskussion weiterer explorativer Analysen

Im weiteren Verlauf werden die Ergebnisse der ausführlichen Zusatzexplorationen, die tieferen Einblick in die Erklärung der Behandlungsbereitschaft bieten sollen, diskutiert.

#### 4.3.1 Gruppenunterschiede nach geringer und hoher Behandlungsbereitschaft

In der Haupthypothese I wurde der Einfluss der drei Überkategorien der Barrieren in der Behandlungsbereitschaft untersucht, welche nur Allgemeinaussagen zu den drei Kategorien, den *persönlichen therapiebezogenen Einstellungen*, den *Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren* sowie zu den *strukturelle Barrieren* erlauben. Deshalb wurde zusätzlich detailliert exploriert, inwiefern sich die Personen mit hoher Behandlungsbereitschaft von denen mit geringer hinsichtlich jedes einzelnen Items unterschieden. Diese Untersuchung gewährt Einblick darin, welche einzelnen Barrieren tatsächlich eine Rolle für die Befragten spielten.

**Zusammenfassung der Hauptergebnisse. *Persönlich-therapiebezogene Einstellungen.*** Personen mit geringer Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln, gaben bezüglich aller Barrieren, die in den persönlichen therapiebezogenen Einstellungen liegen, signifikant höhere Werte an als diese mit hoher Bereitschaft. Die Ergebnisse der einzelnen Items zeigen, dass Personen mit einer höheren Bereitschaft zur Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen im Vergleich zu Personen mit einer geringen Bereitschaft signifikant mehr angaben, die Behandlung dieser Störungen spannend, interessant oder abwechslungsreich zu finden. Gleiches galt dafür, dass sie ihren Versorgungsauftrag mehr darin sahen, Menschen unabhängig von ihrer Diagnose zu behandeln sowie in der Behandlung dieser Störungen Selbstwirksamkeit zu erfahren. Mit absteigender Relevanz gaben die Personen mit einer geringeren Behandlungsbereitschaft an, bei diesen Störungen mehr Sicherheitsbedenken sowie eine höhere persönliche Abneigung gegenüber der Arbeit mit dieser Störungsgruppe zu haben. Auch das „häufig ungepflegte Erscheinungsbild und mangelnde Körperhygiene“ der Klientel sowie die Schwierigkeiten für Menschen mit diesen Störungen Empathie aufzubringen, wurde von den Personen mit geringerer Behandlungsbereitschaft als schwerer gewichtet. Darüber hinaus hielten sie die psychotherapeutische Behandlung für weniger aussichtsreich und die allgemeine Prognose dieser Störungen heutzutage immer noch für schlecht. Außerdem gingen die Personen mit einer geringeren Behandlungsbereitschaft eher davon aus, dass Menschen mit schizophrenen Störungen keine ausreichende Krankheitseinsicht für Psychotherapie hätten, diese sowieso in

ihrer eigenen Welt leben würden und die medikamentöse Behandlung bei diesen Störungen viel wichtiger sei als Psychotherapie.

**Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren.** Den vorliegenden Items der Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren wurden von den Therapeut\*innen mit geringerer Behandlungsbereitschaft ebenso signifikant mehr Gewicht zugeschrieben als von den Therapeut\*innen mit hoher Behandlungsbereitschaft. Demnach verfügten Therapeut\*innen mit geringerer Behandlungsbereitschaft über nicht ausreichend Erfahrung für die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen und wären bei der Therapie in Notfallsituationen eher überfordert gewesen. Sie gaben an, mehr fachliche Kompetenzen zu benötigen und nicht ausreichende Kenntnisse über die Empfehlungen der aktuellen Behandlungsleitlinien für Schizophrenie zu haben. Im Vergleich zu den Therapeut\*innen mit hoher Behandlungsbereitschaft sei denen mit geringerer Behandlungsbereitschaft die Einschätzung von Selbstgefährdung und Fremdgefährdung bei Menschen mit schizophrenen Störungen schwerer gefallen. Darüber hinaus hätten sie mehr störungsspezifische Fortbildungs- und/oder Supervisionsangebote gebraucht.

**Strukturelle Barrieren.** Die Therapeut\*innen mit geringer Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln, gaben auch bei fast allen strukturellen Barrieren signifikant höhere Werte, an als diese mit hoher Behandlungsbereitschaft. Die Ergebnisse zeigen, dass Therapeut\*innen mit geringerer Behandlungsbereitschaft signifikant mehr Ausfälle der Stunden und Unzuverlässigkeit der Patient\*innen befürchteten und mehr Bedenken hatten, dass die Krankenkassen ihre Anträge für schizophrene Störungen nicht genehmigen könnten. Auch Probleme bei dem Einbezug der Angehörigen in die Therapie spielten bei diesen eine signifikant größere Rolle. Außerdem gaben sie signifikant häufiger an, nicht ausreichend Anfragen für Psychotherapie von Menschen mit schizophrenen Störungen zu erhalten. Das einzige Barriere-Item in dem sich Therapeut\*innen mit geringer und hoher Behandlungsbereitschaft nicht signifikant unterschieden ist „Probleme in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen.“

**Diskussion. Persönlich-therapiebezogene Einstellungen.** Wie bereits beschrieben, scheinen die persönlichen therapiebezogenen Einstellungen einen starken Einfluss auf die Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln, gehabt zu haben. Ein starkes Differenzierungskriterium scheint die Einstellung gewesen zu sein, die Behandlung dieser Störungen spannend, interessant oder abwechslungsreich zu finden. Dies deckt sich mit

den Erhebungen von Kernbach (2019, S. 25), der eine Typologie von Schizophreniepatient\*innen aufgestellt hat, die er die „interessanten, faszinierenden Patient\*innen“ nennt. Einige Therapeut\*innen hätten im Rahmen seiner qualitativen Inhaltsanalyse von einer Faszination berichtet, die mit der Behandlung dieser Patient\*innenklientel verbunden sei. Ein weiterer Unterschied scheint zu sein, dass behandlungsbereite Therapeut\*innen ihren Versorgungsauftrag deutlich mehr darin sehen würden, Menschen unabhängig von ihrer Diagnose zu behandeln. Therapeut\*innen mit dieser Überzeugung charakterisierte Kernbach (2019, S. 25) als die „offenen, hilfsbereiten Psychotherapeut\*innen“. Diese hätten sich laut Kernbach durch eine offene Haltung ausgezeichnet, grundsätzlich Personen mit allen Störungsbildern Psychotherapie anzubieten, ihrem Versorgungsauftrag gerecht werden zu wollen und kein Störungsbild per se abzulehnen. Auch in der Stichprobe der hier durchgeführten Studie hat sich das Erleben von Selbstwirksamkeit in der Behandlung dieser Störungen deutlich je nach Behandlungsbereitschaft unterschieden. Auf Basis von ähnlichen Befunden hat Kernbach (2019) eine Therapeut\*innengruppe charakterisiert und sie die „wirksamen Psychotherapeut\*innen“ genannt. Diese hätten in ihren Interviews angegeben, dass sie mit wenig Aufwand in der Therapie dennoch viel erreichen könnten. In der hier untersuchten Stichprobe haben sich die zwei Bereitschaftsgruppen bezüglich der Einstellung, für wie aussichtsreich sie die psychotherapeutische Behandlung und die Prognose dieser Störung halten, eher weniger unterschieden. Während bereits in vergangenen Kapiteln erarbeitet wurde, dass prognostischer Pessimismus unter den Psychotherapeut\*innen eine vorherrschende stigmatisierende Einstellung war, scheint dieser sich unter behandlungsbereiten wie unter nicht behandlungsbereiten Therapeut\*innen nicht groß zu unterscheiden zu haben. Als Erklärungsansatz könnte hier herangezogen werden, dass nicht behandlungsbereite Therapeut\*innen die Prognose bei diesen Störungen für zu gering gehalten haben, um Psychotherapie anbieten zu wollen. Die Behandlungsbereiten schienen die Prognose zwar auch nicht als gut eingeschätzt zu haben, sie hätten die Prognose aber möglicherweise nicht als relevantes Kriterium für ihre Behandlungsbereitschaft gewertet. Möglicherweise hätten sie als Ziel der Psychotherapie bei Menschen mit schizophrenen Störungen weniger die Heilung der Erkrankung als eine Begleitung und Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung gesehen.

Dass die Therapeut\*innen, die eine eher geringe Behandlungsbereitschaft gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen angaben, eher eine persönliche Abneigung zeigten, mit diesen zu arbeiten scheint naheliegend. Allerdings scheinen diese auch mehr

Sicherheitsbedenken in der Therapie gehabt zu haben sowie mehr von deren „häufig ungepflegtem Erscheinungsbild und von mangelnder Körperhygiene“ abgeschreckt worden zu sein. Die Überzeugung, dass von Menschen mit schizophrenen Störungen höhere Gefahren ausgehen, ist eines der gängigsten Stereotype in der Allgemeinbevölkerung (Angermeyer & Matschinger, 2004). Diese Ansicht war zwar vergleichsweise gering in der untersuchten Stichprobe vertreten, aber vorhanden. So ist es naheliegend, dass bei Personen, die höhere Sicherheitsbedenken angaben, eine geringere Behandlungsbereitschaft bestand. Hier könnte möglicherweise bei einigen Therapeut\*innen auch noch eine Rolle gespielt haben, dass diese ihre Praxisräume in ihren Privathäusern haben und deshalb eher von Sicherheitsbedenken berichteten. In einem Interview von Kernbach (2019) mit einem Psychotherapeuten berichtet dieser von einer ähnlichen Erfahrung. Das Interview soll im Folgenden kurz kasuistisch dargestellt werden. Der Interviewte antwortete Folgendes auf die Frage, ob er Patient\*innen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulante Psychotherapie anbiete und unter welchen Bedingungen er mit diesen arbeiten würde (Kernbach, 2019, S. 37):

Hmmm, das, würde ich gerne umschreiben, Ähhh, ich würde sagen, wenn jemand, einigermaßen zuverlässig auf Selbst- / Objektgrenzen zurückgreifen kann. Und ich keine Sorgen haben müsste, mein Patient würde außerhalb der vereinbarten Therapiezeiten bei mir zu Hause auftauchen... Dass sie nicht meinen Sohn ängstigen, oder so. Ich würde es ein bisschen von der Absprachefähigkeit abhängig machen. ... Also, da meine Behandlungsräume in meinem Privatgebäude liegen, ähhh, in dem Moment, wo ich das Gefühl hätte, jemand würde meiner Familie, meinem Sohn Angst machen.... (Kernbach, 2019, S. 37):

Das Zitat beschreibt, dass dieser Therapeut eine Behandlung dieser Klientel nicht gänzlich ausschließt, jedoch durchaus Bedenken damit verbunden seien, dass dieser Patient sich nicht an Absprachen halten und seiner Familie Angst machen könnte. Hierbei wäre interessant, ob dieser Therapeut diese Bedenken auch bei Patient\*innen mit anderen psychischen Erkrankungen geäußert hätte.

Die Barriere, für Menschen mit schizophrenen Störungen nicht so viel Empathie aufbringen zu können, schien bei den Therapeut\*innen in dieser Stichprobe die geringste Rolle gespielt zu haben. Dennoch schien sie unter den Therapeut\*innen mit geringer Behandlungsbereitschaft eine signifikant größere Rolle gespielt zu haben, als unter denen mit

höherer Behandlungsbereitschaft. Auch gingen die Therapeut\*innen mit einer geringeren Behandlungsbereitschaft bei Menschen mit schizophrenen Störungen signifikant häufiger davon aus, dass diese nicht ausreichend Krankheitseinsicht für Psychotherapie hätten und diese sowieso in ihrer eigenen Welt leben würden. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Schlier und Kolleg\*innen (2017), die zusätzlich aufdeckten, dass behandlungsbereite Therapeut\*innen von signifikant weniger Befürchtungen vor Einschränkungen im rationalen Denken bei der Klientel berichteten. Die Überzeugung, dass medikamentöse Behandlung bei schizophrenen Störungen viel wichtiger sei als Psychotherapie, war eine der am schwerwiegendsten wahrgenommenen Barrieren, die sich auf die Therapie-Einstellungen bezogen. Dass diese Einstellung unter den nicht behandlungsbereiten Therapeut\*innen nochmal signifikant stärker vertreten war, könnte darauf hinweisen, dass diese Therapeut\*innen die Behandlung von schizophrenen Störungen als eingeleitete, entweder- oder Entscheidung zu verstehen schienen. Hier könnte die weitere Verbreitung der Behandlungsleitlinie hilfreich sein, die die Kombination von medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung mit höchstem Empfehlungsgrad empfiehlt.

***Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren.*** Therapeut\*innen mit geringerer Behandlungsbereitschaft bei Menschen mit schizophrenen Störungen schätzen sich als signifikant weniger erfahren und fachlich kompetent in der Behandlung dieser ein als Therapeut\*innen mit hoher Behandlungsbereitschaft.

Dies deckt sich mit dem Befund von Schlier und Kolleg\*innen (2017), die in ihrer Erhebung feststellten, dass 90% der Therapeut\*innen, die Menschen mit Schizophrenie grundsätzlich Therapie anbieten, bereits Vorerfahrung in der Behandlung haben und von den Therapeut\*innen, die dieser Klientel die Behandlung ablehnen, nur 70% Vorerfahrung angaben. Die mangelnde Vorerfahrung und fachliche Kompetenz könnte wiederum als Erklärung dafür dienen, dass die nicht behandlungsbereiten Therapeut\*innen sich in Notfallsituationen in der Therapie eher überfordert fühlten als die Behandlungsbereiten mit mehr Erfahrung. Dass sich diese zwei Gruppen bezüglich ihrer Kenntnis über die Empfehlungen der aktuellen Behandlungsleitlinien für Schizophrenie unterschieden, könnte durch weniger Berührungspunkte und Erfahrung in dem Bereich erklärt werden. Wiederum könnte Unwissen über die Indikation und Behandlungsempfehlungen in der Leitlinie dazu führen, dass eher davon ausgegangen wird, dass Psychotherapie bei schizophrenen Störungen nicht empfohlen sei. Eine Studie von Schlier und Kolleg\*innen (2017) zeigte, dass sich Therapeut\*innen mit hoher Behandlungsbereitschaft nahezu nicht von denen mit geringerer

Bereitschaft hinsichtlich ihrer Einschätzung von Selbstgefährdung und Fremdgefährdung unterschieden. Allerdings befragten die Autor\*innen dieser Studie nur eine Anzahl von 44 Therapeut\*innen, was erklären könnte, dass keine signifikanten Ergebnisse gefunden wurden. Im Gegensatz dazu zeigte sich in der vorliegenden Studie, dass sich Therapeut\*innen mit geringerer Behandlungsbereitschaft schwerer in der Einschätzung von Selbstgefährdung und Fremdgefährdung bei Menschen mit schizophrenen Störungen getan hätten als behandlungsbereiteren Therapeut\*innen. Während ein Großteil der Psychotherapeut\*innen in der vorliegenden Stichprobe angab, mehr störungsspezifische Fortbildungs- und/oder Supervisionsangebote zu brauchen, scheint dies unter den nicht behandlungsbereiten Therapeut\*innen noch signifikant häufiger angegeben worden zu sein. Schlier und Kolleg\*innen (2017), die diese Frage noch differenzierter erfragten, zeigten, dass behandlungswillige Therapeut\*innen mehr von der Existenz ausreichender Supervisionsangebote berichteten als die Behandlungsunwilligen. Auch hier könnte einerseits davon ausgegangen werden, dass der Mangel an bestehenden Supervisionsangeboten die Bereitschaft der Therapeut\*innen reduzierte. Andererseits wäre es denkbar, dass die Therapeut\*innen, die ohnehin kein großes Interesse an der Behandlung von schizophrenen Störungen haben, nicht ausreichend Information über bestehende Supervisionsangebote einholten. So gab beispielsweise bei Schlier und Kolleg\*innen (2017) keine Person unter den Behandlungsunwilligen Therapeut\*innen an, dass ausreichend Supervisionsangebote bestehen würden. Ähnliches zeigte sich bei Schlier und Kolleg\*innen (2017) bezüglich der Existenz von ausreichenden Fortbildungsangeboten, wobei behandlungsbereite Therapeut\*innen mehr als doppelt so häufig über ausreichende Angebote berichteten als nicht behandlungsbereite.

So zeigte sich auch in der vorliegenden Analyse, dass Behandlungsbereitschaft durchaus mit subjektiver Erfahrung und Kompetenzerleben assoziiert schien und bei möglichen Ausbildungsaspekten angesetzt werden müsste, um die die Kompetenz in der Behandlung von schizophrenen Störungen und damit die Behandlungsbereitschaft der Therapeut\*innen zu erhöhen.

**Strukturelle Barrieren.** In der Analyse der Haupthypothese konnte festgestellt werden, dass die strukturellen Barrieren keinen signifikanteren Einfluss auf die Behandlungsbereitschaft bei Menschen mit schizophrenen Störungen hatten. In der vorliegenden explorativen Analyse scheinen sich die zwei Gruppen behandlungsbereiter und nicht behandlungsbereiter Therapeut\*innen jedoch in einigen Einschätzungen deutlich unterschieden zu haben. Wie sich in bisherigen Analysen zeigte, schienen Therapeut\*innen mit

geringerer Behandlungsbereitschaft deutlich weniger Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen vorweisen zu können. Dass diese Gruppe dennoch signifikant mehr Ausfälle der Stunden und Unzuverlässigkeit der Patient\*innen befürchteten und mehr Bedenken äußerten, dass die Krankenkassen ihre Anträge für schizophrene Störungen nicht genehmigen könnten, könnte damit zu erklären sein, dass sie bisher wenig gegenteilige Erfahrungen machen konnten. Die Personen mit hoher Behandlungsbereitschaft, könnten hingegen bereits erfahren haben, dass diese zwei Aspekte nicht notwendigerweise der Fall in der Behandlung von schizophrenen Patient\*innen sein müssen. Gleichzeitig wäre es möglich, dass einige der Therapeut\*innen deswegen eine geringere Behandlungsbereitschaft zeigten, da sie bereits negative Erfahrung mit Absagen der Krankenkassen erlebt haben. Oder sie könnten durch Unzuverlässigkeit und Nichterscheinen der Patient\*innen finanzielle Einbußen erlebt haben. Bezüglich der Einschätzung der geringen Zuverlässigkeit bei Terminen sowie der Befürchtung eines Verdienstaufschlags bei Nichterscheinen der Patient\*innen scheinen sich die Therapeut\*innen bei der Erhebung von Schlier und Kolleg\*innen (2017), je nach Behandlungsbereitschaft, auch leicht unterschieden zu haben. Dieser Effekt wurde bei Schlier und Kolleg\*innen (2017) allerdings nicht signifikant, was – wie beschrieben – auf die geringe Stichprobengröße von 44 Therapeut\*innen in der Studie zurückzuführen sein könnte. Während in der vorliegenden Stichprobe ein Großteil der Therapeut\*innen angab, generell wenig Anfragen von Patient\*innen mit schizophrenen Störungen zu erhalten, schien dieses Phänomen unter den Therapeut\*innen, die weniger Behandlungsbereitschaft angaben, eine signifikant größere Rolle zu spielen. Hierbei wäre denkbar, dass behandlungsbereite Therapeut\*innen die Behandlung von schizophrenen Störungen tendenziell eher auf ihrer Webseite ankündigen und mehr zuweisende Kolleg\*innen oder Institutionen haben, die um deren Behandlungsbereitschaft wissen. Gleichzeitig könnten Patient\*innen mit schizophrenen Störungen, die eine mögliche Ablehnung durch Psychotherapeut\*innen aufgrund ihrer Diagnose befürchten, gezielter bei Therapeut\*innen anfragen, die deren Behandlung auch explizit ausschreiben. In der aktuellen Studie berichtete ein Großteil der Therapeut\*innen von Problemen in der Kooperation sowie bei Einbezug von anderen Mitbehandelnden und den Angehörigen. Bezüglich des Einbezugs der Angehörigen in die Therapie schien dies unter den nicht behandlungsbereiten Psychotherapeut\*innen eine signifikant größere Rolle gespielt zu haben. Bezüglich der Probleme in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen schienen wiederum alle hohe Werte unabhängig von der Behandlungsbereitschaft angegeben zu haben. Hier wäre, wie bereits im Verlauf beschrieben, eine bessere Vergütung von

Kooperationsleistungen, z.B. dem Austausch mit anderen Behandelnden, insgesamt dringend sinnvoll, um die Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen leichter zu machen. Allerdings scheint sie nicht notwendigerweise relevant für die Behandlungsbereitschaft gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen zu sein.

Zusammenfassend scheinen sich die zwei Gruppen mit hoher und geringer Behandlungsbereitschaft doch in nahezu allen abgefragten Barriere-Items signifikant unterschieden zu haben. Während bei der Haupthypothese die strukturellen Barrieren als Überkategorie innerhalb der Haupthypothese I keinen signifikanten Einfluss auf die Behandlungsbereitschaft erzielte, scheinen sich bei der näheren Betrachtung die Gruppen dennoch hinsichtlich der einzelnen Items zumindest leicht zu unterscheiden. Insgesamt aber vermutlich nicht stark genug, als dass die ganze Gruppe signifikant geworden wäre. Außerdem muss hier angemerkt werden, dass im Rahmen der explorativen Zusatzhypothesen keine Korrektur des Alpha-Fehlers vorgenommen wurde und die Wahrscheinlichkeiten leicht überschätzt werden könnten. Es kann also geschlussfolgert werden, dass strukturelle Barrieren von allen befragten Therapeut\*innen als schwerwiegend im Alltag eingeschätzt wurden, diese sich aber nur leicht und eben nicht signifikant auf deren Behandlungsbereitschaft auswirkten. Hierbei mögen aber auch methodische Limitationen eine Rolle spielen, welche im Verlauf noch diskutiert werden sollen.

#### ***4.3.2 Weitere explorative Zusammenhänge und Unterschiede bezüglich der Behandlungsbereitschaft***

**Zusammenfassung der Hauptergebnisse.** Die vorliegenden Ergebnisse weiterer Explorationen deuten auf mehrere Zusammenhänge und Unterschiede in Bezug auf die Behandlungsbereitschaft gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen hin.

Erstens bestand ein mittelstarker Zusammenhang zwischen der Einschätzung, dass Psychotherapie bei schizophrenen Störungen indiziert sei, und der Bereitschaft, diese Störungen zu behandeln. Zweitens war eine höhere Behandlungsbereitschaft mit mehr praktischer Erfahrung in der Psychiatrie schwach, aber signifikant assoziiert, sowohl bezüglich der Zeit während als auch nach der Ausbildung. Drittens bestand ein mittelstarker signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Behandlungsbereitschaft und der praktischen Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen, sowohl während der Ausbildung als auch danach. Viertens war eine höhere Behandlungsbereitschaft mit mehr

Fortbildungen zu schizophrenen Störungen sowohl während als auch nach der Ausbildung signifikant mittelstark assoziiert. Außerdem gab es deskriptive Unterschiede in der Behandlungsbereitschaft bei verschiedenen Richtlinienverfahren, wobei die Behandlungsbereitschaft bei dem Verfahren der Verhaltenstherapie am höchsten war. Weiter zeigen die Ergebnisse, dass sich Psychologische und Ärztliche Psychotherapeut\*innen sowie Personen in Ausbildung nicht signifikant in Bezug auf ihre Behandlungsbereitschaft unterschieden. Darüber hinaus scheinen Therapeut\*innen, die in psychiatrischen Einrichtungen arbeiteten, eine signifikant höhere Behandlungsbereitschaft gezeigt zu haben als Personen in nicht-psychiatrischen Einrichtungen.

Schließlich ergab die Untersuchung, dass männliche Therapeuten eine signifikant höhere Behandlungsbereitschaft gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen zeigten als ihre weiblichen Kolleginnen.

**Diskussion.** Im Folgenden sollen die weiteren Analysen zur Behandlungsbereitschaft gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen diskutiert werden. So könnte der Zusammenhang zwischen der Einschätzung, dass Psychotherapie bei schizophrenen Störungen indiziert sei, und der Bereitschaft, diese Störung zu behandeln, auf die langjährig weitverbreitete Überzeugung zurückzuführen sein, dass Psychotherapie bei Schizophrenie wirkungslos bzw. kontraindiziert sei (Schlier & Lincoln, 2016). Erfreulicherweise scheint die generelle Psychotherapieindikation bei schizophrenen Störungen unter den Studienteilnehmenden inzwischen weiter verbreitet, was auf die Veränderung und stärkere Bekanntheit der Leitlinien für die Behandlung von Schizophrenie als Ursachen in Betracht gezogen werden könnten.

Gleichzeitig scheint sich die Kontraindikation, speziell bei akuter Symptomatik, auch unter den befragten Therapeut\*innen immer noch hartnäckig gehalten zu haben. So lässt sich vermuten, dass Therapeut\*innen, die weniger Behandlungsbereitschaft zeigen, auch weniger Berührungspunkte mit der Behandlung von schizophrenen Störungen haben. Dadurch könnten diese dementsprechend noch nicht genug über die Indikation von Psychotherapie bei schizophrenen Störungen aufgeklärt worden sein. Ähnlich schien dies der Fall bei Therapeut\*innen mit geringerer Behandlungsbereitschaft in Bezug auf das Wissen um die aktuellen Behandlungsleitlinien bei Schizophrenie gewesen zu sein, wie im vorherigen Kapitel beschrieben.

Es scheint darüber hinaus naheliegend, dass eine höhere Behandlungsbereitschaft mit mehr Fortbildungen zu schizophrenen Störungen aber auch mit mehr praktischer Erfahrung, zum einen in der Psychiatrie und zum anderen in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen, sowohl während der Ausbildung als auch danach, assoziiert war.

In bereits beschriebenen Analysen wurde auf die Relevanz von Erfahrung, Kompetenz und Fortbildungen in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen in Zusammenhang mit der Behandlungsbereitschaft eingegangen. Es ist möglich, dass Personen, die bereits in der Ausbildung praktische Erfahrung in der Psychiatrie gesammelt haben, durch ihre psychiatrische Tätigkeit die Hemmung vor der Behandlung von Personen mit diversen schwereren Erkrankungen verloren haben. Auch wenn sie dort noch nicht notwendigerweise auch Erfahrungen in der Behandlung von schizophrenen Störungen gewonnen haben. Diese These könnte durch ein weiteres Ergebnis gestützt werden, dass Therapeut\*innen, die in psychiatrischen Einrichtungen arbeiteten, eine signifikant höhere Behandlungsbereitschaft zeigten als Personen in nicht-psychiatrischen Einrichtungen. Es ist davon auszugehen, dass Personen, die in psychiatrischen Einrichtungen, also in psychiatrischen Hochschul- und Institutsambulanzen oder in voll- bzw. teilstationären Kliniken arbeiten, mehr Erfahrung und weniger Hemmungen in der Arbeit mit Menschen mit schizophrenen Störungen und weiteren schweren psychiatrischen Erkrankungen erleben, als Personen, die in nicht-psychiatrischen Einrichtungen arbeiten, wie Psychotherapeutische Einzelpraxen, MVZs oder Psychosomatische Einrichtungen. In nicht-psychiatrischen Einrichtungen gilt eine schizophrene Diagnose häufig als Ausschlusskriterium für die Aufnahme, weswegen kaum Berührungspunkte mit dieser Klientel entstehen können.

Darüber hinaus gab es Unterschiede in der Behandlungsbereitschaft bei verschiedenen Richtlinienverfahren. Auch wenn diese nicht statistisch erhoben, sondern nur deskriptiv beschrieben sind, zeigte sich die höchste Behandlungsbereitschaft bei der Verhaltenstherapie. Während die psychodynamischen Verfahren eine längere Tradition in der Behandlung von schizophrenen Störungen aufweisen (Juckel, Lempa & Troje, 2006), hat der in den 90er Jahren entwickelte psychologische Therapieansatz der kognitiven Verhaltenstherapie für Psychosen (KVTp) immer mehr an Bekanntheit gewonnen. Ebenso wurde dessen Wirksamkeit in vielen Studien belegt (Wykes, Steel, Everitt & Tarrrier, 2008). Dass nationale und internationale Leitlinien den Einsatz der KVTp immer mehr als Goldstandard bei schizophrenen Störungen empfehlen (DGPPN, 2006; DGPPN, 2019; NCCMH, 2009), könnte die leichte Überrepräsentation der Verhaltenstherapie in der untersuchten Stichprobe erklären. Dass die

systemische Psychotherapie, die sich ebenso sehr für die Behandlung von schizophrenen Störungen eignet (Schweitzer & Aderhold, 2013), hierbei keine betonte Rolle einnahm, ist möglicherweise damit zu erklären, dass diese erst seit dem Jahr 2019 als Richtlinienverfahren vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannt wurde und mit 22 Therapeut\*innen in der Stichprobe im Vergleich noch wenig vertreten war.

Ein weiteres Ergebnis war, dass sich Psychologische und Ärztliche Psychotherapeut\*innen sowie Personen in Ausbildung zu jeweiligem nicht signifikant in Bezug auf ihre Behandlungsbereitschaft unterschieden. Bisherige Studien haben lediglich den Unterschied zwischen Psycholog\*innen und Psychiater\*innen in Bezug auf ihren Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber Menschen mit Psychosen untersucht und haben dabei keinen Effekt gefunden (Heibach, Brabban & Lincoln, 2014). Anzumerken ist, dass sich diese beiden Gruppen auch nicht in ihrer Einschätzung der Wichtigkeit der Kognitiven Verhaltenstherapie bei Menschen mit psychotischen Erkrankungen unterschieden (Heibach, Brabban & Lincoln, 2014). Es ist davon auszugehen, dass hier weitere Einflussfaktoren, wie Erfahrung, Fortbildungen und Kompetenz sowie bisherige Berührungspunkte mit dem Störungsbild, relevanter für die Behandlungsbereitschaft der Therapeut\*innen waren, als ihr Grundstudium.

In einer weiteren Analyse zeigte sich, dass das Geschlecht der Therapeut\*innen einen signifikanten Einfluss auf die Behandlungsbereitschaft hatte. Diese war unter den männlichen Therapeuten höher als unter den weiblichen Kolleginnen. Während sich in der Studie von Holzer (2016) kein geschlechtsspezifischer Unterschied in der Stigmatisierung von schizophrenen Patient\*innen fand, könnte folgender Aspekt zur möglichen Erklärung herangezogen werden. Bei der näheren Betrachtung der Antworten auf die Frage nach Sicherheitsbedenken zeigte sich, dass männliche Therapeuten auch signifikant weniger Sicherheitsbedenken in der Psychotherapie von Menschen mit schizophrenen Störungen äußerten. Hier könnte geschlussfolgert werden, dass weibliche Kolleginnen möglicherweise eher befürchten könnten, sich aufgrund ihrer körperlichen Unterlegenheit bei potenzieller Bedrohung oder aggressivem Verhaltens der Patient\*innen nicht ausreichend selbst verteidigen zu können. Zukünftige Studien könnten hierzu untersuchen, ob Therapeut\*innen, die in Einzelpraxen arbeiten, mehr Sicherheitsbedenken in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen äußern würden, als diejenigen, die in Gemeinschaftspraxen oder im Team arbeiten und in Notfallsituationen nicht alleine wären.

Zusammenfassend zeigen die hier aufgeführten Aspekte, wie vielseitig die Behandlungsbereitschaft der Therapeut\*innen gegenüber Menschen mit schizophrenen

Störungen mit diversen weiteren Merkmalen zusammenhängt. Um die Behandlungsbereitschaft unter Therapeut\*innen insgesamt zu erhöhen, sollte daher an unterschiedlichsten Punkten angesetzt werden, welche in einem späteren Kapitel genauer dargestellt werden (vgl. Kapitel 4.5).

### ***4.3.3 Gruppenunterschiede zwischen abgeschlossenen Psychotherapeut\*innen und Teilnehmenden in Ausbildung***

**Zusammenfassung der Hauptergebnisse.** Bei den folgenden Ergebnissen wurden die Gruppe der Teilnehmenden in Ausbildung mit der Gruppe der abgeschlossenen Therapeut\*innen in Bezug auf unterschiedliche Merkmale verglichen.

Hierbei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Behandlungsbereitschaft gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen zwischen den Gruppen. Die abgeschlossenen Therapeut\*innen hatten jedoch eine signifikant höhere subjektive Behandlungskompetenz bei Menschen mit schizophrenen Störungen als die Teilnehmenden in Ausbildung. Außerdem gaben abgeschlossene Therapeut\*innen an, signifikant mehr Menschen mit schizophrenen Störungen behandelt zu haben. Allerdings schätzten Teilnehmende in Ausbildung die Psychotherapieindikation bei schizophrenen Störungen höher ein als abgeschlossene Therapeut\*innen. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass die Teilnehmenden, die sich zum Befragungszeitpunkt in Ausbildung befanden, mehr praktische Erfahrungen während ihrer Ausbildung in der Psychiatrie sammeln konnten, als die abgeschlossenen Therapeut\*innen während ihrer damaligen Ausbildung. Dieser signifikante Unterschied wurde allerdings weder bezüglich der praktischen Erfahrung in der Behandlung von schizophrenen Störungen noch bezüglich der Fortbildungen zu schizophrenen Störungen während der Ausbildung gefunden.

In Bezug auf die alltäglichen stigmatisierenden Einstellungen haben sich abgeschlossene Therapeut\*innen nicht von denen in Ausbildung unterschieden.

**Diskussion.** Dass die abgeschlossenen Therapeut\*innen signifikant höhere subjektive Behandlungskompetenz bei Menschen mit schizophrenen Störungen angaben und bereits signifikant mehr Menschen mit schizophrenen Störungen ambulant in ihrer Tätigkeit behandelt hätten, hat folgende mögliche Erklärung. Diese konnten wahrscheinlich auf deutlich mehrere Jahre therapeutische Erfahrung zurückgreifen und somit insgesamt über eine größere

subjektive Behandlungskompetenz und Selbstvertrauen verfügen als Personen, die sich noch in Ausbildung befanden. Dies deckt sich mit den Funden von Hahn, Rohr und Usemann (2021), die herausfanden, dass sich Therapeut\*innen im fortgeschrittenen Alter zufriedener und kompetenter einschätzen als ihre jüngeren Kolleg\*innen.

Dass sich die Teilnehmenden in Ausbildung jedoch trotzdem nicht hinsichtlich ihrer Behandlungsbereitschaft von den abgeschlossenen Therapeut\*innen unterscheiden, scheint weniger naheliegend. In den vorherigen Kapiteln wurde herausgearbeitet, dass mehr Erfahrung und subjektive Behandlungskompetenz durchaus mit Behandlungsbereitschaft in Verbindung zu stehen scheinen. Gleichzeitig wurde in vorherigen Analysen gezeigt, dass Behandlungsbereitschaft zusätzlich eng mit der Einschätzung der Indikation von Psychotherapie bei schizophrenen Erkrankungen assoziiert war. Diese Einschätzung wurde wiederum von Personen in Ausbildung deutlich häufiger geteilt, sodass möglicherweise doch davon ausgegangen werden kann, dass die Empfehlung von Psychotherapie bei schizophrenen Störungen in der aktuellen Ausbildung bereits etwas mehr thematisiert wird. Darüber hinaus scheinen die Teilnehmenden in Ausbildung auch mehr praktische Erfahrung in der Psychiatrie während ihrer Ausbildung gesammelt zu haben, als die abgeschlossenen Therapeut\*innen während ihrer damaligen Ausbildung. Das lässt sich wiederum wahrscheinlich durch die Änderung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) im Jahre 1998 erklären, nach welcher Auszubildende eine verpflichtende praktische psychiatrische Tätigkeit im Rahmen ihrer Ausbildung absolvieren müssen (Bundesministerium der Justiz, 1998). Die Teilstichprobe der abgeschlossenen Therapeut\*innen enthielt etliche Personen die weit vor dem Jahr 1999 oder während der Übergangsregelung approbiert haben und somit im Rahmen ihrer Ausbildung nie Praxiserfahrung in der Psychiatrie sammeln mussten. Dieser signifikante Unterschied konnte hier allerdings nicht gefunden werden, weder bezüglich der praktischen Erfahrung in der Behandlung von schizophrenen Störungen, noch bezüglich der Fortbildungen zu schizophrenen Störungen während der Ausbildung. Dies könnte daran liegen, dass die Auszubildenden, die ihre obligatorische Zeit in der Psychiatrie absolvierten, nicht notwendigerweise mit Patient\*innen mit schizophrenen Störungen in Berührung kamen, da sie beispielsweise auf Stationen tätig waren, die sich auf eine andere Klientel spezialisiert hatten. Dass selbst diejenigen Auszubildenden, die in Psychose-spezifischen oder geschützten Stationen eingesetzt waren und Patient\*innen mit schizophrenen Störungen behandelt haben, noch mehr Unterstützung und Supervision während ihrer Tätigkeit benötigt hätten, zeigt eine

Untersuchung der Qualität stationärer Therapie durch die Bundespsychotherapeutenkammer im Jahr 2013 (Schlier & Lincoln, 2016).

Dass sich in der vorliegenden Studie die Angaben der abgeschlossene Therapeut\*innen nicht von denen in Ausbildung bezüglich ihrer alltäglichen stigmatisierenden Einstellungen unterschieden, könnte durch die ohnehin sehr gering ausgefallenen Stigmatisierungswerte in der vorliegenden Stichprobe erklärt werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass approbierte Therapeut\*innen sich subjektiv als kompetenter einschätzten und in ihrer Anzahl bereits mehr Menschen mit schizophrenen Störungen behandelt haben. Die Personen in Ausbildung erachteten Psychotherapie allerdings als indizierter und verfügten über deutlich mehr praktische Erfahrung in der Psychiatrie während ihrer Ausbildung. Dass beide Gruppen sich hinsichtlich ihrer Behandlungsbereitschaft bei Menschen mit schizophrenen Störungen nicht unterschieden, könnte dadurch erklärt werden, dass die praktische Erfahrung mit Patient\*innen mit schizophrenen Störungen sowie die Fortbildungen zu diesen Störungsbildern während der Ausbildung bei beiden Gruppen noch sehr gering ausfielen.

#### **4.4 Methodische Stärken und Schwächen des Untersuchungsdesigns**

Im Anschluss an die inhaltliche Einordnung und Diskussion der Ergebnisse der vorliegenden Studie sollen im kommenden Kapitel die Stärken und Schwächen des Studiendesigns beleuchtet werden.

**Stichprobe.** Die Auswahl und Größe der Stichprobe kann als eindeutige Stärke der Studie angesehen werden, da diese in der vorliegenden Studie mit 610 Therapeut\*innen sowie Personen in Ausbildung als groß betrachtet werden kann. Sie entsprach außerdem der geplanten Stichprobengröße, die vorher mittels G\*Power für ausreichende statistische Power errechnet wurde, um in der Analyse der Haupthypothese signifikante Ergebnisse erzielen zu können. Neben einer Rücklaufquote zwischen ca. 7 und 10% waren die Merkmale der Stichprobe gut mit der Zielgruppe vereinbar und können daher als repräsentativ für alle Therapeut\*innen in Bayern betrachtet werden. Dies ist besonders wichtig, da es wahrscheinlicher macht, dass die Ergebnisse der Studie auf die Gesamtzielpopulation der Bayerischen Psychotherapeut\*innen übertragen werden können. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Stichprobe war, dass Personen in Ausbildung in die Studie einbezogen wurden, da sie Auskunft über deren Barrieren und

Behandlungsaspekte aber auch Merkmale der aktuellen Ausbildungsmodi gaben, die für Implikationen für die zukünftige Ausbildung relevant sein können.

**Studiendesign und Messinstrumente.** Die vorliegende Studie war die erste Studie, die flächendeckend unterschiedlichste wahrgenommene Barrieren in der psychotherapeutischen ambulanten Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen quantitativ erhoben hat. Der Vorteil des quantitativen Ansatzes hierbei war die Objektivität, da alle Antworten der Teilnehmenden auf die gleiche Art und Weise erhoben und analysiert wurden. Außerdem eignete sich das quantitative Design gut zur statistischen Überprüfung der Ursache-Wirkungs-Beziehungen zwischen verschiedenen Barrieren und der Behandlungsbereitschaft. Zuvor konnten durch eine ausführliche Recherche die in bisheriger qualitativer Forschung und weiterer Literatur gefundenen Barrieren gesammelt und dann berücksichtigt werden. Diese konnten dann an einer großen Anzahl an Befragten quantitativ untersucht werden, um damit höhere Generalisierbarkeit zu erzielen. Nachteile wiederum der quantitativen Forschung waren, dass lediglich der Einfluss von bereits bekannten Aspekten untersucht werden konnte und dass sie keine detaillierten Informationen über die Erfahrungen und Perspektiven von Teilnehmenden lieferte, die in qualitativen Forschungsmethoden zu finden sind. Dafür konnte aber beispielsweise auf eine qualitative Erhebung der subjektiven Barrieren von Psychotherapeut\*innen von Kernbach (2019) im Raum Heidelberg zurückgegriffen werden. Einige Interviews von Schlier und Kolleg\*innen (2017) ergaben weitere Barrieren, die in einem quantitativen Fragebogen nicht zusätzlich aufgekommen wären, wie die spontan berichteten Sorgen bezüglich der Medikamentenadhärenz oder die Problematik in Akutsituationen durch die fehlende Ermächtigung Patient\*innen in eine psychiatrische Klinik einweisen zu können.

Durch die mangelnden bisherigen quantitativen Untersuchungen von den erlebten Barrieren in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen, konnte kaum auf bisherige validierte Messinstrumente zurückgegriffen werden. Lediglich die Erhebung der alltäglichen stigmatisierenden Einstellungen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen konnte anhand des gut empirisch validierten Stereotype-Fragebogens von Angermeyer und Matschinger (2004) erhoben werden. Bezüglich der Erfassung der Behandlungsbereitschaft der Therapeut\*innen hätte noch detaillierter differenziert werden können, wie hoch diese in unterschiedlichen Krankheitsphasen gewesen wäre. Hierzu schien sich nämlich die Einschätzung der Indikation von Psychotherapie unter den Befragten je nach Krankheitsphase deutlich zu unterscheiden zu haben. In der akuten Positiv-Symptomatik seien

einige Therapeut\*innen überzeugt gewesen, dass Psychotherapie kontraindiziert sei. So ist anzunehmen, dass die Therapeut\*innen möglicherweise eine höhere Behandlungsbereitschaft für Menschen mit schizophrenen Störungen in der Residual- oder Phase der Negativsymptomatik angegeben hätten, eine Behandlung während der akuten Positivsymptomatik jedoch ausgeschlossen hätten. Allerdings ist bei der differenzierten Betrachtung der Behandlungsbereitschaft nach Krankheitsphasen zu bedenken, dass in der alltäglichen Behandlung nicht auszuschließen ist, dass Patient\*innen, die in der Residualphase oder mit Negativsymptomatik in die Therapie kommen, nicht auch wieder in eine akute Phase kommen können. Da wie bereits dargestellt, kaum auf bisherige validierte Fragebögen zurückgegriffen werden konnte, wurde der verwendete Fragebogen in großen Teilen selbst erstellt. Dessen Reliabilität und Validität sollen im Folgenden diskutiert werden.

**Reliabilität und Validität der verwendeten Fragebögen.** Zur Überprüfung der Validität des Studiendesigns sollte festgestellt werden, wie gut das Untersuchungsdesign das misst, was es messen soll. Dafür wurden die Forschungsfragen und Hypothesen klar definiert und operationalisiert. Allerdings gibt es einen deutlichen Kritikpunkt an dem Messinstrument zur Erhebung der unterschiedlichen Barrieren. Diese wurden begründeter Weise nach ausführlicher Recherche auf Basis der gefundenen Barriere Items zusammengestellt. Da die Zuteilung nicht statistisch auf Basis einer Faktorenanalyse, sondern inhaltlich begründet erfolgte, führte dies zu einer ungleich verteilten Itemanzahl pro Kategorie. Die Reliabilität, gemessen an der internen Konsistenz für die Subskalen *Erfahrungs- und Kompetenzfaktoren* und *Persönliche therapiebezogenen Einstellungen* lagen jeweils bei einem Cronbachs Alpha von .85 und .76 und können als hoch bzw. als akzeptabel eingeschätzt werden. Die interne Konsistenz der Subskala *Strukturelle Barrieren* mit nur fünf Items mit einem Cronbachs Alpha von .39 ist allerdings als zu gering einzuschätzen. Dies stellt eine klare Limitation dar, da es bedeutet, dass die einzelnen Items in den strukturellen Barrieren nicht eng genug miteinander korrelierten. Dies könnte bedeuten, dass sie nicht exakt genug das Konzept der strukturellen Barrieren abbildeten. Dies kann wiederum die Interpretation der Ergebnisse erschwert haben, da die Ergebnisse inkonsistent sein konnten und möglicherweise widersprüchliche Informationen lieferten. So wurde in der Studie auch festgestellt, dass die strukturellen Barrieren inhaltliche Unterschiede aufwiesen. Um trotz dieser Limitation sicherzustellen, dass kein Effekt übersehen wurde, wurde in weiteren explorativen Analyse nicht mehr nur die Überkategorie *Strukturelle Barrieren* beleuchtet, sondern die Relevanz jedes einzelnen Items

der Kategorie für die Behandlungsbereitschaft der Therapeut\*innen untersucht (vgl. Kapitel 4.3.1). Hierbei kam beispielsweise heraus, dass die Befürchtung von zu vielen Ausfällen der Stunden eine große Rolle und Probleme in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen keine Rolle gespielt hätten. Die Unterscheide zwischen den beiden Bereitschaftsgruppen waren dennoch etwas geringer als bei den anderen beiden Barrieregruppen mit höherer interner Konsistenz, sodass davon ausgegangen werden kann, dass strukturelle Barrieren von allen befragten Therapeut\*innen zwar als schwerwiegend im Alltag eingeschätzt wurden, diese sich aber nur leicht und eben nicht signifikant auf deren Behandlungsbereitschaft auswirkten. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass dem Faktor *Strukturelle Barrieren* mit einer valideren Skala mehr Einfluss auf die Behandlungsbereitschaft der Therapeut\*innen zugekommen wäre. Es kann als Stärke der Studie betrachtet werden, dass im Rahmen der Erhebung diverse weitere mögliche Einflussfaktoren erhoben wurden, um ein möglichst konkretes Verständnis zu entwickeln, welche Einflussmöglichkeiten zur Erhöhung der Behandlungsbereitschaft gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen bestehen. So ergab die vorliegende Studie eine Reihe zusätzlicher explorativer Analysen, die weiteren Aufschluss über die Merkmale der Stichprobe und deren Einschätzungen gab. Hierzu muss allerdings angemerkt werden, dass bei den explorativen Analysen auf eine Alpha-Fehler Korrektur verzichtet wurde, die bei den Haupthypothesen durchgeführt wurde. Somit könnte der Alpha-Fehler, also die Wahrscheinlichkeit eines falsch positiven Ergebnisses möglicherweise leicht unterschätzt worden sein.

**Bias.** Bereits bei der Planung der Studie wurde berücksichtigt, dass gerade Therapeut\*innen, die wenig Behandlungsbereitschaft gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen hatten, vermutlich geringes Interesse an einer Studienteilnahme zu eben diesem Thema zeigen konnten. Um diese Verzerrung der Stichprobe durch Selektion der Teilnehmenden zu verhindern, wurde im Rahmen der Studieneinladung und Teilnehmendeninformation bewusst auf eine detaillierte Beschreibung der Forschungshypothese verzichtet und die konkrete Forschungsfrage verdeckt ermittelt. So ist nicht davon auszugehen, dass in der vorliegenden Studie tendenziell eher die Therapeut\*innen teilgenommen haben, die ohnehin eine höhere Affinität mit dem Thema aufwiesen. Allerdings ist eine leichte Verzerrung, durch sozial erwünschtes Antworten der Therapeut\*innen, nicht auszuschließen. Gerade bei der Erhebung von Stereotypen und Barrieren wurden extreme und pauschalisierende Formulierungen wie „Rehabilitationsmaßnahmen, die darauf abzielen, die

Patient\*innen wieder arbeitsfähig zu machen, sind meist zum Scheitern verurteilt.“ verwendet. Deren ehrliche und eindeutige Zustimmung könnte bei den Therapeut\*innen möglicherweise Unbehagen ausgelöst haben. Die pauschal formulierten Antworten auf diese Items können somit nur schwer als differenzierte Urteile über Menschen mit schizophrenen Störungen interpretiert werden, die auf der Basis therapeutischer Erfahrung erwachsen sind. Gerade die untersuchte Stichprobe, die möglicherweise im Rahmen ihrer Ausbildung für Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen sensibilisiert wurde, könnte versucht haben, ihre sozial unerwünschten Einstellungen und Verhaltensweisen zu verbergen. Es ist wichtig anzumerken, dass selbst eine leichte Verzerrung durch soziale Erwünschtheit in dieser Studie nicht die Tatsache abschwächte, dass auch in der vorliegenden Stichprobe Menschen mit schizophrenen Störungen nach wie vor einem gewissen Maß an Stigmatisierung ausgesetzt waren, welche sich auch auf ihre Behandlungsbereitschaft auswirkte.

**Ethische Berücksichtigung.** In der vorliegenden Studie wurden ethische Standards eingängig geprüft und unter Begutachtung der Ethikkommission der LMU eingehalten. Alle Teilnehmenden wurden ausreichend informiert, haben ihre Einwilligung zur Teilnahme gegeben und es wurden keine sensiblen Daten in Verbindung mit identifizierbaren personenbezogenen Informationen verarbeitet.

**Generalisierbarkeit.** In der vorliegenden Studie wurde sich bewusst auf die Befragung von in Bayern tätigen Psychotherapeut\*innen und Personen in Ausbildung beschränkt. Dennoch ist davon auszugehen, dass die Ergebnisse der Studie durchaus auf die Versorgungssituation und die Haltung und Einstellungen von Therapeut\*innen auch in anderen deutschen Bundesländern übertragbar sein könnten.

#### **4.5 Ausblick und praxisrelevante Implikationen**

Im Folgenden soll noch einmal ein grober Überblick über die Ergebnisse der Studie gegeben werden und schließlich mit einem Ausblick und Veränderungsmöglichkeiten in der Praxis abgerundet werden.

**Zusammenfassung.** Die Funde der vorliegenden Studie legen nahe, dass die aktuelle Praxis in der ambulanten Versorgung fundamental von den Empfehlungen bisheriger Leitlinien abweicht, allen Patient\*innen mit schizophrenen Störungen in jeder Phase der Störung

Psychotherapie anzubieten. Ähnlich wie in bisheriger Literatur gaben in der vorliegenden Studie einige Therapeut\*innen an, kaum Anfragen von Patient\*innen mit schizophrenen Störungen zu erhalten. Dies weist auf eine zusätzlich vorliegende Schnittstellenproblematik hin. Diese wurde bereits im theoretischen Hintergrund der Studie beleuchtet und scheint Patient\*innen von der Inanspruchnahme einer Psychotherapie abzuhalten. In der vorliegenden Studie zeigt sich allerdings auch das von Bechdolf und Klingberg (2014) umschriebene *Implementierungsproblem* der Änderung der S3- Behandlungsleitlinien für Schizophrenie der DGPPN (2019) unter Therapeut\*innen. So lehnte in der vorliegenden Studie ein knappes Drittel der befragten Therapeut\*innen es ab, Menschen mit schizophrenen Störungen generell ein Behandlungsangebot zu machen. Andererseits zeigte sich, dass die Therapeut\*innen, die sich als sehr behandlungsbereit zeigten, tatsächlich viele Patient\*innen mit schizophrenen Störungen behandelt haben und, dass sich die Anzahl behandelter Patient\*innen auf wenige Therapeut\*innen aufteilte. Verglichen mit dem gängigeren Störungsbild der Depression, zeigte sich die Behandlungsbereitschaft der befragten Therapeut\*innen gegenüber schizophrenen Störungen deutlich geringer. Ein Großteil der Therapeut\*innen gab an, bereits einen guten Einblick und praktische Erfahrung in der Psychiatrie, jedoch etwas weniger Erfahrung in der Behandlung von schizophrenen Störungen in der Ausbildung gesammelt zu haben. Dennoch hätten die meisten in ihrer bisherigen Laufbahn kaum Patient\*innen mit einer schizophrenen Störung in psychotherapeutischer Behandlung gehabt. Zudem wurde angegeben, dass viele Ausbildungsambulanzen die Behandlung von Patient\*innen mit schizophrenen Störungen überhaupt nicht angeboten hätten.

Eine Konsequenz scheint zu sein, dass die Mehrheit angab, sich nicht als kompetent genug für die Behandlung dieser Klientel zu erleben. Fortbildungen zur psychotherapeutischen Behandlung von schizophrenen Störungen wurden im Allgemeinen von den befragten Therapeut\*innen nur wenig besucht. Viele gaben hierzu an, dass sie mehr störungsspezifische Fortbildungs- und/oder Supervisionsangebote benötigt hätten.

Bedeutsam ist, dass zumindest die theoretische Indikation von Psychotherapie grundsätzlich für die schizophrenen Erkrankungen sowie bezüglich der Residual- und Negativsymptomatik von den Therapeut\*innen bereits als relativ hoch eingestuft wurde. Gleichzeitig zeigte sich allerdings, dass die Annahme der Kontra-Indikation von Psychotherapie bei Positiv-Symptomatik auch bei der befragten Stichprobe noch nachhaltig bestehen blieb.

Im Hinblick auf die generelle Relevanz von unterschiedlichen Barrieren in der Behandlung von Personen mit schizophrenen Störungen, zeigte sich, dass die Therapeut\*innen deutlich mehr Erfahrung und Kompetenz in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen benötigt hätten. Auch den strukturellen Barrieren schrieben die befragten Therapeut\*innen durchaus eine große Relevanz zu, wohingegen den einstellungsbezogenen Barrieren eher weniger zugestimmt wurde. Dennoch scheinen sich diese drei Barriere-Arten unterschiedlich auf die Behandlungsbereitschaft gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen ausgewirkt zu haben. Während die therapiebezogenen Einstellungen im Allgemeinen als weniger relevant eingeschätzt wurden, scheinen diese dennoch einen großen Einfluss auf die Behandlungsbereitschaft gehabt zu haben. Die Bereitschaft, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln scheint also unter anderen doch auch eine Frage der Überzeugung der Therapeut\*innen gewesen zu sein. Genauso haben auch die Erfahrungs- und Kompetenz-Faktoren der Psychotherapeut\*innen, die bereits grundsätzlich als relevant eingestuft wurden, die Behandlungsbereitschaft stark beeinflusst. Auffällig war, dass die strukturellen Barrieren die Behandlung von Personen mit schizophrenen Störungen und den Arbeitsalltag der Therapeut\*innen zwar deutlich erschwerten, sich jedoch nicht auf die Behandlungsbereitschaft der Therapeut\*innen auswirkten. So kann geschlussfolgert werden, dass Therapeut\*innen, die gerne mit Menschen mit schizophrenen Störungen arbeiten, sich trotz der belastenden strukturellen Barrieren nicht davon abbringen lassen.

Ein weiteres Ergebnis der Studie war, dass diese alltäglichen stigmatisierenden Einstellungen der befragten Therapeut\*innen eher geringer ausfielen, diese aber dennoch leicht negativ mit der Behandlungsbereitschaft assoziiert waren. Hier scheint vor allem der Aspekt der *schlechten Prognose* ins Gewicht gefallen zu sein, der bereits bei den einstellungsbezogenen Barrieren der Therapeut\*innen zum Tragen kam.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes zwischen den Befragten in Ausbildung und den abgeschlossenen Therapeut\*innen, zeigte sich, dass die abgeschlossenen Therapeut\*innen mehr subjektive Behandlungskompetenz für schizophrene Störungen angaben. Die Personen in Ausbildung konnten zwar während ihrer Ausbildung mehr Erfahrung in der Psychiatrie sammeln, hatten jedoch nicht erheblich mehr Erfahrung in der Behandlung von schizophrenen Störungen und auch nicht mehr Fortbildungen dazu. Dass die Behandlungsbereitschaft von Personen in Ausbildung und abgeschlossene Therapeut\*innen ähnlich gering ist, könnte darauf hinweisen, dass in der Ausbildung zu Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeut\*innen

immer noch zu wenig angesetzt wurde, um die Behandlungsbereitschaft weiterhin zu erhöhen und die Versorgungssituation der Menschen mit Schizophrenen Störungen zu verbessern.

Es kann also davon ausgegangen werden, dass viele Patient\*innen mit schizophrenen Störungen in der Praxis bereits vor oder an der Schnittstelle zur Psychotherapie scheitern. Falls diese Barriere jedoch überwunden wird und es zu einer Psychotherapie kommt, begegnen ihnen nach wie vor einige Therapeut\*innen mit Hemmungen, zu wenig Erfahrung und Kompetenz sowie mit Vorbehalten.

Im folgenden Kapitel soll nun auf mögliche Veränderungsimplicationen für die zuständigen Verbände, Ausbildungsinstitute und Lehrkrankenhäuser eingegangen werden. Dabei sollen auch Implikationen erörtert werden, welche die Behandlungskompetenz und -bereitschaft der Psychotherapeut\*innen und Personen in Ausbildung selbst betreffen.

**Implikationen für die Praxis.** Um die Behandlungsbereitschaft von Psychotherapeut\*innen bei der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen zu erhöhen und damit die Versorgung dieser Klientel zu verbessern, gibt es verschiedene Möglichkeiten. In diesem Zusammenhang werden drei wichtige Bereiche diskutiert, in denen Maßnahmen ergriffen werden können. Konkret können strukturelle Barrieren überwunden, die Ausbildungsinhalte verbessert und damit die Stigmatisierung des Störungsbildes durch die Psychotherapeut\*innen weiter verringert werden.

**Strukturelle Erleichterungen.** Bereits zu Beginn dieser Arbeit wurde ein Antwortschreiben einer Therapeutin auf diese Studie zitiert. Aus diesem ging klar hervor, dass sich die strukturellen Bedingungen für die Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen deutlich verbessern müssten und dass nicht allein die Therapeut\*innen an ihrer Haltung arbeiten müssten. Dies bestätigte sich in der vorliegenden Studie, denn viele Therapeut\*innen berichteten von großen strukturellen Barrieren in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen. Diese erschwerten die Behandlung dieser, bisher unterversorgten Klientel erheblich. Auch wenn diese strukturellen Barrieren sich nicht auf direktem Wege auf die Behandlungsbereitschaft der Psychotherapeut\*innen auszuwirken schienen, muss es als notwendig angesehen werden, die Behandlung dieser Klientel strukturell attraktiver zu gestalten. So sollte es möglich gemacht werden, auf die individuellen Rahmenbedingungen in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen einzugehen. Beispielsweise sollten, im Einklang mit den Forderungen von Bechdolf und Klingberg (2014), die Stundenausfälle bei unzuverlässigem Erscheinen der Patient\*innen

leichter zu kompensieren sein. Auch das Einbeziehen der Angehörigen von Menschen mit schizophrenen Störungen in die Psychotherapie sollte einfacher bzw. finanziell attraktiver gestaltet werden. Hier könnte bei Störungsbildern wie den schizophrenen Störungen, bei denen die Einbindung der Angehörigen in die Therapie derart evident zuträglich zur Behandlung erwiesen wurden, ein zusätzliches Stundenkontingent dafür genehmigt werden. So ist dies bereits mit zusätzlichen Stundenkontingenten für Bezugspersonen bei der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen umsetzbar.

Ein weiterer Aspekt könnte laut Bechdorf und Klingberg (2014) sein, die Sitzungslänge – wann eine Therapieeinheit mit 25 und wann mit 50 Minuten sinnvoll erscheint – flexibler von den Therapeut\*innen anpassen und abrechnen zu lassen. Um Therapeut\*innen die Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen mit einem größeren Zeit- und Arbeitsaufwand einfacher zu machen, könnte bei einer höheren finanziellen Honorierung der ambulanten Behandlung von Patient\*innen mit chronischen oder schweren schizophrenen Erkrankungen und komplexerem Behandlungsbedarf angesetzt werden. Darüber hinaus könnten einfachere Möglichkeiten, Vernetzungs- und Kooperationsleistungen abrechnen zu können, in Betracht gezogen werden (vgl. Schlier & Lincoln, 2016). Der Gemeinsame Bundesausschuss startete bereits erste Versuche, mit Inkrafttreten der neuen KSVPsych-Richtlinie (Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf) im Jahr 2021, die Komplexversorgung schwer erkrankter Patient\*innen mit schizophrenen Störungen zu erleichtern (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021). Für die Umsetzung dieser Richtlinie bedarf es allerdings einen vertraglichen Zusammenschluss zu regionalen Netzverbänden aus unterschiedlichen Fachgruppen, denen sich neben diversen Fachärzt\*innen und Ärztlichen sowie Psychologischen Psychotherapeut\*innen auch anderen Berufsgruppen anschließen können. Nach dem Antrag und einer Genehmigung des Netzverbundvertrags und den Kooperationsverträgen können unter anderem Kooperationsleistungen durchgeführt und abgerechnet werden. Dafür braucht es allerdings eine Mindestgröße von zehn Mitgliedern je Netzverbund und diverse Kooperationspartner\*innen. Hierbei dürfen nur Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen, die in einem genehmigten Netzverbund tätig sind, diese Leistungen abrechnen. So kann diese Neuerung als eine wertvolle Verbesserung der Versorgungsstruktur, jedoch noch nicht als niederschwellige Möglichkeit angesehen werden, Psychotherapeut\*innen den kontinuierlichen Austausch mit anderen Behandelnden zu ermöglichen, da diese zumindest

zu Beginn mit einem deutlichen Mehraufwand für die Therapeut\*innen verbunden ist. Wie die Therapeutin in dem Zitat zu Beginn der Studie unterstrich, wäre auch eine Erhöhung der Zahl der Kassensitze und damit eine größere Anzahl an freien Therapieplätzen eine Möglichkeit, um auch Patient\*innen mit schizophrenen Störungen den Zugang auf einen Platz zu erleichtern.

**Ausbildung der Psychotherapeut\*innen.** Die vorliegende Studie zeigte jedoch auch, dass die Ausbildung der Therapeut\*innen verbessert werden sollte. So wurde beispielsweise herausgearbeitet, dass sich die ohnehin geringe Anzahl der Fortbildungen während der Ausbildung der bereits länger abgeschlossenen Therapeut\*innen kaum von denen unterschied, die sich aktuell noch in Ausbildung befinden. Dies könnte darauf hinweisen, dass die Curricula der Ausbildungsinstitute trotz der Anpassung der Leitlinienempfehlung nicht notwendigerweise mehr Ausbildungsangebote zur Behandlung von schizophrenen Störungen anbieten. Hierbei wäre jedoch wichtig, ein breites, niederschwelliges Angebot aufzustellen, das den Personen in Ausbildung theoretisches Wissen aber auch das Handwerkszeug einer evidenzbasierten Psychotherapie der schizophrenen Störung vermittelt und ihnen so die Hemmungen vor der Behandlung dieser Klientel nimmt. Gut fundierte Inhalte der Ausbildungsseminare könnten dabei eine wichtige Grundlage sein, um die Einstellung der angehenden Therapeut\*innen gegenüber der Behandlung dieser stigmatisierten Klientel zu verbessern. Aber auch für bereits abgeschlossene Therapeut\*innen wären weitere Fort- und Weiterbildungsangebote relevant, um das bisher fehlende Wissen nachholen zu können. Wie diese Studie beleuchtete, wäre für viele Therapeut\*innen eine korrigierende Erfahrung wichtig, um bestehende Fehlannahmen über die Behandlung von schizophrenen Störungen zu korrigieren und die Hemmung zu reduzieren, die oft aus unhinterfragten Vorannahmen und mangelnder Erfahrung besteht. Außerdem sollte, wie Schlier und Lincoln (2014) bereits betonten, in künftigen Seminaren gezielt stereotypen Einstellungen gegenüber Menschen mit schizophrenen Störungen entgegengewirkt und die Therapeut\*innen mit ihren eigenen Vorannahmen konfrontiert werden. Hierbei wäre auch gerade bei angehenden Therapeut\*innen wichtig, sie prophylaktisch für mögliche Diskriminierung dieser Klientel unter Therapeut\*innen zu sensibilisieren, ihren Ängsten und Vorurteilen im Vorfeld zu begegnen und sie für die Behandlung von Menschen mit schizophrene Störungen zu motivieren. Auch sollte in den Seminaren und Lehrbüchern die teilweise noch verbreitete Lehre von rein biogenetischen Ursachenmodellen (Schlier & Lincoln, 2014) durch umfassende biopsychosoziale Modelle ersetzt werden. Weiter sollten in Fortbildungen die Behandlungsleitlinien und konkrete evidenzbasierte Möglichkeiten zur Psychotherapie bei der

Symptomatik in allen Krankheitsphasen vermittelt sowie auf die störungsspezifischen Herausforderungen eingegangen werden. Hier schlagen Schlier und Lincoln (2014) vor, auch Patient\*innen persönlich in die Fortbildung einzubeziehen. Dies ist im Medizinstudium an Universitäts- und Lehrkrankenhäusern bereits die Regel und könnte zur Reduktion von Berührungängsten und zur Korrektur von Fehlannahmen beitragen. Außerdem sei es hilfreich, herauszuarbeiten, dass es sich bei psychotischen Symptomen um ein Kontinuum handle und auch von Behandlungserfolgen zu berichten. Auch sollte die Selbstwirksamkeit der Psychotherapeut\*innen gestärkt und der Grundannahme der schlechten Prognose entgegengewirkt werden, die auch in der vorliegenden Studie aufgezeigt wurde. Hierfür wäre eine angemessene Zielklärung wichtig, dass es primär um das Erreichen von *Recovery* und weniger um gänzliche *Heilung* gehe (DGPPN, 2019). Laut einer Umfrage der Psychotherapeutenkammer Hamburg (2013) unter ihren Kammermitgliedern bestehe großes Interesse an behandlungsbezogenen Fragen, wie, welche Therapieziele ambulant psychotherapeutisch möglich seien, welche Frühinterventionen es gebe und wie mit Medikamenten und mit der Antragstellung in der Richtlinienpsychotherapie umgegangen werde sollte. Außerdem würden eine mögliche Vernetzung mit verschiedenen Behandler\*innen und Modelle der integrierten Versorgung die Psychotherapeut\*innen interessieren. Wie in der vorliegenden Studie sei auch unter den befragten Kammermitgliedern der Psychotherapeutenkammer Hamburg (2013) mehr Wissen zum Verhalten in Notfällen bzw. bei einer krisenhaften Zuspitzung im ambulanten Setting sowie der Umgang mit Komorbiditäten relevant gewesen.

Die in der vorliegenden Studie aufgeführten negativen Annahmen werden auch in allgemeinen Psychotherapie-Seminaren und der Fachliteratur häufig eher vertieft. Laut Schlier und Lincoln (2014) werde dabei bei gängigen Interventionen lediglich auf die Kontraindikation für Psychosen, speziell für akute Psychosen, hingewiesen. Zum einen wäre hier der Hinweis wichtig, dass die Symptomatik von Psychosen und ihre Intensität im Allgemeinen sehr heterogen sind, zum anderen wäre eine Differenzierung der Stabilität der Patient\*innen für die Indikation sinnvoll. Außerdem wäre es hilfreich, den angehenden Therapeut\*innen Adaptionmöglichkeiten gängiger therapeutischer Interventionen zu vermitteln, die die spezifische Symptomatik von schizophrenen Störungen berücksichtigt, statt sie von der Anwendung auszuschließen.

Wie in dieser Studie gezeigt wurde, führte mehr Erfahrung bei den Therapeut\*innen auch zu einer höheren Behandlungsbereitschaft, weswegen es weithin wichtig sein wird, vielen

Therapeut\*innen auch einen Einblick in die praktische Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen zu geben – stationär und ambulant. Da die meisten Psychotherapeut\*innen bisherige Erfahrungen in der Behandlung von schizophrenen Störungen in ihrer Praktikumszeit in psychiatrischen Einrichtungen gesammelt haben, wird es auch weiterhin wichtig sein, die Personen im Praktikum mit ausreichend störungsspezifischen Fortbildungen und vor allem kompetenter und niederschwellig erreichbarer Supervision zu versorgen.

Bezüglich der ambulanten praktischen Tätigkeit in der Ausbildung wäre es bei allen zuständigen Ausbildungsambulanzen der Institute indiziert, die Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen in ihr Behandlungsspektrum aufzunehmen, falls dies bisher noch nicht erfolgt ist. Dies würde die Versorgungssituation der Klientel deutlich verbessern. Gleichzeitig stellt sich die Frage, wie die Therapeut\*innen Selbstvertrauen, Erfahrung und Kompetenz in der Behandlung dieser Störungsbilder erlangen sollen, wenn ihnen bereits in der Ausbildung signalisiert wird, dass die Behandlung schizophrener Erkrankung nicht für die Ausbildung geeignet sei. Hier wird der Fokus darauf liegen müssen, ausreichend kompetente Supervisor\*innen in diesem Bereich zu finden und auszubilden. Es wurde bereits bestätigt, dass eine persönliche Unterstützung im Rahmen der Supervision durch erfahrene Kolleg\*innen maßgeblich zu einer positiven professionellen Kompetenzerwartung beiträgt (Zarbock, Rodde, Ströhm, Schulz & Watzke, 2012).

Der Dachverband für Psychosenpsychotherapie (DDPP) gründete eine diesbezüglich bereichernde Struktur, welche spezifische Zusatzfortbildungen und ein ganzes Curriculum zur Psychotherapie bei Psychosen beinhaltet. Auch ein jährlich stattfindender Kongress zur Psychosenpsychotherapie wurde von dem DDPP ins Leben gerufen. Diese Maßnahmen könnten die Anzahl kompetenter und spezialisierter Psychotherapeut\*innen in diesem Bereich vergrößern, die den bisherigen Mangel an Therapieangeboten zumindest etwas ausgleichen können. Hier wäre mehr Sichtbarkeit unter den Therapeut\*innen wichtig. Es könnte den Menschen mit schizophrenen Störungen auf der Suche nach einer Therapie beispielsweise helfen, wenn behandlungsbereite Therapeut\*innen dies explizit auf ihrer Webseite ausschreiben würden.

Schließlich sollen die Personen in Ausbildung zu Psychotherapeut\*innen und die bereits abgeschlossen Psychotherapeut\*innen ermutigt werden, sich mit ihren eigenen Grundannahmen, Stereotypen und Hemmungen auseinander zu setzen, sich mehr Wissen zu den Störungsbildern und deren Behandlung anzueignen, an Fortbildungen teilzunehmen und

die Psychotherapie bei der sehr heterogenen Gruppe der schizophrenen Störungen für sich in Betracht zu ziehen.

Wie sich in der vorliegenden Studie gezeigt hat, spielten auch mangelnde Anfragen von Patient\*innen mit schizophrenen Störungen eine große Rolle, weswegen weitere wissenschaftliche Untersuchung an dieser Stelle nötig wären, um die subjektiven Barrieren der Patient\*innen auf dem Weg zur Psychotherapie identifizieren und eliminieren zu können.

So kann abschließend behauptet werden, dass es vielseitige Maßnahmen gibt, die ergriffen werden können, um die Behandlungsbereitschaft von Psychotherapeut\*innen bei der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen in Zukunft zu erhöhen und damit die Versorgung dieser Klientel zu verbessern. Mit dem Überholen ehemaliger Strukturen kann es den Therapeut\*innen künftig leichter und attraktiver gemacht werden, Menschen mit schizophrenen Störungen zu behandeln. So kann auch erreicht werden, dass Therapeut\*innen, wie die sehr behandlungsbereite Verfasserin des Schreibens zu Beginn dieser Studie, nicht mehr nur frustriert von den strukturellen Hindernissen, sondern in der Behandlung dieser Klientel *empowert* werden.

Wenn es darüber hinaus möglich ist, sich von veralteten Behandlungskonzepten sowie bisherigen negativen Annahmen von Psychotherapeut\*innen zu lösen, kann die Psychotherapie tatsächlich als Teil der Goldstandard Behandlung von schizophrenen Störungen in der Praxis etabliert werden. Die Wirksamkeit der erarbeiteten Maßnahmen sollten im Rahmen weiterer interdisziplinärer Versorgungsforschungsprojekte wissenschaftlich evaluiert werden, um die Kluft zwischen theoretischen Empfehlungen in Leitlinien und praktischer Implementierungen in der Realität zu überwinden.

## 5 LITERATURVERZEICHNIS

- Abel, K. M., Drake, R., & Goldstein, J. M. (2010). Sex differences in schizophrenia. *International review of psychiatry*, 22(5), 417-428. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.515205>
- Achim, A. M., Maziade, M., Raymond, É., Olivier, D., Mérette, C., & Roy, M. A. (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia bulletin*, 37(4), 811-821. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp148>
- Allen, M. P. (2004). *Understanding regression analysis*. Springer Science & Business Media.
- American Psychiatric Association. (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5® (2. Aufl.). Hogrefe.
- American Psychiatric Association. (2015). *Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders: DSM-5® selections*. American Psychiatric Pub.
- Angermeyer, M. C., & Kühnz, L. (1988). Gender differences in age at onset of schizophrenia. *European archives of psychiatry and neurological sciences*, 237(6), 351-364. <https://doi.org/10.1007/BF00380979>
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2004). The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. *Schizophrenia bulletin*, 30(4), 1049-1061. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007120>
- Angermeyer, M. C., Beck, M., Dietrich, S., & Holzinger, A. (2004). The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 153-162. <https://doi.org/10.1177/0020764004043115>
- AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen. (2016) *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen - Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens*. Abgerufen am 28.03.2023 von [https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua\\_de/Projekte/452\\_Schizophrenie/Schizophrenie\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf)
- Arciniegas, D. B. (2015). Psychosis. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 21(3), 715. <https://doi.org/10.1212/01.CON.0000466662.89908.e7>
- Bäumel, J. (2008). *Psychosen: aus dem schizophrenen Formenkreis* (2. Aufl.). Springer.
- Bäumel, J., & Pitschel-Walz, G. (2020). Psychoedukation bei schizophrenen Psychosen: State of the art. *Psychotherapie*, 25(1), 35-54.
- Bäumel, J., & Pitschel-Walz, G. (Hrsg.). (2018). *Psychoedukation: Bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen"*. Klett-Cotta.
- Bechdolf, A., & Klingberg, S. (2014). Psychotherapie bei schizophrenen Störungen: Kein Evidenz-, sondern ein Implementierungsproblem. *Psychiatrische Praxis*, 41(1), 8-10. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1359957>

- Benjamini, Y., & Hochberg, Y. (1995). Controlling the false discovery rate: A practical and powerful approach to multiple testing. *Journal of the Royal Statistical Society*, 57(1), 289-300. <https://doi.org/10.1111/j.2517-6161.1995.tb02031.x>
- Berger, H., Friedrich, J., & Gunia, H. (2004). *Psychoedukative Familienintervention: Manual zu Grundlagen und Praxis*. Schattauer Verlag.
- Bion, W. R. (1962). The Psycho-Analytic Study of Thinking. *International journal of psycho-analysis*, 43, 306-310.
- Björkman, T., Angelman, T., & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 22(2), 170-177. <https://doi.org/10.1111/-j.1471-6712.2007.00509.x>
- Blanz, M. (2015). *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit. Grundlagen und Anwendungen*. Kohlhammer.
- Bleuler, E. (1983). *Lehrbuch der Psychiatrie* (15. Aufl.). Springer.
- Boege, K., Catena, D., & Hahn, E. (2022). Mindfulness-Based Interventions in People with Psychotic Disorders: An Overview of the State of Research Concerning Efficacy and Implications for Clinical Practice. *Verhaltenstherapie*, 1-11. <https://doi.org/10.1159/000524534>
- Bozok, B., & Bühler, K. E. (1988). Wirkfaktoren der Psychotherapie - spezifische und unspezifische Einflüsse. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 56(04), 119-132. <https://doi.org/10.1055/s-2007-1001777>
- Braehler, C., Harper, J., & Gilbert, P. (2013). Compassion focused group therapy for recovery after psychosis. In C. Steel (Hrsg.), *CBT for schizophrenia: Evidence-based interventions and future directions* (S. 236-266). John Wiley & Sons.
- Bray, M. J., Sharma, B., Cottrelle's, J., Peters, M. E., Bayley, M., & Green, R. E. (2021). Hippocampal atrophy is associated with psychotic symptom severity following traumatic brain injury. *Brain communications*, 3(2), 1-15. <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcab026>
- Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 35(2), 383-402.
- Bühner, M., & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. Pearson.
- Bundesministerium der Justiz. (1998). Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze. *Bundesgesetzblatt*. I(36), 1311-1317. Abgerufen am 10.03.2023 von [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text\\_0&toctf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist\\_0&bk=bgbl&start=%2F%2F%5B%40node\\_id%3D%27957689%27%5D&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1&sinst=0A411020](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text_0&toctf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist_0&bk=bgbl&start=%2F%2F%5B%40node_id%3D%27957689%27%5D&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1&sinst=0A411020)
- Chadwick, P. (2014). Mindfulness for psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 333-334. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.136044>

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2. Aufl.). Lawrence Erlbaum Associates Inc. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current directions in psychological science*, 1(3), 98-101. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>
- Cook, R. D., & Weisberg, S. (1982). *Residuals and influence in regression*. Chapman and Hall.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2005). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 4(1), 16–20.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry*, 8(2), 75. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2006). *S3-Behandlungs-Leitlinie Schizophrenie. Kurzfassung*. Abgerufen am 14.02.2023 von <https://www.reanitrain.de/downloads/leitlinien/-Notfaelle/psychiatrische%20Notfaelle/psychomotorische%20Erregung/Schizophrenie.pdf>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (2019) *S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung* (1. Aufl.). Abgerufen am 28.03.2023 von <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.html>
- Dilling, H., & Freyberger, H. J. (2000). *Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen: mit Glossar und diagnostischen Kriterien ICD-10, DCR-10*. Hans Huber.
- Dockery, L., Jeffery, D., Schauman, O., Williams, P., Farrelly, S., Bonnington, O., Gabbidon, J., Lassman, F., Szmukler, G., Thornicroft, G., Clement, S., & MIRIAD Study Group. (2015). Stigma-and non-stigma-related treatment barriers to mental healthcare reported by service users and caregivers. *Psychiatry Research*, 228(3), 612-619. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.044>
- Drake, R. E., & Mueser, K. T. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia bulletin*, 26(1), 105-118. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033429>
- Dutta, R., Murray, R. M., Allardyce, J., Jones, P. B., & Boydell, J. (2011). Early risk factors for suicide in an epidemiological first episode psychosis cohort. *Schizophrenia research*, 126(1-3), 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.11.021>
- Eichner, C., & Berna, F. (2016). Acceptance and efficacy of metacognitive training (MCT) on positive symptoms and delusions in patients with schizophrenia: a meta-analysis taking into account important moderators. *Schizophrenia bulletin*, 42(4), 952-962. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv225>
- Falloon, I. R., Held, T., Coverdale, J. H., Roncone, R., & Laidlaw, T. M. (1999). Family interventions for schizophrenia: A review of long-term benefits of international studies. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 3(2), 268-290. <https://doi.org/10.1080/10973439908408388>

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2004). *Affektregulation, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Klett-Cotta.
- Fritz, C. O., Morris, P. E., & Richler, J. J. (2012). Effect size estimates: current use, calculations, and interpretation. *Journal of experimental psychology: General*, 141(1), 2-18. <https://doi.org/10.1037/a0024338>
- Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 11(3), 263-273. <https://doi.org/10.1080/00332747.1948.11022688>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2021). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)*. Abgerufen am 28.03.2023 von [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2668/KSVPsych-RL\\_2021-09-02\\_iK-2021-12-18.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2668/KSVPsych-RL_2021-09-02_iK-2021-12-18.pdf)
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2009). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)*. Abgerufen am 24.02.2023 von [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2400/PT-RL\\_2020-11-20\\_iK-2021-02-18.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2400/PT-RL_2020-11-20_iK-2021-02-18.pdf)
- Görgen, W., & Engler, U. (2005). *Ambulante psychotherapeutische Versorgung von psychosekranken Menschen sowie älteren Menschen in Berlin*. Verlagsgr. Hüthig Jehle Rehm.
- Grausgruber, A., Meise, U., Katschnig, H., Schöny, W., & Fleischhacker, W. W. (2007). Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: a comparison between the general public, relatives and mental health staff. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(4), 310-319. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00882.x>
- Häfner H. (2000). Gender differences in schizophrenia. In: B, Frank (Hrsg.), *Gender and its effects on psychopathology*. (S. 187-228). American Psychiatric Press.
- Häfner, H. (2017). *Das Rätsel Schizophrenie: Eine Krankheit wird entschlüsselt*. CH Beck.
- Häfner, H., & Maurer, K. (2013). ABC Schizophrenia study: an overview of results since 1996. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(7), 1021-1031. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0700-4>
- Hahn, E., Rohr, M., & Usemann, P. (2021). TherapeutInnen im goldenen Alter. *Psychotherapie im Alter*, 18(2), 203-222. <https://doi.org/10.30820/1613-2637-2021-2>
- Hartz, S. M., Pato, C. N., Medeiros, H., Cavazos-Rehg, P., Sobell, J. L., Knowles, J. A., ... & Genomic Psychiatry Cohort Consortium. (2014). Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA psychiatry*, 71(3), 248-254. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.3726>

- Hasan, A., & Wobrock, T. (2016). Somatische Komorbidität. In P. Falkai (Hrsg.), *Praxishandbuch Schizophrenie* (S25.-41). Elsevier.
- Hausleiter, I., Emons, B., Hoffmann, K., & Juckel, G. (2021). The somatic care situation of people with mental illness. *Health Science Reports*, 4(1), 1-6. <https://doi.org/10.1002/hsr2.226>
- Heibach, E., Brabban, A., & Lincoln, T. M. (2014). How much priority do clinicians give to cognitive behavioral therapy in the treatment of psychosis and why?. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 301. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12074>
- Hemmerich, W. (2016). *StatistikGuru: Rechner zur Adjustierung des  $\alpha$ -Niveaus*. Abgerufen am 10.02.2023 von <https://statistikguru.de/rechner/adjustierung-des-alphaniveaus.html>
- Holzer, A. (2016). *Die Stigmatisierung von schizophren Erkrankten* [Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München]. <https://doi.org/10.5282/edoc.19637>
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Hapke, U., Maske, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H. U. (2015). Twelve-months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults–Mental Health Module (DEGS1-MH): a methodological addendum and correction. *International journal of methods in psychiatric research*, 24(4), 305-313. <https://doi.org/10.1002/mpr.1479>
- Janssen, B., Weinmann, S., Berger, M., Härter, M., Held, T., Leipert, M., Luderer, H. J., Schwarz, M., Steinert, T., & Gaebel, W. (2005). Leitlinienkonformität und Behandlungsergebnisse in der stationären Schizophreniebehandlung. *Nervenarzt*, 76, 315-326. <https://doi.org/10.1007/s00115-004-1774-8>
- Johns, L. C., Oliver, J. E., Khondoker, M., Byrne, M., Jolley, S., Wykes, T., Joseph, C., Butler, L., Craig, T., & Morris, E. M. (2016). The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: the ‘ACT for life’ study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 50, 257-263. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.10.001>
- Juckel, G., Lempa, G., & Troje, E. (Hrsg.). (2006). *Psychodynamische Therapie von Patienten im schizophrenen Prodromalzustand* (Bd. 13). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. (2017). *Strukturreform Psychotherapie - Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie und -Vereinbarung*. Abgerufen am 10.03.2023 von <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/V10/Mitglieder/Service/Serviceschreiben/2017/KVB-RS-170306-Neufassung-Psychotherapie-Richtlinie-Vereinbarung.pdf>
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. (2023). *Versorgungsatlas Psychotherapeuten. Darstellung der regionalen Versorgungssituation sowie der Altersstruktur in Bayern. Januar 2023*. Abgerufen am 09.03.2023 von <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/V10/Ueberuns/Versorgungsforschung/Versorgungsatlas/KVB-Versorgungsatlas-Psychotherapeuten.pdf>

- Kernbach, S. (2020) *Möglichkeiten zur Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Patienten mit Schizophreniespektrumsstörungen im Raum Heidelberg*. [Dissertation, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg]. <https://doi.org/10.11588/heidok.00028883>
- Keshavan, M. S., Nasrallah, H. A., & Tandon, R. (2011). Schizophrenia, "Just the Facts" 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: from the elephant to the mouse. *Schizophrenia research*, 127(1-3), 3-13. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.01.011>
- Kingdon, D., Sharma, T., & Hart, D. (2004). What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness?. *Psychiatric Bulletin*, 28(11), 401-406. <https://doi.org/10.1192/pb.28.11.401>
- Kleinbaum, D. G., Kupper, L. L., Nizam, A., & Rosenberg, E. S. (2013). *Applied regression analysis and other multivariable methods*. Cengage Learning.
- Klin, A., & Lemish, D. (2008). Mental disorders stigma in the media: Review of studies on production, content, and influences. *Journal of health communication*, 13(5), 434-449. <https://doi.org/10.1080/10810730802198813>
- Klingberg S, Wittorf A, Sickinger S, Jakobi U (2009). Kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung von Patienten mit persistierenden psychotischen Symptomen. Behandlungsmanual. Abgerufen am 17.12.2022 von [http://www.psychose-psychotherapieforschung.de/ppp/files/POSITIVE\\_KVT\\_Manual\\_V3.pdf](http://www.psychose-psychotherapieforschung.de/ppp/files/POSITIVE_KVT_Manual_V3.pdf)
- Kohrt, B. A., Turner, E. L., Rai, S., Bhardwaj, A., Sikkema, K. J., Adekun, A., Dhakal, M., Luitel, N. P., Lund, C., Patel, V., & Jordans, M. J. (2020). Reducing mental illness stigma in healthcare settings: proof of concept for a social contact intervention to address what matters most for primary care providers. *Social Science & Medicine*, 250, 112852. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112852>
- Lau, S. (2021). Die Schizophrenie im Entwurf der ICD-11 und Implikationen für die Beurteilung der Schuldfähigkeit. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 15(1), 13-19. <https://doi.org/10.1007/s11757-020-00650-9>
- Lempa, G., Montag, C., & von Haebler, D. (2013). Auf dem Weg zu einem Manual der psychodynamischen Psychosentherapie. *Psychotherapeut*, 58(4), 327-338. <https://doi.org/10.1007/s00278-013-0998-0>
- Lilliefors, H. W. (1967). On the Kolmogorov-Smirnov test for normality with mean and variance unknown. *Journal of the American Statistical Association*, 62(318), 399-402.
- Lincoln, T. (2019). *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie: Ein individuenzentrierter Ansatz*. Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.
- Lincoln, T. M., Arens, E., Berger, C., & Rief, W. (2008). Can antistigma campaigns be improved? A test of the impact of biogenetic vs psychosocial causal explanations on implicit and explicit attitudes to schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(5), 984-994. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm131>
- Lincoln, T., Pedersen, A., Hahlweg, K., & Frantz, I. (2019) *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen*. Hogrefe Verlag.

- Lindamer, L. A., Lohr, J. B., Harris, M. J., & Jeste, D. V. (1999). Gender-related clinical differences in older patients with schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, *60*(1), 7671.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet*, *367*(9509), 528-529. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68184-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68184-1)
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., & Maj, M. (2004). Beliefs about schizophrenia in Italy: a comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relatives. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *49*(5), 323-331
- Massuda, R. (2020). Schneider's first-rank symptoms and treatment outcome. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *42*, 5-5. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0628>
- McGrath, J., Saha, S., Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C., & Chant, D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC medicine*, *2*(1), 1-22. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-2-13>
- Mentzos, S. (2017). *Lehrbuch der Psychodynamik: Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): a pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy. *German Journal of Psychiatry*, *10*(3), 69-78.
- NCCMH - National Collaborating Centre for Mental Health UK (2009). *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. Abgerufen am 17.12.2022 von <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20704054/>
- NICE- National Institute for Health and Clinical Excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: The NICE guideline on treatment and management*. Abgerufen am 03.01.2023 von [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248060/pdf/Bookshelf\\_NBK248060.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248060/pdf/Bookshelf_NBK248060.pdf)
- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia bulletin*, *32*(4), 709-714. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj065>
- Nübling, R., Jeschke, K., Ochs, M., & Schmidt, J. (2014). *Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in fünf Bundesländern als ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung*. Psychotherapeutenkammer Berlin. Abgerufen am 12.03.2023 von [https://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/system/files/studienergebnisse\\_ambulante\\_versorgung\\_dtld\\_2014.pdf](https://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/system/files/studienergebnisse_ambulante_versorgung_dtld_2014.pdf)
- Olfson, M., Gerhard, T., Huang, C., Crystal, S., & Stroup, T. S. (2015). Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States. *JAMA psychiatry*, *72*(12), 1172-1181. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1737>
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol

- dependence. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1321-1330.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09121743>
- Pillny, M., & Lincoln, T. M. (2020). Modern cognitive behavior therapy of psychotic disorders. *Der Nervenarzt*, 91(1), 43-49. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-00831-w>
- Pillny, M., & Lincoln, T. M. (2020). Update kognitive Verhaltenstherapie bei Psychosen. *Psychotherapie*, 25(1), 67-94. [doi.org/10.30820/2364-1517-2020-1](https://doi.org/10.30820/2364-1517-2020-1)
- Popovic, D., Benabarre, A., Crespo, J. M., Goikolea, J. M., González-Pinto, A., Gutiérrez-Rojas, L., Montes, J. M., & Vieta, E. (2014). Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(6), 418-426.  
<https://doi.org/10.1111/acps.12332>
- Psychotherapeutenkammer Hamburg (2013). Psychotherapie bei psychotischen Erkrankungen – Ergebnisse einer Umfrage unter Hamburger Kammermitgliedern. *Newsletter der Psychotherapeutenkammer*, 4(1).  
 Abgerufen am 13.03.2023 von <https://www.yumpu.com/de/document/view/43554055/psychotherapie-bei-psychotischen-erkrankungen-ergebnisse-einer->
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L., & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of the ‘mental illness is an illness like any other’ approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(5), 303-318.
- Rey, E. R. (2011). Psychotische Störungen und Schizophrenie. In M. Berking, & W. Rief (Hrsg.) *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 797-856). Springer.
- Roder, V., Brenner, H. D., & Kienzle, N. (2008). *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophren Erkrankten IPT*. Beltz
- Rüsch, N., Berger, M., Finzen, A., & Angermeyer, M. C. (2004). Das Stigma psychischer Erkrankungen– Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. In M. Berger (Hrsg.) *Psychische Erkrankungen– Klinik und Therapie*, S. 807-812. Urban & Fischer.
- Rüther, T., Bobes, J., De Hert, M., Svensson, T. H., Mann, K., Batra, A. U., Gorwood, P., & Möller, H. J. (2014). EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *European Psychiatry*, 29(2), 65-82. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.11.002>
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS medicine*, 2(5), e141. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020141>
- Sarraf, L., Lepage, M., & Sauvé, G. (2022). The clinical and psychosocial correlates of self-stigma among people with schizophrenia spectrum disorders across cultures: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 248, 64-78. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.08.001>
- Schäfer, T., & Schwarz, M. A. (2019). The meaningfulness of effect sizes in psychological research: Differences between sub-disciplines and the impact of potential biases. *Frontiers in psychology*, 10, 813. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00813>

- Schlier, B., & Lincoln, T. M. (2016). Blinde Flecken? Der Einfluss von Stigma auf die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. *Verhaltenstherapie*, 26(4), 279-290. <https://doi.org/10.1159/000450694>
- Schlier, B., Wiese, S., Frantz, I., & Lincoln, T. M. (2017). Chancengleichheit in der ambulanten Therapie: Ein Experiment zur Bereitschaft von niedergelassenen Psychotherapeuten, Patienten mit Schizophrenie zu behandeln. *Verhaltenstherapie*, 27(3), 161-168. <https://doi.org/10.1159/000478533>
- Schmidt, A. (2010). *Stigmatisierungsprozesse und Ausgrenzungsmechanismen gegenüber Menschen jenseits geistiger, physischer und psychischer „Normalität“*. GRIN Verlag.
- Schneider, F., & Weber-Papen, S. (2010). Schizophrenie. In: *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie... in 5 Tagen* (S.103-113). Springer.
- Schomerus, G., & Angermeyer M.C. (2017) Changes of stigma over time. In: W. Gaebel, W. Rössler, & N. Sartorius (Hrsg.), *The stigma of mental illness-end of the story?*. (S. 157-72) Springer.
- Schwarz, F. (2000) Psychoanalytische Verfahren bei schizophrenen Erkrankungen. In: H.-J. Möller (Hrsg.), *Therapie psychiatrischer Erkrankungen* (S. 280-288). Thieme.
- Schweitzer, J., & Aderhold, V. (2013). Systemische Therapien bei Menschen mit psychotischen Verhaltens- und Erlebnisweisen. *Psychotherapeut*, 58(4), 357-363. <https://doi.org/10.1007/s00278-013-0990-8>
- Seeman, M. V. (2012). Women and psychosis. *Women's Health*, 8(2), 215-224. <https://doi.org/10.2217/WHE.11.97>
- Servais, L. M., & Saunders, S. M. (2007). Clinical psychologists' perceptions of persons with mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(2), 214. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.2.214>
- Soehner, A. M., Kaplan, K. A., & Harvey, A. G. (2013). Insomnia comorbid to severe psychiatric illness. *Sleep medicine clinics*, 8(3), 361-371. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2013.04.007>
- Steinherr, T. (2015). *Simulationsstudie zum Gütevergleich ausgewählter Hypothesentests unter potentiell problematischen Datensituationen-Betrachtung von Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-, Vorzeichen-und t-Test im Einstichprobenfall*. [Bachelorarbeit, Ludwig-Maximilians-Universität München]
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford university press.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?. *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192-193. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>
- Universität Zürich. (o.J.). *Multiple Regressionsanalyse: Berechnung der Effektstärke*. Methodenberatung UZH. Abgerufen am 22.02.2023 von [https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse\\_spss/zusammenhaenge/mreg.html#3.8.\\_Berechnung\\_der\\_Effektst%C3%A4rke](https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse_spss/zusammenhaenge/mreg.html#3.8._Berechnung_der_Effektst%C3%A4rke)

- Verdi. (2006). *Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung – PiA: Eine Handlungshilfe für betriebliche Interessenvertretungen in psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken*. Abgerufen am 21.02.2023 von [https://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/gfx/0AE58D3D9EC67FB1C125784E0048DC9D/\\$file/Broschuere\\_PiA\\_verdi.pdf](https://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/gfx/0AE58D3D9EC67FB1C125784E0048DC9D/$file/Broschuere_PiA_verdi.pdf)
- Wahl, O., & Aroesty-Cohen, E. (2010). Attitudes of mental health professionals about mental illness: A review of the recent literature. *Journal of community psychology*, 38(1), 49-62. <https://doi.org/10.1002/jcop.20351>
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. Karnac Books Ltd.
- Winnicott, D. W. (1991). Die Angst vor dem Zusammenbruch. *Psyche*, 45(12), 1116-1126.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2008). *Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung des systemischen Therapie*. Abgerufen am 02.01.2023 von [https://www.lpk-bw.de/archiv/news2009/pdf/090121\\_wb\\_gutachten\\_syst\\_ther\\_2008.pdf](https://www.lpk-bw.de/archiv/news2009/pdf/090121_wb_gutachten_syst_ther_2008.pdf)
- Wittmann, W.W., Lutz, W., Steffanowski, A., Kriz, D., Glahn, E., Völkle, M., Böhnke, J., Köck, K., Bittermann, A., & Ruprecht, T. (2011). *Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse–Abschlussbericht*. Techniker Krankenkasse. Abgerufen am 19.01.2023 von [https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/TK-Abschlussbericht\\_Qualitaetsmonitoring-in-der-ambulanten-Psychotherapie.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/TK-Abschlussbericht_Qualitaetsmonitoring-in-der-ambulanten-Psychotherapie.pdf)
- Woolson, R. F. (2007). Wilcoxon signed-rank test. *Wiley encyclopedia of clinical trials*, 1-3. <https://doi.org/10.1002/9780471462422.eoct979>
- Wykes, T., & Van der Gaag, M. (2001). Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis—cognitive remediation therapy (CRT)?. *Clinical psychology review*, 21(8), 1227-1256. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00104-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00104-0)
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia bulletin*, 34(3), 523-537. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm114>
- Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane database of systematic reviews*, (6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2>
- Zarbock, G., Rodde, S., Ströhm, W., Schulz, H., & Watzke, B. (2012). Kompetenzerwartungen in der Ausbildung Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder-und Jugendtherapeuten in der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*, 22(1), 27-35. <https://doi.org/10.1159/000335773>
- Zepf, S., Mengele, U., & Hartmann, S. (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *PPmP-Psychotherapie- Psychosomatik-Medizinische Psychologie*, 53(03/04), 152-162. <https://doi.org/10.1055/s-2003-38004>

## Anhang

### Proband\*inneninformation und Einverständniserklärung



Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Nußbaumstraße 7, 80336 München  
Studienleiter: Prof. Dr. med. Oliver Pogarell  
Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilian-Universität München

Verantwortlich für die Studiendurchführung:  
Fides Sophia Heimkes, M.Sc.: [Fides.Heimkes@med.uni-muenchen.de](mailto:Fides.Heimkes@med.uni-muenchen.de)

### Allgemeine Teilnehmer\*inneninformation und Einverständniserklärung

*Behandlungsbereitschaft und subjektiv erlebte Barrieren in der ambulanten Psychotherapie  
von Menschen mit schweren psychischen Störungen in Bayern.*

Liebe Teilnehmer und Teilnehmerinnen,

gerne möchten wir Sie zur Teilnahme an unserer Studie mit dem Titel „Behandlungsbereitschaft und subjektiv erlebte Barrieren in der ambulanten Psychotherapie von Menschen mit schweren psychischen Störungen in Bayern.“ einladen. Im Folgenden werden die Ziele und der Ablauf unserer Studie erläutert. Sollten darüber hinaus Fragen oder Unsicherheiten bestehen, melden Sie sich gerne bei Fides S. Heimkes, M.Sc. unter der Emailadresse: [Fides.Heimkes@med.uni-muenchen.de](mailto:Fides.Heimkes@med.uni-muenchen.de)

#### **Ziele und Hintergrund der Studie**

Ziel dieser Studie ist es Barrieren zu identifizieren, die die Verfügbarkeit von Psychotherapie für Patient\*innen mit schweren psychischen Störungsbildern verschlechtern.

Es gibt derzeit mehrere Forschungsergebnisse, die darauf hinweisen, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in der ambulanten Psychotherapie unterrepräsentiert sind. Als mögliche Erklärungen werden dafür Barrieren auf Patient\*innen-, Therapeut\*innen-

und auf struktureller Ebene herangezogen. In dieser Studie setzen wir den Fokus auf die Perspektive der Therapeut\*innen. Zu diesem Zweck erheben wir direkte Informationen, insbesondere Barrieren, die Therapeut\*innen aus ihrem Praxisalltag berichten.

Primär ist im Rahmen dieser Studie also relevant, ob es an fachlicher Qualifikation, Weiterbildung, Supervision in diesem Bereich mangelt, es an den strukturellen Therapiegegebenheiten oder an den persönlichen Einstellungen liegt, dass viele ambulant tätige Psychotherapeut\*innen in der Behandlung von schwer psychisch erkrankten Menschen zurückhaltend sind.

### **Risiken und Nutzen**

Sie persönlich würden nicht direkt von dieser Studie profitieren.

Gleichzeitig tragen Sie durch Ihre Teilnahme aber erheblich dazu bei, die psychotherapeutische Versorgungssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu erforschen und dabei die möglichen Gründe der Unterversorgung dieser in unserem Bayerischen Region zu explorieren. Anhand unserer Studie wollen wir Vorschläge gestalten, die Psychotherapeut\*innen bei der Behandlung von spezifischen schweren psychischen Störungsbildern unterstützen.

Während der Befragung selbst werden Sie keinen Gefahren oder Risiken ausgesetzt. Für diese Studie liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilian-Universität München vor.

### **Dauer**

Es handelt sich um eine einmalige Online-Studie, die ca. **10-15 Minuten** dauern wird.

### **Ablauf der Studie und Ihre Aufgabe**

Sie werden gebeten, neben demografischen Daten (z.B., Alter und Geschlecht, Ausbildung) Auskunft über verschiedene Behandlungsaspekte und Einstellungen gegenüber Menschen mit schweren psychischen Störungen anzugeben.

### **Teilnahmevoraussetzungen**

Um an der Studie teilnehmen zu dürfen, müssen Sie folgende Kriterien erfüllen:

- Sie sind ambulant tätige/r approbierte/r Psychologische/r oder Ärztliche/r Psychotherapeut\*in für Erwachsene (mit und ohne Kassensitz)

**oder**

- sind in der Ausbildung zur/zum Psychologischen oder Ärztlichen Psychotherapeut\*in und haben bereits ihre praktische Tätigkeit von 1800 Stunden oder insg. 12 Monaten in der Psychiatrie oder Psychosomatik absolviert.
- Sie führen ihre Therapie entsprechend einem der anerkannten psychotherapeutischen Richtlinienverfahren durch (Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Tiefenpsychologische oder Systemische Psychotherapie)
- Ihr Tätigkeitsschwerpunkt liegt in Bayern

### **Freiwilligkeit und Anonymität**

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie können ihre Teilnahme an dieser Studie jederzeit und ohne Angabe von Gründen abbrechen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Die im Rahmen dieser Studie erhobenen, oben beschriebenen Daten und persönlichen Mitteilungen werden vertraulich behandelt. Alle Projektmitarbeiter\*innen, die Zugriff auf die Daten haben, unterliegen der Schweigepflicht.

Des Weiteren wird die Veröffentlichung der Ergebnisse der Studie in anonymisierter Form erfolgen, d.h. ohne, dass Ihre Daten Ihrer Person zugeordnet werden können. Die voll anonymisierten Daten werden rein zu Forschungszwecken weiterverwendet.

### **Datenschutz**

Die Verarbeitung Ihrer oben beschriebenen Daten erfolgt durch die Verantwortlichen der Studie. Die Erhebung Ihrer oben beschriebenen persönlichen Daten erfolgt vollständig anonymisiert, d.h. an keiner Stelle wird Ihr Name erfragt. Ihre Antworten werden unter einer anonymen ID Nummer gespeichert, Ihre IP-Adresse wird zu keinem Zeitpunkt von der Plattform Socisurvey gespeichert. Das heißt, es ist niemandem möglich, Ihre Daten mit Ihnen in Verbindung zu bringen. Die anonymisierten Daten werden maximal fünf Jahre nach Ende der Studie gespeichert, danach werden Ihre Daten automatisch gelöscht. Da Ihre Daten anonym gespeichert werden, ist es uns nicht möglich, Ihre Daten vorher zu löschen, da wir diese nicht identifizieren können.

### **Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**

O Ich habe die Information gelesen und verstanden, bin 18 Jahre alt oder älter und gebe hiermit mein Einverständnis, an der Studie teilzunehmen.

## Publikationen und Kongressbeiträge

- Grosse-Wentrup, F., Sachenbacher, S., Heimkes, F., Übleis, A. & Adorjan, K. (2022). *Ein Gruppen-psychotherapeutisches Angebot für Post-Covid-Patient\*innen* [Vortrag]. DGPPN, Berlin.
- Heimkes, F., Sachenbacher, S., Goerigk, S., Übleis, A., Karch, S., Levin, J., & Pogarell, O. (2021). *Projektplanung - Psychotherapie für Menschen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Behandlungsbereitschaft und subjektive Barrieren von in Bayern ambulant tätigen Psychotherapeut\*innen* [Poster]. DGPPN, Berlin.
- Ruzicka, M., Ibarra Fonseca, G. J., Sachenbacher, S., Heimkes, F., Grosse-Wentrup, F., Wunderlich, N., ... & Adorjan, K. (2023). Substantial differences in perception of disease severity between post COVID-19 patients, internists, and psychiatrists or psychologists: the Health Perception Gap and its clinical implications. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1-10.
- Heimkes, F., Sachenbacher, S., Goerigk, S., Übleis, A., Karch, S., Levin, J., & Pogarell, O. (2022). *Psychotherapie für Menschen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Behandlungsbereitschaft und subjektive Barrieren von in Bayern ambulant tätigen Psychotherapeut\*innen* [Poster]. DGPPN, Berlin.
- Ruzicka, M., Sachenbacher, S., Heimkes, F., Uebleis, A., Karch, S., Grosse Wentrup, F., Ibarra Fonseca, G., Wunderlich, N., Bogner, J., Mayerle, J., von Bergwelt-Baildon, M., Falkai, P., H.C., Adorjan, C. (in press). Characterization of Neurocognitive Impairment in Post COVID-19 Patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*.
- Sachenbacher, S., Heimkes, F., Goerigk, S., Übleis, A., Karch, S., Levin, J., & Pogarell, O. (2021). *Projektplanung – Häufigkeit und Intensität des Schuld- und Schamerlebens bei Patienten mit Schizophrenie* [Poster]. DGPPN, Berlin.
- Sachenbacher, S., Heimkes, F., Goerigk, S., Übleis, A., Karch, S., Levin, J., & Pogarell, O. (2022). *Scham und Schuld. Welche Rolle spielen die beiden Emotionen bei der Schizophrenie?* [Poster]. DGPPN, Berlin.
- Sachenbacher, S., Heimkes, F., Wunderlich, N., Grosse-Wentrup, F., Adorjan, K., Stubbe, H., ... & Übleis, A. (2023). Psychotherapeutisches Konzept der Post-COVID-Ambulanz des LMU-Klinikums. *Der Nervenarzt*, 1-3.

## **Danksagung**

Zum Abschluss meiner Dissertation möchte ich die Gelegenheit nutzen, um einigen Personen meinen großen Dank auszusprechen.

Meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. Oliver Pogarell, möchte ich besonders danken. Durch seine große Unterstützung und kontinuierlich hilfsbereite Betreuung ermöglichte er mir, dieses Herzensprojekt in Form meiner Dissertation zu verwirklichen.

Großen Dank richte ich an Frau PD Dr. Susanne Karch für ihre wertvolle Betreuung und die bereichernden Rückmeldungen. Ebenso gebührt Herrn Prof. Dr. med. Johannes Levin mein Dank für seine entgegenkommende Begleitung während meiner Promotion.

Besonders hervorheben möchte ich Frau Dr. Aline Übleis. Von Anfang stand sie enthusiastisch an meiner Seite, hat mit mir gebrainstormt, mich motiviert und in diesem Projekt sowie in vielen anderen Situationen stets auf großzügige Weise unterstützt.

An meine Kollegin und Freundin Simone Sachenbacher richte ich ein ganz besonderes Dankeschön. Sie hat mich seit Beginn an inspiriert, mich bis zum Schluss ermutigt und mich sowohl beruflich, wissenschaftlich als auch freundschaftlich begleitet.

Meinen lieben Kolleg\*innen, die meinen beruflichen Alltag bereichert und dazu beigetragen haben, dass ich immer wieder gerne in die Arbeit gehe, möchte ich hier herzlich danken.

Von ganzem Herzen bedanke ich mich bei meinen Freund\*innen, die mir auf diesem Weg in schönen und aufregenden Zeiten, aber auch in schwierigen Momenten zur Seite gestanden haben.

Meinen Eltern und meinen drei Geschwistern möchte ich auch meinen großen Dank aussprechen. Mithilfe ihrer Unterstützung konnte ich lernen, die Welt um mich herum kritisch zu hinterfragen und das Vertrauen zu entwickeln, meinen eigenen Weg zu gehen.

Auch dem Mann an meiner Seite, Maximilian, bin ich unendlich dankbar für die liebevolle Unterstützung, Motivation und die vielen gemeinsamen Momente, die mir im Alltag Kraft geben.

Abschließend danke ich allen teilnehmenden Therapeut\*innen, die sich die Zeit genommen haben, an meiner Befragung teilzunehmen. Ebenso möchte ich allen danken, die dazu beitragen, dass die Ergebnisse dieser Studie nicht nur theoretische Erkenntnisse bleiben, sondern in der Praxis zu einer verbesserten Versorgung von Menschen mit schizophrenen Störungen führen können.

## Affidavit



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

Dekanat Medizinische Fakultät  
Promotionsbüro



### Eidesstattliche Versicherung

Heimkes, Fides

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

**Psychotherapie für Menschen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis - Behandlungsbereitschaft und subjektive Barrieren von in Bayern ambulant tätigen Psychotherapeut\*innen**

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 30.01.2024  
Ort, Datum

Fides Sophia Heimkes  
Unterschrift Doktorandin