

# Wer bewegt wen wohin in der Psychotherapie?

Rainer Lutz, Vortrag Kölner Therapietage 2011

## (1) Das Klassische Therapiemodell

Eine geläufige Annahme über Therapie geht davon aus, dass eine Person beschließt, Patient zu sein und einen Therapeuten aufzusuchen. Der prüft die Voraussetzungen, beide einigen sich auf ein Therapieziel und der Therapeut wählt aus seinem Methodenkoffer die passende Intervention aus. Nach diesem Modell ist es zweifelsfrei der Therapeut, der seinen Patienten bewegt. Der Therapeut ist der Helfer auch dann wenn die Interventionen nicht direktiv sondern non-direktiv erfolgen und selbst dann, wenn ein Therapeut für sich den Anspruch formuliert, in einem partnerschaftlichen Verhältnis einen mitmenschlichen Dialog zu führen.

Es ist ein Teil der beruflichen Identität, dass ein Therapeut sich als den Bewegter sieht und er lässt sich gerne in dieser Rolle von seinen Patienten bestärken. Bohart und Trollheimer pointieren, die Therapeuten sähen sich und nicht die Patienten als die Helden.

Unser persönlicher Narzissmus lebt gut davon, mal mehr, mal weniger.

Das bestätigt sich in einer Einschätzung amerikanischer Psychotherapeuten ihrer eigenen Kompetenz: Die große Mehrheit stufte sich selbst oberhalb der 75. Perzentile ein, keiner als unterdurchschnittlich (Lambert, 2010, S.43). Anzumerken ist, dass dieses Antwortverhalten auch bei Ärzten, Rechtsanwälten oder Handwerkern anzutreffen ist (Lambert, 2010, S.43).

Allerdings: Diese positive Selbstsicht hält einer einschlägigen Untersuchung von Okiishi et al. (2006) nicht stand, der Versicherungsunterlagen von 5.427 Patienten und 71 Therapeuten untersuchten. Die Patienten hatten einen Symptomfragebogen ausgefüllt, der als Indikator für den Therapieerfolg herangezogen wurde. Es wurde überprüft, wie gut die Patienten eines jeden Therapeuten abschnitten.

Die Ergebnisse: Es konnten besonders erfolgreiche und besonders wenig erfolgreiche Therapeuten, jeweils ca. 10 % identifiziert werden, und es gab das Gros der Therapeuten innerhalb einer Standardabweichung über und unter dem Mittelwert. Es zeigte sich also eine Normalverteilung. Daher imponiert dieser Befund nicht so sehr. Wenn das Messinstrument gut entwickelt war, muss sich eine Normalverteilung ergeben. Ich selber hätte eine linksschiefe Verteilung angesichts des langen Trainings der Therapeuten erwartet.

Wie auch immer dieses Ergebnis zustande gekommen ist, Lambert weist auf ein Versäumnis hin: Es muss grottschlechte Kollegen geben, was nicht untersucht ist, was aber „ernstzunehmende Konsequenzen für die Patientenversorgung hat“ (Lambert, 2010, S.43). Weiterhin: Der „Therapeut“ als Variable ist kaum in Rechnung gestellt, was zu einer „seltsam personenlosen“ Betrachtung von Psychotherapie führt (Norcross, 2002, S.4).

## (2) Zwei Ebenen der Veränderung

Veränderungen von Therapie können prinzipiell auf zwei ganz unterschiedlichen Bereichen erfolgen, nämlich auf der Ebene des Verhaltens und auf der Ebene der Selbst-Konzepte. Diese entsprechen Postulaten niedriger bzw. Postulate höherer Ordnung (Epstein (1973). Nach Epstein repräsentieren Postulate höherer Ordnung zentrale Überzeugungen einer Person über sich, überdauernde Einstellungen oder Lebensthemen (Kanfer et al., 1996, S. 292). In anderen Theoriesprachen existieren

Begriffe, die vergleichbare psychologische Sachverhalte ausdrücken, z.B. Oberpläne (Grawe, 1980) oder Schemata (Beck, 1982). Allen gemeinsam ist die Vorhersage, dass es schwierig ist, sie zu verändern. Postulate niedriger Ordnung beschreiben Sachverhalte, die weniger wichtig für das Selbstkonzept einer Person sind und können daher auch leichter verändert werden.

Diese Ebenen korrespondieren mit zwei unterschiedlichen Skalen:

- |           |  |
|-----------|--|
| pz Skalen | Items=Ich-Aussagen; Diese nämlich sind wenig änderungssensitiv, weil sich Selbstkonzepte von Personen nicht so schnell ändern können. (Z.B.: Ich neige zum Grübeln). |
| vz Skalen | Items=terminierte Aussagen; Sie beschreiben verhaltensnahe eine spezifische Situation, sehr änderungssensitiv. (z.B.: Wie häufig haben Sie heute gelacht?).          |

Weiterführende Literatur: Konzept der konkurrierenden Itemformate (Kurzfassung bei Lutz, 2009).

### (3) Zwei Geschwindigkeiten der Veränderung

Diese beiden Maße korrespondieren also mit zwei typischen Bewegungen in der Therapie, einer schnelleren auf der Verhaltensebene und einer langsameren auf der Selbst-Konzeptebene. Bei einem Patienten mit einer umschriebenen sozialen Phobie ist i.d.R. eine symptomatische Verbesserung (z.B. angstfrei in einer Gruppe zu reden) vergleichsweise schnell zu erreichen. Seine Überzeugung aber, ein ängstlicher Mensch zu sein, der schon immer bei sozialen Begegnungen auf der Hut und zurückhalten und auch etwas argwöhnisch war, wird er erst zeitlich später ändern können. Eine optimale Therapie müsste zu nachhaltigen Veränderungen in beiden Ebenen führen. Für eine Therapietheorie ist es eine zentrale Annahme, dass ein Veränderungsprozess immer auf der Verhaltensebene beginnt. Diese Annahme gilt auch für z.B. psychoanalytische Interventionen. Diese sind überwiegend auf der Ebene des verbalen Verhaltens angesiedelt. Die Integration der Verhaltensänderungen in eine Selbstkonzeptebene ist ein eigener Therapieschritt: Die erwünschte Änderung des Verhaltens beim Patienten muss vom ihm und vom Therapeuten registriert werden. Es ist nun die Aufgabe des Therapeuten beim Ziel-orientierten-Fortschreiten auf der Verhaltensebene inne zu halten und den Patienten veranlassen, die Veränderung bewusst wahrzunehmen, um sie in sein Konzept über sich zu integrieren. Hilfreich können dabei Methoden kognitiven Vt oder Imaginationsmethoden sein. Das ist insofern ein schwieriger Therapieschritt als dass das neue Verhalten ungewohnt und noch fragil ist und der Akzeptanz des „neuen“ Verhaltens mitunter stabile und abwehrbereite Selbstkonzepte entgegenstehen. In meiner Therapieideologie sollten Patienten als eine Art Basisqualifikation lernen, sich selber zu loben. Diese Befähigung und die Erlaubnis, das Lob auch anzunehmen, ermöglichen es einem Patienten, auch therapeutische Fortschritte zu akzeptieren und in sein Konzept über sich zu integrieren.

Vergleichsweise gesunde Patienten können erwünschtes Verhalten i.d.R. ohne große Probleme akzeptieren. Ist z.B. der Erstflug bei einem Patienten mit umschriebener Flugangst nach erfolgreicher Therapie gut verlaufen, dann dürfe Mallorca genügend Verstärker bereithalten, um die Fliegerei zu unterstützen.

Bei einem nachhaltig gestörten Patienten allerdings stellt sich die Frage: Wie viel gesundes Verhalten muss ein Patient sich selber demonstrieren bis er sich selber davon überzeugt hat, tatsächlich gesund zu sein? Patienten müssen sich solange in Richtung des Therapieziels bewegen, bis sie ihre „alten“ Oberpläne eines Besseren belehrt haben. Auf der Verhaltensebene muss also das neue und erwünschte Verhalten fast zur Routine geworden sein, bis sich auch ein Postulat höherer Ordnung verändert.

#### (4) Wie viel Veränderung soll eine Therapie leisten?

Eine gute Therapie soll einen Patienten möglichst weit weg von seinem Ausgangspunkt bewegen. Die Ziele von Patienten allerdings können sehr unterschiedlich sein, manche wollen „nur“ eine umschriebene Angst überwinden, z.B. ihre Flugangst, um nach Mallorca fliegen zu können. Andere dagegen wollen ein besseres Leben führen oder gar ein anderer Mensch werden – meist auf Wunsch des Partners.

Grawe hat für die Forschung einen Bezugspunkt gesetzt: Das Maß aller Dinge für eine erfolgreiche Therapie ist nach Grawe eine Veränderung um eine Standardabweichung ( $d=1$ ). Wie ist das zu bewerten? Zur Verdeutlichung dieser Forderung ein analoges Beispiel aus der Schule: Die Distanz eines Testwertes für Intelligenz von  $IQ=100$  zu einem  $IQ=115$  beträgt eine Standardabweichung. Ein Schüler mit einem IQ von 100 wird zur Gesamtschule, mit einem IQ von 115 wird er zum Gymnasium geschickt.

Wer mit Schülergruppen aus diesen beiden Grundgesamtheiten schon gearbeitet hat, schätzt diesen Unterschied beachtlich ein. Eine Standardabweichung eines Messwertes dokumentiert also einen bedeutsamen Unterschied. Eine derart hohe Effektforderung ist nur für ganz bestimmte Maße und homogene Patientengruppen zu erreichen. Tatsächlich kann ein  $d=1$  nur mit Skalen dokumentiert werden, die Verhalten beschreiben (vz-Skalen), nicht aber mit Skalen, die Merkmale der Person (pz-Skalen) dokumentieren. Maße, die Einstellungen und Selbstkonzepte mit pz-Skalen beschreiben, dokumentieren Therapieerfolge von etwa einer halben Standardabweichung.

Tab.1 Effektstärke  $d$

in Abhängigkeit vom Format eines Fragebogens bei ca. 1.200 unausgelesenen Psychosomatik Patienten nach 6 Wochen stationärer VT

Skala	Format	Gesamt $d$
Depression ADS K	VZ	.75
Kohärenzgefühl MR SOC	VZ	.60
Angst STAI	PZ	.36
Seelische Gesundheit MR SEGE	PZ	.38

Nur für ganz umschriebene Veränderungen und spezifische Skalen, nämlich verhaltensnahe, sind schnelle und große Veränderungen zu dokumentieren. Ich halte die Forderung von Grawe als einen generellen Anspruch für vermessen und auch unangemessen. Selbstkonzepte können nur schrittweise modifiziert werden. Veränderungen von zentralen Selbst-Konzepten können destabilisieren; selbst ein negatives Selbstkonzept gibt Stabilität. Es geht also um das Regime von Oberplänen und was die gebieten und was sie zulassen. Ein Versager hat zu versagen. Und falls der in Therapie geht: „Darf“ es ihm besser gehen? Lässt sein Selbstkonzept eine Änderung zum Besseren zu? Welche Gebote würden verletzt?

Eine Anmerkung sei erlaubt: In Zeiten der evidenzbasierten Therapie ist eine Therapiemethode nur dann gut, wenn gute Daten vorliegen. Durch die Wahl der Skalen bestimmt der Untersuchungsleiter also selber das Ergebnis. Verhaltenstherapeuten pflegen ihre Erfolge mit änderungssensiblen vz-Skalen, Tiefenpsychologen mit pz-Skalen, die weniger änderungssensibel sind, zu dokumentieren. VT-ler dokumentieren gute, Analytiker weniger gute Ergebnisse. Der Streit, welcher therapeutische Ansatz die beste sei, ist vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Untersuchungsmethodik müßig, da wegen der verwendeten Maße die Ergebnisse so sein müssen wie sie sind.

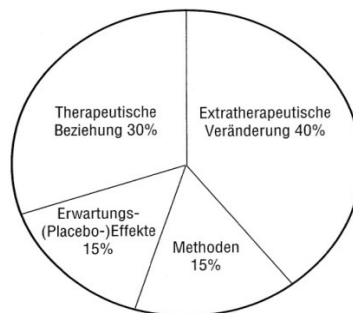
## TEIL II

„Alle Jagdgeschichten werden den Jäger bis zu dem Tag glorifizieren, an dem die Löwen ihre eigenen Geschichtsschreiber haben.“

(Afrikanisches Sprichwort, aus Bohart & Trollheimer )

### (5) Wer ist wirklich der Held?

Asay und Lambert gehen der Frage nach, wie bedeutsam der Beitrag einzelner therapiewirksamer Faktoren für den Therapieerfolg ist. Sie fassen ihre Ergebnisse in folgendem Tortendiagramm zusammen:



Die Varianz, die dem Therapeuten und seinen spezifischen Methoden zugeschrieben werden, wird lediglich auf 15% geschätzt. Wichtiger dagegen ist, ob Therapeut und Patient eine persönliche Arbeitsgrundlage finden. Die Bedeutung der Therapeutischen Beziehung ist von allen Therapieschulen heute akzeptiert. Der größte Beitrag zur Verbesserung sind die Ereignisse im sozialen Umfeld eines Patienten.

Eine Diskussion, ob diese Prozentsätze tatsächlich so richtig sind, oder wie genau sie gerechnet wurden, erscheint mir müßig. Entscheidend ist, dass es nach dieser Sichtweise die Anstrengungen des Patienten selber sind, die den Therapiefortschritt bewirken. Bohart und Trollheimer poentieren diesen Sachverhalt: Nicht der Therapeut ist der „Held“ der Therapie, sondern der Patient ist der Bewegter bzw. „Held“ seiner eigenen Therapie.

Eine Reihe von Plausibilitäten stützen diese Sichtweise:

Der Entschluss einer Person, therapeutische Hilfe zu suchen und die Bereitschaft, diese auch anzunehmen, ist der erste entscheidende Schritt, den ein Patient ohne seinen Therapeuten tut. Gut dokumentiert ist der überragende Einfluss der hilfreichen Bedingungen für einen Therapieerfolg wie z.B. die Therapiemotivation des Patienten und der behindernden Bedingungen, wie z.B. Rentenbedürftigkeit.

Tab. 2: Effektstärke d

Patienten wie in Tab. 1. Es wurden aus der Gesamtstichprobe nur die Patienten herausgezogen, die motiviert und nicht-rentenbedürftig waren und keine komorbiden Störungen hatten.

Skala	Format	Gesamt d	„Labor“ d
Depression ADS K	VZ	.75	1.23
Kohärenzgefühl MR SOC	VZ	.60	1.16
Angst STAI	PZ	.36	.85
Seelische Gesundheit MR SEGE	PZ	.38	.79

Motivierte und nicht rentenbedürftige Patienten einer Psychosomatik-Klinik haben einen dramatisch besseren Therapieerfolg. Damit wahrscheinlich konfundiert ist, wie aktiv sich Patienten mit ihrer Rolle als Patienten auseinandersetzen. Erfolgreiche Patienten einer Psychosomatik-Klinik zeichnen sich im Gegensatz zu weniger erfolgreichen Patienten dadurch aus,

- dass sie bewusst die Distanz zum Alltag sehen, die Kliniksituation zu schätzen wissen und es genießen, Zeit für sich zu haben
- dass sie die Auseinandersetzung auch mit Mitpatienten, klare Worte schätzen und bestrebt sind, ihre Situation auch aus der Fremdsicht zu erkennen
- dass sie aber auch körperliche Fitness anstreben und zu den Patienten gehören, die auch abends ausgehen. Tango ist also therapiewirksam

Auch die Ergebnisse der von Margraf geleiteten Dresdner Studie unterstützen die Sichtweise, dass Patienten ihre Therapie selber vorantragen. Untersucht wurde, wie viele Patientinnen mit Sozialer Phobie es gibt und wie viele dieser Personen spontan gesunden. Die Ergebnisse besagen:

- dass 2/3 der Probanden auch ohne fachkundige Therapie nach 1 ½ Jahren nach DSM IV beschwerdefrei sind
- dass Seelisch Gesunde Personen mit großer Wahrscheinlichkeit ihre Beschwerden selber überwinden

Also: Wir als Therapeuten dürfen uns glücklich schätzen, wenn uns aktive Patienten aufsuchen – sofern wir selbstständige Personen zu schätzen wissen.

## (6) Wer verändert sich eigentlich in der Therapie?

In den Diskussionen um Therapie und um therapeutische Prozesse wird stillschweigend davon ausgegangen, dass der Therapeut mehr oder weniger als Konstante gesehen wird und der Patient als variabel. Dieser Umstand schlägt sich in der Auswahl der Variablen in Evaluationsstudien als auch in der Diskussion über Therapie nieder.

Aus biographischen Anekdoten kann man die Idee ableiten, dass Therapieschulen ihre Protagonisten prägen oder von Personen mit bestimmten Merkmalen präferiert werden oder dass es zu spezifischen Wechselwirkungen kommt.

Die Auswirkung von Therapie auf den Therapeuten ist gut untersucht unter dem Aspekt der Belastung. Stichworte hierfür sind z.B. Burnout oder hilflose Helfer.

Ein Hinweis für extreme Belastung sind Suizide und so bin ich der Frage nachgegangen, wie die Selbstmordrate in unserem Berufsstand aussieht. Generell gilt: Die Berufsgruppen sind besonders gefährdet, die in einer Abhängigkeit von andern Menschen stehen, bzw. klienten-/patientenzentriert arbeiten und damit sehr auf Empathie und das persönliche Image angewiesen sind (Hagedorn in Stack 2001; Blachly et al. 1963). Das hört sich nicht gut an. Zudem ist bekannt, dass im Besonderen auch Psychiater hochgradig gefährdet sind. Kinderärzte hingegen, so wird nachdrücklich angemerkt, die einen relativ niedrigen Verdienst haben, bringen sich selten um. Und die Psychologen: Sie liegen mit knapp 8 Suiziden auf 100 000 Personen deutlich unter dem Durchschnitt der Ärzte und auch deutlich unter dem der Allgemeinbevölkerung. Dieser Befund ist kein Geschlechterartefakt: Suizidrate für Psychologinnen wird mit 7,6/100 000 und die der Männer mit 7,8/100 000 angegeben (Phillips 1999).

Völlig ungeklärt ist ein möglicher Selektionsmechanismus bei der Berufswahl. Gleichwohl: Sollten Psychologinnen und Psychologen etwas aus ihrer Profession gelernt haben? Nämlich besser mit den eigenen Depressionen und Niederlagen umgehen zu können? Dann hätten wir einiges gelernt.

Es ist aber nicht dokumentiert, wieweit sich Therapeuten in Ausübung ihres Amtes selber verändern. Die Suche nach Untersuchungen, ob sich auch der Therapeut durch seine Therapie verändert, war wenig erfolgreich. In der Therapieforschung ist offensichtlich der Therapeut das unbekannte Wesen.

Bei der Planung dieses Vortrages hatte ich mir fest vorgenommen, einmal nicht auf die KSdG sprechen zu kommen. Das ist bei mir offensichtlich nicht möglich und so will ich eine Studie vorstellen, die gut hierher passt. Ich war der Frage nachgegangen,

- wie sich Patienten und Therapeuten in Genussgruppen im Vergleich zu anderen therapeutischen Gruppen verhalten und
- wer von den Genussgruppen mehr profitiert, die Patienten oder die Therapeuten.

Recht aufwändig hatten wir vergleichbare Skalen für Therapeuten und Patienten entwickelt und diese gut 300 Therapeuten zur Beurteilung vorgelegt. Die eine Gruppe war versiert in der Durchführung der KSdG, die andere rekrutierte sich aus Kliniken, in denen die KSdG nicht durchgeführt wurde. Die folgenden Aussagen geben also die Meinung der Therapeuten wieder. Die Ergebnisse sind prägnant: Therapeuten und Patienten verhielten sich in der *Kleinen Schule des Geniesens kooperativer*, Genuss-Therapeuten fühlten sich nach der Therapiestunde besser als ihre KollegenInnen, die andere Gruppen durchgeführt hatten. Sie sagten sehr überzeugend, dass sie in vielerlei Hinsicht selber mehr von der KSdG profitierten als ihre Patienten.

Also: Für eine umschriebene Gruppentherapie, die Genussgruppe, gilt, dass Therapeuten sich durch ihre spezifische Tätigkeit mehr verändern als es ihre Patienten tun. Das ist naheliegend. Ein Therapeut beschäftigt sich länger und intensiver mit „seiner“ Therapie als jeder Patient.

## (7) Schlussfolgerung

Das Vortragsthema ist nicht erschöpfend dargestellt, es regt zur vielfältigen Diskussion an. Einige Aspekte will ich hervorheben:

Rollenübernahme: Auch wenn in der Schlussabrechnung die therapeutischen Veränderungen primär nicht den Therapeuten zugeschrieben werden kann, kommt denen gleichwohl eine besondere Rolle zu. Immerhin konnten Personen, die Therapeutische Unterstützung suchten, von sich aus keine erwünschte Veränderung erreichen. Sie mussten in die Rolle des Patienten schlüpfen und die Auseinandersetzung mit dem Therapeuten suchen.

Zur Frage der Expertise oder Malen nach Zahlen: Wenn es die Patienten sind, die Ihre Therapie praktisch selber tragen und die Therapeuten in Ihrer Bedeutung nachgeordnet sind, dann sollte die Qualität des Therapeuten nachgeordnet sein. Gut informierte Kolleginnen mögen nun auf die Idee kommen, Befunde einer sehr bekannt gewordenen Studie von Schulte heranzuziehen. Danach sind erfahrene und unerfahrene Therapeuten gleich erfolgreich in der Behandlung von Angstpatienten. Diese Studie wird von namhaften Autoren, wie z.B. Rief (2006), zitiert und wird immer mal wieder in die Debatte geworfen. Wie also kommt dieser Befund zustande: Per Anzeige in der Presse werden Menschen mit Sozialer Phobie gesucht, es melden sich gut 800 Personen, für die Studie werden gut 100 ausgewählt. Zentrales Kriterium: keine weiteren relevanten Störungen. Solche Patienten liebt jeder Therapeut, sie sind motiviert und haben nur eine und wirklich nur eine Beschwerde. Es werden recht gesunde Personen sein (s. Zab.2). Die nun werden nach den Vorgaben eines Manuals behandelt. Das ist wie Malen nach Zahlen. Wie sollen da Unterschiede sich einstellen?

Kompetenz bleibt gefragt: Wie groß auch immer der Einflussbereich ist, Therapeuten müssen ihn bestmöglich nutzen. Wenn das Fenster der Einflussnahme vergleichsweise klein ist, umso sicherer müssen die Interventionen gesetzt werden. Ich will an ein Bonmot von Picasso erinnern. Der wurde

gefragt, warum ein Bild so teuer sei, das er mit nur wenigen Strichen und in kürzester Zeit entstand: „Sie zahlen nicht nur diesen Strich, sondern die vielen tausend Striche vorher“

**Wirksamen Techniken bleiben gefragt:** Die Frage, ob umschriebene Techniken, da nachgeordnet, fast beliebig sind, will ich nur kurz beantworten. Gerade auch vor dem Hintergrund der Geschichte der VT ist das Wissen um wirksame Verfahren und deren Indikatoren, wichtiger noch Kontraindikatoren, unumgänglich

**Techniken müssen zur Eigenaktivität der Patienten führen:** Nach der bisherigen Diskussion ist die Therapietechnik zu bevorzugen, die Patienten im weiteren Sinne aktiviert und zum Ausprobieren ermutigt. Aus meiner Sicht ist das ein wichtiges Qualitätskriterium.

**Patienten sollen mehr Mit-Verantwortung übernehmen können:** Als Beispiel will ich die Ergebnisse einer nicht publizierten Studie zur differentiellen Wirkungsweise von Entspannungstechniken heranziehen: Probanden lernen drei Entspannungstechniken kennen und konnten diejenige aussuchen, die Sie am meisten angesprochen hat. Die Probanden der Wahlbedingung konnten sich sehr viel besser entspannen als diejenigen, die eine Technik intensiv geübt hatten. (Anzahl der Übungstermine und Zeiten waren identisch).

Frage, wer eigentlich der Held in der Therapie ist, hat unmittelbare Konsequenzen für die Forschungsplanung, z.B. welche Kontrollgruppe gewählt wird. Steht eine spezielle Intervention im Mittelpunkt, dann werden verschiedene Behandlungsbedingungen gegeneinander verglichen. Im Vergleich der Interventionen werden dramatische Verbesserungen berichtet. Ist der Patient der Held, so wird der wissen wollen, wie sein Therapieerfolg im Vergleich zu anderen Personen, vornehmlich zu gesunden zu sehen ist. Ein Patient wird wissen wollen, wie weit er von seinem Ziel, nämlich „Gesundheit“ entfernt ist.

Ist der Bezugspunkt aber eine Gruppe von Personen, die sich weder in psychotherapeutischer Behandlung befinden noch eine Psychotherapie planen, dann werden diese Erfolge relativiert. Der Abstand der Werte der Patienten zu denen von „Gesunden“ ist größer, als die Verbesserung nach einer 6 wöchigen stationären Verhaltenstherapie. Das gilt natürlich vor der Therapie, nach der Therapie verringert sich zwar der Abstand, er bleibt aber in beträchtlichem Ausmaß bestehen. Dieser Befund ist weit weniger spektakulär, als die Präsentation einer möglichst neuen hoch potenten Intervention. Patienten haben zwar weniger Beschwerden, sie sind aber auch nach einer Therapie noch nicht „gesund“.