

Aus dem Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI)
der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Gutachterverfahren in der ambulanten Psychotherapie – Gründe und Prädiktoren der
Nichtbefürwortung von Anträgen

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der
Medizin
der Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Vorgelegt von

Lisa-Marie Linn
aus Bad Kreuznach

Mainz, 2022

Wissenschaftlicher Vorstand:

1. Gutachter:

2. Gutachter:

Tag der Promotion:

06. Dezember 2022

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	5
1. Einleitung / Ziel der Dissertation	6
1.1 <i>Psychotherapie</i>	8
1.1.1 Definition	8
1.1.2 Psychotherapieverfahren	10
1.2 <i>Einführung der Psychotherapie in die kassenärztliche Versorgung</i>	12
1.3 <i>Gutachterverfahren</i>	14
1.3.1 Rahmenbedingungen	14
1.3.2 Ablauf des Gutachterverfahrens	14
1.3.3 Begutachungskriterien	15
1.3.4 Ablehnungen	16
1.3.5 Gutachter	17
2. Literaturdiskussion	19
2.1 <i>Häufigkeit psychischer Erkrankungen</i>	19
2.2 <i>Versorgungssituation</i>	20
2.3 <i>Schwieriger Zugang zur Psychotherapie</i>	21
2.4 <i>Pro und Kontra Gutachterverfahren</i>	24
2.5 <i>Mögliche Gründe einer Nichtbefürwortung im Gutachterverfahren</i>	27
2.6 <i>Fragestellung</i>	33
3. Methoden	34
3.1 <i>Material</i>	34
3.2 <i>Datenextraktion</i>	34
3.3 <i>Potentielle Prädiktoren</i>	35
3.4 <i>Datenanalyse</i>	36
4. Ergebnisse	37
4.1 <i>Stichprobenbeschreibung</i>	37
4.2 <i>Nichtbefürwortungsquote und Ablehnungsgründe laut Gutachter</i>	41
4.3 <i>Soziodemographische Angaben</i>	43
4.4 <i>Antragsart /Art der Therapie</i>	48
4.5 <i>Diagnosen / Vorbehandlungen</i>	51
4.6 <i>Suizidalität</i>	54
4.7 <i>Sucht</i>	55
4.8 <i>Regressionsanalyse</i>	56
5. Wissenschaftliche Diskussion	59
5.1 <i>Diskussion der Methodik</i>	59
5.2 <i>Diskussion der Ergebnisse</i>	61
5.2.1 Vom Gutachter genannte Nichtbefürwortungsgründe	61
5.2.2 Patientenbezogene Prädiktoren	63
5.2.3 Therapeutenbezogene Prädiktoren	69
5.2.4 Gutachterbezogene Prädiktoren	71
5.3 <i>Fazit</i>	72
6. Zusammenfassung	74
7. Literaturverzeichnis	76
8. Anhang	78
Danksagung	90
Lebenslauf	91

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	<i>Absatz</i>	max.	<i>maximal</i>
AP	<i>Analytische Psychotherapie</i>	MW	<i>Mittelwert</i>
BPTK	<i>Bundespsychotherapeutenkammer</i>	o.g.	<i>oben genannt</i>
bzw.	<i>beziehungsweise</i>	OR	<i>Odds Ratio</i>
CRF	<i>Case Report Form</i>	PTBS	<i>Posttraumatische Belastungsstörung</i>
d.h.	<i>da heißt, das heißt</i>	PTV	<i>Psychotherapievereinbarung</i>
DDR	<i>Deutsche Demokratische Republik</i>	RVO	<i>Reichsversicherungsverordnung</i>
DGPPN	<i>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie</i>	s.	<i>siehe</i>
etc.	<i>et cetera</i>	s.g.	<i>so genannt</i>
G-BA	<i>Gemeinsamer Bundesausschuss</i>	s.u.	<i>siehe unten</i>
ggf.	<i>gegebenenfalls</i>	SD	<i>Standardabweichung</i>
ID	<i>Identifikationsnummer</i>	SGB V	<i>Sozialgesetzbuch Fünf</i>
inkl.	<i>inklusive</i>	Sig.	<i>Signifikanz</i>
KBV	<i>Kassenärztliche Bundesvereinigung</i>	TP	<i>tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</i>
KI	<i>Konfidenzintervall</i>	u.a.	<i>unter anderem</i>
		v.a.	<i>vor allem</i>
		vs.	<i>versus</i>
		z.B.	<i>zum Beispiel</i>

In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl bestellter Gutachter aufgeteilt nach Therapieverfahren.....	18
Tabelle 2: Anzahl psychologischer Psychotherapeuten nach Therapieverfahren (Stand: 31.12.2018) (Bundesärztlregister, 2018).....	21
Tabelle 3: Anzahl ärztlicher Psychotherapeuten nach Therapieverfahren (Stand:31.12.2018) (Bundesärztlregister, 2018).....	21
Tabelle 4: Durchschnittliche Wartezeit auf Psychotherapie	23
Tabelle 5: : Störungsbilder ab- oder weiterverwiesener Patienten (Hannich et al., 2019).....	24
Tabelle 6: Argumente pro und kontra dem Gutachterverfahren	25
Tabelle 7: Gutachtenergebnisse dargestellt nach beantragtem Therapieverfahren, Stand 2017 (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019a)	28
Tabelle 8: Gutachtenergebnisse Im Obergutachterverfahren dargestellt nach beantragtem Therapieverfahren, Stand 2017 (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019a)	28
Tabelle 9: Häufigkeit der Kriteriennennung bei vorgegebenen Berichten	30
Tabelle 10: Anzahl der Kriteriennennung bei gutachterlichen Stellungnahmen (Rudolf et al., 2002)	31
Tabelle 11: Anzahl an Vorbehandlungen bei Anträgen im Obergutachterverfahren (Lieberz und Seiffge, 2011)	32
Tabelle 12: Häufigkeit der Diagnosenennung.....	39
Tabelle 13: Alter des Antragsstellers bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen.....	44
Tabelle 14: Partnerschaft und Kinder bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen.....	45
Tabelle 15: Bildung bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen.....	45
Tabelle 16: Erwerbstätigkeit bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen	46
Tabelle 17: Migrationshintergrund bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen	47
Tabelle 18: Antragsart bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen	48
Tabelle 19: Art der Therapie und Berufsgruppe des Therapeuten bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen	49
Tabelle 20: Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit: Anzahl der Diagnosen („F-Diagnosen“)	52
Tabelle 21: Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit: Anzahl an Vorbehandlungen	53
Tabelle 22: Einnahme von Psychopharmaka bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen.....	53
Tabelle 23: Suizidalität und Suizidversuchen bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen.....	54
Tabelle 24: Sucht bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen.....	55
Tabelle 25: Ablehnungswahrscheinlichkeit aller Variablen.....	57

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung, Stand 2014 (in Prozent) (Jacobi et al., 2014).....	19
Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung von Ablehnungsgründe (in Prozent) nach (Köhlke, 1999, S. 80).....	29
Abbildung 3: Altersverteilung der Antragssteller.....	37
Abbildung 4: Geburtsland der Antragssteller (in Prozent)	38
Abbildung 5: Beantragtes Therapieverfahren (tiefenpsychologisch vs. analytisch) (in Prozent), entnommen den PTV-Bögen.....	40
Abbildung 6: Häufigkeit der einzelnen Nichtbefürwortungsgründe (entnommen Formblatt PTV5).....	41
Abbildung 7: Darstellung der Geschlechterverteilung bei erfüllter bzw. nicht erfüllter Leistungspflicht.....	43
Abbildung 8: Länge des Berichts an den Gutachter bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen	50
Abbildung 9: Anzahl an Diagnosen des Antragstellers bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen.....	51
Abbildung 10: Anzahl an Vorbehandlungen bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen.....	52

1. Einleitung / Ziel der Dissertation

Psychische Erkrankungen sind in der heutigen Gesellschaft so präsent wie nie. Laut der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN) sind jedes Jahr in Deutschland etwa 28% der Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 2019, Jacobi et al., 2014). Das entspricht etwa 17,5 Millionen Personen, von denen pro Jahr 18,9% Kontakt zu einem Leistungserbringer suchen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 2019, Bühring, 2002). Aufgrund dessen ist auch der Bedarf an Behandlungsmöglichkeiten, sei es ambulant oder stationär, hoch. So nehmen etwa eine Million gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten bei den rund 26.000 niedergelassenen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten Leistungen in Anspruch (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 2019). Doch deckt deren Angebot bei weitem nicht die aktuelle Nachfrage.

Um diesem Problem Rechnung zu tragen, wurde seitens des Gesetzgebers schon frühzeitig versucht, den Zugang zur Psychotherapie durch diverse Reformen der Psychotherapierichtlinien für eine breite Masse der Bevölkerung zu erleichtern.

Um die vorhandenen Therapieplätze bedarfsgerecht zu verteilen und die finanziellen Ressourcen der Krankenkassen zu schonen, wurden schon in der Fassung der Psychotherapierichtlinien vom 03.05.1967 Anwendungsbereiche bzw. Zugangsbedingungen definiert. Es wurde ein Gutachterverfahren eingeführt, das bis heute Bestand hat und im Auftrag der Krankenkassen die Indikation für Psychotherapie prüfen soll. Im Rahmen dessen wurden in den letzten Jahren 3-4% (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 18.04.2019) der Anträge auf Kostenübernahme für tiefenpsychologisch bzw. analytisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie von Gutachtern nicht befürwortet.

Doch welche Kriterien genau führen zu einer Nichtbefürwortung des Antrags? Können, neben den Gründen, aus denen heraus der Gutachter den Antrag nicht befürworten sollte, gar Aspekte gefunden werden, die diesen zu einer Nichtbefürwortung „verleiten lassen“? Gibt es soziodemographische Aspekte oder Krankheitsmerkmale, die ganzen Personengruppen den Zugang zu Psychotherapie erschweren oder gar verweigern? Oder können Kriterien definiert werden, die die Wahrscheinlichkeit für eine Nichtbefürwortung erhöhen?

Ziel dieser Dissertation ist, mögliche Gründe für eine Nichtbefürwortung herauszuarbeiten, dies soll anhand vorliegender Anträge auf Kostenübernahme für Psychotherapie sowie den dazugehörigen Gutachterentscheidungen geschehen. Zum einen erfolgt eine quantitative Auswertung der durch den Gutachter genannten Gründe für die Nichtbefürwortung (nicht im Indikationsbereich, Psychodynamik nicht erkennbar etc.).

Zum anderen sollen über die offensichtlich genannten Gründe hinaus weitere Faktoren gefunden und untersucht werden, die hinsichtlich der Nichtbefürwortungsquote eine Rolle spielen könnten. Mögliche Ansatzpunkte könnten hier der Therapeut mit seinen unterschiedlichen Qualifikationen (ärztlich / psychologisch) oder das von ihm beantragte Therapieverfahren (analytisch oder tiefenpsychologisch bzw. Kurzzeit- oder Langzeittherapie) sein.

Vorstellbar wären Einflüsse von soziodemographischen Aspekten (z.B. Alter, Geschlecht, Herkunft) sowie von krankheitsbezogenen Aspekten (z.B. Diagnosen, Medikamente, Vorbehandlungen) auf die Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit.

Auch könnten formale Aspekte des Berichts Gründe für eine Nichtbefürwortung sein, dies könnte im Schreibstil des Therapeuten, möglichen inhaltlichen Unzulänglichkeiten oder in der Länge (zu oder zu wenig ausführlich) begründet sein.

Aus diesen Aspekten sollen mögliche Prädiktoren herausgearbeitet werden, die eine Nichtbefürwortung begünstigen oder wahrscheinlich machen könnten.

1.1 Psychotherapie

1.1.1 Definition

Dem Wortlaut nach kommt der Begriff ‚Psychotherapie‘ aus dem Altgriechischen und heißt übersetzt ‚Seele‘ oder ‚Psyche‘ und ‚heilen‘. So sollen durch Psychotherapie gezielt nicht nur psychische Störungen, sondern auch körperliche Erkrankungen mit psychischer Beeinträchtigung mit Hilfe verschiedener Methoden der unterschiedlichen Psychotherapieverfahren therapiert werden.

Strotzka definiert Psychotherapie als „(...) ein bewusster und geplanter interaktionaler Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.“ (Strotzka, 1969, S. 32)

Das heißt Psychotherapie versteht sich als Interaktion zwischen einem oder mehreren Therapeuten und einem oder mehreren Patienten (siehe Gruppentherapie). Es soll v.a. durch Kommunikation (verbal oder averbal) als psychologisches Mittel versucht werden, psychische Störungen zu behandeln (Strotzka, 1982, S.1).

Mit dieser eher weitgefassten Definition wird das Problem, einen genauen Krankheitsbegriff definieren zu müssen, umgangen, da sich dies meist sehr schwierig gestaltet. Wichtig ist auf jeden Fall, einen Grundkonsens zwischen dem Therapeuten, dem Patienten und ggf. auch den wichtigen Bezugspersonen über eine Behandlungsbedürftigkeit und –bereitschaft zu erreichen, die dann noch abhängig vom Gesellschaftssystem ist (Strotzka, 1982, S.1). Das heißt, dass auch kulturelle und moralische Aspekte der Gesellschaft, in der der Patient lebt, eine wichtige Rolle spielen.

Eine Überprüfung der Wirksamkeit der Therapie ist in der Psychotherapie nur möglich, wenn zuvor Behandlungsziele benannt wurden. Jedoch lassen sich auf reine Symptombesserung orientierte Therapien (wie die klassische Verhaltenstherapie) nur

bedingt mit strukturellen Verfahren (z.B. Psychoanalyse) vergleichen (Strotzka, 1982, S.2).

Um dem Problem der bedingten Vergleichbarkeit von Effekten der unterschiedlichen Richtungen der Psychotherapie Rechnung zu tragen, postulierte Grawe 2000 aufgrund zahlreicher Meta-Analysen als verfahrenübergreifendes Modell, die „fünf allgemeinen Wirkfaktoren von Psychotherapie“ (Grawe, 2000):

- Therapeutische Beziehung: Die Qualität der Beziehung zwischen Therapeuten und Patient trägt signifikant zum Therapieergebnis bei.
- Problemaktualisierung: Probleme, die in der Therapie angegangen werden sollen, werden unmittelbar erfahrbar gemacht. Dies kann durch reales Aufsuchen von Situationen oder Techniken wie Imaginationsübungen, Erzählen, Rollenspiele etc. erfolgen.
- Ressourcenaktivierung: Die vorhandenen Ressourcen des Patienten sollen genutzt werden, die Aufmerksamkeit soll darauf gelenkt werden, welche Stärken der Patient hat bzw. was er schon erreicht hat.
- Problembewältigung: Der Patient soll mit Hilfe von problemspezifischen Maßnahmen darin unterstützt werden, positive Bewältigungserfahrungen zu machen.
- Motivationale Klärung: Der Therapeut unterstützt den Patienten, sein Erleben und Verhalten in Bezug auf seine unbewussten und bewussten Ziele und Bedürfnisse zu verstehen.

Diese fünf Wirkfaktoren seien verfahrenübergreifend notwendige Voraussetzungen für das Gelingen von Psychotherapie und würden laut Grawe tatsächlich den „wirksamen Kern der Psychotherapie“ beschreiben (Grawe, 2000).

Zusätzlich werden bestimmte Merkmale eingefordert, um bei allen Psychotherapeuten ein professionelles Handeln zu gewährleisten und um einen möglichst hohen Nutzen mit einem Minimum an negativen Nebenwirkungen zu garantieren: das Abstützen in empirisch fundierten Konzepten, eine solide und auf das Erreichen der Ausbildungsziele hin kontrollierte Ausbildung, das Anwenden von Methoden mit nachgewiesener Wirksamkeit und eine laufende Qualitätssicherung (Arolt et al., 2017).

1.1.2 Psychotherapieverfahren

Heutzutage gibt es eine kaum überschaubare Anzahl an Schulen und Methoden der Psychotherapie, die aber nicht alle als wissenschaftlich anerkannt gelten, da seriöse Wirksamkeitsnachweise fehlen oder sie gar als widerlegt gelten. Die meisten sind Weiterentwicklungen, Spezialisierungen oder Abspaltungen aus psychoanalytischen, tiefenpsychologischen oder verhaltenstherapeutischen Verfahren.

Dies waren bisher die drei einzigen Verfahren, für die in Deutschland ein Anspruch auf Kostenübernahme in der ambulanten Versorgung der Richtlinienpsychotherapie durch die Krankenkassen bestand. Seit Ende 2018 ist nun auch die systemische Therapie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen worden.

Voraussetzungen für eine Aufnahme sind, dass sich der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) davon überzeugt hat, dass die Verfahren medizinisch notwendig und wirtschaftlich sind, sowie einen wissenschaftlich nachgewiesenen Nutzen gegenüber bereits zur Verfügung stehenden Methoden haben.

Zusätzlich muss das entsprechende Verfahren einen wissenschaftlichen Nutznachweis in mehreren Anwendungsbereichen (insbesondere Depression und Angststörungen sowie mindestens einen weiteren Anwendungsbereich) aufzeigen können. Dies ist dem Hintergrund geschuldet, dass oft psychisch erkrankte Patienten mehrere Diagnosen haben (Komorbiditäten) oder dass diese sich im Laufe der Therapie zeigen, und so im Rahmen der Anwendungsbereiche behandelt werden können (Bundesausschuss, 2019).

a) Psychoanalytisch begründete Verfahren

Unter den psychoanalytisch begründeten Verfahren werden die tiefenpsychologisch fundierte und die analytische Psychotherapie zusammengefasst. Sie sind moderne Therapieverfahren, die sich ausgehend von der Psychoanalyse Sigmund Freuds kontinuierlich weiterentwickelt haben. Sie basieren auf der Annahme, dass unbewusste innere Konflikte und konflikthafte Beziehungsstrukturen bei unzureichenden individuellen Möglichkeiten der Bewältigung zu krankheitswertigen psychischen oder psychosomatischen Symptomen führen können. Oft kommen äußere schwierige Bedingungen hinzu und verstärken den Effekt (Faber et al., 2017, S.35).

Die analytische Psychotherapie ist eine Langzeittherapie (in der Regel 300 Stunden), die hochfrequent durchgeführt wird (2-4 Stunden pro Woche). V.a. neurotische Störungen und deren zugrundeliegende Persönlichkeitsstruktur werden vorzugsweise behandelt. Hierzu nutzt der Therapeut die Mittel der Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsanalyse und der freien Assoziation. So können lebensüberdauernde Muster im Erleben, Verhalten, Denk- und Bewertungsprozess, wie auch Muster in Beziehungen aufgearbeitet werden.

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie setzt ihren Schwerpunkt darauf, die aktuellen symptomauslösenden Bedingungen und ihre lebensgeschichtlichen Zusammenhänge zu verstehen und Bewältigungsmöglichkeiten zu erarbeiten (konfliktzentrierte Vorgehensweise). Sie unterscheidet sich von der analytischen Psychotherapie hinsichtlich Behandlungsdichte (in der Regel 60 Stunden gesamt, d.h. 1-2 Stunden pro Woche) und Setting (im Sitzen statt im Liegen) (Padberg, 2015).

b) Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie wurde aus der Lerntheorie entwickelt, es wird angenommen, dass störungsbedingte Denkweisen oder Verhaltensweisen erlernt wurden und auch wieder verlernt werden können. Dies geht auf das Prinzip der klassischen Konditionierung zurück. Die Verhaltenstherapie wurde jedoch weiterentwickelt, es wurden kognitive Elemente integriert. Das heißt es geht nun über die reine Verhaltensmodifikation hinaus, das Erleben, die Gedanken und Gefühle der Patienten werden miteinbezogen.

Nach einer genauen Verhaltensanalyse zur Bestimmung der aktuellen Ursache des individuellen Problems wird mittels therapeutischer Techniken versucht, das unerwünschte Verhalten zu löschen. Hierbei kann zwischen Konfrontationsverfahren (z.B. systematische Desensibilisierung, Flooding), operanten Verfahren mittels Verstärkung (z.B. Biofeedback nach Miller, Token-System) oder kognitiven Verfahren unterschieden werden. Gerade bei gut definierten, weniger strukturellen psychischen Störungen zeigt sich eine gute Wirksamkeit (z.B. Angst- und Panikstörungen, Zwangsstörungen) (Faber et al., 2017, S.55-56).

c) Systemische Therapie

Die systemische Therapie ist ein seit 2018 im Leistungskatalog der Krankenkassen enthaltenes psychotherapeutisches Verfahren, das sich aus der Familientherapie entwickelt hat. Es betrachtet den Menschen als Teil eines Systems und somit Probleme nicht als Störungen eines einzelnen Menschen, sondern als Folge einer Störung im sozialen Umfeld des Patienten (also des Systems). Die Wechselwirkungen zwischen dem Patienten und seinem Umfeld (z.B. Familie, Arbeitsumfeld, Schule) stehen im Fokus der Therapie, denn jede Störung erfüllt im System einen bestimmten Zweck. Die Therapie kann sowohl im Einzelsetting als auch unter Anwesenheit der Bezugspersonen erfolgen.

1.2 Einführung der Psychotherapie in die kassenärztliche Versorgung

Die Einführung der Psychotherapie in die kassenärztliche Versorgung und somit „Psychotherapie auf Rezept“ bzw. der erweiterte und kostenfreie Zugang für die breite Masse der Bevölkerung kann in mehrere Phasen gegliedert werden.

So begann die erste Phase der Einführung 1967 mit in Kraft treten der ersten Psychotherapie-Richtlinie. Es wurde u.a. versucht, seelische Krankheiten im Sinne der Reichsversicherungsverordnung (RVO) als „aktuelle seelische Störungen, bei denen ein zeitlich und ursächlich abgrenzbarer Zusammenhang der Psychodynamik der Neurose mit einer gegenwärtig wirksamen Konfliktsituation angenommen werden muss“ (Faber et al., 2017, S.1) zu definieren. Denn nur nach Definition eines Krankheitsbegriffes konnte von einem behandlungsbedürftigen Leiden ausgegangen werden. Und auch nur was Heilung und Linderung von Krankheit zum Ziel hat, entspricht dem Auftrag der Krankenkassen (Jungclaussen, 2012, S.7).

Auch wurde zum ersten Mal auf die allgemeingültigen Erfordernisse im Gesundheitssystem (laut SGB V) hingewiesen: der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. So konnte in der s.g. „Krankenhausaufenthaltsstudie“ durch Dührssen (1962) und Dührssen und Jorswieck (1965) eine Kostenreduktion durch Psychotherapie nachgewiesen werden, da mögliche Folgekosten für die Krankenkassen reduziert wurden. Zuvor mit einer analytischen Psychotherapie behandelte Patienten erkrankten demnach signifikant seltener an körperlichen oder

psychischen Erkrankungen und mussten somit seltener stationär behandelt werden (Jungclaussen, 2012, S.7-8) Auch wurde im Interesse der Wirtschaftlichkeit sowie Zweckmäßigkeit 1967 das Gutachterverfahren der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eingeführt (s.u.).

Als nächster Meilenstein in der kassenärztlichen Psychotherapieversorgung wurde durch die Reform der Psychotherapierichtlinie von 1987 die Verhaltenstherapie aufgenommen. Dem gingen langwierige und kontrovers geführte Diskussionen zwischen Krankenkassen, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Sachverständigen der Psychotherapie voraus, da u.a. die Verhaltenstherapie bisher keinen Krankheitsbegriff definiert bzw. anerkannt hatte, sondern auf die Behandlung von Symptomen fokussiert war (Faber et al., 2017, S.2-3).

In der nächsten Phase nach 1989 stand dann v.a. die Schaffung von Übergangsregelungen für die neuen Bundesländer der ehemaligen DDR im Vordergrund. Es konnte ein möglichst reibungsfreier Übergang gewährleistet werden, so dass bis 1998 ein vollständiger Wechsel der dortigen psychotherapeutischen Versorgung hin zu den Psychotherapie-Richtlinien abgeschlossen werden konnte (Faber et al., 2017, S.3).

Bis heute kommt es immer wieder zu Neufassungen oder Weiterentwicklungen der Psychotherapierichtlinien. 1998 kam es mit Verabschiedung des sogenannten Psychotherapeuten-Gesetzes zur Einführung der neuen Heilberufe des ‚Psychologischen Psychotherapeuten‘ sowie des ‚Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten‘ mit Nachweis eigener Approbationen und bei berufsrechtlicher Qualifikation auch mit Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Faber et al., 2017, S.3).

1999 wurde im Rahmen einer Neufassung das sog. Konsiliarverfahren eingeführt. Zum Ausschluss somatischer (und ggf. auch psychiatrischer) Ursachen im Hinblick auf Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung wurde spätestens nach Beendigung der probatorischen Sitzungen eine Untersuchung bei einem Konsiliararzt festgeschrieben (Faber et al., 2017, S.4).

Die bis heute vorerst letzten Neuerungen kamen durch das im Jahre 2015 beschlossene Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Es wurde von politischer Seite versucht, dem Minderangebot an Therapieplätzen, verbunden mit lange Wartezeiten, Rechnung zu tragen. Daher sollte es u.a. zu einer Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens sowie zu einer Flexibilisierung des Therapieangebotes kommen, da kassenärztlich tätige

Psychotherapeuten verpflichtet wurden eine psychotherapeutische Sprechstunde und eine Akutversorgung einzurichten (Faber et al., 2017, S.9).

1.3 Gutachterverfahren

1.3.1 Rahmenbedingungen

Das 1967 im Rahmen der ersten Psychotherapie-Richtlinie eingeführte Gutachterverfahren soll die im SGB V festgelegten Kriterien ‚Notwendigkeit‘, ‚Zweckmäßigkeit‘ und ‚Wirtschaftlichkeit‘ (§12, § 70 SGB V) sicherstellen. So sind alle Anträge auf Langzeittherapien mit einem psychoanalytisch orientierten Verfahren oder einer Verhaltenstherapie immer von einem Therapeuten zu begründen und durch einen Gutachter zu befürworten (Faber et al., 2017, S.79). Kurzzeittherapien sind seit dem Jahre 2017 grundsätzlich von der Begutachtungspflicht ausgenommen, sie sind allerdings stets antrags- und genehmigungspflichtig. Die Begutachtung eines Fortführungsantrages erfolgt nur optional nach Entscheidung der Krankenkasse bzw. immer nach Ablehnung der Krankenkasse.

Das Gutachterverfahren dient laut § 12 Abs. 1 der Psychotherapie-Vereinbarung dazu festzustellen, ob:

- das beantragte Psychotherapieverfahren nach der Richtlinie anerkannt und
- im konkreten Fall angezeigt ist und
- es im konkreten Fall einen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten lässt.

1.3.2 Ablauf des Gutachterverfahrens

Frühestens mit Beginn der probatorischen Sitzungen sollte der behandelnde Psychotherapeut, wenn er eine Richtlinien-therapie gemäß § 15 der Psychotherapie-Richtlinie bei entsprechender Indikationsstellung plant, dem Versicherten empfehlen, einen Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie bei seiner Krankenkasse zu stellen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019b).

Wird ein Antrag auf Kostenübernahme einer Langzeittherapie gestellt, muss der Therapeut dies in einem Bericht an den Gutachter, der sich an den formalen und

inhaltlichen Vorgaben des Leitfadens zur Erstellung des Berichtes an den Gutachter orientiert, begründen. So sollte der Bericht zu folgenden Aspekten Aussagen machen:

1. Relevante soziodemographische Daten: Familienstand, Kinder, aktuell ausgeübter Beruf
2. Symptomatik und psychischer Befund: vom Patienten geschilderte Symptomatik mit Angaben zu Schwere und Verlauf, psychischer Befund, Krankheitsverständnis, Erscheinungsbild, Ergebnisse psychodynamischer Testverfahren
3. Somatischer Befund: mit Konsiliarbericht, Suchtanamnese, psychopharmakologische Medikation, psychiatrische oder psychosomatische Vorbehandlungen
4. Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte (ggf. auch zur Lebensgeschichte der Bezugsperson), zur Krankheitsanamnese, zum funktionalen Bedingungsmodell und zur Psychodynamik (TP, AP)
5. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragsstellung: ICD-10-Diagnosen, psychodynamische bzw. neurosenpsychologischen Diagnosen (TP, AP)
6. Behandlungsplan und Prognose: Therapieziele, individueller Behandlungsplan, Begründung des Settings (Einzel- oder Gruppentherapie), Sitzungszahl sowie Behandlungsfrequenz
(Faber et al., 2017)

Ggf. können zusätzliche Informationen in Form von Arztbriefen, Befunden etc. mitgesandt werden. Diese werden in einem verschlossenen Umschlag vom Therapeuten an die Krankenkasse des Patienten geschickt, die es an einen ausgewählten Gutachter (entsprechend des beantragten Therapieverfahrens) weiterleitet.

1.3.3 Begutachungskriterien

Jede Stellungnahme eines Gutachters sollte zu einem Erstantrag folgende Punkte berücksichtigen:

- die Indikationsstellung mit Bezug auf die Psychotherapie-Richtlinie
- den Umfang der Behandlung hinsichtlich Dauer und Frequenz

- die Prognose hinsichtlich der Art der seelischen Erkrankung, der Persönlichkeitsstruktur des Patienten wie auch des gewählten Therapieverfahrens
- den Behandlungsplan und seine Vereinbarkeit mit den übrigen Feststellungen des Therapeuten, wie auch hinsichtlich der geplanten Behandlungsschritte (Faber et al., 2017, S.8).

In ihrer Stellungnahme stützen sich die Gutachter v.a. auf Informationen aus dem Bericht des Therapeuten. Die o.g. Punkte dienen dem Gutachter im Sinne der Psychotherapierichtlinie als Orientierung, anhand derer er seine Stellungnahme gegenüber der Krankenkasse abgibt. Diese sollte sachlich, fachlich begründet, unvoreingenommen und kollegial sein (Faber et al., 2017, S.82). Sieht der Gutachter die Voraussetzungen für die Durchführung nach der Richtlinie erfüllt, dann empfiehlt er der Krankenkasse die Annahme des Antrags.

Letztendlich entscheidet die Krankenkasse auf Grundlage des Gutachtens über Ablehnung oder Bewilligung des Antrags auf Kostenübernahme für ambulante Psychotherapie.

1.3.4 Ablehnungen

Gehen aus dem Bericht des Therapeuten Gründe für eine Nicht-Befürwortung hervor, muss der Gutachter dies in einer Stellungnahme darlegen. Es sollte für den behandelnden Therapeuten inhaltlich nachvollziehbar sein, d.h. alle Gründe sollen konkret genannt werden. Alleinige formale Mängel des Antrags bzw. des Berichtes (z.B. Nichteinhaltung der Gliederung, fehlende Unterschrift) dürfen nicht zu einer Nicht-Befürwortung führen (Faber et al., 2017, S.84).

Zur Dokumentation der Nichtbefürwortungsgründen bietet Formblatt PTV 5 ‚Stellungnahme des Gutachters zur beantragten Psychotherapie‘ folgende Ankreuzoptionen:

1. Es werden Störungen beschrieben, die nicht im Indikationsbereich der Psychotherapierichtlinie gemäß § 26 enthalten sind
2. Die aktuell wirksame Psychodynamik der seelischen Erkrankung wird nicht ausreichend erkennbar
3. Die Wahl des Psychotherapieverfahrens bzw. des methodischen Vorgehens lässt einen Behandlungserfolg nicht (unwirtschaftlich, zweckmäßig) oder nicht

ausreichend erwarten oder ist nicht über die Psychotherapie-Richtlinie zugelassen

4. Die Zielsetzung der Therapie überschreitet die Grenzen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 1 der Psychotherapierichtlinie
5. Für das beantragte Psychotherapieverfahren lassen die Voraussetzungen beim Patienten oder seine Lebensumstände einen ausreichenden Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten
6. Das Störungsmodell bzw. die aktuell wirksame Psychodynamik der psychischen Erkrankung gemäß eines in § 15 Psychotherapierichtlinie zugelassenen Psychotherapieverfahrens ist nicht ausreichend erkennbar
7. Andere Gründe, die dem Therapeuten persönlich mitgeteilt werden

Sollte es zu einer Nicht-Befürwortung durch den Gutachter oder Ablehnung des Antrags durch die Krankenkasse kommen, hat der Patient die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen. Es kommt zu einer erneuten Begutachtung, dann durch einen Obergutachter. Dieser stellt die letzte Instanz vor einem möglichen Sozialgericht dar. Aufgrund dessen werden an ein Obergutachten weitergehende Ansprüche bezüglich Form und Inhalt gestellt (z.B. Aufbau, Stellungnahme zu Ablehnungsgründen) (Faber et al., 2017, S.84-85).

1.3.5 Gutachter

Um als Gutachter in der Richtlinien-Psychotherapie tätig sein zu können, muss eine Bewerbung bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erfolgen und es müssen folgende Qualifikationsanforderungen erfüllt sein (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 11.07.2019):

1. Grundqualifikation (Facharzt für Psychotherapeutische Medizin / Psychosomatische Medizin / Psychotherapie / Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychologischer Psychotherapeut)
2. Abgeschlossene Weiterbildung oder Fachkunde in dem jeweiligen Verfahren der Psychotherapie
3. Mindestens fünfjährige Berufsausübung (nach abgeschlossener Weiterbildung, s. Punkt 2)

4. Fünfjährige und aktuell andauernde Dozenten- und Supervisortätigkeit
5. Dreijährige vertragsärztliche Tätigkeit
6. Aktuell andauernde vertragsärztliche Tätigkeit

Die Bestellung wird dann auf fünf Jahre für das jeweils praktizierte Therapieverfahren (analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie) ausgesprochen. Derzeit (Stand: 01.07.2019) sind 575 Gutachter bestellt, die im Jahre 2017 etwa 270.000 Stellungnahmen bearbeiteten (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019b).

Tabelle 1: Anzahl bestellter Gutachter aufgeteilt nach Therapieverfahren

	Analytische Psychotherapie		Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie		Verhaltenstherapie	
	Einzeltherapie	Gruppen-therapie	Einzeltherapie	Gruppen-therapie	Einzeltherapie	Gruppen-therapie
Erwachsene	214	75	300	155	172	127
Kinder & Jugendliche	63	15	94	22	58	40

Stand: 01.07.2019; Hinweis: Die Zahlen ergeben nicht die Gesamtsumme, da die Bestellung eines Gutachters in mehreren Psychotherapieverfahren möglich ist (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 18.04.2019)

2. Literaturdiskussion

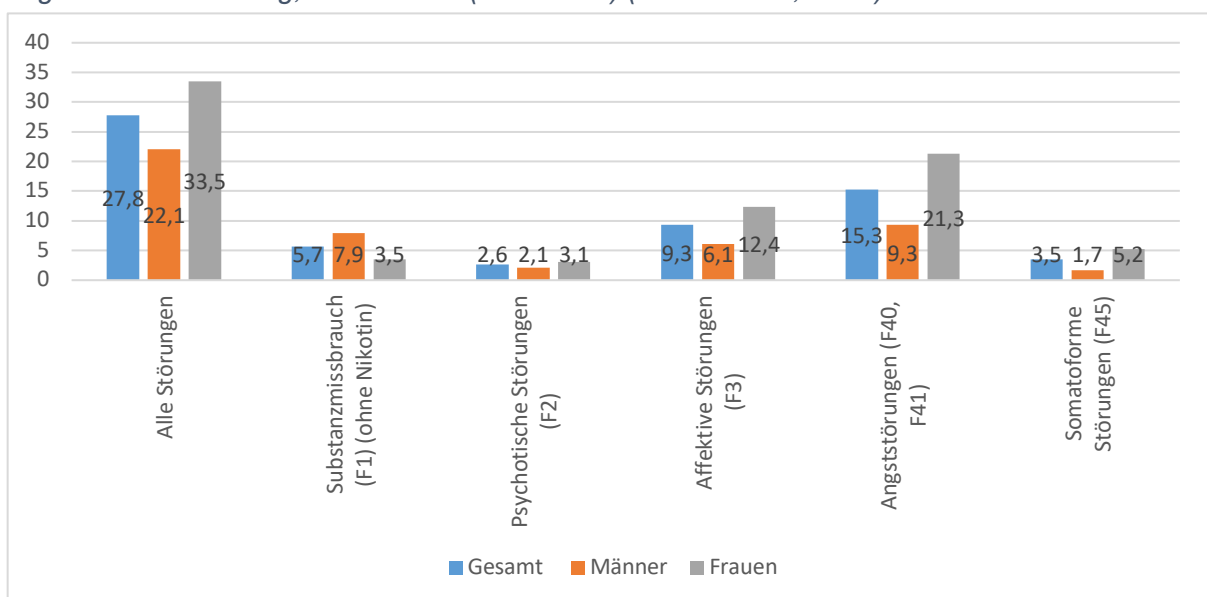
2.1 Häufigkeit psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen spielen in der heutigen Gesellschaft eine zunehmend größere Rolle. So beschrieb die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) den Zusammenhang so:

„Eine steigende Sensibilität, eine gewachsene Beeinträchtigung durch die individuellen Störungsfolgen sowie mehr und bessere therapeutische Angebote führen dazu, dass psychische Erkrankungen eher als solche erkannt werden. Somit nähert sich die Anzahl der Diagnosen, die im Versorgungsalltag kodiert werden, der wahren Prävalenz an.“ (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 2018)

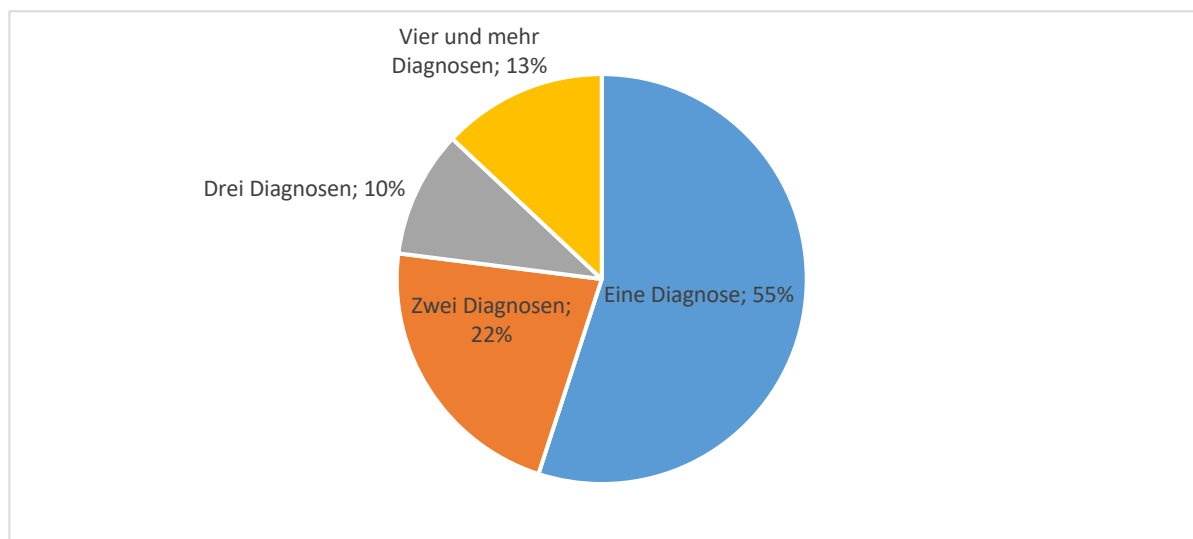
Laut der epidemiologischen Studie „Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung“ (Jacobi et al., 2014) sind diese in der Gesellschaft weit verbreitet und führen zu vielfältigen Beeinträchtigungen und Partizipationsstörungen. Derzeit sind rund 18 Millionen Menschen betroffen, demzufolge kommen psychische Erkrankungen in vergleichbarer Größenordnung vor wie andere Volkskrankheiten, z.B. Bluthochdruck (20-30 Millionen Betroffene (DHL und Prävention, 04/2015)). Betrachtet man sich die Prävalenz einzelner psychischer Erkrankungen hinsichtlich deren Häufigkeit, dann stehen der Substanzmissbrauch, Angststörungen und affektive Störungen im Vordergrund.

Abbildung 1: 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung, Stand 2014 (in Prozent) (Jacobi et al., 2014)



Die genannte Studie zeigt große Unterschiede in verschiedenen soziodemographischen Gruppen. So sind Frauen häufiger (eine von drei Frauen zu einer von vier bis fünf Männern) von psychischen Erkrankungen betroffen als Männer. Auch kommen psychische Erkrankungen öfter in der unteren denn in der mittleren sozioökonomischen Schicht vor; bezüglich des Ost-West-Vergleichs gibt es keine nennenswerten Unterschiede (Jacobi et al., 2014). Fast die Hälfte der Betroffenen hat mehr als eine Diagnose, die häufigsten Diagnosekombinationen waren „Angst und affektive Störungen“ und „mehrere Angststörungen“ (Jacobi et al., 2014).

Abbildung 2: Psychische Komorbidität anhand der Diagnosenanzahl (Jacobi et al., 2014)



2.2 Versorgungssituation

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen wird v.a. von den ca. 23600 niedergelassenen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten, Fachärzten (ca. 5700 aus den Bereichen Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik) sowie psychiatrischen Institutsambulanzen (Nübling et al., 2014, Stand: 2014) durchgeführt. Tabelle 2 und 3 geben Aufschluss über die Anzahl der kassenärztlich tätigen Psychotherapeuten und deren angebotene Therapieverfahren.

Tabelle 2: Anzahl psychologischer Psychotherapeuten nach Therapieverfahren (Stand: 31.12.2018) (Bundesärzregister, 2018)

Psychologische Psychotherapeuten		
	Anzahl	Anteile in %
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	7.238	35%
Analytische Psychotherapie	2.470	12%
Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie	1.086	5%
Verhaltenstherapie	13.431	65%

Tabelle 3: Anzahl ärztlicher Psychotherapeuten nach Therapieverfahren (Stand:31.12.2018) (Bundesärzregister, 2018)

Ärztliche Psychotherapeuten		
	Anzahl	Anteile in %
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	5.451	86%
Analytische Psychotherapie	1.373	22%
Tiefenpsychol. fundierte und analyt. Psychoth.	395	6%
Verhaltenstherapie	1.315	21%

Da ein einzelner Psychotherapeut die Genehmigung zur Anwendung mehrerer Richtlinien-Verfahren habe kann ergeben die Anteile einer Summe von mehr als 100%.

2.3 Schwieriger Zugang zur Psychotherapie

Der für Patienten teilweise sehr schwierige Zugang zu Psychotherapie ist immer wieder Thema gesellschaftlicher Diskussionen. So wenden sich von den etwa 15 Millionen psychisch erkrankten Menschen nur 25-30% an Leistungserbringer um Hilfe zu erhalten (Groschwitz et al., 2017). Doch was können Gründe sein für die geringe Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Behandlung? Und welche Personen nehmen Psychotherapie überhaupt in Anspruch?

Entgegen bestehender Vorurteile konnte Albani in ihrer 2008 durchgeführten Studie „Wer nimmt in Deutschland ambulante Psychotherapie in Anspruch?“ beweisen, dass Psychotherapie nicht vorrangig von den s.g. „YARVIS“-Patienten (young, attractive, rich, verbal, intelligent, successful) in Anspruch genommen wird und somit nicht als „Luxusgut“ angesehen werden kann (Albani et al., 2009). Etwa 75% der Patienten in ambulanter Psychotherapie sind weiblich, was mit zuvor durchgeführten Studien in Einklang gebracht werden kann (Techniker Krankenkasse, 2011). Es wurde jedoch nicht belegt, dass es eine Bevorzugung weiblicher, jüngerer, reicherer Patienten oder solche mit höherem Bildungsabschluss gibt. Die Patientenklientel würde in etwa (bis auf das Geschlechterverhältnis) den Querschnitt der Allgemeinbevölkerung abbilden (Albani et al., 2009).

Auch sollte man im Kontext der niedrigen Inanspruchnahme an eine zu geringe Anzahl an Psychotherapeuten denken. Der GKV-Spitzenverband beschrieb allerdings in einer Publikation ein „hohes Versorgungsniveau in der ambulanten Psychotherapie“ mit „fortlaufende(m) Zuwachs insbesondere der Psychologischen Psychotherapeuten“ (Best, 2018, S.7). So sei die Zahl der Psychotherapeuten von 2000 bis 2016 um 76% angestiegen, d.h. von 16 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner auf nun 29 pro 100.000 Einwohner. Jedoch muss bei Betrachtung dieser Zahlen bedacht werden, dass nur ein Teil der bereits bis zum Jahre 2000 tätigen psychologischen Psychotherapeuten eine Kassenzulassung erhalten hatte, und dass nicht alle hier aufgezählten einen vollumfänglichen Versorgungsauftrag haben (Best, 2018, S.8). Es hat sich zwar die Anzahl der Psychotherapeuten deutlich erhöht, jedoch kann nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass es nun ein ausreichendes Versorgungsangebot gibt.

Dies beweist ein Blick auf die Wartezeitenstudie der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) von 2018. Hier wird deutlich, dass sich zwar die Wartezeiten v.a. für ein Erstgespräch fast halbiert haben, jedoch sind sie bis zum Beginn der eigentlichen Behandlung mit fast 20 Wochen im Durchschnitt deutlich zu lange (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018).

Tabelle 4: Durchschnittliche Wartezeit auf Psychotherapie

Durchschnittliche Wartezeit (in Wochen)	2011	2017
Erstgespräch bzw. 1.Termin Sprechstunde	12,5	5,7
1.Termin Behandlung	23,4	19,9

Hinweis: Nach der Psychotherapiereform 2017 muss vom Psychotherapeuten eine Sprechstunde angeboten werden, in dessen Rahmen die erste Kontaktaufnahme mit dem Patienten erfolgt, daher seit 2017 kein Erstgespräch mehr, sondern Termin in der Sprechstunde (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018).

Der Mangel an Psychotherapeuten und der damit verbundenen langen Wartezeiten ist also als ein Hindernis im Zugang zur Therapie zu betrachten.

Zusätzlich werden etwas 50% der Patienten mit einer Indikationsstellung für eine Psychotherapie von den niedergelassenen Psychotherapeuten weiterverwiesen, d.h. vor Aufnahme der Therapie schon abgelehnt bzw. an andere Leistungserbringer vermittelt (Hannich et al., 2019, S.153). Gründe hierfür versuchten Hannich et al. in ihrer Studie „Gründe für das Nichtzustandekommen von Psychotherapie“ zu finden. Sie verschickten Fragebögen an niedergelassene Psychotherapeuten mit der Bitte, die häufigsten Gründe für die Ab- und Weiterverweisung von Patienten bzw. die Nichtaufnahme einer Therapie zu nennen. Mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Meyring wurden die Freitextantworten (n=1085) ausgewertet.

Es stellte sich heraus, dass die Entscheidung über eine Behandlungsaufnahme durch Einschätzung der Indikation, Art der Störung und der für den Therapieprozess günstigen Patientenmerkmale bestimmt wird.

Die Indikation für eine Psychotherapie würde v.a. bei leichten psychischen Störungen häufiger gestellt werden, und es hier eher zur Aufnahme einer Therapie kommen. Im Vergleich dazu weisen schwere psychische Störungen (insbesondere Suchterkrankungen) eine Nichtbehandlungsquote von fast 50% auf, da solche Patienten vom Therapeuten häufiger abgewiesen oder an andere Stellen weiterverwiesen werden (Hannich et al., 2019, S.156). Die Abweisungsquote anderer Störungsbilder ist in der dargestellten Studie deutlich niedriger, so werden z.B. Patienten mit psychotischen Störungen nur zu rund 7% vor Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie ab- oder weiterverwiesen.

Tabelle 5: : Störungsbilder ab- oder weiterverwiesener Patienten (Hannich et al., 2019)

Störungsbild	Tiefenpsychologische Verfahren (TP)	Verhaltenstherapie (VT)
Suchterkrankungen	43%	45%
Persönlichkeitsstörungen	9%	18%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung	16%	9%
Essstörungen	9%	7%
Psychotische Störungen	6%	8%
Sonstige	16%	14%

Zusätzlich werden „ungünstige Patientenmerkmale“ als Ausschlusskriterien vom psychotherapeutischen Prozess genannt. V.a. Motivationsmangel, fehlende Änderungsbereitschaft und falsche Erwartungshaltung seitens des Patienten führen zur einer Weiterverweisung oder Ablehnung. Strukturell bedingte Behinderungen wie Kapazitätsmangel und damit verbundene lange Wartezeiten nehmen nach dieser Studie nur einen geringen Einfluss auf die Therapieentscheidung (Hannich et al., 2019, S.157).

Zusammenfassend findet die Zulassung zur Psychotherapie über Selektionskriterien gemäß der Richtlinienpsychotherapie statt, wodurch jedoch laut Hannich et al. Patientengruppen mit hohem Behandlungsbedarf (z.B. Suchtpatienten) vernachlässigt werden.

2.4 Pro und Kontra Gutachterverfahren

Seit Einführung des Gutachterverfahrens im Rahmen der Beantragung von Richtlinienpsychotherapie ist dieses immer wieder Gegenstand heftiger Kritik geworden. Sowohl Argumente für die Abschaffung des Gutachterverfahrens als auch für dessen Beibehalt sind zahlreich. Tabelle 4 soll einen kurzen Überblick über die Hauptargumente von Befürwortern und Gegnern geben.

Tabelle 6: Argumente pro und kontra dem Gutachterverfahren

Pro Gutachterverfahren:	Kontra Gutachterverfahren:
Niedrige Ablehnungsquote, da hohe Effektivität des Verfahrens mit hohen Standards (Kallinke, 2001)	Zu niedrige Ablehnungsquote (Kallinke, 2001)
Diagnostik und Therapieplanung durch den Therapeuten wird gewährleistet (Bühning, 2002)	Es wird nicht die Qualität der Behandlung, sondern das Formulierungsgeschick des Therapeuten geprüft (Bühning, 2002)
Valides Prognoseinstrument für den Therapieerfolg (Bühning, 2002)	Gutachter profitieren von Status, Macht und Einkommen (Bühning, 2002)
Schutz vor möglichen nachträglichen Regressen (Bühning, 2002)	Es werden oft andere Methoden angewandt als im Antrag aufgeführt (Bühning, 2000)
Schutz des Patienten vor unprofessionellem Handeln (Bühning, 2002)	Hoher Zeitaufwand für die Erstellung des Berichts an den Gutachter, Honorierung steht in keinem Verhältnis (v.a. bei kurzen Therapien) (Bühning, 2000)
Instrument der Qualitätssicherung, da Reflexion von Psychodynamik und Psychogenese (Bühning, 2000)	Spezifität und Zweckmäßigkeit des Therapieplans können kaum noch durch den Gutachter geprüft werden, da die Berichte mittlerweile zweckdienlich geschönt und realitätsfern seien (Linden, 2013)

Mögliche Ursache der teils hitzigen Diskussionen könnte sein, dass dem Gutachterverfahren ein großes Spektrum an Funktionen (z.B. Qualitätssicherung, Schutz vor Regressansprüchen) zugeschrieben wird.

Es soll jedoch in erster Linie die psychotherapeutische Behandlung im Hinblick auf die Leistungspflicht der Krankenkassen bzgl. Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit prüfen:

- 1) Wirtschaftlichkeit: Das Gutachterverfahren kann als sozialmedizinisches Prüfverfahren angesehen werden, das knappe Ressourcen zu verteilen versucht. So reserviert es Therapieplätze für Patienten, bei denen eine Therapie sinnvoll erscheint. Jedoch argumentiert M. Linden in seinem Artikel „Können standardisierte Messverfahren das Gutachterverfahren im Rahmen der ambulanten Psychotherapie verbessern?“, dass es hier zu keinem Einspareffekt kommen kann, da freie Therapieplätze aufgrund der langen Wartelisten direkt an den nächsten Patienten vergeben werden. Auch könnten die sehr geringen Ablehnungsquoten aus seiner Sicht ein mögliches Indiz dafür sein, dass hier nicht immer eine Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgt ist im Rahmen des Antragsverfahrens (Linden, 2013).

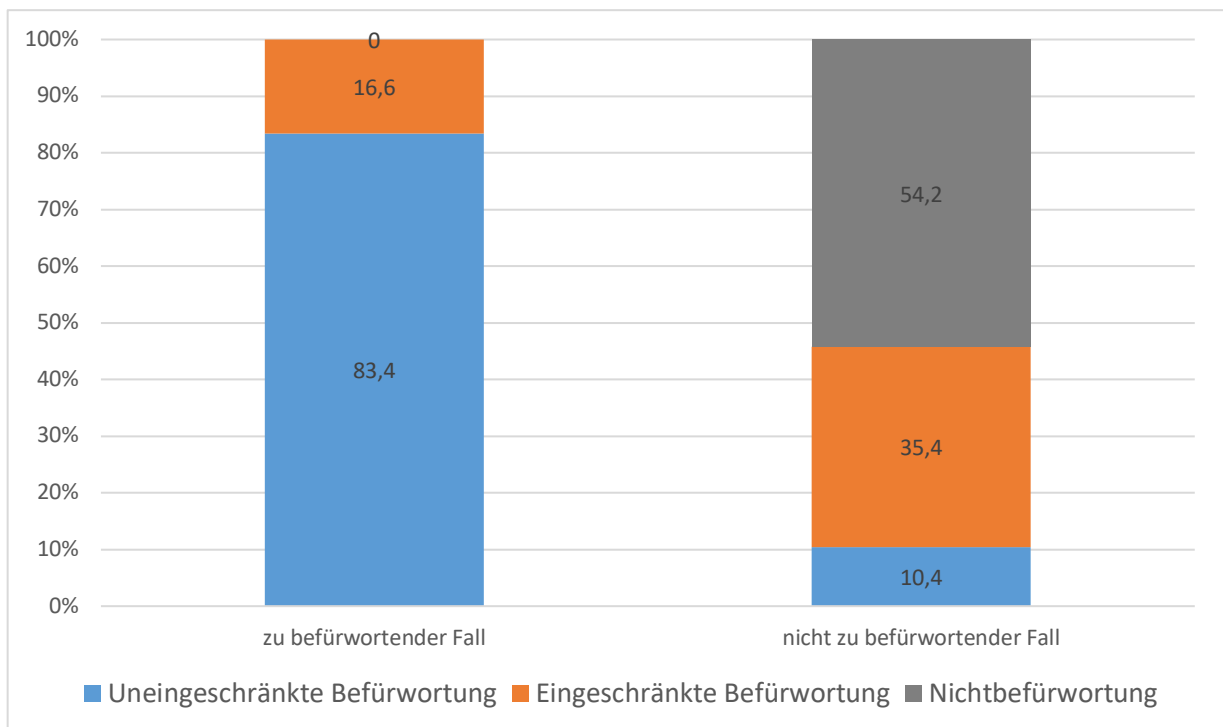
- 2) Zweckmäßigkeit: So sieht Linden auch die Zweckmäßigkeit des Gutachterverfahrens kritisch. Es sollte eigentlich die Spezifität und Zweckmäßigkeit des Therapieplans durch den Gutachter überprüft werden, doch da die Berichte mittlerweile „zweckdienlich geschönt und realitätsfern seien“, könne dies nur in Frage gestellt werden (Linden, 2013).

- 3) Notwendigkeit: Es soll die Notwendigkeit der Therapie im Sinne des Sozialrechts durch das Gutachterverfahren geprüft werden.

Darüber hinaus wird die Objektivität des Verfahrens in Frage gestellt, d.h. ob verschiedene Gutachter bei demselben Psychotherapieantrag zum gleichen Ergebnis kommen. Rudolf et al. überprüften in ihrer empirischen Studie zur Gutachterübereinstimmung 2002 anhand von zwei vorgegebenen Fällen (ein zu befürwortender Fall und ein nicht zu befürwortender Fall) an 48 Gutachtern die Übereinstimmung. Die Studie zeigte, dass bei dem positiv zu bewertenden Bericht die Gutachter eine sehr hohe Übereinstimmung hatten, gar 83% stimmten einer uneingeschränkten Befürwortung zu, kein Gutachter votierte für eine Ablehnung des Antrags.

Bei dem negativ zu bewertenden Bericht divergierten die Gutachter häufiger in ihrer Stellungnahme, so kamen 35% zu einer eingeschränkten Befürwortung, 10% gar zu einer uneingeschränkten Befürwortung und etwas mehr als die Hälfte befürworteten den Antrag nicht (Rudolf et al., 2002).

Abbildung 3: Übereinstimmung von gutachterlichen Stellungnahmen (in Prozent) (Rudolf et al., 2002)



Somit kann von einem weitestgehend objektiven Verfahren gesprochen werden (vor allem bei zu befürwortenden Fällen), jedoch lassen sich letzte Zweifel (v.a. in Bezug zu Stellungnahmen bei nicht zu befürwortenden Fällen) an der methodischen Zuverlässigkeit des Gutachterverfahrens nicht gänzlich ausräumen (Vogel und Meng, 2007).

2.5 Mögliche Gründe einer Nichtbefürwortung im Gutachterverfahren

Laut Gutachtenstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) liegt der Anteil der von Gutachtern vorgenommenen Nichtbefürwortungen über die letzten Jahre hinweg konstant bei 2-4%. Die Nichtbefürwortungsquote ist natürlich über alle Gutachter hinweg gemittelt, so lag die Varianzbreite zwischen den ‚nachsichtigsten‘ und den ‚strengsten‘ Gutachtern 2008 zwischen 1% bis 8% (Boessmann, 2009, S.13).

Tabelle 7: Gutachtenergebnisse dargestellt nach beantragtem Therapieverfahren, Stand 2017 (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019a)

	Befürwortung	Teil-Befürwortung	Nicht-Befürwortung
Psychoanalytisch begründete Verfahren (TP, AP)	84,3%	12,0%	3,7%
Verhaltenstherapie	86,9%	9,8%	3,3%

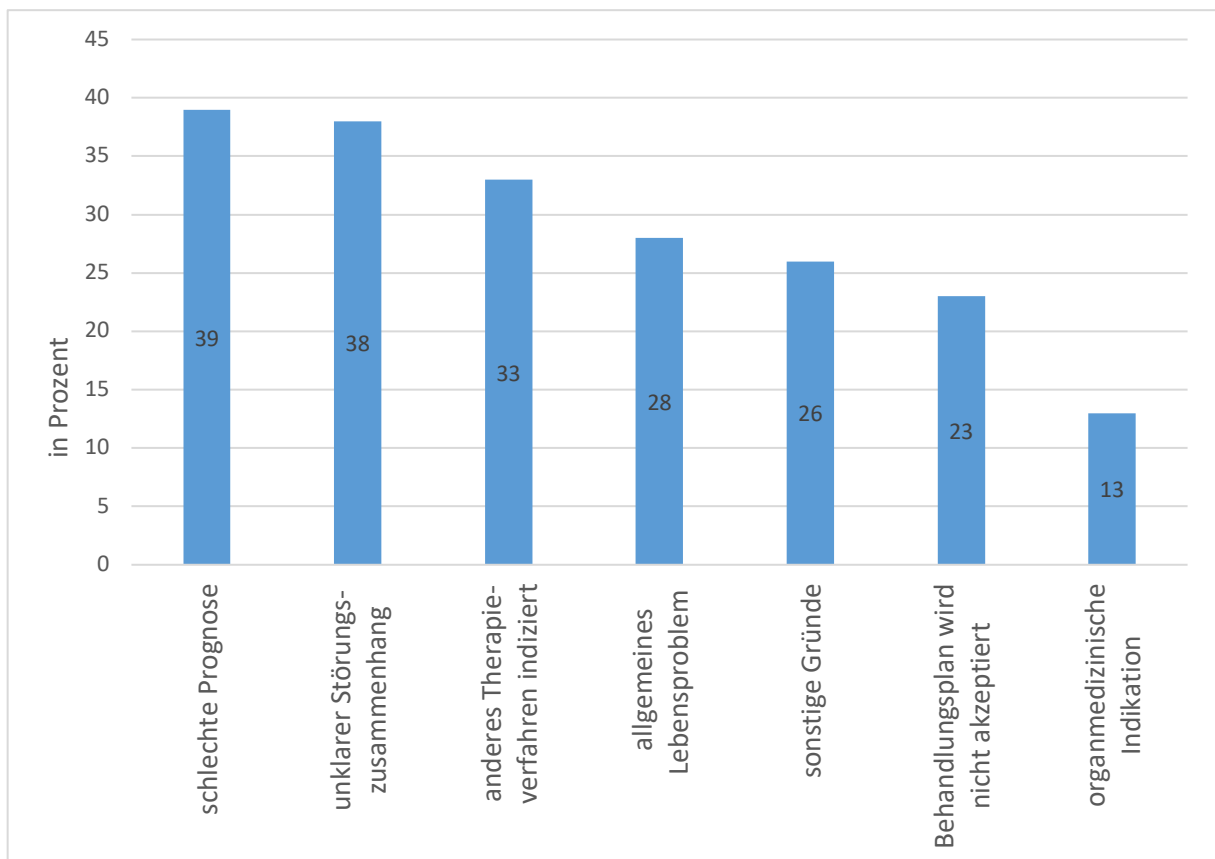
Die Ablehnungsquote im Obergutachterverfahren betrug 2017 9,8% für die Verhaltenstherapie und 23,5% für die psychoanalytisch begründeten Verfahren (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019b). Das heißt, dass mehr als drei Viertel aller Fälle, die ins Obergutachterverfahren kommen, anschließend doch bewilligt werden. So wäre die o.g. Ablehnungsquote von 2-4% nach der Bewilligung durch den Obergutachter entsprechend nach unten zu korrigieren (Boessmann, 2009, S.13).

Tabelle 8: Gutachtenergebnisse Im Obergutachterverfahren dargestellt nach beantragtem Therapieverfahren, Stand 2017 (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019a)

	Befürwortung	Teil-Befürwortung	Nicht-Befürwortung
Psychoanalytisch begründete Verfahren (TP, AP)	47,4%	29,1%	23,5%
Verhaltenstherapie	59,9%	30,3%	9,8%

Doch was sind konkrete Gründe für die Ablehnung eines Antrags auf Kostenübernahme für Psychotherapie? Dem versuchte Köhlke in seiner 1999 durchgeführten Befragung (Fragebogen) von Vertragspsychotherapeuten nachzugehen. Es zeigte sich, dass von den n=655 teilnehmenden Vertragspsychotherapeuten 39% schon einmal eine Ablehnung eines Erstantrags aufgrund einer schlechte Prognose und 38 % aufgrund einer inadäquaten Erklärung des Störungszusammenhangs erhalten haben.

Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung von Ablehnungsgründe (in Prozent) nach (Köhlke, 1999, S. 80)



Daran anknüpfend versuchten dann Rudolf et al. 2002 in ihrer empirischen Studie „Wie urteilen Psychotherapiegutachter?“ spezifische Eigenschaften des Berichtes an den Gutachter herauszufinden, die zu einer Bewilligung führen. Zusammen mit 40 Gutachtern erstellten sie eine „Gutachten-Kriterien-Liste“. Aufgeführt sind 10 Kriterien in dreifacher Abstufung, die nach übereinstimmender Meinung der Gutachter erfüllt sein müssten, damit nach den Psychotherapierichtlinien die Leistungspflicht der Krankenkassen bestätigt werden kann.

Folgende Punkte umfasst die Gutachten-Kriterien-Liste (GKL):

A. Psychodynamische Diagnostik:

1. Krankheitswertigkeit der Störung
2. Biographie
3. Diagnostische Einschätzung der Persönlichkeitsstruktur
4. Berücksichtigung somatischer Anteile
5. Psychodynamik

B. Indikation und Prognose:

6. Erörterung der Differentialindikation
7. Stimmigkeit des Handlungsverfahrens und der Behandlungsplanung
8. Prognostische Einschätzung im Blick auf die Behandlungskonzeption
9. Prognostische Einschätzung angesichts des Verlaufs
10. Wirtschaftlichkeit der Behandlungsplanung

Die o.g. Kriterien wurden anhand von 452 Antragsberichten, die von 40 Gutachtern bewertet wurden (je Gutachter mind. 10 Berichte), ermittelt. So ergab sich, dass u.a. die Merkmale „Psychodynamik“ „Stimmigkeit des Verfahrens“, „Prognose der Behandlungskonzeption“, „Wirtschaftlichkeit“, „Differentialindikation“ und „Prognose Verlauf“ besonders geeignet sind, die Texte zu unterscheiden (s. fettgedruckte Merkmale in Tabelle 5). Sind also die genannten Kriterien erfüllt, geht dies in hohem Maße mit einer Befürwortung einher.

Tabelle 9: Häufigkeit der Kriteriennennung bei vorgegebenen Berichten

	uneingeschränkte Befürwortung	eingeschränkte Befürwortung	Nicht- befürwortung	Korrelations- koeffizient
Krankheitswertigkeit gegeben	98	87	77	0,30
Psychodynamik erkennbar	86	33	22	0,58
Persönlichkeit	78	31	24	0,49
Somatische Anteile berücksichtigt	54	52	56	-
Stimmigkeit des Verfahrens	84	27	11	0,64
Gute Prognose Behandlungs- konzeption	81	22	7	0,64
Gute Prognose Verlauf	84	28	11	0,64

Hohe Patienten- motivation	76	20	29	0,46
Wirtschaftlichkeit gegeben	90	33	9	0,71
Differential- indikation berücksichtigt	67	18	7	0,51

Einschätzung der Kriterien bei 452 Begutachtungen (in Prozent) anhand der Gutachten-Kriterien-Liste (Rudolf et al., 2002)

In einer zweiten Untersuchung (2002) wollten Rudolf et al. herausfinden, wie viele der o.g. Kriterien erfüllt sein müssen, damit es zu einer Befürwortung des Antrags kommt. Lässt man das nicht trennende Merkmal „Somatische Anteile“ außen vor, verbleiben neun Kriterien auf der Liste. Es zeigte sich nun, dass ein „cut-off-point“ von sechs als zweifelsfrei bestätigten Kriterien für eine positive gutachterliche Stellungnahme bedeutsam sind. Das heißt, dass ein Gutachter, der vier oder mehr Kriterien nicht bestätigt hat, mit hoher Wahrscheinlichkeit keine oder höchstens eine eingeschränkte Befürwortung aussprechen wird.

Tabelle 10: Anzahl der Kriteriennennung bei gutachterlichen Stellungnahmen (Rudolf et al., 2002)

6 von 9 Kriterien:		
	Erfüllt	Nicht erfüllt
Uneingeschränkte Befürwortung	85	15
Eingeschränkte Befürwortung	16	84
Nichtbefürwortung	3	97

Da eine Gutachten-Kriterien-Liste eine Standardisierung des Entscheidungsprozesses erhöht, plädierten die Autoren der Studie für eine routinemäßige Einführung ins Gutachterverfahren. Es würde zur Qualitätssicherung und Transparenz beitragen, wenn der Therapeut die vom Gutachter ausgefüllte Kriterienliste erhalten würde (Rudolf et al., 2002).

Zusätzlich lassen sich weitere mögliche Ablehnungsgründe indirekt aus der von Lieberz und Seiffge 2011 durchgeführten Studie „Obergutachten bei den

psychodynamischen Verfahren – ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Richtlinien-Psychotherapie“ ableiten. Die im Rahmen des MARS-Projektes (Mannheimer-Richtlinien-Psychotherapie-Studie), einer Langzeitstudie über 30 Jahre, gesammelten Daten zu Gutachten (n=291) und Obergutachten (n=153) wurden ausgewertet. Einflüsse, die zur Einleitung eines Obergutachtens führen, sollten untersucht werden, indem beide Gruppen hinsichtlich Patienten- und Therapeutendaten verglichen wurden.

So zeigte sich, dass in der Gruppe der Obergutachten signifikant häufiger Patienten mit Suchttendenzen oder Suizidversuchen in der Anamnese waren. Auch wurden in den Berichten im Obergutachterverfahren häufiger Komorbiditäten (mehr als drei Diagnosen) und Komplexität (zusätzliche somatische Diagnosen) betont. Zudem waren Obergutachterpatienten signifikant häufiger vorbehandelt worden (Lieberz und Seiffge, 2011).

Tabelle 11: Anzahl an Vorbehandlungen bei Anträgen im Obergutachterverfahren (Lieberz und Seiffge, 2011)

	Vorbehandlungen			Gesamt
	Nein	Ja	Nicht abklärbar	
Obergutachten	55 (36%)	92 (60%)	5 (3%)	153
Kontrollgutachten	144 (49%)	147 (51%)	0 (-)	291
Gesamt	199 (45%)	239 (54%)	5 (1%)	444

Schlussfolgernd wurden zumeist Anträge von Patienten im Obergutachterverfahren abgelehnt, „die Zweifel an der Entwicklungsfähigkeit des Patienten aufkommen lassen (Vorbehandlungen; frühere Suizidversuche; Suchttendenzen; sozialkommunikative Einschränkungen; Komorbidität und Komplexität des Krankheitsbildes; kritisches Gesundheitsverhalten bei eingeschränkter Selbstverantwortlichkeit)“ (Lieberz und Seiffge, 2011, S.373).

2.6 Fragestellung

Folgende Fragestellungen sollen in der vorliegenden Arbeit erörtert werden:

- Was sind die vom Gutachter genannten Gründe für die Nichtbefürwortung eines Antrags auf Kostenübernahme für ambulante Psychotherapie und in welcher Häufigkeit kommen diese vor?
- Lassen sich Aspekte herausfinden, die mit einer erhöhten Ablehnungsquote einhergehen?
- Gibt es Prädiktoren, die die Wahrscheinlichkeit für eine Nichtbefürwortung erhöhen?

3. Methoden

3.1 Material

Über eine Gutachterin lagen mehr als 40.000 eingereichte Anträge auf Kostenübernahme für Psychotherapie aus den Jahren 2001 bis 2017 in elektronischer Form vor. Davon wurden zufällig 500 Anträge ausgewählt, 100 aus 2001 (erstes Jahr), 100 aus 2017 (letztes Jahr), 50 aus 2008 und 250 aus 2006.

Die personenbezogenen Daten sowie Angaben, die Rückschlüsse auf den behandelnden Therapeuten zuließen, wurden geschwärzt und jeder Antrag wurde zur Pseudonymisierung mit einer Identifikationsnummer (ID) versehen.

3.2 Datenextraktion

Aus den zufällig ausgewählten 500 Berichten wurden mittels den zuvor erstellten Datenextraktionsbögen CRF (Case Report Form) sowie QUANTAB (quantitativer Auswertungsbogen) (s. Anhang) Daten zu folgenden Aspekten erhoben:

- Daten zur Antragstellung und zum Bericht an den Gutachter: Datum, Therapieverfahren, beantragte und befürwortete Stunden, ggf. Nichtbefürwortungsgründe
- Soziodemographische Daten des Patienten: Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, Beziehungsstatus, Anzahl Kinder, Bildung, Arbeitsverhältnis
- Klinische Daten: somatische und psychiatrische Diagnosen (nach ICD-10), vorherige psychosomatische oder psychiatrische Behandlungen, Medikation, Suizidalität, Suchttendenzen
- Daten über den Therapeuten: Postleitzahl der Praxis (Ost- oder Westdeutschland), Geschlecht, Berufsausbildung, therapeutische Fachkunde

Hierbei bezog sich der Datenextraktionsbogen CRF auf Angaben aus dem Formblatt PTV 2 ‚Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten‘, d.h. die Antragsart, Angaben zur Krankenkasse, zum Therapeuten, die Diagnosen des Patienten sowie Angaben zur gutachterlichen Stellungnahme (beantragte und befürwortete Stunden,

Gruppen- oder Einzelbehandlung, ggf. Ablehnungsgründe). Außerdem wurden soziodemographische Angaben aus dem Formblatt PTV 3 entnommen.

Der zweite Extraktionsbogen QUANTAB konzentrierte sich dann auf den Bericht an den Gutachter, hier wurden sowohl soziodemographische Aspekte als auch krankheitsbezogene Aspekte erfasst.

Die erfassten Daten wurden in eine elektronische Datenbank eingegeben (SPSS).

3.3 Potentielle Prädiktoren

Es wurden folgende Variablen als mögliche Prädiktoren geprüft:

1) Soziodemographische Aspekte:

- Geschlecht
- Alter
- Familienstand
- Kinder
- Bildung (kein Schulabschluss, Hauptschul-, Realschulabschluss o. (Fach-)Abitur)
- Berufstätigkeit (erwerbstätig, Ausbildung / Studium, Hausfrau, erwerbslos bzw. Erwerbsminderungsrente)
- Migration (kein Migrationshintergrund, selbst migriert o. Angehörige migriert)

2) Therapeutenbezogene Aspekte:

- Antragsart (Kurzzeit- vs. Langzeittherapie, Erstantrag bzw. Fortführung- oder Umwandlungsantrag)
- Therapieverfahren (AP vs. TP)
- Berufsgruppe des Therapeuten (psychologische u./o. ärztlicher Psychotehrapeut)

3) Krankheitsbezogene Aspekte:

- Diagnosenanzahl
- Anzahl an Vorbehandlungen
- Medikation (nur Psychopharmaka)

- Suizidalität (Suizidgedanken u./o. Suizidversuche)
- Suchttendenzen (Drogen-, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeiten)

3.4 Datenanalyse

Nach einer durchgeführten Plausibilitätsprüfung erfolgte die statistische Analyse mit dem Statistikprogramm SPSS Statistics 23 V5. Die Daten wurden zunächst mittels absoluter und relativer Häufigkeit sowie Mittelwert, Median und Standardabweichung deskriptiv analysiert.

Mit Hilfe von Kreuztabellen wurden mögliche Einflussfaktoren für eine Nichtbefürwortung des Antrags (soziodemographische Aspekte, Antragsart, Qualifikation des Therapeuten etc.) im Verhältnis zur Nichtbefürwortungshäufigkeit dargestellt. Zur Ermittlung der statistischen Signifikanz wurde ein Chi-Quadrat-Test bzw. ein Exakter Test nach Fisher gerechnet, wenn der Erwartungswert der Felder kleiner als fünf war.

Mit der univariaten logistischen Regressionsanalyse wurde anschließend der Einfluss jeder einzelnen Variablen auf die Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit hin geprüft. Da mögliches Confounding ausgeschlossen werden sollte, wurde danach eine multivariate logistische Regression gerechnet, um so den Zusammenhang aller potentieller Einflussfaktoren hinsichtlich der Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit aufzeigen zu können.

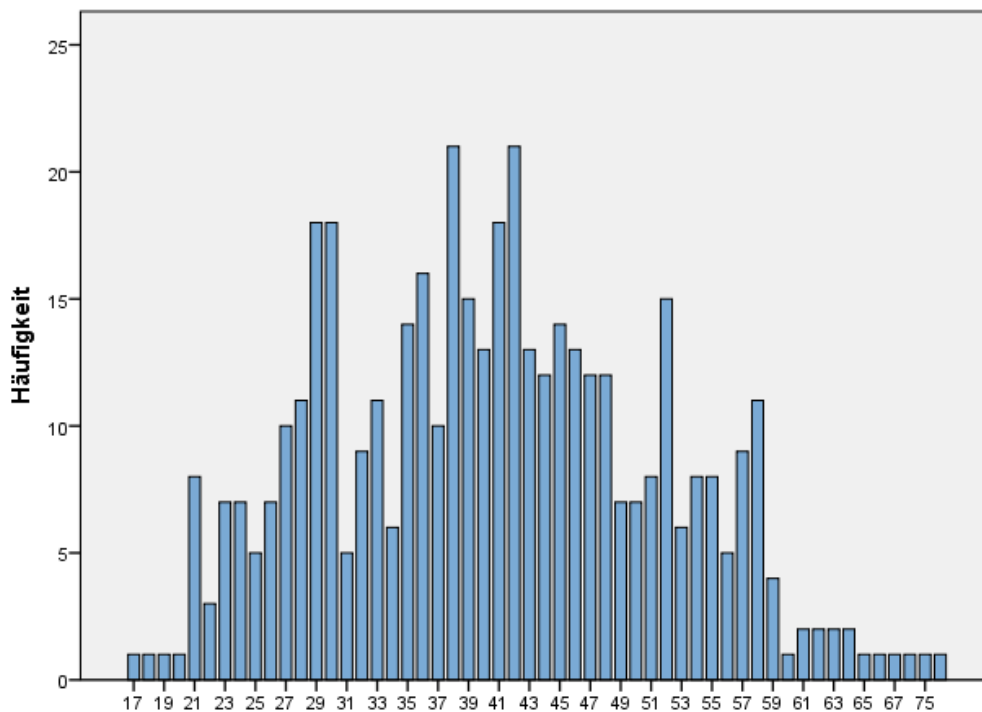
Die statistische Signifikanz wurde mit dem p-Wert sowie dem 95%-Konfidenzintervall angegeben.

4. Ergebnisse

4.1 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobengröße beträgt $n=500$, davon waren 114 Anträge von Männern (23%) und 381 von Frauen (76%). In fünf Fällen konnte das Geschlecht nicht den Anträgen entnommen werden. Bei der Altersverteilung lässt sich eine annähernde Normalverteilung beobachten (s. Abbildung 3), die Altersspanne lag zwischen 17 und 76 Jahren, Mittelwert und Median liegen bei 41 Jahren (SD 10,9).

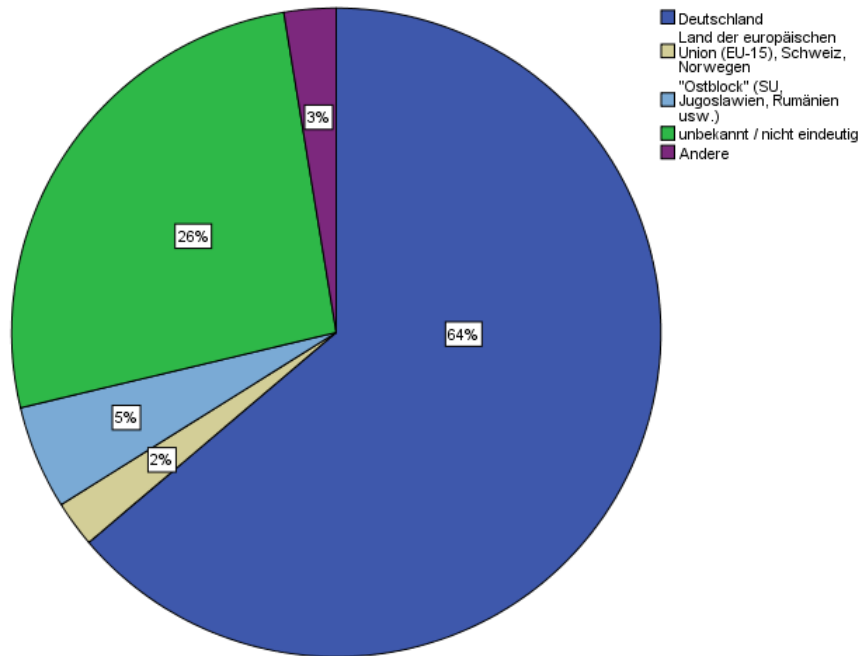
Abbildung 3: Altersverteilung der Antragssteller



MW=40,6 Jahre (SD=10,9 Jahre), Median= 41 Jahre

Fast zwei Drittel der Antragssteller auf Psychotherapie waren in Deutschland geboren (64%), 5% kamen aus osteuropäischen Ländern (ehemalige Sowjetunion, Rumänien, Jugoslawien etc.) und bei 2% war das Geburtsland ein anderes Land der Europäischen Union bzw. Schweiz oder Norwegen. Bei 26% wurde das Geburtsland im Bericht nicht erwähnt.

Abbildung 4: Geburtsland der Antragssteller (in Prozent)



Es zeigte sich ein mit dem Bevölkerungsdurchschnitt verglichen hoher Bildungsstand, da 33% als höchsten Schulabschluss das (Fach-)Abitur aufweisen konnten, 17% hatten einen Realschulabschluss, 7% einen Hauptschulabschluss und nur knapp 2% keinen Schulabschluss.

Beim Patienten Klientel waren v.a. affektive Störungen (ICD 10: F30-F39), hier meist mittelschwere bis schwere depressive Episoden (F32.1 und F32.2) (n=120), diagnostiziert worden. Am zweithäufigsten wurden Diagnosen aus dem Kreis der neurotischen, Belastungs- und somatoforme Störungen gestellt. Hier wurden Anpassungsstörungen und schwere Belastungsreaktionen (F43) (n=62) und Angststörungen (F41) (n=55) codiert.

Tabelle 12: Häufigkeit der Diagnosenennung

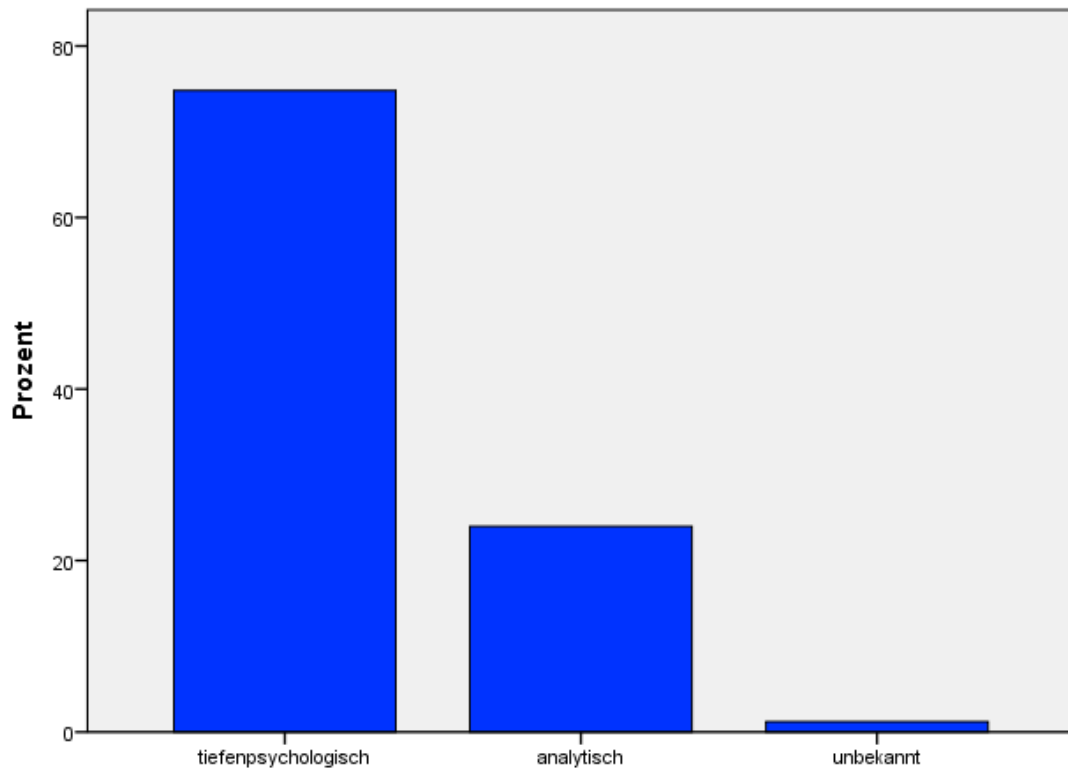
Diagnose (ICD 10):	Anzahl:
F00-F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0
F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	16
F20–F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	2
F 30-F39: Affektive Störungen	244
F40-F49: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	195
F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	85
F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	116
F70-F79: Intelligenzminderung	0
F80-F89: Entwicklungsstörungen	1
F90-F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1

Häufigkeit der Diagnosenennung nach ICD (Dilling, 2014), entnommen dem Bericht des Therapeuten (Gesamtzahl mehr als 500, da Patienten mehr als eine Diagnose haben können)

Die meisten Patienten hatten eine „F-Diagnose“ (Kapitel V im ICD-10) gestellt bekommen.

Betrachtet man sich die Art der beantragten Therapie, wurde in der vorliegenden Stichprobe in 75% der Fälle ein tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren beantragt (n=317), in knapp 25% der Fälle ein analytisches Verfahren (n=119).

Abbildung 5: Beantragtes Therapieverfahren (tiefenpsychologisch vs. analytisch) (in Prozent), entnommen den PTV-Bögen



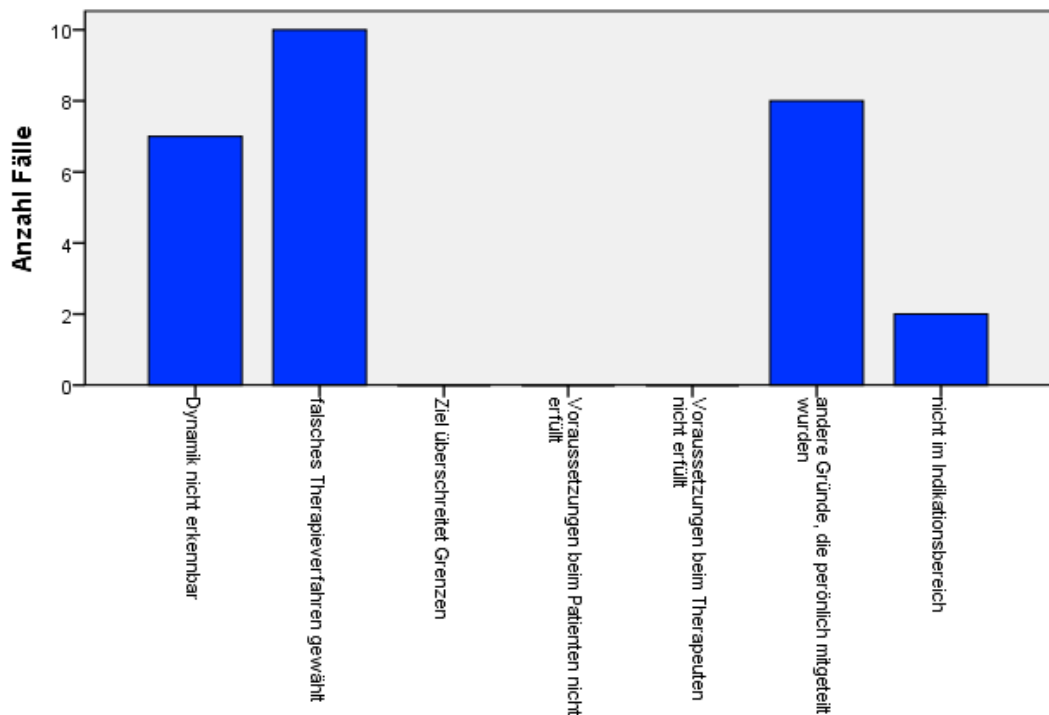
Von den 500 Therapeuten in der Stichprobe waren 64% weiblich (n=312) und 34% (n=168) männlich. In 11 Fällen ließ sich das Geschlecht nicht ermitteln. Mit 59% gehörten mehr als die Hälfte der Therapeuten der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeuten an, 38% den ärztlichen Psychotherapeuten. In n=3 Fällen lagen sogar beide Berufsausbildungen vor.

4.2 Nichtbefürwortungsquote und Ablehnungsgründe laut Gutachter

Von den N=500 vorliegenden Anträgen auf Psychotherapie wurden n=10 nicht befürwortet, dies entspricht einer Quote von 2%. Drei Anträge konnten weder als nicht befürwortet noch als befürwortet angesehen werden, weil der Gutachter dies so entschied, da z.B. der Bericht an den Gutachter fehlte oder eine Entscheidung vertagt wurde.

Abbildung 6 gibt einen Überblick über die Häufigkeit der durch den Gutachter angekreuzten Gründe für die Nichtbefürwortung des Antrags.

Abbildung 6: Häufigkeit der einzelnen Nichtbefürwortungsgründe (entnommen Formblatt PTV5)



Es ist auffallend, dass in allen zehn abgelehnten Anträgen der Gutachter die Wahl des Psychotherapieverfahrens bzw. des methodischen Vorgehens als unangemessen ansah, da ein Behandlungserfolg nicht oder nicht in ausreichendem Maße zu erwarten war (unwirtschaftlich bzw. unzweckmäßig). Dies stellt somit den am häufigsten genannten Ablehnungsgrund dar. In sieben Anträgen sei die aktuell wirksame Psychodynamik der seelischen Erkrankung nicht ausreichend erkennbar gewesen. In

zwei Anträgen seien außerdem Störungen beschrieben worden, die nicht im Indikationsbereich der Psychotherapie-Richtlinien enthalten sind.

Als Ablehnungsgründe wurde nicht genannt, dass die Zielsetzung der Therapie die Grenzen der vertragsärztlichen Versorgung überschreitet. Auch sind die Voraussetzungen sowohl beim Patienten (bzw. dessen Lebensumstände) als auch beim Therapeuten in den zehn nicht befürworteten Berichten offenbar so günstig gewesen, so dass dies nicht als Ablehnungsgrund genannt wurde.

In acht Anträgen lagen weitere (über die o.g. Nichtbefürwortungsgründen hinaus) Gründe vor, die dem Therapeuten persönlich in einer Anmerkung auf dem Formblatt PTV5 mitgeteilt wurden.

In den nicht befürworteten Berichten wurden folgende Gründe dem Therapeuten persönlich mitgeteilt:

- ungenaue Angaben zum Krankheitsbild (z.B. „Was für Gewalterfahrungen? Von was für „flash-backs“?“) (ID A019)
- differentialindikatorische Erörterung fehlt (ID A019), differentialdiagnostische und –indikatorische Erörterung fehlt (ID A032)
- zuvor gestellte Diagnose wurde im Bericht nicht beschrieben (ID A049)
- Bericht entspricht formal nicht den Vorgaben für die Antragsstellung einer Kurzzeittherapie (ID B037), entspricht nicht den Vorgaben des „Informationsblattes“ (ID B047)
- Befinden der Patientin hat sich durch zuvor durchgeführte Therapie kaum gebessert, eher verschlechtert, daher Indikation für Fortführung nicht gegeben (Notwendigkeit einer stationären Behandlung) (ID B045)
- Auf zuvor geäußerte „Bedenken hinsichtlich der Diagnose“ (früheres Gutachten zu der Patientin) wurde seitens des Therapeuten nicht eingegangen (ID D007)

4.3 Soziodemographische Angaben

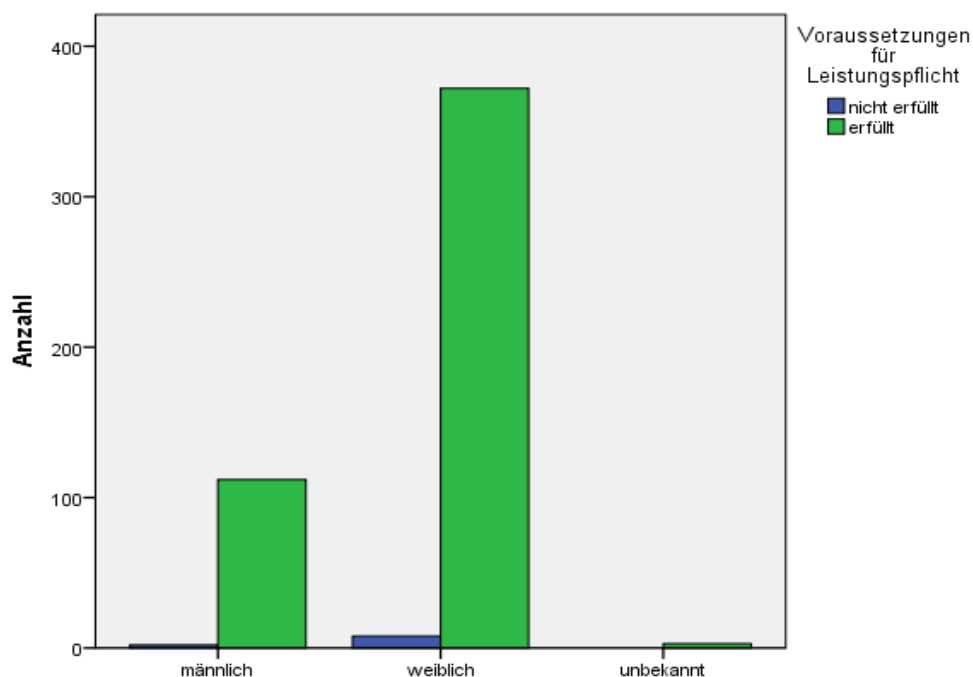
Im nächsten Schritt erfolgte eine Auswertung der Nichtbefürwortungen anhand von soziodemographischen Aspekten:

- Geschlecht
- Alter
- Familienstand / -größe
- Bildung / Beruf
- Herkunft / Migrationshintergrund

Nach Einschätzung der Gutachter kann festgestellt werden, dass von den zehn Fällen, bei denen die Leistungspflicht nicht erfüllt ist, n=2 männlich und n=8 weiblich sind. Somit beträgt sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die Nichtbefürwortungsquote 2%. Dies ergibt sich aus der deutlich höheren Anzahl an weiblichen Antragsstellerinnen (p=0,9).

In der univariaten logistischen Regression zeigte sich für Frauen ein leicht erhöhtes Odds Ratio bei fehlender statistischer Signifikanz (OR 1,2, 95%-KI 0,3-5,8).

Abbildung 7: Darstellung der Geschlechterverteilung bei erfüllter bzw. nicht erfüllter Leistungspflicht



Betrachtet man sich die nicht befürworteten Anträge hinsichtlich des Alters der Patienten, lässt sich feststellen, dass in den Kategorien bis 30 Jahre und 31-50 Jahre ca. 2% der Anträge abgelehnt wurden. In der Kategorie 51-70 Jahre waren es dann nur noch ein Prozent und Anträge von Patienten über 71 Jahren wurden gar nicht abgelehnt bzw. es gab auch nur zwei Anträge von Patienten aus dieser Altersgruppe. Limitierend ist, dass von den zehn abgelehnten Anträgen bei dreien das Alter des Antragsstellers nicht zu ermitteln war ($p = 0,89$).

In der univariaten logistischen Regression zeigte sich, dass das Alter des Patienten in keiner Beziehung zu einer erhöhten Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit steht (OR 1,0, 95%-KI 0,9-1,1).

Tabelle 13: Alter des Antragsstellers bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen

Alter in Kategorien	Voraussetzungen für Leistungspflicht		Gesamt
	Nicht erfüllt	erfüllt	
Bis 30 Jahre	2 (2%)	95 (98%)	97 (100%)
31-50 Jahre	4 (2%)	245 (98%)	249 (100%)
51-70 Jahre	1 (1%)	86 (99%)	87 (100%)
Ab 71 Jahre	0 (-)	2 (100%)	2 (100%)

Alter (kontinuierlich)	Konfidenzintervall			<i>p</i>
	OR	Unterer Wert	Oberer Wert	
	1,0	0,9	1,1	0,92

Von Patienten ohne festen Partner wurden $n=4$ Anträge nicht befürwortet, dies entspricht einer Quote von 3%, von Patienten mit festem Partner wurden 2,5% ($n=5$) nicht befürwortet ($p=1,00$).

Bei Patienten ohne Kinder werden 2% ($n=3$) der Anträge nicht befürwortet, bei Patienten mit leiblichen oder sozialen Kindern, Adoptivkindern oder Pflegekindern (bzw. Patientin ist schwanger) wurden 3% ($n=6$) der Anträge nicht befürwortet ($p=0,85$).

Tabelle 14: Partnerschaft und Kinder bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen

		Voraussetzung für Leistungspflicht		
		Nicht erfüllt	Erfüllt	Gesamt
Partnerschaft	Ohne Partner	4 (3%)	126 (97%)	130 (100%)
	Fester Partner	5 (3%)	186 (97%)	191 (100%)
	unbekannt	0 (-)	20 (100%)	20 (100%)
Kinder	Keine Kinder	3 (2%)	139 (98%)	142 (100%)
	Hat Kinder	6 (3%)	178 (97%)	184 (100%)
	unbekannt	0 (-)	11 (100%)	11 (100%)

Bei Anträgen von Patienten mit (Fach-)Abitur als höchstem Schulabschluss in n=6 Fällen (4%) zu einer Nichtbefürwortung kam. Bei Patienten mit Realschulabschluss wurden nur 1% der Anträge nicht befürwortet, bei einem Hauptschulabschluss rund 3% ($p=0,77$).

In der univariaten logistischen Regression gehen sowohl Realschulabschluss (OR 0,3, 95%-KI 0,0-2,7), Hauptschulabschluss (OR 0,7, 95%-KI 0,1-6,4) als auch kein Schulabschluss bzw. unbekannt (OR 0,4, 95%-KI 0,0-3,5) mit einem erniedrigten Odds Ration im Vergleich zum (Fach-)Abitur als Referenz einher.

Tabelle 15: Bildung bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen

		Voraussetzung für Leistungspflicht		
		Nicht erfüllt	Erfüllt	Gesamt
Bildung	Kein Schulabschluss	0 (0,0%)	7 (100%)	7 (100%)
	Hauptschule	1 (3%)	35 (97%)	36 (100%)
	Realschule	1 (1%)	83 (99%)	84 (100%)
	(Fach-)Abitur	6 (4%)	157 (96%)	163 (100%)

	OR	Konfidenzintervall		p
		Unterer Wert	Oberer Wert	
(Fach-)Abitur (Referenz)	1,0	/	/	/
Realschulabschluss	0,3	0,0	2,7	0,29
Hauptschulabschluss	0,7	0,1	6,4	0,79
Kein Schulabschluss, unbekannt	0,4	0,0	3,5	0,42

Bei Patienten in Ausbildung oder Studium wurden 5% (n=2) der Anträge nicht befürwortet, bei erwerbslosen Patienten oder solchen, die Erwerbsminderungsrente beziehen, etwas mehr als 3% (n=2). Bei den Erwerbstätigen (hier nicht nach Umfang der Tätigkeit aufgeschlüsselt) wurden 2% (n=4) der Anträge nicht befürwortet (p=0,72). Erwerbslosigkeit bzw. der Erhalt von Erwerbsminderungsrente und unbekannt (OR 1,5, 95%-KI 0,3-6,7) zeigte sowie die Gruppe der Hausfrauen, Studenten und Auszubildenden (OR 1,8, 95%-KI 0,3-10,0) ein erhöhtes Odds Ratio im Vergleich zu erwerbstätigen Patienten.

Tabelle 16: Erwerbstätigkeit bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen

		Voraussetzung für Leistungspflicht		
		Nicht erfüllt	Erfüllt	Gesamt
Erwerbstätigkeit	erwerbstätig	4 (2%)	189 (98%)	193 (100%)
	Ausbildung / Studium	2 (5%)	38 (95%)	40 (100%)
	Erwerbslos	2 (3%)	56 (97%)	58 (100%)
	Hausfrau /-mann	0 (0%)	15 (100%)	15 (100%)
	Unbekannt	1 (2%)	40 (98%)	41 (100%)

	OR	Konfidenzintervall		p
		Unterer Wert	Oberer Wert	
Ja (Referenz)	1,0	/	/	/
Hausfrau, Studium, Ausbildung	1,8	0,3	10,0	0,51
Erwerbslos, Erwerbsminderungsrente, unbekannt	1,5	0,3	6,7	0,61

Betrachtet man sich die Ergebnisse zur Herkunft der Patienten, so fällt auf, dass Anträge von migrierten Patienten zu 5% (n=2) nicht befürwortet wurden. Dem gegenüber stehen in Deutschland geborene Patienten (bzw. unbekannter Herkunft), deren Anträge nur zu 2,5% (n=7) nicht befürwortet wurden (p=0,37).

Auch zeigte sich ein erhöhtes Odds Ratio bei Patienten mit Migrationshintergrund (OR 1,2, 95%-KI 0,2-6,2).

Tabelle 17: Migrationshintergrund bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen

		Voraussetzung für Leistungspflicht		
		Nicht erfüllt	Erfüllt	Gesamt
Migrationshintergrund	Nein (oder unbekannt)	7 (3%)	277 (97%)	284 (100%)
	Selbst migriert	2 (5%)	37 (95%)	39 (100%)
	Angehörige migriert	0 (0%)	24 (100%)	24 (100%)

	OR	Konfidenzintervall		p
		Unterer Wert	Oberer Wert	
Kein Migrationshintergrund (Referenz)	1,0	/	/	/
Migrationshintergrund unbekannt	1,2	0,2	6,2	0,85
	0,7	0,1	3,7	0,67

4.4 Antragsart /Art der Therapie

Erstanträge für eine Kurzzeittherapie wurden zu 8% (n=3) nicht befürwortet. Dem gegenüber wurden Erstanträge und auch Fortführungsanträge für eine Langzeittherapie nur zu 1% nicht befürwortet. Umwandlungsanträge von einer Kurzzeit- in eine Langzeittherapie werden zu knapp 3% (n=4) nicht befürwortet (p=0,06).

In der univariaten logistischen Regression zeigte sich sowohl für Erstanträge für eine Langzeittherapie (OR 0,1, 95%-KI 0,9-0,9) als auch für Fortführungs- und Umwandlungsanträge (OR 0,2, 95%-KI 0,0-0,8) im Vergleich zur Erstanträge für eine Kurzzeittherapie eine signifikant erhöhte Befürwortungswahrscheinlichkeit.

Table 18: Antragsart bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen

Antragsart	Voraussetzungen für Leistungspflicht		Gesamt
	Nicht erfüllt	erfüllt	
KZT Erstantrag	3 (9%)	31 (91%)	34 (100%)
KZT erneuter Antrag	0 (-)	1 (100%)	1 (100%)
LZT Erstantrag	1 (1%)	118 (99%)	119 (100%)
LZT Umwandlungsantrag	4 (3%)	152 (97%)	156 (100%)
LZT Fortführungsantrag	2 (1%)	184 (99%)	186 (100%)

Antragsart	OR	Konfidenzintervall		p
		Unterer Wert	Oberer Wert	
Erstantrag KZT (Referenz)	1,0	/	/	/
Erstantrag LZT	0,1	0,0	0,9	0,04
Fortführungs-/Umwandlungsantrag	0,2	0,0	0,8	0,02

Hinsichtlich des beantragten Therapieverfahrens, sei es nun ein tiefenpsychologisch oder analytisch fundiert, kann in der Nichtbefürwortungsquote kein Unterschied festgemacht werden. Beide wurden zu rund 2% nicht befürwortet ($p=1,00$).

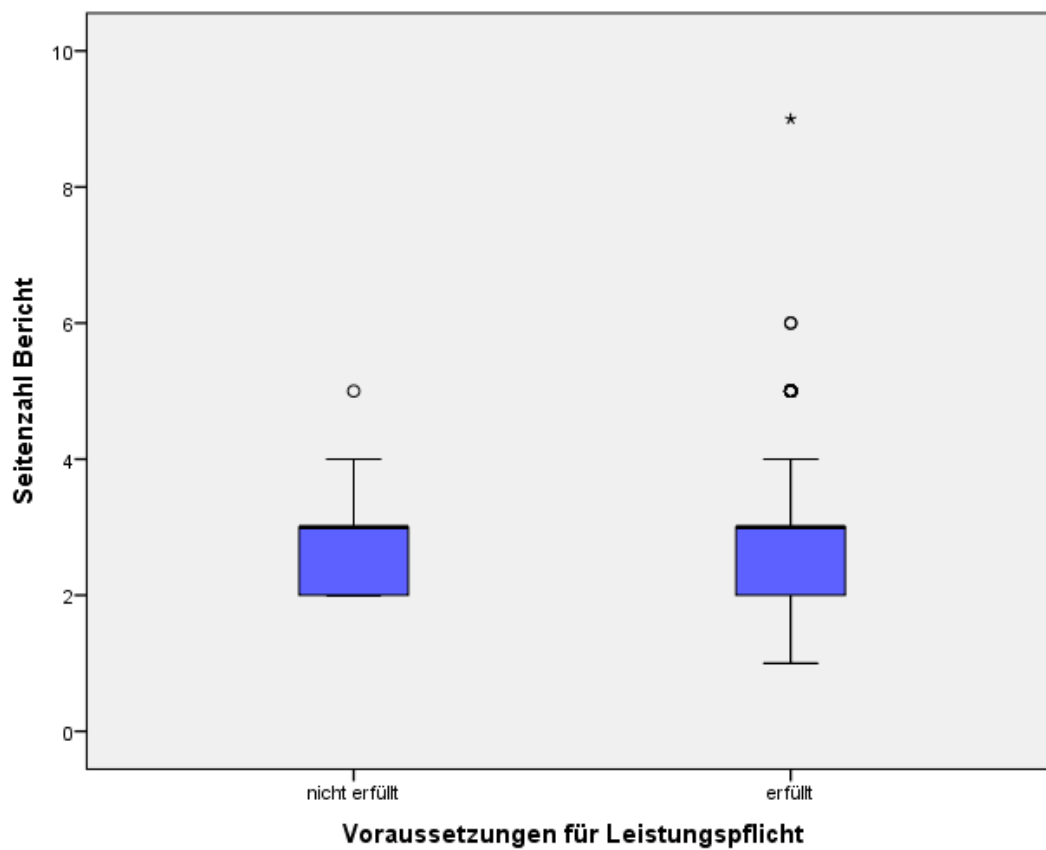
Hinsichtlich der Berufsgruppenzugehörigkeit des Therapeuten lässt sich kein Unterschied in der Nichtbefürwortungsquote festmachen. In beiden Gruppen (ärztlich und psychologisch) wurden rund 2% der Anträge nicht befürwortet. Leider ließ sich ein nicht befürworteter Antrag nicht zuordnen, weshalb in der Kategorie „unbekannt“ nun dieser eine nicht befürwortete Antrag mit 9% einen hohen Wert aufweist ($p=0,32$).

Tabelle 19: Art der Therapie und Berufsgruppe des Therapeuten bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen

		Voraussetzungen für Leistungspflicht		Gesamt
		Nicht erfüllt	erfüllt	
Art der Therapie	tiefenpsychologisch	8 (2%)	362 (98%)	370 (100%)
	analytisch	2 (2%)	117 (98%)	119 (100%)
Berufsgruppe Therapeut	Arzt	3 (2%)	187 (98%)	190 (100%)
	Psychologe	6 (2,0%)	287 (98%)	293 (100%)
	beides	0 (-)	3 (100%)	3 (100%)
	unbekannt	1 (9%)	10 (91%)	11 (100%)

Betrachtet man sich die Länge des Berichts an den Gutachter (gemessen anhand der Anzahl der Seiten) lässt sich im Mittel eine Berichtlänge von knapp drei Seiten, sowohl bei den nicht befürworteten (MW=3,0 Seiten) als auch bei den befürworteten (MW=2,97 Seiten) Berichten, feststellen ($p=0,92$).

Abbildung 8: Länge des Berichts an den Gutachter bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen

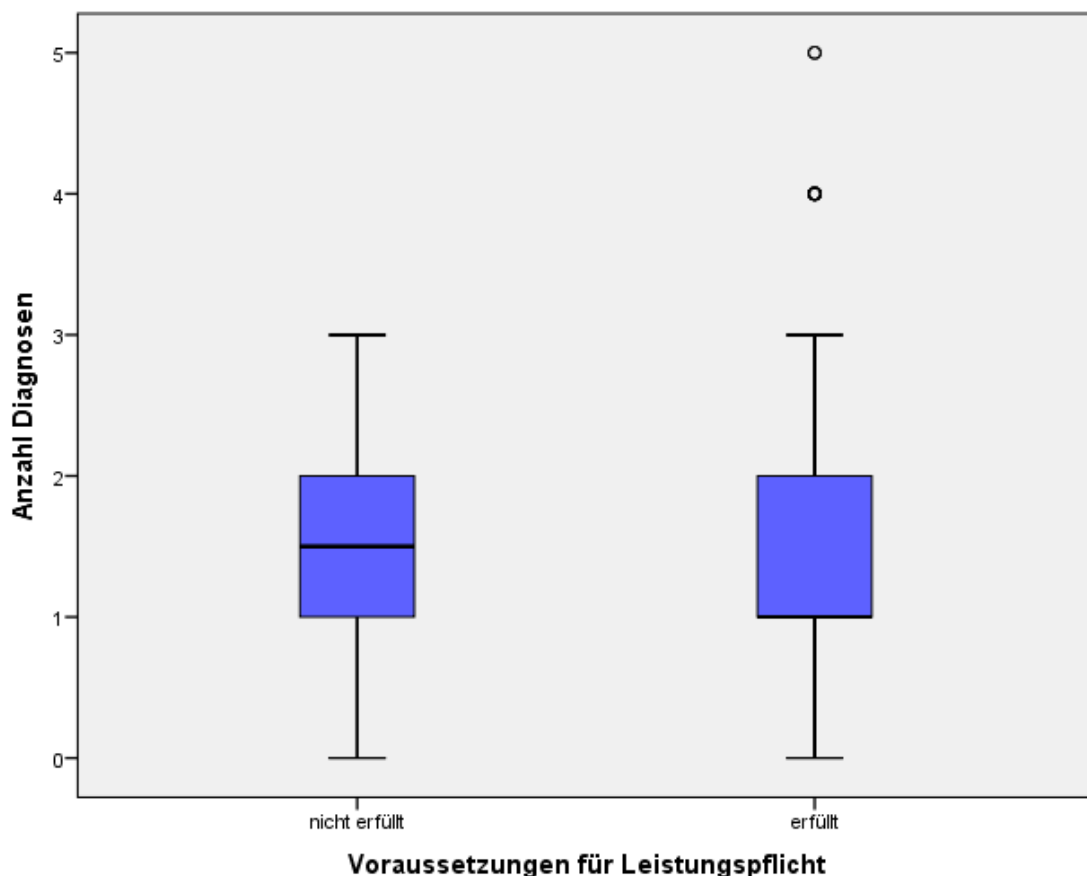


MW erfüllt=2,97 (SD= 0,9), MW nicht erfüllt = 3,0 (SD= 0,9), $p=0,92$, (95%-KI -0,7-0,6) in Bezug auf einen Unterschied hinsichtlich der mittleren Seitenlänge bei nicht erfüllter bzw. erfüllter Leistungspflicht

4.5 Diagnosen / Vorbehandlungen

Die Patienten hatten im Mittel eine psychiatrische Diagnose (F-Diagnose nach ICD). Es konnte kein Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Diagnosen mit der Nichtbefürwortungsquote gefunden werden. So war der Mittelwert bei nicht erfüllter Leistungspflicht nur minimal höher, d.h. Patienten deren Antrag nicht befürwortet wurde, hatten im Mittel $MW=1,5$ psychiatrische Diagnosen, wohingegen Patienten deren Antrag befürwortet wurde, $MW=1,3$ Diagnosen hatten ($p=0,50$). Es zeigte sich ein erhöhtes Odds Ratio bzgl. der Anzahl an Diagnosen (OR 1,3, 95%-KI 0,7-2,4).

Abbildung 9: Anzahl an Diagnosen des Antragstellers bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen



MW erfüllt=1,3 (SD= 0,9), MW nicht erfüllt = 1,5 (SD= 1,1), $p=0,5$ (95%-KI -1,0-0,5) in Bezug auf einen Unterschied hinsichtlich der mittleren Anzahl an Diagnosen bei nicht erfüllter bzw. erfüllter Leistungspflicht

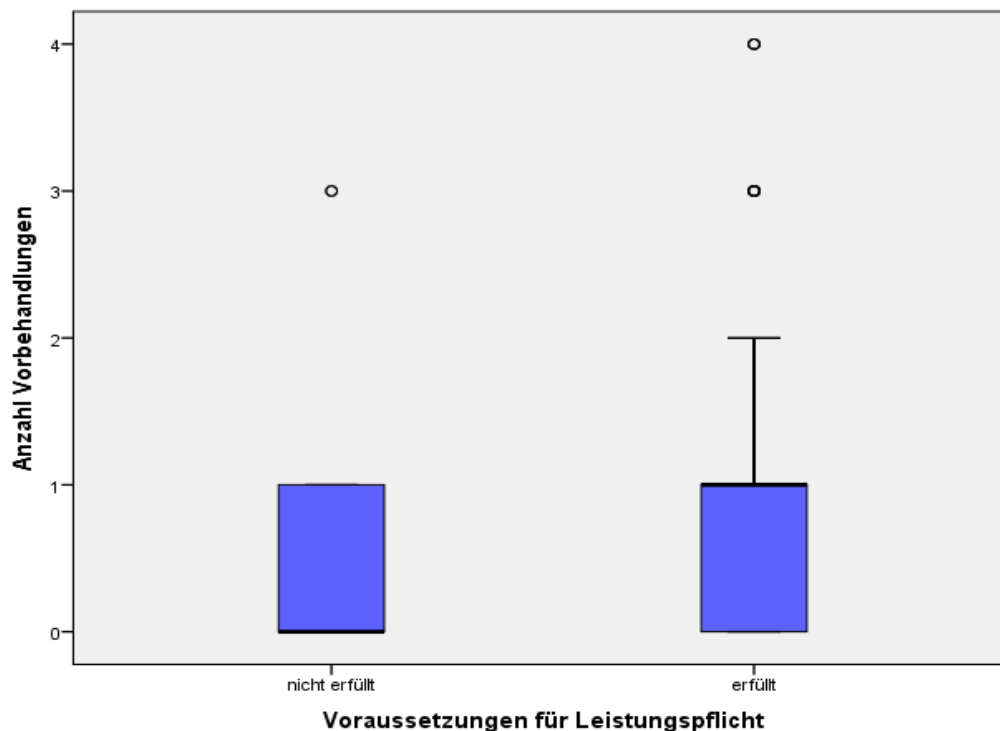
Tabelle 20: Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit: Anzahl der Diagnosen („F-Diagnosen“)

	OR	Konfidenzintervall		p
		Unterer Wert	Oberer Wert	
Anzahl Diagnosen (kontinuierlich)	1,3	0,7	2,4	0,42

Auch bei der Anzahl der bereits durchgeführten ambulanten oder stationären psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungen gibt es hinsichtlich der Nichtbefürwortungsquote keine signifikanten Unterschiede. Im Mittel hatten die Patienten zuvor schon eine Therapie in Anspruch genommen, es ist nur eine minimale Differenz zwischen den nicht befürworteten (MW=0,9 Vorbehandlungen) zu den befürworteten Anträgen (MW=0,7 Vorbehandlungen) zu beobachten ($p=0,70$).

Hat ein Patient mehr als eine Diagnose gestellt bekommen, zeigte sich für jede weitere Diagnose ein leicht erhöhtes Odds Ratio (OR 1,2, 95%-KI 0,6-2,5).

Abbildung 10: Anzahl an Vorbehandlungen bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen



MW erfüllt=0,7 (SD= 0,8), MW nicht erfüllt = 0,9 (SD= 1,3), $p=0,7$ (95%-KI -1,1-0,8) in Bezug auf einen Unterschied hinsichtlich der mittleren Anzahl an Vorbehandlungen bei nicht erfüllter bzw. erfüllter Leistungspflicht

Tabelle 21: Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit: Anzahl an Vorbehandlungen

	OR	Konfidenzintervall		p
		Unterer Wert	Oberer Wert	
Vorbehandlungen (kontinuierlich)	1,2	0,6	2,5	0,56

Auch bei der Einnahme von Psychopharmaka sind nur minimale, statistisch nicht signifikante Unterschiede hinsichtlich der Nichtbefürwortungsquote zu sehen. So wurden Anträge von Patienten, die diese einnehmen, zu 3% (n=2) nicht befürwortet, Anträge von Patienten, die keine einnehmen nur zu 1% (n=1). Allerdings erwähnenswert, dass n=6 Anträge abgelehnt wurden, bei denen keine Informationen zur Medikamenteneinnahme vorlagen, sodass die Daten nur bedingt aussagekräftig sind (p=0,81).

Die Einnahme von Psychopharmaka geht in der univariaten logistischen Regression mit einem zweifach erhöhten Odds Ratio einher (OR 2,2, 95%-KI 0,2-24,8).

Tabelle 22: Einnahme von Psychopharmaka bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen

		Voraussetzungen für Leistungspflicht		Gesamt
		Nicht erfüllt	erfüllt	
Psychopharmaka	ja	2 (3%)	70 (97%)	72 (100%)
	nein	1 (1%)	77 (99%)	78 (100%)
	unbekannt	6 (3%)	191 (97%)	197 (100%)

	OR	Konfidenzintervall		p
		Unterer Wert	Oberer Wert	
Keine Einnahme von Psychopharmaka (Referenz)	1,0	/	/	/
Einnahme	2,2	0,2	24,8	0,52
unbekannt	2,4	0,3	20,4	0,42

4.6 Suizidalität

Es wurden zwei der Anträge nicht befürwortet, bei denen Suizidalität (mit Suizidgedanken und Suizidversuchen) eine Rolle spielte. Dies entspricht einer Nichtbefürwortungsquote von 7% und liegt somit weit über der durchschnittlichen Nichtbefürwortungsquote von 2% ($p=0,19$).

Betrachtet man sich nur die durchgeführten Suizidversuche (jetzt oder früher), lässt sich auch hier eine erhöhte Nichtbefürwortungsquote von 7% ($n=2$) feststellen. Sind keine Suizidversuche in der Anamnese bzw. ist dies unbekannt, beträgt die Nichtbefürwortungsquote 2% ($n=7$) ($p=0,17$).

Bei Suizidversuchen lässt sich ein deutlich erhöhtes Odds Ratio feststellen (OR 9,3 95%-KI 0,8-105,8), wenn auch der Unterschied nicht als signifikant nachgewiesen werden konnte.

Tabelle 23: Suizidalität und Suizidversuchen bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen

		Voraussetzungen für Leistungspflicht		Gesamt
		Nicht erfüllt	erfüllt	
Suizidalität jetzt und/oder früher	Nein oder unbekannt	7 (3%)	269 (97%)	277 (100%)
	Ja, Gedanken oder Versuche	0 (-)	43 (100%)	43 (100%)
	Ja, Gedanken und Versuche	2 (7%)	26 (93%)	28 (100%)
Suizidversuche	Nein oder unbekannt	7 (2%)	312 (98%)	319 (100%)
	Ja, jetzt oder früher	2 (7%)	27 (93%)	29 (100%)

	OR	Konfidenzintervall		p
		Unterer Wert	Oberer Wert	
Keine Suizidversuche (Referenz)	1,0	/	/	/
Suizidversuche (jetzt oder in der Vergangenheit)	9,3	0,8	105,8	0,73
unbekannt	4,0	0,5	34,0	0,20

4.7 Sucht

Es wurden sowohl Drogen-, Alkohol- als auch Medikamentenabhängigkeit berücksichtigt. Wurden diese Parameter verneint bzw. waren unbekannt, betrug die Nichtbefürwortungsquote knapp 3% (n=7). Lag ein Suchtverhalten bzgl. mindestens einer genannten Substanz vor, lag die Quote bei 4% (p=0,67).

Das Vorliegen einer Sucht scheint in keinem Bezug zu einer erhöhten Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit zu stehen (OR 1,0, 95%-KI 0,1-7,9).

Tabelle 24: Sucht bei nicht befürworteten und befürworteten Anträgen

		Voraussetzungen für Leistungspflicht		Gesamt
		Nicht erfüllt	erfüllt	
Sucht	Nein oder unbekannt	8 (3%)	299 (97%)	307 (100%)
	Ja, eine Sucht	1 (4%)	27 (96%)	28 (100%)
	Ja, mind. zwei Süchte	0 (-)	13 (100%)	13 (100%)

	OR	Konfidenzintervall		p
		Unterer Wert	Oberer Wert	
Sucht (Referenz: keine Suchttendenzen bzw. unbekannt)	1,0	0,1	7,9	0,97

4.8 Regressionsanalyse

Um mögliches Confounding zu reduzieren, wurde anschließend eine multivariate logistische Regressionsanalyse durchgeführt.

Anträge auf Langzeittherapien, seien es Erstanträge (OR 0,1, 95%-KI 0,0-0,7) oder Fortführungs- bzw. Umwandlungsanträge (OR 0,1, 95%-KI 0,0-0,8), wurden mit einer signifikant niedrigeren Wahrscheinlichkeit nicht befürwortet. Erstanträge auf Kurzzeittherapien wurden mit einer zehnfach erhöhten Wahrscheinlichkeit gegenüber Anträgen auf Langzeittherapie nicht befürwortet.

Die Wahrscheinlichkeit für eine Nichtbefürwortung bei Patienten mit Suizidversuchen (OR 9,6, 95% KI 1,0-91,1) ist fast um das Zehnfache erhöht ist, dies zeigte sich statistisch signifikant.

Bzgl. des Geschlechts scheint es, als reduziere sich die Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit bei Anträgen von Frauen (OR 0,6, 95%-KI 0,1-4,3). Aufgrund der fehlenden statistischen Signifikanz kann jedoch nicht sicher von einem Zusammenhang zwischen der Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit und dem Geschlecht des Antragstellers ausgegangen werden.

Bei Anträgen von Patienten mit mehreren psychiatrischen Diagnosen („F-Diagnosen“) war eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Nichtbefürwortung gegeben. Hier lässt sich für jede weitere Diagnose eine fast zweifach erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Nichtbefürwortung vorhersagen, jedoch bei zu geringer statistischer Signifikanz um abschließend eine Aussage darüber treffen zu können (OR 1,6, 95%-KI 0,4-3,0).

Im Vergleich zur univariaten Regression zeigte sich hier deutlicher, dass bei Patienten mit Migrationshintergrund (entweder selbst migriert oder Eltern migriert) von einer Erhöhung der Wahrscheinlichkeit für eine Nichtbefürwortung auszugehen ist (OR 2,3, 95%-KI 0,3-19,3), jedoch weiterhin nicht statistisch signifikant.

Der zuvor beobachtete negative Zusammenhang zwischen der Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit und dem Bildungsniveau (anhand des höchsten Schulabschlusses) wurde auch hier erkennbar, wenn auch nicht statistisch signifikant. So zeigte sowohl bei Antragsteller mit Realschulabschluss (OR 0,2, 95%-KI 0,0-3,2), mit

Hauptschulabschluss (OR 0,5, 95%-KI 0,0-8,3) als auch Antragssteller ohne Schulabschluss bzw. mit unbekanntem Abschluss (OR 0,2, 95%-KI 0,0-2,8) ein vermindertes Odds Ratio im Vergleich zu Antragsstellern mit (Fach-)Abitur als höchstem Bildungsabschluss.

Bei erwerbslosen Patienten bzw. Patienten mit Erwerbsminderungsrente (sowie unbekannte) zeigte sich ein erhöhtes Odds Ratio (OR 2,1, 95%-KI 0,3-13,8) im Vergleich zu erwerbstätigen Personen. Jedoch zeigte sich hier im Gegensatz zur univariaten Regression keine erhöhtes Odds Ratio bei der Gruppe der Hausfrauen, Auszubildenden und Studierenden (OR 1,0, 95%-KI 0,1-14,8). Aber aufgrund der fehlenden Signifikanz lässt sich nicht nur über die Erwerbstätigkeit als auch über den Einfluss von Suchttendenzen (OR 0,8, 5%-KI 0,0-14,4) sowie die Einnahme von Psychopharmaka (OR 1,2, 95%-KI 0,1-21,0) hinsichtlich der Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit schwer eine Aussage über den Zusammenhang machen.

Das Alter des Patienten (OR 1,0, 95%-KI 0,9-1,1) scheint keinen Einfluss auf die Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit zu haben.

Tabelle 25: Ablehnungswahrscheinlichkeit aller Variablen

Variable	Ausprägung	OR	KI		p
			unterer Wert	oberer Wert	
Geschlecht	Referenz: männlich	0,6	0,1	4,3	0,64
Alter	kontinuierlich	1,0	0,9	1,1	0,86
Anzahl Diagnose	kontinuierlich	1,6	0,4	3,0	0,32
Vorbehandlungen	kontinuierlich	1,1	0,4	3,0	0,80
Suizidalität	Referenz: keine Suizidversuche bzw. unbekannt	9,6	1,0	91,1	0,05

Sucht	Referenz: keine Suchttendenzen bzw. unbekannt	0,8	0,0	14,4	0,90
Migration	kein Migrationshintergrund	1,0	/	/	/
	Migrationshintergrund	2,3	0,3	19,3	0,43
	unbekannt	0,4	0,0	4,5	0,45
Bildung	(Fach-)Abitur (Referenz)	1,0	/	/	/
	Realschulabschluss	0,2	0,0	3,2	0,26
	Hauptschulabschluss	0,5	0,0	8,3	0,64
	kein Abschluss, unbekannt	0,2	0,0	2,8	0,25
Erwerbstätigkeit	erwerbstätig (Referenz)	1,0	/	/	/
	Hausfrau, Studium, Ausbildung	1,0	0,1	14,8	0,97
	erwerbslos, Erwerbsminderungsrente, unbekannt	2,1	0,3	13,8	0,43
Psychopharmaka	kein Einnahme	1,0	/	/	/
	Einnahme	1,2	0,1	21,0	0,92
	unbekannt	1,2	0,1	13,5	0,89
Antragsart	Erstantrag KZT	1,0	/	/	/
	Erstantrag LZT	0,1	0,0	0,7	0,02
	Fortführungs- / Umwandlungsantrag LZT	0,1	0,0	0,8	0,03

Multivariate logistische Regression zur Darstellung des Einflusses aller Variablen auf die Ablehnungswahrscheinlichkeit; OR= Odds Ratio, KI= Konfidenzintervall

5. Wissenschaftliche Diskussion

5.1 Diskussion der Methodik

Betrachtet man sich die Stichprobenszusammensetzung, so scheint es, als würden Frauen mit einem Anteil von 76% deutlich häufiger Psychotherapie in Anspruch nehmen. Dies deckt sich mit der Zusammensetzung diverser Patientenkollektive aus bisher durchgeführten Studien zum Thema Psychotherapie von Albani oder auch Lieberz und Seiffge mit je einem Frauenanteil von 75% (Albani et al., 2009) (Lieberz und Seiffge, 2011). Bzgl. der Altersverteilung zeigt sich eine annähernde Normalverteilung, der Mittelwert von 41 Jahren entsprach in etwa dem der Studie von Lieberz und Seiffge mit 44 Jahren, womit in beiden Studien der überwiegende Teil der Patienten im berufsfähigen Alter anzusehen ist. Jedoch waren nur sehr wenige Patienten in der vorliegenden Stichprobe älter als 65 Jahren (im Vergleich zur Normalbevölkerung). Es scheint, als seien Menschen über 65 Jahren in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unterrepräsentiert, und somit möglicherweise auch unterversorgt. Mögliche Defizite in diesem Bereich sah auch Albani in ihrer Studie zur Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie in Deutschland (Albani et al., 2009).

Da sich psychische Erkrankungen gleichmäßig über alle Altersstrukturen verteilen, wäre zu hinterfragen, warum ältere Menschen seltener Psychotherapie in Anspruch nehmen. Laut Ergebnis dieser Studie kann das Alter nicht als Nichtbefürwortungsgrund herangezogen werden, daher müssten (ggf. in einer neuen Studie) andere Gründe hierfür gesucht werden. Vorstellbar wäre, dass es in der älteren Bevölkerung anhaltende Vorurteile gegenüber Psychotherapie bzw. psychischen Erkrankungen gibt bzw. diese stigmatisiert werden und daher mit Schamgefühlen besetzt sind. Auch könnte die Multimorbidität älterer Menschen aufgrund der Komplexität gegen eine ambulante Therapie sprechen, dieses Patientenklientel wäre dann eher im stationären Setting zu finden.

Der überdurchschnittliche hohe Bildungsstand im Patientenkollektiv (verglichen zur Normalbevölkerung) stimmt zwar mit Lieberz und Seiffge überein, da diese mit 40% Abituranteil ein über dem allgemein statistischen Durchschnitt liegendes Bildungsniveau aufzeigen konnten (Lieberz und Seiffge, 2011). Der Tatsache, dass Psychotherapie v.a. von gebildeteren Menschen in Anspruch genommen wird, scheint

Albani auf den ersten Blick zu widersprechen, denn laut ihrer Studie gab es keine Hinweise auf überdurchschnittlich häufig höhere Bildungsabschlüsse bei Psychotherapiepatienten (Albani et al., 2009).

Sowohl bei Lieberz und Seiffge als auch in dem vorliegenden Patientenkollektiv ist ein höheres Bildungsniveau anzutreffen, es wurden Anträge vor dem Gutachterverfahren untersucht. Bei Albani, die nur Patienten einschloss, deren Anträge auf Kostenübernahme bereits genehmigt waren, liegt ein niedrigeres Bildungsniveau vor. Hätte man sich jedoch das Bildungsniveau ihrer Patienten vor dem Gutachterverfahren ansehen können, hätte man vielleicht auf eine ebenfalls überdurchschnittlich große Anzahl an Patienten mit hohen Bildungsabschlüssen treffen können. Daher sind die Stichprobenzusammensetzungen in den drei Studien nur bedingt vergleichbar, da sowohl bei Lieberz und Seiffge als auch in der vorliegenden Studie Anträge vor dem Gutachterverfahren herangezogen wurden, bei Albani nur schon befürwortete Anträge nach dem Gutachterverfahren.

Die Stichprobenzusammensetzung der Anträge erfolgte zwar zufällig, jedoch wurden nur Anträge aus vier verschiedenen Zeiträumen ausgewählt. So wäre es bei der Stichprobengröße von N=500 durchaus machbar gewesen, die Zeiträume besser zu verteilen. Dies ist jedoch aus ökonomischen und pragmatischen Gründen nicht erfolgt. Auch hätte man im Vorfeld einschneidende Änderungen im Antragsverfahren (z.B. Zulassung von nicht-abstinenten Suchtpatienten 2011) bedenken müssen.

Bzgl. der erstellten Datenextraktionsbögen muss bedacht werden, dass diese nicht nur für diese Studie erstellt wurden, sondern dem ganzen Projekt zur Erfassung aller relevanter Daten dienen sollte. Somit wurden die Bögen nicht speziell auf die Fragestellung der Nichtgefürwortungsgründe bzw. –prädiktoren zugeschnitten. Es wären hier im Vorfeld ggf. Änderungen oder Erweiterungen nötig gewesen um weitere mögliche Ablehnungsgründe erfassen zu können, bzw. die in der Studie untersuchten genauer spezifizieren zu können (z.B. Alter der Kinder bei Ablehnung). Auch hätte man den Schweregrad der Erkrankung oder das Funktionsniveau (ggf. in einem eigenen Extraktionsbogen) aufnehmen können, so wie es Lieberz und Seiffge in ihrer Studie erfasst haben (Lieberz und Seiffge, 2011). Dies hätte jedoch den Rahmen dieser Arbeit bei weitem überschritten, hier wäre ein möglicher Ansatzpunkt für weiterführende Untersuchungen.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Zusammenfassend haben die Ergebnisse dieser Studie gezeigt, dass es zwischen der Nichtbefürwortung von Anträgen auf Kostenübernahme für Psychotherapie und den hier untersuchten Prädiktoren nur wenige statistisch signifikante Zusammenhänge gibt. Es lassen sich jedoch Variablen benennen, die mit einer erhöhten Nichtbefürwortungsquote einhergehen. Hier wären beispielsweise Anträge auf Kurzzeittherapien, Suizidalität oder Migrationshintergrund zu nennen.

Versucht man die einzelnen hier untersuchten Nichtbefürwortungsgründe zu kategorisieren, so lassen sich Gründe seitens des Patienten, des Therapeuten und des Gutachters finden, die zu einer Nichtbefürwortung führen können.

5.2.1 Vom Gutachter genannte Nichtbefürwortungsgründe

Betrachtet man sich die vom Gutachter genannten Nichtbefürwortungsgründe, so fällt auf, dass die Wahl des Therapieverfahrens bzw. des methodischen Vorgehens eine wichtige Rolle zu spielen scheint. In der vorliegenden Stichprobe wurde dies bei allen zehn nicht befürworteten Anträgen als Grund genannt. Dies deckt sich mit Ergebnissen der Studie von Lieberz und Seiffge „Obergutachten bei den psychodynamischen Verfahren – ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Richtlinien-Psychotherapie. Ergebnisse aus dem MARS-Projekt“. Auch hier wurde in 84% der Fälle der Behandlungsplan und somit das methodische Vorgehen in Frage gestellt (Lieberz und Seiffge, 2011). Es lässt sich daher sagen, dass der Wahl des Therapieverfahrens und somit dem methodischen Vorgehen für eine mögliche Nichtbefürwortung eine Schlüsselrolle zukommt. Ist aus Sicht des Gutachters das falsche Verfahren gewählt worden oder lässt sich ein möglicher Behandlungserfolg nur in unzureichendem Maße oder gar überhaupt nicht absehen, ist fast immer mit einer Nichtbefürwortung zu rechnen.

In sieben der nicht befürworteten Berichte (entspricht 70%) sei die aktuell wirksame Psychodynamik nicht ausreichend erkennbar gewesen, dem gegenüber stehen 41% der Fälle bei Lieberz und Seiffge (Lieberz und Seiffge, 2011). Es lässt sich feststellen, dass in fast jedem zweiten nicht befürworteten Antrag Angaben zur Psychodynamik bemängelt wurden.

Jedoch kann davon ausgegangen werden, dass Psychotherapeuten schon vor Antragsstellung Patienten mit Störungsbildern außerhalb des Indikationsbereichs „aussortieren“, und es bei diesen nur selten zu einem Antrag auf Kostenübernahme kommt. Denn in nur zwei der abgelehnten Anträge (20%) wurde dies als Grund genannt. Es deckt sich mit 14% der Fälle, in denen Gutachter Vorbehalte hinsichtlich der Indikationsstellung bei Lieberz und Seiffge hatten (Lieberz und Seiffge, 2011).

Dazu passen Ergebnisse aus einer von Rudolf et al. durchgeführten Studie „Wie urteilen Psychotherapiegutachter“, die anhand einer ‚Gutachtenkriterienliste‘ die wichtigsten Entscheidungskriterien der Gutachter herausarbeiteten. Auch hier zeigte sich, dass u.a. Psychodynamik, Stimmigkeit des Verfahrens, Wirtschaftlichkeit sowie die Prognose der Behandlung mit einer hohen Trennschärfe bzgl. einer Befürwortung oder Nichtbefürwortung verbunden sind, und somit eine hohe Korrelation zwischen den einzelnen Kriterien und der gutachterlichen Entscheidung aufweist (Rudolf et al., 2002).

Laut deren Ergebnissen kommt es beim Fehlen von mehr als drei der von ihnen genannten Kriterien zu einer Nichtbefürwortung des Antrags auf Kostenübernahme. Daher könnte ein Ansatzpunkt für weiterführende Studien sein, die in der vorliegenden Stichprobe nicht befürworteten Anträge hinsichtlich der von Rudolf et al. erstellten Gutachtenkriterienliste zu bewerten und zu schauen, ob dies mit der Nichtbefürwortung korreliert bzw. ob die Liste dann sogar als prognostisches Instrument genutzt werden könnte.

Zusätzlich waren in der vorliegenden Stichprobe in 80% der nicht befürworteten Anträge weiterführende Gründe (über die offiziellen hinaus) für eine Nichtbefürwortung des Antrags auf Kostenübernahme gegeben. Diese wurden in Form eines kleinen Berichts dem Psychotherapeuten, und somit auch dem antragsstellenden Patienten, mitgeteilt. Dies kann zum einen dem Therapeuten helfen, die genannten Gründe des Gutachters nachzuvollziehen, um diese dann zur Überarbeitung des Berichts bzw. als Reflexion für weitere Berichte nutzen zu können. Zum anderen kann es als Hilfe in einem möglichen anschließenden Obergutachterverfahren dienen. Mögliche Fehler im Antrag können behoben oder inhaltlich nachgebessert werden und somit die Chance auf eine Befürwortung im Obergutachterverfahren verbessert werden. Dies passt zu statistischen Auswertungen, dass nur ca. 25% der Anträge auf Kostenübernahme in einem Obergutachterverfahren letztendlich abgelehnt werden (Lieberz und Seiffge,

2011). Es gehen zwar nur ca. ein Drittel der im Gutachterverfahren abgelehnten Anträge in ein Obergutachterverfahren, jedoch kann dann davon ausgegangen werden, dass diese Anträge deutlich nachgebessert wurden. Außerdem lässt es den Rückschluss zu, dass ca. ein Viertel der Patienten, deren Anträge zuerst abgelehnt wurden, doch einen Anspruch auf Kostenübernahme haben, nur dass deren Bericht zu sehr mit Mängeln behaftet oder zu ungenau verfasst wurde.

Dem anschließen würde sich die Frage, wie hoch die Zahl derer ist, die nicht ins Obergutachterverfahren gehen, trotz einer möglichen Indikation für Kostenübernahme? Wie viele Patienten fallen durchs Raster? Die Anzahl derer kann nicht hoch sein, jedoch sind es immer Einzelschicksale, die nicht von einer Psychotherapie profitieren können.

5.2.2 Patientenbezogene Prädiktoren

5.2.2.1 Soziodemographische Einflüsse

Betrachtet man zuerst den Einfluss von soziodemographischen Aspekten auf eine mögliche Nichtbefürwortung hin, so ließen sich hier kaum Zusammenhänge feststellen. Es kann daher nicht davon ausgegangen werden, dass es zu einer Geschlechterbevorzugung kommt, was in der heutigen Gesellschaft im Rahmen von Genderdiskussionen und Frauenquoten erwähnenswert ist. Auch gibt es keinen Zusammenhang zwischen der Nichtbefürwortungsquote bzw. –wahrscheinlichkeit und dem Alter des Antragsstellers, jedoch sind Menschen über 65 Jahren unterrepräsentiert, dies ist aber unabhängig hinsichtlich der Nichtbefürwortungsquote zu betrachten (siehe Diskussion Patientenkollektiv). Gesamtgesellschaftlich positiv zu bewerten ist, dass es nicht zu einem Ausschluss von Altersgruppen kommt.

Es zeigte sich in der Studie nicht, dass das Vorhandensein von Kindern protektiv gegenüber einer Nichtbefürwortung sei bzw. Patienten mit Kindern weniger häufig von Nichtbefürwortungen betroffen seien. Zu diesem Ergebnis kamen nämlich Lieberz und Seiffge, die herausfanden, dass Patienten im Obergutachterverfahren statistisch signifikant häufiger kinderlos waren (Lieberz und Seiffge, 2011). Als Grund hierfür wäre vorstellbar, dass Gutachter beim Vorhandensein von Kindern Gnade walten lassen und eher einen Antrag befürworten. Vielleicht einerseits, um den Kindern etwas Gutes

zu tun, indem dem Elternteil geholfen wird und es dann seiner Fürsorgepflicht besser nachkommen kann. Oder andererseits, weil die betroffene Person vom Funktionsniveau her noch relativ gut ist, da sie sich um im Haushalt lebende Kinder kümmern muss, und somit die ambulante Behandlung der stationären vorzuziehen ist. Um dies besser darstellen zu können, hätte man sowohl das Alter der Kinder als auch die häusliche Situation in den Datenextraktionsbögen aufnehmen und erfassen müssen. So wäre hier ein möglicher Ansatzpunkt für weitere Studien, den Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Kinder und dem Zustandekommen von Psychotherapie, der Nichtbefürwortungshäufigkeit (gestaffelt nach Alter der Kinder) und deren Rolle im Therapieprozess zu untersuchen.

Betrachtet man sich die Erwerbstätigkeit, so fällt auf, dass eine aktuelle Erwerbslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit (z.B. durch Erhalt von Erwerbsminderungsrente gekennzeichnet) mit einer erhöhten Nichtbefürwortungsquote sowie Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit einhergeht. Dies deckt sich mit Ergebnissen von Lieberz und Seiffge die aufzeigten, dass Patienten der Obergutachtergruppe signifikant häufiger arbeitsunfähig waren (Lieberz und Seiffge, 2011). Aufgrund der vorgenommenen Gruppenzuordnung kann in der vorliegenden Studie nicht zwischen „Erwerbslosigkeit“ und „Arbeitsunfähigkeit“ unterschieden werden. Dies wäre jedoch interessant, da in den meisten Fällen einer Arbeitsunfähigkeit von einer psychischen Ursache hierfür ausgegangen werden kann. Somit wären diese Patienten von ihrer Erkrankung umso schwerer betroffen, die Symptome der Erkrankung, die dadurch bedingte Arbeitsunfähigkeit, finanzielle Einbußen und dann obendrein einen erschwerten Zugang zu Psychotherapie (verbunden mit der höheren Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit).

Aus diesen Ergebnissen schlussfolgernd könnte man annehmen, dass die höhere Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit bei erwerbslosen (und arbeitsunfähigen) Patienten mit einem niedrigen Bildungsabschluss einhergeht. Doch zeigte sich in dieser Studie ein konträres Bild, Anträge von Patienten mit niedrigem Bildungsstand schienen eher befürwortet zu werden als Anträge von Patienten mit Abitur als höchstem Schulabschluss.

Betrachtet man sich die Nichtbefürwortungsgründe der Anträge von Patienten mit höheren Bildungsabschlüsse (Abitur), so fallen folgende Gründe auf: die genannte Symptomatik habe keinen Krankheitswert bzw. die Patientin lehne analytische

Therapie ab, sie wollte eine „beliebige andere Therapie“. Daraus könnten man schlussfolgern, Gründe für die erhöhte Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit bei höherem Bildungsstand sind, dass es gebildetere Patienten gibt, die zur Selbstfindung eine Psychotherapie in Anspruch nehmen wollen, doch deren Probleme keinen Krankheitswert im Sinne der Psychotherapierichtlinie haben. Auch wäre anzunehmen, dass diese Patienten nach zuvor durchgeführten Recherchen (z.B. im Internet, Literatur) mit speziellen Vorstellungen und einem konkreten Plan bzgl. Ihrer Therapie in die Praxis kommen, und sie dann Therapieformen bevorzugen, die nicht richtlinienkonform sind. Dies könnten mögliche Gründe für eine erhöhte Nichtbefürwortungsquote bei Anträgen auf Kostenübernahme von gebildeteren Patienten sein.

Weiterhin zeigte sich bei den Ergebnissen, dass Anträge von Patienten mit Migrationshintergrund (entweder selbst oder Eltern migriert) von einer erhöhten Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit betroffen sind. Gründe hierfür könnten zum einen die mögliche Sprachbarriere betreffen, verbunden mit der Annahme einer schlechten Prognose, da der Patient nicht ausreichend von Psychotherapie aufgrund der Verständigungsprobleme profitieren würde. Auch denkbar wäre, dass z.B. geflüchtete Patienten so schwer erkrankt sind (z.B. PTBS, Angsterkrankungen, Depressionen), ggf. auch multimorbid, dass für sie eine ambulante Behandlung nicht ausreichend erscheint und ein stationäres Setting gewählt werden müsste. Aber genau deshalb wäre es wichtig, dass Strukturen angepasst werden, mehr Therapieplätze für diese Patientengruppe geschaffen werden und dass Psychotherapie in deren Muttersprache (ggf. mit Dolmetscher) angeboten werden kann. Denn gerade diese Patienten könnten von einer Therapie profitieren und der Prozess der Integration könnte dadurch positiv beeinflusst werden.

5.2.2.2 Krankheitsbezogene Einflüsse

Es wäre die Frage zu klären, welches Patienten Klientel eher von Nichtbefürwortungen betroffen ist in Bezug auf Krankheitsgeschichte, Symptomen oder Schweregrad der Erkrankung. Doch da gerade der Schweregrad der Erkrankung nur schwer messbar bzw. objektivierbar ist, werden im Folgenden einzelne Variablen dafür herangezogen, um so zu einem Gesamteindruck zu gelangen.

Betrachtet man sich den Einfluss von krankheitsbezogenen Aspekten, so lassen sich hier einige Variablen benennen, die mit einer erhöhten Nichtbefürwortungsquote sowie Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit einhergehen.

Je mehr Diagnosen (hier nur „F-Diagnosen“) ein Patient hat, desto höher war dessen Wahrscheinlichkeit für eine Nichtbefürwortung des Antrags auf Kostenübernahme. Dies zeigten auch Lieberz und Seiffge in ihrer Studie, die herausfanden, dass Patienten im Obergutachterverfahren häufiger komorbide (mehr als drei Diagnosen) sowie komplexer erkrankt (zusätzliche somatische Diagnosen) waren (Lieberz und Seiffge, 2011). Sie konnten jedoch keine Diagnosegruppen nennen, die signifikant häufiger von Nichtbefürwortungen betroffen seien. So hätte aber im Obergutachterverfahren eine F6-Diagnose (Persönlichkeitsstörungen) sehr häufig noch ergänzt werden müssen. Dies könnte den Rückschluss zulassen, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (ggf. auch ohne Diagnosenennung) häufiger von Nichtbefürwortungen betroffen sind. Um dies bestätigen zu können bzw. um herauszufinden, ob es Diagnosegruppen gibt die häufiger von Nichtbefürwortungen betroffen sind, hätte man die Nichtbefürwortungshäufigkeit den einzelnen Diagnosegruppen gegenüberstellen müssen. Jedoch wäre hier die Fallzahl der Studie (bzw. der Nichtbefürwortungen) zu niedrig um signifikante Ergebnisse erwarten zu können.

Es ließ sich in der vorliegenden Studie nicht letztendlich bestätigen, dass bereits durchgeführte Therapien (sei es ambulant oder stationär) die Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit erhöhen. Jedoch waren (nicht signifikante) Tendenzen in diese Richtung beobachten. Dies würde zu Ergebnissen von Lieberz und Seiffge passen, die herausfanden, dass Patienten im Obergutachterverfahren signifikant häufiger vorbehandelt waren (Lieberz und Seiffge, 2011).

Weiterhin konnte sowohl in der vorliegenden Studie als auch bei Lieberz und Seiffge festgestellt werden, dass Anträge von Patienten mit Suizidalität bzw. Suizidversuchen signifikant häufiger nicht befürwortet werden (Lieberz und Seiffge, 2011). Grund hierfür ist wahrscheinlich, dass akute Suizidalität (bei fehlender Absprachefähigkeit oder Krankheitseinsicht) ambulant nicht abgefangen werden kann und sich diese Patienten ins stationäre Setting, ggf. sogar auf eine geschützte Station, begeben müssen. So

würde der Therapeut auf eine stationäre Behandlung drängen bzw. eine Aufnahme veranlassen, im Zweifel auch gegen den Willen des Patienten.

Limitation ist hier, dass Suizidalität nicht in allen Berichten abgefragt bzw. notiert wurde. Es scheint, dass dies oftmals nur bei denen Patienten erwähnt wurde, bei denen Suizidalität auch Thema ist oder war. Patienten, bei denen Suizidalität nie eine Rolle spielte, blieb die im psychopathologische Befund oft unerwähnt. So ist von einer Dunkelziffer an Patienten auszugehen, die in der Vergangenheit Suizidgedanken hatten, bei denen aber in der jetzigen Therapie andere Themen im Vordergrund stehen.

Es ließ sich in der vorliegenden Studie nicht aufzeigen, dass Suchttendenzen zu einer erhöhten Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit führen. Dem gegenüber stehen Ergebnisse von Lieberz und Seiffge, die häufiger Suchttendenzen in der Anamnese von Patienten im Obergutachterverfahren fanden (Lieberz und Seiffge, 2011). In kritischer Reflexion der eigenen Ergebnisse, sollte in Betracht gezogen werden, dass in den meisten Berichten nur eine unzureichende Suchtanamnese seitens des Therapeuten gemacht bzw. dokumentiert wurde. So könnte es also durchaus sein, dass bei höherer Fallzahl und genaueren Angaben hierzu ebenso die Tendenz festgestellt werden könnte, dass Sucht mit einer erhöhten Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit einhergeht.

Zusätzlich würden laut Hannich et al. Patienten mit Suchterkrankungen überdurchschnittlich häufig von Therapeuten ab- oder weiterverwiesen, sodass diesen Patienten die Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie erschwert ist (Hannich et al., 2019). Somit wäre diese Patientengruppe sogar doppelt belastet, zum einen durch einen erschwerten Zugang zu Psychotherapie, zum anderen durch eine höhere Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit des Antrags auf Kostenübernahme. Gründe für die Benachteiligung von Suchtpatienten könnte sein, dass Suchterkrankungen mit einem hohen Rückfallrisiko verbunden sind, die Prognose daher im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen eher schwach, und aufgrund der schlechteren Prognose eher abgelehnt werden. Auch wäre es denkbar, dass Gutachter bei Patienten, die bei Antragsstellung weiterhin Suchtverhalten zeigen, keine ausreichende Stabilität sehen, um eine ambulante Therapie durchzuführen.

Außerdem muss erwähnt werden, dass Patienten, die noch nicht abstinent sind, erst nach einem Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses 2011 zur

Psychotherapie zugelassen werden. Da von den 500 Anträgen in der Stichprobe 400 aus den Jahren vor 2011 stammen, kann dies ein Grund für die erhöhte Ablehnungsquote sein. Daran anschließend könnte auch nach 2011 noch eine erhöhte Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit für Suchtpatienten vorliegen, weil sich dieser Grundsatz (vielleicht auch unbewusst) in den Köpfen hält und sich dann in den Gutachterentscheidungen widerspiegeln könnte.

Fasst man zusammen, so lässt sich feststellen, dass fast alle hier genannten Aspekte mit einer erhöhten Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit einhergehen. Nimmt man die aufgeführten Aspekte als Parameter für den Schweregrad der Erkrankung, so lässt dies die Erkenntnis zu, dass schwerer erkrankte Patienten häufiger von Nichtbefürwortungen betroffen sind. Um dieser Vermutung Nachdruck zu verleihen, wäre es sinnvoll in einer weiterführenden Studie die Schwere der Erkrankung mit Hilfe von objektivierbaren Instrumenten (z.B. Beeinträchtigungs-Schwere-Score) darzustellen und dann der Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit gegenüberzustellen.

Doch was sind Gründe, dass Anträge von schwerer erkrankten Patienten mit einer erhöhten Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit einhergehen? Lieberz und Seiffge beschrieben es in ihrer Arbeit als ein „Zweifeln an der Entwicklungsfähigkeit“ des Patienten seitens des Gutachters (Lieberz und Seiffge, 2011). So könnten z.B. viele Vorbehandlungen als ein Indiz gesehen werden, dass keine Linderung der Symptome oder des subjektiven Krankheitsempfindens möglich scheint (oder nur unter Aufbringung immenser Ressourcen). Hierunter wären dann auch Suizidalität, Suchttendenzen oder die Komplexität des Krankheitsbildes (anhand der Diagnosenanzahl) zu subsumieren. Alle genannten Aspekte könnten beim Gutachter Zweifel an der Entwicklungsfähigkeit des Patienten aufkommen lassen und somit auch an der Prognose. Hier kämen dann auch zweckmäßige und wirtschaftliche Überlegungen zum Tragen: Lohnt sich diese Therapie überhaupt? Sind die Ressourcen für eine Therapie (finanziell, Therapieplatz etc.) vorhanden?

An dieser Stelle lässt sich dann ein Bogen zu den vom Gutachter genannten Nichtbefürwortungsgründen spannen, denn vorangegangene Überlegungen werden bestätigen: Bei allen nicht befürworteten Anträgen in der vorliegenden Studie wurde als Grund genannt, dass das „Therapieverfahren bzw. das methodische Vorgehen

einen Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten lässt (unwirtschaftlich, unzweckmäßig)“.

Somit scheint sich die Prognose als ein sehr wichtiges Entscheidungskriterium bei den Gutachtern zu bestätigen. Da diese bei schwerer erkrankten Patienten schlechter ist, führt dies zu einer höheren Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit. Somit scheint es, als seien leider gerade die Patienten von einer Nichtbefürwortung betroffen, die eine Therapie besonders benötigen. Es ist zu hoffen, dass diese dann den Weg in die stationäre Behandlung finden.

5.2.3 Therapeutenbezogene Prädiktoren

Im Folgenden soll auf Gründe eingegangen werden, die von Seiten des Therapeuten ausgehen und zu einer Nichtbefürwortung führen können, da auch der Therapeut in den Prozess der Antragsstellung involviert ist und diesen mit seiner Kompetenz maßgeblich beeinflussen kann, zum einen mit dem Verfassen des Berichts an den Gutachter, zum anderen mit der Wahl des Therapieverfahrens bzw. des methodischen Vorgehens.

So wäre es denkbar, dass es einen Unterschied macht, welches Therapieverfahren beantragt wird, sei es tiefenpsychologisch oder analytisch orientierte Psychotherapie. Es zeigte sich in den Ergebnissen nicht, da die Nichtbefürwortungsquote nicht hinsichtlich der Verfahren differierte.

Dies passt zu Ergebnissen von Rudolf et al. aus ihrer Studie „Wie urteilen Psychotherapiegutachter?“, die ebenso herausstellten, dass beide Verfahren gleich häufig bewilligt werden. Einziger Unterschied sei, dass TP-Anträge im Vergleich zu AP-Anträgen viermal häufiger mit Bedenken bewilligt würden, was jedoch im Endergebnis (der Bewilligung) keinen Unterschied mache (Rudolf et al., 2002). Da mögliche Vorbehalte eines Gutachters oder eine eingeschränkte Bewilligung (mit reduzierter Stundenzahl) in der vorliegenden Arbeit nicht untersucht wurden, da nur zwischen Annahme und Ablehnung des Antrags unterschieden wurde, kann dies weder bestätigt noch widerlegt werden. Auch hier wäre ein möglicher Ansatzpunkt für weiterführende Studien gegeben.

Betrachtet man sich nun die Nichtbefürwortungsquoten hinsichtlich der Antragsart, so ist die hohe Nichtbefürwortungsquote von Erstanträgen für eine Kurzzeittherapie

auffallend (9%). Auch geht dies mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit einer Nichtbefürwortung im Vergleich zu Anträgen für eine Langzeittherapie (Erst-, Fortführungs- oder Umwandlungsanträge) einher. Als Grund hierfür wäre vorstellbar, dass Gutachter Erstanträge besonders genau prüfen, weil es meist der erste Kontakt eines Patienten mit dem Gutachterverfahren ist und somit zuvor noch keine Prüfung stattgefunden hat (im Vergleich zu einem Umwandlungs- oder Fortführungsantrag). Im Gegensatz zu einem Erstantrag auf Langzeittherapie, soll ein Antrag auf Kurzzeittherapie hinsichtlich der Länge des Berichts deutlich kürzer sein. Deshalb wäre denkbar, dass es für einen Therapeuten deutlich schwieriger sein dürfte, einen Gutachter auf ein bis zwei Seiten zu überzeugen, denn auf bis zu drei Seiten (in einem Langzeittherapieantrag). Ggf. ist es dem Therapeuten nicht gelungen, wichtige Informationen in den kurzen Bericht zu packen oder den Patienten entsprechend darzustellen.

Daran anschließend zeigte sich jedoch keine Auffälligkeiten in der Nichtbefürwortungsquote in Bezug zur Länge des Berichts an den Gutachter (anhand der Seitenanzahl). Jedoch ist dieses Ergebnis nur bedingt aussagekräftig, da in der Untersuchung nicht nach Antragsart unterschieden wurde. Geeigneter wäre eine getrennte Analyse nach Art des Antrags gewesen, da sich die Seitenzahl hinsichtlich der Antragsart stark unterscheidet: Erstanträge mit einer Seitenlänge von 1-2 Seiten, Langzeitanträgen max. drei Seiten, und Umwandlungs- sowie Fortführungsanträgen mit meist nur 1-2 Seiten. So wäre hier nämlich vorstellbar, dass sowohl zu kurze (fehlende Informationen), als auch viel zu lange Anträge mit einer erhöhten Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit einhergehen.

Daher könnte eine Analyse von Anträgen nach der Psychotherapiereform 2017 interessant sein, da seither für Kurzzeittherapien in der Regel kein Bericht mehr für einen Antrag auf Kostenübernahme geschrieben werden muss. Auch wäre die Frage, ob dadurch die Ablehnungsquote gegen null geht, da nun einzig die Krankenkassen über Annahme entscheiden. Zusätzlich wurde die Seitenlänge des Berichts an den Gutachter auf max. zwei Seiten reduziert, was es für den Therapeuten schwierig machen könnte, alle relevanten Informationen unterzubringen. Es wäre daher vorstellbar, dass es nun vermehrt zu Nichtbefürwortung von Erstanträgen auf LZT kommt, da es den Therapeuten mit weniger Worten schwerer fallen könnte, den Gutachter von der Indikation oder einer positiven Prognose zu überzeugen.

Es zeigte sich hinsichtlich der beruflichen Qualifikationen des Therapeuten (ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut) kein Unterschied hinsichtlich der Nichtbefürwortungsquote. Die Fähigkeit, einen ausdrucksstarken Bericht an den Gutachter verfassen zu können, scheint hier von größerer Relevanz als die berufliche oder therapeutische Qualifikation. Dies würde die These einiger Kritiker am Gutachterverfahren stützen, dass es mehr auf das Formulierungsgeschick jedes einzelnen Therapeuten (unabhängig seiner beruflichen Ausbildung) ankommt (Bühning, 2002). Dem anschließen würde sich die Frage, ob Therapeuten gelernt haben, was ein Gutachter lesen möchte bzw. was zu einer Annahme des Antrags führt und es müsste dann in Frage gestellt werden, ob der Therapeut in der Praxis wirklich die von ihm im Antrag aufgeführten Methoden anwendet (Bühning, 2000). Doch diese Fragen abschließend zu beantworten, hätte zum einen den Rahmen dieser Arbeit bei weitem übertroffen, zum anderen hätte es auch eines anderen methodischen Vorgehens bedarf.

5.2.4 Gutachterbezogene Prädiktoren

Als Limitation dieser Studie ist anzusehen, dass alle vorliegenden Anträge auf Psychotherapie nur von einer Gutachterin bewertet wurden, und somit die hier aufgezeigten Ergebnisse stark von deren Vorstellungen und Ansichten abhängig sind. So fällt auf, dass die Nichtbefürwortungsquote von 2% in dieser Studie unter dem Bundesdurchschnitt von 3-4% liegt. Man könnte zwar annehmen, dass diese Gutachterin eher milde in ihrer Begutachtung sei, doch ist der Prozess der Begutachtung meist vielschichtiger. Es sind von Gutachter zu Gutachter unterschiedliche Handhabungen von zu bemängelnden Berichten bekannt. Viele Gutachter versuchen eine tragfähige Lösung für den Patienten zu finden, in dem sie in regem Austausch mit dem Therapeuten stehen. Dies kann auch über hier genannten Gutachterin belegt werden, da in den Anträgen immer wieder schriftliche Rückfragen an den Therapeuten oder Verbesserungswünsche zu finden waren. Es scheint daher so, als habe sie Nichtbefürwortungen im Sinne des Patienten durch vorherige Kommunikation verhindern wollen.

Jedoch kann nicht davon ausgegangen werden, dass ihre Entscheidungsfindung alleine auf Willkür oder guten Absichten beruht. Denn so wurde sowohl von Vogel und Meng als auch von Rudolf et al. belegt, dass die Übereinstimmungswahrscheinlichkeit zwischen Gutachtern hoch ist (Vogel und Meng, 2007) (Rudolf et al., 2002). Das lässt den Rückschluss zu, dass andere Gutachter bei der Beurteilung der in der Studie eingeschlossenen Anträge mit hoher Wahrscheinlichkeit die gleichen Anträge nicht befürwortet oder zumindest mit reduzierter Stundenzahl befürwortet hätten.

Doch können nichtsdestotrotz persönliche Präferenzen der Gutachterin nicht ausgeschlossen werden. Es ist menschlich, dass jeder Gutachter, der auch Therapeut ist, eine Vorliebe oder besonderes Verständnis für eine bestimmte Patientenklientel hat. Und dies kann, wenn vielleicht auch unbewusst, die Einschätzung des Gutachters und somit die Nichtbefürwortungsquote beeinflussen.

5.3 Fazit

Als Hauptfazit dieser Studie lässt sich sagen, dass hinsichtlich soziodemographischer Aspekte bei der Nichtbefürwortungsquote bzw. Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit kaum Unterschiede gefunden wurden. Geschlecht und Alter des Patienten spielen hier keine Rolle, lediglich scheinen ein hoher Bildungsstand und Migrationshintergrund die Ablehnungswahrscheinlichkeit zu erhöhen.

Jedoch scheint es, als würden v.a. Anträge von schwerer erkrankten Patienten häufiger nicht befürwortet, da sowohl Suizidalität, als auch viele Diagnosen mit einer erhöhten Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit einhergehen.

Dies müsste jedoch zum einen in weiterführenden Studien untermauert werden, indem die Schwere der Erkrankung messbar gemacht (anhand von objektiven Skalen) und dann der Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit gegenübergestellt wird. Zum anderen sollte geprüft werden, ob die Patienten in den nicht befürworteten Anträgen nicht „zu schwer“ erkrankt sind, um von ambulanter Therapie zu profitieren. So ist die Nichtbefürwortung vielleicht als Hinweis zu verstehen, dass zu große Ressourcen in der ambulanten Betreuung nötig wären, um den Patienten zu therapieren und daher erst ein stationärer Aufenthalt zur Stabilisierung nötig ist.

Da sich in der Studie zeigte, dass sowohl ältere Menschen über 65 Jahren und Menschen mit Migrationshintergrund einen erschwerten Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung haben bzw. unterversorgt scheinen, sollte hier gehandelt werden.

Zum einen sollte der Zugang zur Psychotherapie für ältere Menschen überdacht werden, zum anderen müssten die Strukturen für Patienten mit Migrationshintergrund angepasst werden. Aufgrund des demographischen Wandels hin zu einer älter werdenden Gesellschaft und zu einem Einwanderungsland muss dem auch in der Psychotherapieversorgung Rechnung getragen werden.

Wünschenswert wäre hier eine Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen, um die Hemmschwelle zur Aufnahme einer Psychotherapie abzubauen, welche v.a. bei älteren Menschen noch vorhanden ist.

Leider konnten in der Studie intrinsische Aspekte (z.B. Motivation des Patienten) nicht der Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit gegenübergestellt werden, dies würde zum einen den Rahmen der Arbeit sprengen, zum anderen, weil dies nur sehr schwer messbar oder objektivierbar ist. Hier wären mögliche Ansatzpunkte für weiteres Forschen, da in der vorliegenden Studie nur quantitative Merkmale in die Analyse miteinbezogen wurden.

Auch wäre interessant herauszufinden, ob die gefundenen Ergebnisse auf andere Gutachter bzw. das gesamte Gutachterkollektiv übertragbar sind oder wie groß der Bias in dieser Studie ist, da nur Anträge einer Gutachterin eingeschlossen wurden. Hierzu könnte man, die gleiche Fragestellung der hiesigen Studie nutzend, Anträge von weiteren Gutachtern auswerten.

6. Zusammenfassung

In bisherigen Studien wurden schwerpunktmäßig Inhalte des Berichts an den Gutachter hinsichtlich einer möglichen Nichtbefürwortung bzw. anschließendes Obergutachterverfahren untersucht. Deshalb lag in dieser Studie der Fokus auf objektivierbaren Gründen für Nichtbefürwortungen von Anträgen auf Kostenübernahme für Psychotherapie und welche Faktoren eine Nichtbefürwortung des Antrags wahrscheinlich machen. Es sollen soziodemographische und krankheitsbezogene Aspekte sowie die vom Gutachter genannten Nichtbefürwortungsgründe untersucht werden.

Aus mehr als 40.0000 vorliegenden Anträgen auf Kostenübernahme von Psychotherapie aus den Jahren 2001 bis 2017 wurden zufällig 500 Anträge gezogen, personenbezogene Daten geschwärzt und die Anträge anonymisiert. Angaben zum Therapeuten, zur Krankenkasse, soziodemographische Daten zum Patienten sowie klinische Daten (Diagnosen, Medikation, Symptomatik inkl. Suizidalität, Vorbehandlungen, Art der Therapie etc.) wurden erhoben und in elektronischer Form gespeichert. Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS 23. Mit Kreuztabellen (Chi-Quadrat-Test) und der multiplen logistischen Regressionsanalyse wurde der Zusammenhang zwischen allen potenziellen Einflussfaktoren und dem Erfüllen der Leistungspflicht untersucht.

Von den N=500 Anträgen wurden n=10 (2%) abgelehnt. Hinsichtlich der Geschlechter- und Altersverteilung zeigten sich keine Unterschiede in der Nichtbefürwortungsquote. Je mehr Diagnosen die Patienten hatten, desto höher war die Wahrscheinlichkeit einer Nichtbefürwortung, allerdings nicht statistisch signifikant (OR 1,6, 95% KI 0,4-3,0). Bei Patienten mit Suizidversuchen zeigte sich eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Nichtbefürwortung des Antrages (OR 9,6, 95% KI 1,0-91,1). Es zeigte sich ebenfalls signifikant, dass die Wahrscheinlichkeit einer Nichtbefürwortung bei Anträgen auf Langzeittherapie, seien es Erstanträge (OR 0,1, 95%-KI 0,0-0,7) oder Fortführungs- bzw. Umwandlungsanträge (OR 0,1, 95%-KI 0,0-0,8) deutlich geringer ist im Vergleich zu Erstanträgen für eine Kurzzeittherapie.

Bei den meisten anderen geprüften Variablen (Medikation, Art der Therapie (d.h. tiefenpsychologische vs. analytische Psychotherapie)) gab es keine Hinweise darauf, dass die Befürwortung der Anträge damit zusammenhängt.

Hinsichtlich soziodemographischer Aspekte waren kaum signifikante Unterschiede in der Nichtbefürwortungsquote der Anträge zu erkennen. Es zeigte sich, dass für die Gutachter die Prognose des Patienten, also ob ein Behandlungserfolg zweckmäßig und wirtschaftlich erreicht werden kann, für die Befürwortung eines Antrags eine entscheidende Rolle zu spielen scheint. So ist anzunehmen, dass die Gutachter bei schwer erkrankten Patienten die Entwicklungsfähigkeit hin zum Behandlungserfolg (z.B. begründet auf bereits durchgeführten Vorbehandlungen, Suizidalität) nicht sehen und somit den Antrag auf Kostenübernahme für Psychotherapie eher nicht befürworten.

Um dies abschließend beweisen zu können wäre eine weiterführende Studie nötig, die den Schweregrad der Erkrankung der Nichtbefürwortungswahrscheinlichkeit gegenüberstellt. Herausforderung wäre dann, die Schwere der Erkrankung anhand von objektiven Parametern zu ermitteln (z.B. mit Hilfe des Beeinträchtigungs-Schwere-Score).

Abschließend lässt sich sagen, dass die Ergebnisse gesamtgesellschaftlich als sehr erfreulich einzustufen sind, da aufgezeigt werden konnte, dass es keine größeren Personengruppen oder Patientenkollektive gibt, die von einem erschwerten Zugang zu Psychotherapie betroffen sind. Auch scheinen Gutachter und Therapeuten engagiert für jeden einzelnen Patienten eine tragfähige Lösung zu finden, um so Psychotherapie für eine möglichst breite Klientel anbieten zu können.

7. Literaturverzeichnis

- ALBANI, C., BLASER, G., GEYER, M., SCHMUTZER, G., GOLDSCHMIDT, S. & BRAHLER, E. 2009. [Who is using outpatient psychotherapy in Germany?]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 59, 281-3.
- AROLT, V., BACKENSTRAS, M. & BATRA, A. 2017. Psychotherapie : Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen. In: HERPERTZ, S., CASPAR, F. & LIEB, K. (eds.) 1. Auflage ed. München.
- BEST, D. L., BARBARA 2018. Fakten zur Psychotherapie - Update 2018. *Psychotherapie Aktuell*, 4.2018, 7-10.
- BOESSMANN, U., JUNGCLAUSSEN, I. 2009. *Bericht abgelehnt - was nun? (Praxis-Ratgeber zu den wichtigsten Ablehnungsgründen mit zahlreichen Antrags-Beispielfällen für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie)*, Deutscher Psychologen Verlag GmbH.
- BÜHRING, P. 2000. Psychotherapie: Leidiges Berichteschreiben. *Deutsches Ärzteblatt*, 97, 2362.
- BÜHRING, P. 2002. Gutachterverfahren: Modifizierung notwendig. *Dtsch Arztebl International*, 1, [440].
- BUNDESÄRZTREGISTER 2018. An der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Berufsgruppen mit ihren Richtlinien-Verfahren Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- BUNDESAUSSCHUSS, G. 2019. *Psychotherapie* [Online]. Available: <https://www.g-ba.de/themen/psychotherapie/> [Accessed 13.08.2019].
- BUNDESPSYCHOTHERAPEUTENKAMMER 2018. Wartezeitenstudie - Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, P. U. N. D. 2018. Dossier psychischer Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunktversorgung
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, P. U. N. D., WISSENSCHAFTLICHER DIENST, STAND: JANUAR 2019. 2019. *Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie* [Online]. Available: https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/933a83524dd5459f46f2d2885ff57a0b69264cef/Factsheet_Psychiatrie.pdf [Accessed 27.02.2019].
- DHL, D. H. E. V. & PRÄVENTION, D. G. F. H. U. 04/2015. *Bluthochdruck in Zahlen* [Online]. Available: https://www.hochdruckliga.de/tl_files/content/dhl/presse/Bluthochdruck-Zahlen-2017-PM.pdf [Accessed 07.12.2019 2019].
- DILLING, H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M.H. 2014. Internationale Klassifikation psychischer Störungen : ICD-10 Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien. In: DILLING, H. (ed.) 9. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2014 ed. Bern.
- FABER, F. R., HAARSTRICK, R. & RÜGER, U. 2017. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 11., aktualisierte und erg. Aufl. auf der Basis der aktuell gültigen Psychotherapie-Richtlinien (Stand Frühjahr 2017) ed. München.
- GRAWE, K. 2000. *Psychologische Therapie*. 2., korrigierte Aufl. ed. Göttingen u.a.
- GROSCHWITZ, R. C., FEGERT, J. M. & PLENER, P. L. 2017. Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. *Psychotherapeut*, 62, 12-17.
- HANNICH, H.-J., BARZ, R. & PEIKERT, G. 2019. Gründe für das Nichtzustandekommen von Psychotherapien. *Psychotherapeut*, 64, 153-158.

- JACOBI, F., HÖFLER, M., STREHLE, J., MACK, S., GERSCHLER, A., SCHOLL, L., BUSCH, M. A., MASKE, U., HAPKE, U., GAEBEL, W., MAIER, W., WAGNER, M., ZIELASEK, J. & WITTCHEM, H.-U. 2014. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 85, 77-87.
- JUNGCLAUSSEN, I. 2012. Handbuch Psychotherapie-Antrag : psychodynamisches Verstehen und effizientes Berichtschreiben in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Stuttgart.
- KALLINKE, D., KOSARZ, P. 2001. Gutachterverfahren in der Psychotherapie: Sinnvoll und verbesserungsfähig. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 98, A 2554.
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG. 11.07.2019. *Infomationen zur Gutachtertätigkeit* [Online]. Available: <https://www.kbv.de/html/26975.php> [Accessed 12.08.2019].
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG. 18.04.2019. *Gutachterverfahren in der Psychotherapie* [Online]. Available: <https://www.kbv.de/html/gutachterverfahren.php> [Accessed 12.08.2019].
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG. 2019a. *Gutachtenstatistik der KBV* [Online]. Available: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/40647.php> [Accessed 18.08.2019].
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG. 2019b. *Psychotherapie - Gutachterverfahren in der Psychotherapie* [Online]. Available: <https://www.kbv.de/html/gutachterverfahren.php> [Accessed 03.03.2019 08.01.2019].
- KÖHLKE, H. U. 1999. *Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie: eine Praxisstudie zu Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit*, Dgvt-Verlag.
- LIEBERZ, K. & SEIFFGE, M. 2011. Obergutachten bei den psychodynamischen Verfahren - ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Richtlinien- Psychotherapie. Ergebnisse aus dem MARS1-Projekt. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 57, 364-376.
- LINDEN, M. M., ROLF; OKON, EBERHARD 2013. Können standardisierte Messverfahren das Gutachterverfahren im Rahmen der ambulanten Psychotherapie verbessern? *Verhaltenstherapie*, 23, 45-50.
- NÜBLING, R., T, B., JESCHKE, K., M, O., SARUBIN, N. & JUERGEN, S. 2014. Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland - Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 13, 389-397.
- PADBERG, F., LMU MÜNCHEN. 2015. *Psychotherapie - Methodenvergleich, Erkenntnisse, S3-Leitlinien-Indikationen-Differentialindikationen* [Online]. Available: https://www.aekbv.de/images/stories/aerzte/Vernetzte_Versorgung/Padberg_Psychotherapie_was_wann_f%C3%BCr_wen_240615final.pdf [Accessed 13.08.2019].
- RUDOLF, G., JAKOBSEN, T. & SCHLÖSSER, A. 2002. Wie urteilen Psychotherapiegutachter? *Psychotherapeut*, 47, 249-253.
- STROTZKA, H. 1969. *Psychotherapie und soziale Sicherheit*, Verlag Hans Huber, Bern.
- STROTZKA, H. 1982. *Psychotherapie und Tiefenpsychologie : ein Kurzlehrbuch*. Wien u.a.
- TECHNIKER KRANKENKASSE. 2011. *Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie - Abschlussbericht 2011-* [Online]. Available: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/TK-Abschlussbericht_Qualitaetsmonitoring-in-der-ambulanten-Psychotherapie.pdf [Accessed 14.01.2020 2020].
- VOGEL, H. & MENG, K. 2007. Beurteilerübereinstimmung von Psychotherapie-Gutachtern. *Psychotherapeut*, 52, 35-40.

8. Anhang

Univariate logistische Regression: Ablehnungswahrscheinlichkeit jeder einzelnen Variablen

Variable	Ausprägung	OR	KI		p
			Unterer Wert	Oberer Wert	
Geschlecht	Referenz: männlich	1,2	0,3	5,8	0,82
Alter	kontinuierlich	1,0	0,9	1,1	0,92
Anzahl Diagnosen	kontinuierlich	1,3	0,7	2,4	0,42
Vorbehandlungen	kontinuierlich	1,2	0,6	2,5	0,56
Suizidalität	Referenz: keine Suizidversuche	3,3	0,7	16,6	0,15
Sucht	Referenz: keine Suchttendenzen	1,0	0,1	7,9	0,97
Migration	Referenz: kein Migrationshintergrund	1,3	0,3	6,4	0,75
Bildung	(Fach-)Abitur (Referenz)	1,0	/	/	/
	Realschulabschluss	0,3	0,0	2,7	0,29
	Hauptschule	0,7	0,1	6,4	0,79
	kein Abschluss, unbekannt	0,4	0,0	3,5	0,42
Erwerbstätigkeit	ja (Referenz)	1,0	/	/	/
	Hausfrau, Studium, Ausbildung	1,8	0,3	10,0	0,51
	erwerbslos, Erwerbsminderungsrente, unbekannt	1,5	0,3	6,7	0,61
Psychopharmaka	Referenz: keine Einnahme	1,1	0,9	1,2	0,52

Antragsart	Erstantrag KZT (Referenz)	1	/	/	/
	Erstantrag LZT	0,1	0,0	0,9	0,04
	Fortführungs- / Umwandlungs-antrag LZT	0,2	0,0	0,8	0,02

*Univariate logistische Regression zur Darstellung des Einflusses jeder einzelnen Variablen auf die Ablehnungswahrscheinlichkeit;
OR= Odds Ratio, KI= Konfidenzintervall*

“Changing Psychodynamics”, IPA Study Case Report Form (CRF) – Teil 1

wenn Dateiname anders als die Chiffre, dann hier eintragen:

id ID Bericht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Chiffre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
id_fo Datenextraktion durch	1 = Luisa Sievers 2 = Julia Janke 3 = Verena Negwer 4 = Lisa Dietsch 5 = Susanne Singer 6 = Lisa-Marie Linn
PTV 2	
a01 Antragsart	1 = Kurzzeittherapie Erstantrag 2 = Kurzzeittherapie erneuter Antrag 3 = Langzeittherapie Erstantrag 4 = Langzeittherapie Umwandlungsantrag 5 = Langzeittherapie Fortführungsantrag 6 = Langzeittherapie nicht näher bezeichnet
a02 Wenn Fortführungsantrag: Welche Nummer?	<input type="checkbox"/>
a03 Wenn kein Erstantrag (d.h. a01=2, 4, 5 oder 6): Datum des Vorgutachtens (diesen Antrag raussuchen und unter gleicher ID dazu ein CRF ausfüllen)	steht unter „Bei Fortführung der Behandlung: Datum der Vorgutachten“ --- / --- / ---
a04 Wenn kein Erstantrag (d.h. a01=2, 4, 5 oder 6): Vorantrag ist bei unseren Dateien vorhanden	0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
Krankenkasse	
b01 Sitz der Krankenkasse (Ort)	bitte als Text hier eintragen, wie im Adressfeld eingetragen
b02 Sitz der Krankenkasse (PLZ)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
TherapeutIn	
c01 Sitz der Praxis (Ort)	bitte als Text hier eintragen, wie im Stempel eingetragen
c02 Sitz der Praxis (PLZ)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c03 Praxis in Ost-/Westdeutschland	0 = Ostdeutschland 1 = Westdeutschland <input type="checkbox"/>
c04 Geschlecht TherapeutIn	0 = männlich 1 = weiblich 9 = unbekannt / nicht eindeutig <input type="checkbox"/>
c05 Berufsgruppe	0 = Arzt / Ärztin 1 = Psychologe / Psychologin 2 = beides 9 = unbekannt / nicht eindeutig <input type="checkbox"/>
PatientIn	

dob Geburtsdatum	Tag / Monat / Jahr <div style="text-align: right;">-- -- / -- -- / -- -- --</div> <div style="text-align: center;">- - -</div>
PTV 1	
ort Wohnort des Patienten (Ort)	bitte als Text hier eintragen, wie im Adressfeld eingetragen
plz Wohnort des Patienten (PLZ)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

PTV 3	
sex Geschlecht	0 = männlich 1 = weiblich 9 = unbekannt / nicht eindeutig <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
age Alter	<input type="text"/> <input type="text"/>
n01 Familienstand	1 = ledig 2 = verheiratet 4 = verwitwet 3 = geschieden 5 = wieder verheiratet 6 = getrennt lebend 9 = unbekannt / nicht eindeutig <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
k00 Kinderzahl	wie eingetragen <div style="text-align: right;"><input type="text"/> <input type="text"/></div>
d10 erlernter Beruf	So wie eingetragen
d11 (zuletzt) ausgeübte Tätigkeit	So wie eingetragen

“Changing Psychodynamics”, IPA Study Case Report Form (CRF) – Teil 2

id ID Bericht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
id_fo Datenextraktion durch	1 = Luisa Sievers 2 = Julia Janke 3 = Verena Negwer 4 = Lisa Dietsch 5 = Susanne Singer 6 = Lisa Linn <input style="float: right;" type="checkbox"/>
PTV 2	
Krankenkasse	
b11 Krankenversicherung	1 = gesetzlich 2 = privat 3 = Beihilfe 4 = sonstiges, nämlich <input style="float: right;" type="checkbox"/>
b12	
b13 wenn gesetzlich:	1 = AOK 2 = DAK 3 = Techniker 4 = Barmer 5 = BKK oder IKK 6 = Knappschaft 7 = andere gesetzliche, nämlich <input style="float: right;" type="checkbox"/>
b14	
b15 wenn privat	1 = Hanse Merkur 2 = DKV 3 = Debeka 4 = Allianz 5 = Signal Iduna 7 = andere private, nämlich <input style="float: right;" type="checkbox"/>
b16	
a10 Art der beantragten Therapie	0 = tiefenpsychologisch 1 = analytisch <input style="float: right;" type="checkbox"/>
f01 1. F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1) <input style="float: right; margin-right: 20px;" type="checkbox"/> <input style="float: right; margin-right: 20px;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/>
f02 2. F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1) <input style="float: right; margin-right: 20px;" type="checkbox"/> <input style="float: right; margin-right: 20px;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/>
f03 3. F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1) <input style="float: right; margin-right: 20px;" type="checkbox"/> <input style="float: right; margin-right: 20px;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/>
f04 4. F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1) <input style="float: right; margin-right: 20px;" type="checkbox"/> <input style="float: right; margin-right: 20px;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/>
f05 5. F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1) <input style="float: right; margin-right: 20px;" type="checkbox"/> <input style="float: right; margin-right: 20px;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/>
Diagnosen als Text f11 f12 f13 f14 f15	So wie eingetragen

Falls Fortführung: bisheriger Behandlungsumfang	
a20 Kurzzeittherapie als Einzel/Gruppe	0 = Einzel 1 = Gruppe 8 = trifft nicht zu (keine KZT) <input type="checkbox"/>
a21 Kurzzeittherapie: Anzahl Sitzungen	wenn keine Fortführung, dann frei lassen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wenn keine KZT, dann 0
a22 Kurzzeittherapie: Nummer nach EBM / GOÄ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
a23 Langzeittherapie als Einzel/Gruppe	0 = Einzel 1 = Gruppe 8 = trifft nicht zu (keine LZT) <input type="checkbox"/>
a24 Langzeittherapie: Anzahl Sitzungen	wenn keine Fortführung, dann frei lassen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wenn keine LZT, dann 0
Abrechnungsgenehmigung für	
c10 Tiefenpsych. fundierte PT	0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
c11 Analytische PT	0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
c12 Verhaltenstherapie	0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
PTV 5b Stellungnahme des Gutachters	
dat_b Datum Bericht	steht oben rechts -- -- / -- -- / -- -- -- --
dat_g Datum Gutachten	steht unten links -- -- / -- -- / -- -- -- --
g01 Voraussetzungen für Leistungspflicht	0 = nicht erfüllt 1 = erfüllt <input type="checkbox"/>
g02 Einzelbehandlung: Anzahl beantragt	wenn nicht beantragt, dann 0 eintragen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g03 Einzelbehandlung: Anzahl befürwortet	wenn nicht befürwortet, dann 0 eintragen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g04 Gruppenbehandlung: Anzahl beantragt	wenn nicht beantragt, dann 0 eintragen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g05 Gruppenbehandlung: Anzahl befürwortet	wenn nicht befürwortet, dann 0 eintragen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wenn Ablehnung, warum?	
g11 nicht im Indikationsbereich	0 = nein, nicht angekreuzt 1 = ja, angekreuzt <input type="checkbox"/>
g12 Psychodynamik nicht erkennbar	0 = nein, nicht angekreuzt 1 = ja, angekreuzt <input type="checkbox"/>

g13 Wahl des Verfahrens lässt Behandlungserfolg nicht erwarten	0 = nein, nicht angekreuzt 1 = ja, angekreuzt	<input type="checkbox"/>
g14 Zielsetzung überschreitet Grenzen der kassenärztlichen Versorgung	0 = nicht erfüllt 1 = erfüllt	<input type="checkbox"/>
g15 Voraussetzungen beim Patienten oder Lebensumstände	0 = nein, nicht angekreuzt 1 = ja, angekreuzt	<input type="checkbox"/>
g16 Voraussetzungen beim Therapeuten nicht nachgewiesen	0 = nein, nicht angekreuzt 1 = ja, angekreuzt	<input type="checkbox"/>
g17 andere Gründe, die persönlich mitgeteilt werden	0 = nein, nicht angekreuzt 1 = ja, angekreuzt	<input type="checkbox"/>

Konsilschein	
d21 1. F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d22 2. F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PTV 1	
m20 Vor der jetzigen Behandlung wurde bereits Psychotherapie durchgeführt	0 = nein 1 = ambulant 2 = stationär 9 = unbekannt / nicht eindeutig <input type="checkbox"/>
m21 Dauer der Behandlung	von -- / -- / --
m22 Dauer der Behandlung	bis -- / -- / --
m23 Rentenantrag gestellt	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt / nicht eindeutig <input type="checkbox"/>

CRF, Teil 2, IPA Study, version 2018_07_19

QUANTAB

id ID Bericht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
id_q Datenextraktion durch	1 = Luisa Sievers 2 = Julia Janke 3 = Verena Negwer 4 = Lisa Dietsch 5 = Susanne Singer 6 = Lisa-Marie Linn <input style="float: right; margin-left: 20px;" type="checkbox"/>

<i>Bitte ankreuzen:</i>	Nein, nie 0	Ja, aber nur früher 1	Ja, jetzt (und/oder früher) 2	unklar / nicht erwähnt 9
s01 Suizidgedanken				
s02 Suizidversuche				
s03 Selbstverletzendes Verhalten				
s04 Gewalthandlungen (körperlich /sexuell gewalttätig)				
s05 Alkoholmissbrauch und/oder Abhängigkeit				
s06 Drogen- und/oder Medikamentenabhängigkeit/ missbrauch				
s07 chronische Schmerzen (Dauer mind. 6 Monate)				

Psychische Erkrankungen wie im Bericht angegeben

Wenn die Diagnose im Bericht nicht verschlüsselt ist nach ICD, sondern nur aus Text besteht, dann verschlüsselt die Person, die die Daten extrahiert. In jedem Fall soll eine ICD-Ziffer hier eingetragen werden.

f21 Erste F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f22 Zweite F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f23 Dritte F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f24 Vierte F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Somatische Erkrankungen

ggf. bitte selbst verschlüsseln

i01 Erste Diagnose nach ICD-10	Zweistellig mit Buchstaben, z. B. C 50	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
i02 Zweite Diagnose nach ICD-10	Zweistellig mit Buchstaben, z. B. C 50	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<p>i03 Erste Diagnose als Text</p> <p>i04 Zweite Diagnose als Text</p>	<p>so wie im Text angegeben</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	---

Inanspruchnahme psychiatrischer und psychosomatischer Versorgung

i01 War oder ist in ambulanter psychiatrischer Behandlung	0 = nein, nie 1 = ja, derzeit 2 = ja, früher, aber nicht derzeit 9 = unbekannt / nicht eindeutig
i02 Nimmt gegenwärtig Psychopharmaka ein	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt / nicht eindeutig
Wenn gegenwärtig Psychopharmaka, welche?	
i03 Antidepressiva <i>Beispiele: Citalopram, Sertralin, Escitalopram, Venlafaxin</i>	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt / nicht eindeutig
i04 Anxiolytika und Hypnotika <i>Beispiele: Valium (Diazepam), Tavor (Lorazepam)</i>	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt / nicht eindeutig
i05 Analgetika <i>Beispiele: ASS, Ibuprofen, Spalt, Thomapyrin, Vivimed, Tramadol, Fentanyl</i>	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt / nicht eindeutig
i06 andere Psychopharmaka	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt / nicht eindeutig
i10 (Teil-)Stationäre psychiatrische Behandlung in der Vergangenheit	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt / nicht eindeutig
i11 (Teil-)Stationäre psychosomatische Behandlung in der Vergangenheit	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt / nicht eindeutig

Vorangegangene psychotherapeutische Versorgung

m00 War vor jetziger Behandlung in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (dies schließt Vorträge bei einem Umwandlungs- oder Fortführungsantrag nicht ein)	0 = nein, nie 1 = ja, beim gleichen Therapeuten 2 = ja, bei anderem Therapeuten 9 = unbekannt / nicht eindeutig
Wenn ja:	
m01 Verfahren der letzten Behandlung	0 = tiefenpsychologisch 1 = analytisch 2 = Verhaltenstherapie 9 = unbekannt
m02 Verfahren der vorletzten Behandlung	0 = tiefenpsychologisch 1 = analytisch 2 = Verhaltenstherapie 9 = unbekannt
m04 Dauer der letzten Behandlung	Dauer in Monaten <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
m05 Sitzungszahl der letzten Behandlung	Anzahl Sitzungen <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

m06 Frequenz der letzten Behandlung	0 = seltener als einstündig 1 = einstündig 2 = zweistündig 3 = dreistündig 4 = vier- oder mehrstündig 7 = wechselnd 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
m07 Zeit seit Ende der letzten Behandlung	Zeit in Monaten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Geschwister

n10 Anzahl Geschwister	leibliche und soziale Geschwister zusammen 99 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
n11 Rangplatz in Geschwisterreihenfolge	Patient ist daste Kind der (leiblichen) Mutter. 99 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Eltern (wenn leibliche Eltern und soziale Eltern nicht dieselben sind, dann verschlüsseln wir die Eltern, bei denen der Patient/die Patientin überwiegend aufgewachsen ist)

e01 Beruf(e) der Mutter während der Kindheit	
e02 Beruf(e) des Vaters während der Kindheit	
e03 Haben sich die Eltern (dauerhaft) getrennt bzw. scheiden lassen?	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/> ja
e04 wenn ja: Wie alt war PatientIn da?	ggf. selbst ausrechnen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e05 Mutter verstorben?	0 = nein, Mutter lebt noch 1 = ja, Mutter verstorben 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
e06 wenn Mutter verstorben: Wie alt war PatientIn da?	ggf. selbst ausrechnen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e07 Vater verstorben?	0 = nein, Vater lebt noch 1 = ja, Vater verstorben 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
e08 wenn Vater verstorben: Wie alt war PatientIn da?	ggf. selbst ausrechnen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e09 aufgewachsen bei wenn mehrere Optionen zutreffend, kodiere wo Patient überwiegend aufgewachsen ist	0 = leiblichen Eltern 1 = Pflegeeltern / Adoptiveltern 2 = Großeltern 3 = im Heim 4 = sonstiges 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>

Gewalterfahrungen (gemeint ist erlittene körperliche und/oder sexuelle Gewalt, nicht verbale Gewalt)

e10 In der Partnerschaft	0 = nein 1 = ja 9 = unklar/nicht erwähnt	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--	--------------------------

e11 In der Familie (außerhalb Partnerschaft)	0 = nein 1 = ja 9 = unklar/nicht erwähnt	<input type="checkbox"/>
e12 Außerhalb der Familie	0 = nein 1 = ja 9 = unklar/nicht erwähnt	<input type="checkbox"/>

n02 Partnerschaft	0 = ohne Partner 1 = fester Partner 2 = wechselnde Partner 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
n03 PartnerIn verstorben?	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
k01 Elternschaft	0 = hat keine Kinder 1 = hat leibliche Kinder / (Partnerin) ist schwanger 2 = hat soziale Kinder / Adoptivkinder / Pflegekinder 3 = hat leibliche und soziale Kinder 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
k02 wenn Kinder: Anzahl	alle Kinder zusammen (leibliche und soziale)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k03 Wie viele davon leben derzeit im Haushalt des Patienten/der Patientin?	wenn unbekannt, dann 99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k04 Kinderwunsch	0 = möchte keine (weiteren) Kinder 1 = möchte (weitere) Kinder 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
d02 Erwerbstätigkeit	1 = ja, ganztags 2 = ja, mindestens halbtags 3 = ja, weniger als halbtags 4 = nein, Hausfrau / Hausmann 5 = nein, in Ausbildung / Studium 6 = nein, erwerbslos 7 = nein, Erwerbsminderungsrente 8 = nein, Altersrente 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
d03 Berufsausbildung	1 = Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung) 2 = Fachschule (Meister-, Technikerschule) 3 = Fachhochschule, Ingenieurschule 4 = Universität, Hochschule 6 = andere Berufsausbildung 7 = keine Berufsausbildung 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
r05 Höchster Schulabschluss	0 = keinen Schulabschluss 1 = Hauptschule 2 = Realschule / Mittlere Reife 3 = POS (Polytechnische Oberschule) 4 = Fachhochschulreife 5 = Abitur / EOS (Erweiterte Oberschule) 6 = anderen Schulabschluss 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
r01 Migrationshintergrund	0 = nicht migriert 1 = selbst migriert 2 = Eltern migriert, selbst jedoch nicht 3 = Großeltern migriert, Eltern und selbst jedoch nicht 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
r02 Geburtsland	0 = Deutschland 1 = Land der europäischen Union (EU-15), Schweiz, Norwegen 2 = „Ostblock“ (SU, Jugoslawien, Rumänien usw.) 3 = Naher und Mittlerer Osten 4 = Süd- und Südostasien 5 = Ostasien	<input type="checkbox"/>

	6 = Subsahara Afrika 7 = Nordamerika, Australien 8 = Mittel- und Südamerika 9 = unbekannt / nicht eindeutig
r03 Wenn nicht in Deutschland geboren, wo?
r04 Wenn in Deutschland geboren, wo? (bezogen auf das Gebiet)	0 = Westdeutschland 1 = Ostdeutschland / DDR 2 = ehemalige Ostgebiete (Ostproußen usw.) 9 = unbekannt / nicht eindeutig

QUANTAB, IPA Study, Version 2019_01_17

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich meinen besonderen Dank nachstehenden Personen entgegenbringen, ohne deren Mithilfe und Unterstützung die Anfertigung dieser Dissertation niemals zustande gekommen wäre.

Mein besonderer Dank gilt zunächst der Person, die das Zustandekommen dieser Dissertation überhaupt ermöglicht hat, für die sehr herzliche Betreuung dieser Arbeit, die freundliche und vielfältige Hilfe bei der Durchführung und die mannigfache Ideengebung.

Für die vielfältige Unterstützung möchte ich meinen Dank auch an meine Mitstreiterinnen aus der interdisziplinären Arbeitsgruppe richten, ohne deren Hilfestellungen, fachlichen Hinweise und aufbauenden Worte ich nie so weit gekommen wäre.

Meinen Eltern und meiner Schwester möchte ich für die Unterstützung und Ermutigung sowohl während des Studiums als auch darüber hinaus danken.

Lebenslauf