

Psychotherapie 2024 · 69:184–192  
<https://doi.org/10.1007/s00278-024-00721-w>  
 Angenommen: 24. Februar 2024  
 Online publiziert: 16. April 2024  
 © The Author(s) 2024



# Das Konsiliarverfahren in der ambulanten Psychotherapie

Eine Untersuchung von Konsiliarberichten hinsichtlich der Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie

Lena Maier · Julian Blanck · Susanne Singer

Abt. Epidemiologie und Versorgungsforschung, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI), Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Vor einer ambulanten Psychotherapie bei Psychologischen bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut:innen ist gemäß Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) ein Konsiliarbericht einzuholen. Die Inhalte des Konsiliarberichts sind in der PT-RL festgelegt.

**Ziel der Arbeit:** Mit dieser Studie sollen die Konsiliarberichte mit den Vorgaben der PT-RL sowie den Berichten an den Gutachter mittels Real-World-Daten verglichen werden.

**Methoden:** In einer Zufallsstichprobe von 1000 Psychotherapieanträgen lagen 380 Konsiliarberichte vor. Die Daten aus den Konsiliarberichten wurden extrahiert und anhand von Häufigkeitsangaben mit den Vorgaben der PT-RL verglichen. Unterschiede zwischen den Konsiliarberichten und den dazugehörigen Berichten an den Gutachter hinsichtlich behandlungsrelevanter Parameter wurden mittels Chi<sup>2</sup>-Tests überprüft. Mögliche Prädiktoren für die Empfehlung einer ärztlichen Mitbehandlung wurden anhand von logistischer Regression berechnet.

**Ergebnisse:** Kein Konsiliarbericht erfüllte sämtliche Vorgaben der PT-RL. Am häufigsten wurden Angaben zu aktuellen Beschwerden gemacht (79%), am seltensten zu Differenzial- und Verdachtsdiagnosen (4%). Die Hälfte der Konsiliarärzt:innen (49%) schätzte eine psychiatrische Abklärung als nicht notwendig ein; etwa ein Drittel (29%) gab keine Einschätzung dazu ab. Die Konsiliarberichte enthielten 2,6-mal seltener Angaben zu relevanten Vor- und Parallelbehandlungen als die zugehörigen Berichte an den Gutachter ( $\chi^2 = 22,1; p < 0,001$ ). Es gab keine Hinweise auf Prädiktoren für die Empfehlung einer ärztlichen Mitbehandlung.

**Diskussion:** Die Anforderungen des Konsiliarberichts werden nur teilweise erfüllt. Im Rahmen der Reformierung des Antrags- und Gutachterverfahrens sollte die Notwendigkeit der Konsiliarberichte überprüft werden.

### Schlüsselwörter

Antrags- und Gutachterverfahren · Ärztliches Konsil · Psychotherapeutische Versorgung · Richtlinienpsychotherapie

## Einleitung

Im Rahmen der Beantragung von ambulanter Psychotherapie ist gemäß Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) von Psychologischen Psychotherapeut:innen sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen ein Konsiliarbericht einzuholen, in dem u. a. das Vorliegen somatischer und psychiatrischer Erkrankungen abgeklärt sowie Kontraindika-

tionen für eine Psychotherapie ausgeschlossen werden sollen (PT-RL § 32 Abs. 1). Wenig bekannt ist bislang darüber, inwieweit diese Konsiliarberichte den Vorgaben der PT-RL entsprechen.

Mit Inkrafttreten des „Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

anderer Gesetze“ am 01.01.1999 wurden Psychologische Psychotherapeut:innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen zur gleichberechtigten Behandlung in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen und das Delegationsverfahren zugunsten des Erstzugangsrechts für Patient:innen abgeschafft (Bundesgesetzblatt (BGBl.) I S. 1311 ff., Bekanntmachung vom 23.06.1998). Die Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) sieht seither eine Untersuchung des Patienten/der Patientin durch einen Konsiliararzt bzw. eine Konsiliarärztin vor Beginn einer Richtlinien-Psychotherapie vor (PT-RL § 32 Abs. 1). In dem sog. Konsiliarbericht (Muster 22) sollen Angaben zu aktuellen Beschwerden, dem psychischen und somatischen Befund, relevanten anamnestischen Daten, relevanten Vor- und Parallelbehandlungen sowie medizinischen Diagnosen bzw. Differenzial- und Verdachtsdiagnosen gemacht werden. Darüber hinaus sollen eine Einschätzung über ggf. notwendige weitere ärztliche Untersuchungen und Mitbehandlungen sowie eine ausdrückliche Beurteilung zum Bestehen von Kontraindikationen für eine Psychotherapie zum Untersuchungszeitpunkt erfolgen (PT-RL § 32 Abs. 3). Gemäß Faber-Haarstrick Kommentar Psychotherapie-Richtlinien (Dieckmann et al. 2020) gehören dazu beispielsweise organisch verursachte psychische Symptome, primär zu behandelnde somatische Erkrankungen oder das psychische Krankheitsbild selbst (z.B. zu starkes Untergewicht). Im Unterschied zur Beurteilung möglicher Kontraindikationen ist eine Bestätigung der Indikation für eine Psychotherapie im Konsiliarbericht nicht erforderlich.

Ungeachtet der formalen Bedeutung des Konsiliarberichts als Voraussetzung für die Beantragung einer Richtlinien-Psychotherapie sowie der inhaltlichen Relevanz für die Behandlungsplanung wurden bislang nur sehr wenige Studien zu diesem Thema veröffentlicht. Eine davon befasst sich mit dem Konsiliararzt-Verfahren bei Psychotherapiepatient:innen mit schweren körperlichen Erkrankungen anhand des Fallbeispiels einer Patientin mit Colitis ulcerosa (Rüger 2007). In dem genannten Fallbeispiel verdeutlicht sich die Notwendigkeit eines sorgfältigen Konsiliarberichts sowohl aus somatischen

Gründen (z.B. dringender Behandlungsbedarf somatischer Symptome) als auch hinsichtlich psychodynamischer Prozesse (z.B. Verleugnung krankheitsbedingter körperlicher Einschränkungen durch Dis-simulierung) sowie differenzialdiagnostischer Überlegungen. Der Autor plädiert deswegen für die Beauftragung eines entsprechend spezialisierten Facharztes für die konsiliarärztliche Abklärung bei Patient:innen mit schweren körperlichen oder psychiatrischen Erkrankungen sowie eine umfangreiche Berichterstattung in solchen Fällen.

Eine andere Studie (Rüth und Rung 2021) untersuchte 80 Konsiliarberichte zum Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Die Autor:innen fanden einige Mängel bei der Erstellung der Konsiliarberichte, wie beispielsweise fehlende Angaben über (teil-)stationäre Behandlungen in der Anamnese (bei 60% der Fälle) oder fehlende (41%) bzw. dürftig beschriebene biografische Aspekte. Angaben zu somatischen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Mitbehandlungen blieben i. Allg. vage. Möglicherweise notwendige Rücksprachen zwischen den ärztlichen und den psychotherapeutischen Behandler:innen wurden in keinem Konsiliarbericht erwähnt. Ausgehend von diesen Befunden konstatierten die Autor:innen, dass „Vorsorgeheften [...] deutlich mehr somatische Informationen entnommen werden“ (S. 385) können und plädierten für eine Abschaffung des Konsiliarverfahrens in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Beide Studien wiesen auf mögliche Mängel im Konsiliarverfahren hin, beruhten aber auf relativ kleinen Fallzahlen. Insbesondere fehlen derzeit noch Daten zum Konsiliarbericht bei erwachsenen Patient:innen. Mit der vorliegenden Studie soll diese Forschungslücke anhand folgender Fragestellungen verringert werden:

1. Inwiefern entsprechen die Angaben in den Konsiliarberichten den Vorgaben der PT-RL?
2. Wie ist die Einschätzung der Konsiliarärzt:innen hinsichtlich ...
  - a. des Erfordernisses psychiatrischer Abklärung

b. des Erfordernisses ärztlicher/ärztlich veranlasster Maßnahmen und Untersuchungen

c. des Erfordernisses ärztlicher Mitbehandlung

d. der Kontraindikationen einer psychotherapeutischen Behandlung?

3. Unterscheiden sich die Konsiliarberichte und die Psychotherapeutenberichte hinsichtlich der Angaben zu relevanten Vor- und Parallelbehandlungen?
4. Empfehlen Ärzt:innen, die Angaben zum somatischen Befund machen, häufiger eine ärztliche Mitbehandlung im Vergleich zu Ärzt:innen, die keine Angaben zum somatischen Befund machen?
5. Stehen Alter und Geschlecht der Patient:innen, Angaben zu körperlichen Beschwerden sowie eine psychotherapeutische Qualifikation der Konsiliarärzt:innen im Zusammenhang mit der Empfehlung einer ärztlichen Mitbehandlung?

## Methoden

### Material und Stichprobe

Aus einer Grundgesamtheit von etwa 40.000 Psychotherapieanträgen für tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie, die zwischen 2003 und 2017 bei verschiedenen Krankenkassen eingereicht worden waren und die uns von einer Gutachterin zugänglich gemacht wurden, wählten wir 1000 Exemplare per Zufall aus.

Anschließend wurden die Anträge pseudonymisiert. Das Studienprotokoll wurde von der Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz positiv votiert (#2018-13221).

### Datenextraktion

Aus den Formblättern zur Beantragung einer Psychotherapie nach Psychotherapievereinbarung (PTV), dem PTV 1, PTV 2, Bericht an den Gutachter und dem Konsiliarbericht, extrahierten wir demografische und klinische Daten, Informationen zu Lebensgeschichte und Symptomatik sowie die Untersuchungsergebnisse des Konsiliararztes/der Konsiliarärztin. Letztere wur-

Tab. 1 Patientencharakteristika		n (%)
Geschlecht	Weiblich	302 (79 %)
	Männlich	78 (21 %)
Alter, M (SD, Range)		40 Jahre (±11; 17–76 Jahre)
Krankenversicherung	Gesetzlich	373 (98 %)
	Privat	1 (0,3 %)
	Beihilfe	5 (1 %)
	Sonstiges	1 (0,3 %)
Beantragtes Therapieverfahren	Tiefenpsychologisch fundierte PT	294 (77 %)
	Analytische PT	86 (23 %)
Diagnose (ICD-10, Kapitel F) <sup>1</sup>	F0x	0 (0 %) <sup>2</sup>
	F1x	6 (1,6 %)
	F2x	1 (0,3 %)
	F3x	205 (54 %)
	F4x	172 (45 %)
	F5x	22 (6 %)
	F6x	37 (10 %)
	F7x	0 (0 %)
	F8x	1 (0,3 %)
F9x	2 (0,5 %)	
PT Psychotherapie		
<sup>1</sup> Die Diagnosen wurden aus dem Formblatt 2 gemäß Psychotherapie-Vereinbarung (PTV) und dem Bericht an den Gutachter kombiniert		
<sup>2</sup> Mehrere Diagnosen pro Patient:in möglich; Prozentsumme ≠ 100 %		

den im Rahmen dieser Studie umfassend ausgewertet.

### Kategorienbildung

Für die Quantifizierung der Angaben im Freitextfeld des Formblatts für den Konsiliarbericht bildeten wir, entsprechend den Vorgaben der PT-RL, folgende Oberkategorien: „aktuelle Beschwerden“, „psychischer Befund“, „somatischer Befund“, „relevante anamnestiche Daten“, „medizinische Diagnosen“, „Differenzial- und Verdachtsdiagnosen“ sowie „relevante Vor- und Parallelbehandlungen“. Wurde im Freitextfeld beispielsweise Folgendes beschrieben: „Seit ca. 1990 Ängste und Antriebsstörung. Keine früheren Psychotherapien. Keine nervenärztliche Vorbehandlung.“, klassifizierten wir u.a. die Kategorie „aktuelle Beschwerden“ als zutreffend und „relevante Vor- und Parallelbehandlungen“ als nicht zutreffend. Wurden keine Angaben zu einer Richtangabe der PT-RL (d.h. zu einer Oberkategorie) gemacht, dokumentierten wir dies ebenfalls.

Im Zuge der Datenextraktion differenzierten wir zusätzlich Unterkategorien (z. B. Art der Vor- bzw. Parallelbehandlung: „ambulant“, „stationär“, „medikamentös“). Die Angaben bei den vorgegebenen Ankreuzfeldern zur „psychiatrischen Abklärung“, zu „Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung“ und zu dem Erfordernis einer „ärztlichen Mitbehandlung“ übernahmen wir, einschließlich den entsprechenden Auswahlmöglichkeiten, unverändert aus dem Formblatt für den Konsiliarbericht. Wurden im Freitextfeld zu „ärztlich veranlassten Maßnahmen/Untersuchungen“ keine Angaben gemacht, gingen wir davon aus, dass keine diesbezüglichen Maßnahmen/Untersuchungen notwendig waren bzw. verlasst wurden.

### Kategoriendefinition und Kodierregeln

Um eine möglichst hohe Genauigkeit bei der Datenextraktion zu erzielen, war eine präzise Definition einzelner Oberkategorien notwendig. Die Abgrenzung der Ober-

kategorien „aktuelle Beschwerden“ und „medizinische Diagnosen“ erfolgte insofern, als in „aktuelle Beschwerden“ alle aktuellen Probleme kategorisiert wurden, die nicht als ICD-10-Diagnose (Ziffer oder Freitext) im Konsiliarbericht kodiert waren und vice versa. Die Oberkategorie „psychischer Befund“ definierten wir, angelehnt an das System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP), zur Erhebung des psychopathologischen Befunds (AMDP 2023), wobei auch unvollständige psychische Befunderhebungen als zutreffend gewertet wurden (Voraussetzung: mindestens ein Merkmal vorliegend). Unter der Oberkategorie „somatischer Befund“ wurden alle somatischen Beschwerden subsumiert.

Die Quantifizierung der Kategorien bzw. Vorgaben der PT-RL erfolgte, bezogen auf deren generelles Vorhandensein, ohne Berücksichtigung der Häufigkeit innerhalb eines Konsiliarberichts.

### Datenanalyse

Die Informationen aus dem Konsiliarbericht wurden in absoluten und relativen Häufigkeiten angegeben. Mittels Chi<sup>2</sup>-Tests wurden die Unterschiede zwischen den Konsiliarberichten der Konsiliarärzt:innen und den Berichten an den Gutachter der Psychotherapeut:innen hinsichtlich relevanter Vor- und Parallelbehandlungen überprüft. Um zu untersuchen, ob sich die Gruppe der Ärzt:innen, die Angaben zu relevanten Vor- und Parallelbehandlungen machten, und derjenigen, die keine Angaben dazu machten, hinsichtlich der Empfehlung einer ärztlichen Mitbehandlung unterschieden, verwendeten wir ebenfalls Chi<sup>2</sup>-Tests. Mögliche Prädiktoren für die Empfehlung einer ärztlichen Mitbehandlung ermittelten wir via binär-logistischer Regression.

Die Datenauswertung erfolgte mithilfe der Statistiksoftware STATA Version 17.0 (StataCorp 2021).

### Ergebnisse

#### Stichprobenbeschreibung

Es lagen 1000 Psychotherapieanträge von 983 Patient:innen vor. Diese waren im Durchschnitt 41 Jahre alt ( $SD \pm 11$ ), 77 %

Tab. 2 Behandlercharakteristika		
		n (%)
Berufsgruppe: Psychotherapeut:in	Arzt/Ärztin	16 (4%)
	Psychologe/Psychologin	361 (95%)
	Beides	2 (0,5%)
	Nicht eindeutig	1 (0,3%)
Facharztqualifikation: Konsiliararzt/-ärztin <sup>1</sup>	Allgemeinmedizin	221 (58%)
	Innere Medizin	68 (18%)
	Psychiatrie	44 (12%)
	Neurologie	39 (10%)
	Gynäkologie	7 (2%)
	Sonstiges	9 (2%)
	Psychotherapeutische Qualifikation	46 (12%)
Lesbarkeit, Konsiliarberichte	Teilweise unleserlich <sup>2</sup>	72 (19%)
Gesamt		380 (100%)

<sup>1</sup> Mehrere Facharzttitel pro Konsiliararzt/-ärztin möglich; Prozentsumme ≠ 100 %  
<sup>2</sup> Hinzu kommen die vollständig unleserlichen Berichte, die aus der Analyse ausgeschlossen werden mussten

waren Frauen und 97 % gesetzlich versichert. Von den 1000 Psychotherapieanträgen enthielten 407 einen Konsiliarbericht (41%). Davon wurden 27 Konsiliarberichte ausgeschlossen, weil sie nicht lesbar waren ( $n=25$ ) oder im Rahmen von Fortführungsanträgen doppelt eingereicht wurden ( $n=2$ ).

Das Durchschnittsalter der verbleibenden 380 Patient:innen lag bei 40 Jahren ( $SD \pm 11$ ), 79 % waren Frauen und 98 % gesetzlich versichert. Die häufigsten Diagnosekategorien waren affektive Störungen (F3x; 54%), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4x; 45%) sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6x; 10%) (Details: **Tab. 1 und 2**). Die Konsiliarärzt:innen waren mehrheitlich Allgemeinmediziner:innen ( $n=221$ ; 58%) bzw. Internist:innen ( $n=68$ , 18%). Etwa 12% hatten eine Aus-/Weiterbildung in Psychotherapie ( $n=46$ ). Insgesamt 72 der 380 Konsiliarberichte (19%) waren aufgrund des Schriftbilds teilweise nicht lesbar.

### Übereinstimmung der Freitextangaben in den Konsiliarberichten mit den Vorgaben der PT-RL

In 290 Konsiliarberichten (76%) machte der Konsiliararzt/die Konsiliarärztin Angaben zu den „aktuellen Beschwerden“; in 90 (24%) fehlten diese Angaben. In 118 Konsiliarberichten (31%) lagen An-

gaben zum „psychischen Befund“ vor und in 183 (48%) zum „somatischen Befund“. „Relevante anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden“ wurden in 151 Konsiliarberichten (40%) beschrieben. In 196 Konsiliarberichten (52%) waren Angaben zu „medizinischen Diagnosen“ enthalten und in 16 (4%) zu „Differenzial- und Verdachtsdiagnosen“ (davon in 7 Fällen zutreffend). Informationen zu relevanten Vor- und Parallelbehandlungen fanden sich in 101 Konsiliarberichten (27%) (**Abb. 1**). In lediglich 2 Konsiliarberichten (0,5%) wurden alle vorgegebenen Themen im Freitextfeld berücksichtigt.

### Psychiatrische Abklärung, ärztliche Maßnahmen und Kontraindikationen für eine Psychotherapie

Eine „psychiatrische Abklärung“ hielten die meisten Konsiliarärzt:innen für nicht erforderlich ( $n=185$ ; 49%), in 64 Fällen (17%) war eine solche bereits erfolgt, in 17 (4%) als erforderlich beurteilt und in 5 (1%) veranlasst. In 109 Konsiliarberichten (29%) hatten die Ärzt:innen die Ankreuzfelder zur „psychiatrischen Abklärung“ nicht ausgefüllt.

In 61 Konsiliarberichten (16%) wurden weitere „ärztliche Maßnahmen“ für notwendig eingeschätzt, in 135 Konsiliarberichten (36%) wurde dies explizit verneint,

und in 184 (48%) fehlten entsprechende Informationen. Darüber hinaus hielten 99 Konsiliarärzt:innen (26%) eine „ärztliche Mitbehandlung“ für notwendig. Davon am häufigsten für medikamentöse Therapie ( $n=38$ ; 38%), gefolgt von der hausärztlichen ( $n=12$ ; 12%) bzw. psychiatrischen ( $n=9$ ; 9%) Mitbehandlung.

In 2 Konsiliarberichten (0,5%) wurde angekreuzt, dass aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde derzeit „Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung“ bestehen (Übersicht: **Abb. 2**).

### Unterschiede zwischen Konsiliarberichten und Berichten an den Gutachter hinsichtlich relevanter Vor- und Parallelbehandlungen

Informationen zu relevanten Vor- und Parallelbehandlungen fanden sich 2,6-mal häufiger im Bericht an den Gutachter als im Konsiliarbericht (Konsiliarbericht vs. Bericht an den Gutachter: 101 vs. 258; Pearsons  $\chi^2=22,1$ ;  $p<0,001$ ).

Mit Blick auf die Art der Vor- und Parallelbehandlung (ambulant, stationär, psychopharmakologisch; Angaben vorhanden vs. keine Angaben) ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Konsiliarberichten und den Berichten an den Gutachter (ambulant: Pearsons  $\chi^2=2,0$ ;  $p=0,158$ , stationär: Pearsons  $\chi^2=1,3$ ;  $p=0,26$ , psychopharmakologisch: Pearsons  $\chi^2=2,2$ ;  $p=0,14$ ).

Bezogen auf den Inhalt der Angaben (ambulant, stationär, psychopharmakologisch; Vorbehandlung erfolgt, keine Vorbehandlung erfolgt, keine Angabe) gab es Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sowohl hinsichtlich ambulanter (Pearsons  $\chi^2=11,7$ ;  $p=0,02$ ), (teil-)stationärer (Pearsons  $\chi^2=33,1$ ;  $p<0,001$ ) als auch medikamentöser Vorbehandlungen (Pearsons  $\chi^2=58,2$ ;  $p<0,001$ ).

Die behandelnden Psychotherapeut:innen beschrieben in Bezug auf alle 3 Variablen häufiger als die Konsiliarärzt:innen, dass Vor- bzw. Parallelbehandlungen stattfanden, wobei die Differenz beider Gruppen bei der psychopharmakologischen Behandlung am geringsten war. Insgesamt beschrieben 155 Psychotherapeut:innen ambulante Psychotherapien in

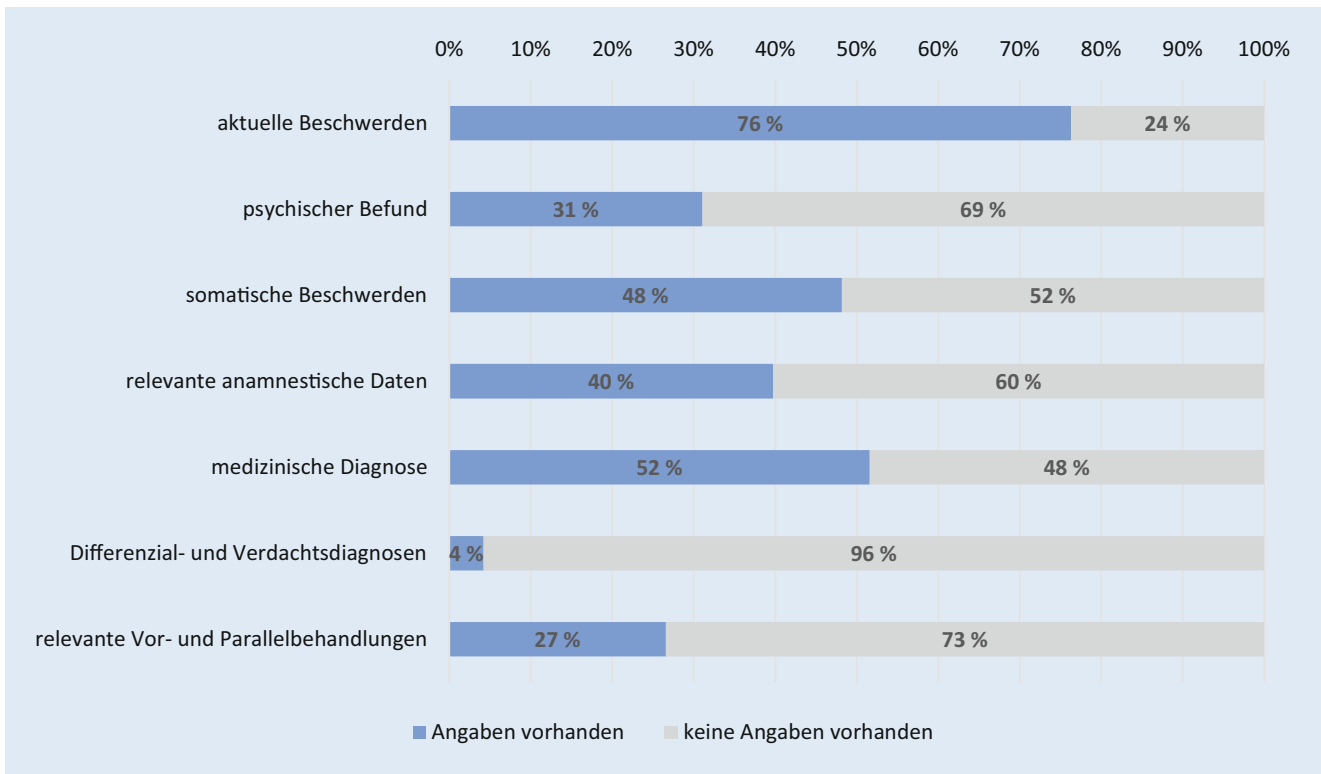


Abb. 1 ▲ Prozentualer Anteil an Informationen im Freitextfeld entsprechend Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL)

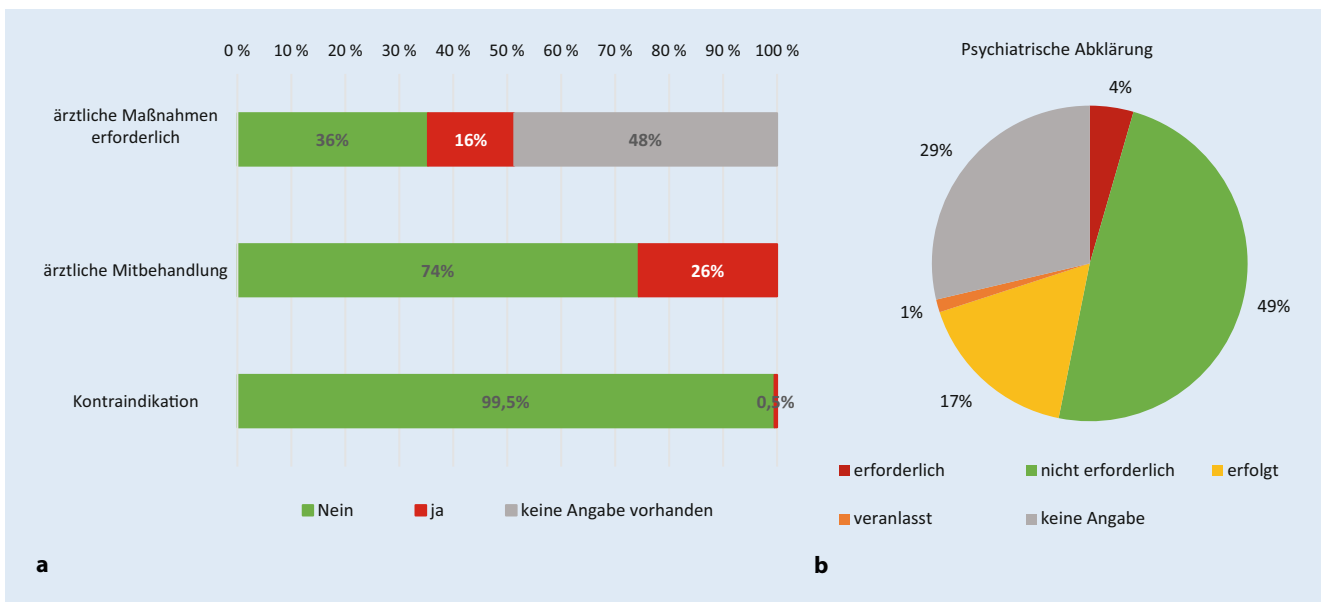


Abb. 2 ▲ Prozentualer Anteil an Angaben zu ärztlichen Vorkehrungen und Kontraindikationen für eine ambulante Psychotherapie. **a** Notwendigkeit ärztlicher Maßnahmen und Mitbehandlung sowie Vorliegen von Kontraindikationen, **b** Notwendigkeit psychiatrischer Abklärung

der Anamnese im Vergleich zu 28 Konsiliarärzt:innen. 110 Psychotherapeut:innen erwähnten (teil)stationäre psychiatrische bzw. psychosomatische Vorbehandlungen im Vergleich zu 30 Konsiliarärzt:innen. 53 Psychotherapeut:innen machten Angaben zu psychopharmakologischen Vor- bzw. Parallelbehandlungen, verglichen mit 40 Konsiliarärzt:innen.

### Angaben zum somatischen Befund und Empfehlung einer ärztlichen Mitbehandlung

Es gab keine Hinweise darauf, dass Konsiliarärzt:innen, die im Konsiliarbericht Angaben zum Vorliegen körperlicher Beschwerden machten ( $n = 183$ ), und solchen, die keine Angaben machten ( $n = 197$ ), die Erforderlichkeit einer ärztlichen Mitbehandlung unterschiedlich einschätzten (Pearsons  $\chi^2 = 0,2$ ;  $p = 0,70$ ).

Ebenso gab es keine Hinweise darauf, dass Alter (Odds Ratio [OR] 1,00, 95 %-KI 0,98–1,03;  $p = 0,81$ ) oder Geschlecht der Patient:innen (OR 0,78, 95 %-KI 0,42–1,45,  $p = 0,43$ ), Angaben zum somatischen Befund (OR 1,04, 95 %-KI 0,62–1,74,  $p = 0,89$ ) sowie das Vorliegen einer psychotherapeutischen Qualifikation der Konsiliarärzt:innen (OR 1,64, 95 %-KI 0,82–3,29,  $p = 0,16$ ) mit der Empfehlung einer ärztlichen Mitbehandlung zusammenhängen.

### Diskussion

Diese Studie hatte zum Ziel, die Konsiliarberichte für die Beantragung von Richtlinien-Psychotherapie hinsichtlich ihrer Übereinstimmung mit den Erfordernissen der PT-RL mittels Real-World-Daten zu überprüfen.

Die Ergebnisse zeigten deutliche Mängel bei den Konsiliarberichten. Kein Konsiliarbericht entsprach vollständig den Vorgaben der PT-RL. Immerhin zwei Drittel der Konsiliarärzt:innen beschrieben im Freitextfeld aktuelle Beschwerden, womit dies das am häufigsten genannte inhaltliche Merkmal war, gefolgt von medizinischen Diagnosen, deren Vorliegen bzw. Nichtvorliegen bei der Hälfte der Konsiliarberichte erwähnt wurde. Am seltensten wurden Differenzial- und Verdachtsdiagnosen sowie relevante Vor- und Parallelbehandlungen beschrieben. Damit decken sich die Be-

funde hinsichtlich dieser Zielgrößen in etwa mit bestehenden Untersuchungen zu Konsiliarberichten bei Erwachsenen (Sehl et al. 2010) sowie teilweise bei Kindern und Jugendlichen (Rüth und Rung 2021), wobei die Vergleichbarkeit mit Letzteren aufgrund eines etwas anderen methodischen Schwerpunkts weniger gegeben ist.

Mögliche Gründe für den stiefmütterlichen Umgang der Konsiliarärzt:innen mit dem Konsiliarbericht sind vielfältig. Ein Aspekt könnte in der Komplexität bzw. dem Umfang der verlangten Informationen (PT-RL § 32 Abs. 3) liegen (Scharfenstein 2003), zu denen sich die Konsiliarärzt:innen aufgrund fachlicher oder zeitlicher Gründe womöglich nicht nur nicht in der Lage sehen, sondern die auch einer verhältnismäßig geringen Vergütung der Konsiliarberichte von 4,25 € gegenüberstehen (Einheitlicher Bewertungsmaßstab; Nr. 01612; Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stand 2023/4). Selbst bei in der Praxis bekannten Patient:innen scheint es illusorisch, dass der Aufwand für einen aussagekräftigen Konsiliarbericht im Rahmen dieser Vergütung abgegolten werden kann. Gleichmaßen ist neben der Vergütung für die Konsiliarärztin bzw. den Konsiliararzt die finanzielle Belastung des Solidarsystems zu berücksichtigen, die – bei einem Verfahren mit fraglichem Nutzen – unseren Hochrechnungen zufolge in etwa bei 1.742.882 € jährlich anzusiedeln ist (Berechnungsgrundlage: Gesamtzahl von 1.079.184 Anträgen/Jahr für Richtlinien-Psychotherapie gemäß Bürokratiekostenindex 2020 (Wittberg et al. 2020); konservativ geschätzter Anteil an Konsiliarberichten von 38 % entsprechend den Daten dieser Studie).

Ein anderer Aspekt gebührt dem Stellenwert der Konsiliarberichte in der ärztlichen Praxis, der sich aus Sicht mancher Konsiliarärzt:innen womöglich auf die Auskunft über Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung beschränkt. Fehlende Informationen in den Konsiliarberichten können an dieser Stelle auch als Re-Delegation der ärztlichen Verantwortlichkeit auf die Psychotherapeut:innen interpretiert werden, welchen wiederum ausreichende fachliche Kompetenz zur Einschätzung der im Konsiliarbericht geforderten Informationen zugeschrieben wird (Engesser et al.

2023). Dies mag hinsichtlich eines relevanten Anteils an Informationen zutreffen (z. B. der Erfassung aktueller Beschwerden, des psychischen Befunds oder der psychiatrischen Abklärung), unterschätzt allerdings die Notwendigkeit medizinischer Fachkenntnisse, beispielsweise bei der Identifikation somatischer Ursachen von vordergründig psychischen Erkrankungen. Die Tatsache, dass in jedem zweiten Konsiliarbericht in unserer Studie keine Angaben zum somatischen Befund gemacht wurden, stützt diese These.

Bei den Ankreuzfeldern zu ärztlichen Maßnahmen und Mitbehandlungen verdeutlichte sich, dass solche immerhin von einem ein Viertel (26 %; ärztliche Mitbehandlung) bis einem Fünftel (16 %; ärztliche Maßnahme) der Konsiliarärzt:innen empfohlen wurden. Allerdings ist hierbei, wie auch bei den Angaben zu Kontraindikationen, zu berücksichtigen, dass im Formblatt zum Konsiliarbericht kein Item wie etwa „nicht erforderlich“ oder „keine Kontraindikationen“ auswählbar ist. Somit kann beispielsweise nicht differenziert werden, ob entsprechende Maßnahmen tatsächlich als nicht erforderlich erachtet und die Felder daher nicht angekreuzt wurden, oder ob diese schlicht übersehen wurden. Eine solche fehlerhafte Angabe scheint zumindest bei 2 Konsiliarberichten unserer Stichprobe der Fall gewesen zu sein, bei denen zwar einerseits das Item zum Vorliegen von Kontraindikationen für eine Psychotherapie angekreuzt wurde, aber andererseits die Notwendigkeit selbiger klar aus den Freitextfeldern der Konsiliarberichte hervorging. Ausgehend von unseren Daten, denen zufolge in keinem Fall eine ambulante Psychotherapie aufgrund von Kontraindikationen abgelehnt wurde, scheint die diesbezügliche Relevanz der Konsiliarberichte gering zu sein.

Der Vergleich der Konsiliarberichte mit den Berichten an den Gutachter zeigte, dass die behandelnden Psychotherapeut:innen insgesamt deutlich häufiger Angaben zu relevanten Vor- bzw. Parallelbehandlungen machten als die Konsiliarärzt:innen, wobei sich die Angaben auf inhaltlicher Ebene unterschieden. Auffällig war zudem, dass in beiden Gruppen vergleichsweise selten Angaben zur Psychopharmakotherapie gemacht wur-

den. Dieser Befund ist insofern bedenklich, als dass psychopharmakologische Begleitbehandlungen insbesondere von psychologischen Psychotherapeut:innen im Vergleich zu ärztlichen Psychotherapeut:innen häufig aus der Behandlungsplanung ausgeklammert werden (Singer et al. 2023a). Angesichts der Tatsache, dass die Konsiliarärzt:innen ihrerseits noch seltener Angaben zu Psychopharmakotherapie machten als die behandelnden Psychotherapeut:innen, scheint der Konsiliarbericht an dieser Stelle seine „beratende“ Funktion in Bezug auf Anamnese, Diagnostik und Behandlungsempfehlung zu verfehlen.

Insgesamt erscheint der Mehrwert der Konsiliarberichte bei der Beantragung von Richtlinien-Psychotherapie dünn. Die Angaben sind oft lückenhaft, in fast einem Viertel teilweise bis gänzlich unleserlich und beschränken sich nicht selten auf das Ausfüllen der vorgegebenen Ankreuzfelder. Hinsichtlich der Konstruktion des Formblatts zum Konsiliarbericht (Muster 22) besteht zudem Verbesserungspotenzial beim Layout. Der ehemalige Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, Dr. Dietrich Munz, bezeichnete die ärztlichen Konsiliarberichte in einer Pressemitteilung im Jahr 2019 als „häufig unpräzise und nichtssagend“, wobei das Verfahren der Pflichtberatung in einem „überholten Selbstverständnis mancher Ärzte“ begründet sei (Bundespsychotherapeutenkammer 2019). Die Tatsache, dass, mit Ausnahme von patientenfernen Fachbereichen, jeder Facharztgruppe eine größere Kompetenz bei der Einschätzung der Notwendigkeit einer psychiatrischen Abklärung oder von Kontraindikationen für eine Psychotherapie zugesprochen wird als psychologischen Psychotherapeut:innen, die neben einem Psychologiestudium eine mehrjährige psychotherapeutische Ausbildung absolviert haben, unterstreicht diese Kritik. Der Umstand, dass in 69% der Konsiliarberichte keine Angaben zum psychischen Befund und in 29% keine Einschätzung zur psychiatrischen Abklärung vorlagen, könnte ebenfalls als Argument dafür gesehen werden, dass Konsiliarärzt:innen dies nicht als ihre spezifische Kernkompetenz oder zumindest für als nicht notwendig erachteten. Eine Studie zu Rollenkonzepten von

Ärzt:innen in der Behandlung psychisch erkrankter Patient:innen zeigte, dass sich zwar 69% der Befragten für die primäre psychotherapeutische Behandlung bzw. zumindest die Indikationsstellung und vorübergehende Unterstützung ihrer Patient:innen zuständig sahen (Engesser et al. 2023), angesichts der rudimentären Angaben im Konsiliarbericht scheint diese Selbstwahrnehmung gleichwohl häufig mit Beantragung einer Richtlinien-Psychotherapie und Überführung eigener Verantwortlichkeit in die Fachgruppe der Psychotherapeut:innen zu enden.

Das wiederkehrende Plädoyer aus psychotherapeutischer Forschung und Praxis zur Abschaffung des Konsiliarberichts (Bundespsychotherapeutenkammer 2019; Rütth und Rung 2021; Stolley-Mohr 2015) erscheint vor diesem Hintergrund ebenso begründet und nachvollziehbar wie der Vorschlag, das Konsiliararzt-Verfahren an den Einzelfall anzupassen (z. B. ausführlicher Konsiliarbericht bei schweren körperlichen oder psychiatrischen Erkrankungen durch einen Facharzt für das entsprechende Krankheitsbild) (Rüger 2007). Wir empfehlen deshalb eine Novellierung und Entbürokratisierung des Konsiliarberichts beispielsweise in Form einer Kürzung auf die wesentlichen Aspekte des genuin ärztlichen Zuständigkeitsbereichs (z. B. somatische Befunderhebung, medikamentöse Vor- und Parallelbehandlungen, medizinische Diagnosen) resp. eine Ersetzung des generellen Konsiliarverfahrens durch eine bedarfsorientierte, gezielte Überweisung für eine fachspezifische Untersuchung oder differenzialdiagnostische Abklärung bei adäquater Vergütung. Nicht zu vernachlässigen ist an dieser Stelle allerdings die Auseinandersetzung mit möglichen Konsequenzen der Abschaffung des automatischen Konsiliarberichts, wie etwa der Wegfall der patienten- bzw. psychotherapeutenbezogenen Schutzfunktion des ärztlichen Konsils. Um mögliche Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der (Nicht-)Indikationsstellung zum ärztlichen Konsil – wie z. B. rechtliche Konsequenzen, Überforderung und Fehlentscheidungen – zu vermeiden, sollten etwaige Haftungsfragen im Vorfeld diskutiert und klare Handreichungen zur Indikationsstellung konsiliarischer Beauftragungen für Psychotherapeut:innen zur Verfü-

gung gestellt werden (d. h. unter welchen Umständen bei wem ein Konsiliarbericht einzuholen ist).

### Mögliche Limitationen

Potenzielle Schwächen der Arbeit könnten in einer gewissen interpretativen Unschärfe bei den Freitextangaben liegen, die eine sorgfältige Kategoriendefinition bei der Datenextraktion notwendig machten (z. B. Abgrenzung „aktuelle Beschwerden“ und „medizinische Diagnosen“). In Bezug auf die Repräsentativität unserer Stichprobe zeigen Daten des Mikrozensus von 2011, dass Männer (Studie: 23% vs. Mikrozensus: 49%) und Personen über 50 Jahre (Studie: 24% vs. Mikrozensus: 40%) in unserer Stichprobe im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung unterrepräsentiert waren (Singer et al. 2023b; <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>), was aber damit zusammenhängt, dass diese Personengruppen generell seltener Psychotherapien aufsuchen. Vergleiche mit anderen aktuellen Inanspruchnahme-Daten, beispielsweise aus dem DpTV-Report (Rabe-Menssen et al. 2021), bestätigen diesen Trend insofern, als Männer und ältere Personen seltener eine Psychotherapie aufsuchen als Frauen und jüngere Personen, wobei Unterschiede in der Höhe der Differenz (z. B. Rommel et al. 2017 in DpTV-Report: Frauen vs. Männer 1,4:1; Studie: Frauen vs. Männer 3,5:1) bzw. dem Wendepunkt der Altersverteilung (Anstieg der Inanspruchnahme; DpTV-Report: bis 59 Jahre vs. unsere Studie: bis 49 Jahre) vermutlich methodische Gründe haben (Befragung vs. Real World Daten). Dass die in dieser Studie untersuchten Konsiliarberichte ausschließlich im Rahmen von Anträgen für tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie erstellt wurden, sollte sich unserer Einschätzung zufolge nicht negativ auf die Repräsentativität der Konsiliarberichte auswirken, die ihrerseits von Fachärzt:innen unterschiedlichster Qualifikation erstellt wurden.

### Fazit für die Praxis

- Die Konsiliarberichte für die Beantragung von Richtlinien-Psychotherapie entsprechen häufig nicht den Vorgaben.
- Am häufigsten werden „aktuelle Beschwerden“ und sowie Angaben zu „medizinischen

schen Diagnosen“ verzeichnet. Gleichwohl fehlen Letztere in jedem zweiten Konsiliarbericht der vorliegenden Stichprobe.

- Am seltensten liegen Angaben zu „Differenzial- und Verdachtsdiagnosen“ vor.
- Um die Qualität des Konsiliarverfahrens zu erhöhen, schlagen die Autor:innen eine Kürzung des Konsiliarberichts bzw. eine Ersetzung desselben durch gezielte Überweisungen an Fachspezialisten im Einzelfall vor.

### Korrespondenzadresse

**Lena Maier**

Abt. Epidemiologie und Versorgungsforschung, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI), Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
55101 Mainz, Deutschland  
lenmaier@uni-mainz.de

**Förderung.** Die Studie wurde anteilig durch die International Psychoanalytical Association (IPA) finanziert (# 4954).

**Funding.** Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** L. Maier, J. Blanck und S. Singer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. Die Publikation ist Teil der Dissertation von L. Maier.

Das Studienprotokoll wurde von der Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz positiv votiert (#2018-13221).

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

## The medical consultation procedure in outpatient psychotherapy. An examination of medical consultation reports with respect to the requirements of the psychotherapy guidelines

**Background:** Prior to outpatient psychotherapy by a psychotherapist or pediatric psychotherapist, a medical consultation report must be obtained in accordance with the psychotherapy guidelines (PT-RL). The contents of the consultation report are specified in the PT-RL.

**Objective:** The aim of this study was to compare the medical consultation reports with the requirements of the PT-RL and with the corresponding psychotherapeutic reports using real-world data.

**Methods:** In a random sample of 1000 applications for psychotherapy, 380 medical consultation reports were available. The data were extracted from the medical consultation reports and compared with the specifications of the PT-RL using frequency measures. Differences between the medical consultation reports and the psychotherapeutic reports regarding treatment-relevant parameters were analyzed using  $\chi^2$ -tests. Possible predictors for the recommendation of medical cotreatment were analyzed using logistic regression.

**Results:** The most frequent information provided was on current complaints (79%) and the least frequent was regarding differential and suspected diagnoses (4%). Half of the consultant physicians (49%) did not consider a psychiatric assessment to be necessary, while around one third (29%) did not provide any such assessment. Concerning relevant preliminary and parallel treatments, the medical consultation reports contained this information 2.6 times less frequently than the psychotherapeutic reports ( $\chi^2 = 22.1$ ;  $p < 0.001$ ). No evidence of predictors for the recommendation of medical cotreatment was found.

**Conclusion:** The requirements of the medical consultant reports were only partially fulfilled. In the course of the reform of the German assessment procedure for outpatient psychotherapy the necessity of the consultation reports should be reviewed.

### Keywords

Assessment procedure · Medical consultation · Psychotherapeutic care · Application for psychotherapy

## Literatur

- AMDP (2023) Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation des psychischen Befundes in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Hogrefe, Göttingen
- BundesPsychotherapeutenKammer (2019) „Ärztlicher Konsiliarbericht häufig unpräzise und nichtssagend“. BPTK-Präsident Münz zur Psychotherapeutenausbildung. [https://api.bptk.de/uploads/20190528\\_pm\\_bptk\\_ueberweisung\\_statt\\_konsiliarbericht\\_31918ce46c.pdf](https://api.bptk.de/uploads/20190528_pm_bptk_ueberweisung_statt_konsiliarbericht_31918ce46c.pdf). Zugegriffen: 1. Dez. 2023
- Dieckmann M, Becker M, Neher M (Hrsg) (2020) Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. Urban & Fischer Elsevier, München
- Engesser D, Singer S, Kemmerer P et al (2023) Concepts of involvement in psychotherapeutic care in different medical specialties. An explorative qualitative analysis. (Eingereicht)
- Rabe-Menssen C, Dazer A, Maaß E (2021) Report Psychotherapie 2021. In: Deutsche Psychotherapeutenvereinigung. [https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder\\_und\\_Dokumente/Wissensdatenbank\\_oeffentlich/Report\\_Psychotherapie/DPTV\\_Report\\_Psychotherapie\\_2021.pdf](https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPTV_Report_Psychotherapie_2021.pdf). Zugegriffen: 11. Febr. 2024
- Rommel A, Bretschneider J, Kroll LE et al (2017) Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *J Health Monit* 2:3–23
- Rüger U (2007) Psychotherapie-Patienten mit schweren körperlichen Erkrankungen – notwendige Stringenz des Konsiliararzt-Verfahrens. *Z Psychosom Med Psychother* 53:4–8
- Rüth U, Rung A (2021) Konsiliarberichte zum Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *PDP Psychodyn Psychother* 20:385–391
- Scharfenstein A (2003) Zusammenarbeit von Psychotherapeuten und Hausärzten – Ansichten, Chancen und Risiken. *Forum Psychother Prax* 3:51–57
- Sehl A, Mühling S, Haaring F et al (2010) Analyse der Qualität der Konsiliarberichte im Rahmen des Antrags- und Gutachterverfahrens für ambulante Psychotherapie. In: Konferenzbeitrag DGPPN-Kongress vom 24.11.2010–27.11.2010, Berlin
- Singer S, Maier L, Blanck J et al (2023a) Indikatoren der Behandlungs koordinierung in Psychotherapieberichten. *Psychotherapie* 68:373–380
- Singer S, Sievers L, Scholz I et al (2023b) Who seeks psychodynamic psychotherapy in community-based practices? Patient characteristics ex-

amined in a large sample of applications for reimbursement of psychotherapy in Germany. *Psychodyn Pract* 29:117–135

StataCorp (2021) Stata statistical software. StataCorp LLC, College Station

Stolley-Mohr J (2015) Konsiliarberichte ernst nehmen. *Deutsches Ärzteblatt PP, Briefe* 8/2015. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=171538>. Zugegriffen: 1. Dez. 2023

Wittberg V, Kluge H-G, Rottman H et al (2020) BIX 2020. Der Bürokratieindex für die vertragsärztliche Versorgung. In: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe. [https://www.kbv.de/media/sp/BIX2020\\_Projektbericht.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/BIX2020_Projektbericht.pdf). Zugegriffen: 11. Febr. 2024

**Hinweis des Verlags.** Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

## Neuronaler Gleichklang zwischen Eltern und Kindern

**Die zwischenmenschliche Bindung beeinflusst die Qualität der Interaktion mit unseren Kindern, wie etwa beim gemeinsamen Spiel. Unklar ist jedoch, wie sich die Gehirne von Eltern und Kind dabei aufeinander abstimmen und wie der neuronale Gleichklang mit unseren Bindungserfahrungen zusammenhängt. Ein internationales Team an Forschenden ist diesen Fragen auf den Grund gegangen.**

Um die dynamischen neuronalen Prozesse von Eltern-Kind-Interaktionen zu erfassen, hat dein internationales Forschungsteam in seiner Studie traditionelle Methoden der Bindungsforschung mit innovativen Methoden der sozialen Neurowissenschaften vereint: Für die Analyse der Bindungsrepräsentationen bei Eltern und Kindern kamen Interviews zum Einsatz, welche nicht nur Einblicke erlauben, was eine Person berichtet, sondern auch wie sie das tut.

Wie sehr sich Vater oder Mutter und ihr fünf- bzw. sechs-jähriges Kind im Verhalten einander anpassten, also synchron waren, beurteilten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler anhand von Beobachtungen der beiden beim gemeinsamen Lösen eines Tangram-Puzzles. Zeitgleich erfassten sie mithilfe der funktionellen Nahinfrarotspektroskopie (fNIRS), wie sehr sich deren Gehirne aufeinander abstimmten und sozusagen auf gleicher Wellenlänge waren.

Bei einer fNIRS zeichnen auf einer Kappe angebrachte Sensoren auf, welche Gehirnregionen wie stark mit Sauerstoff versorgt werden – ein Hinweis darauf, wie aktiv die jeweiligen Regionen sind, wenn die Versuchspersonen kognitive oder motorische Aufgaben lösen. Dank der fNIRS ließ sich zunächst bestätigen, dass eine solche Zusammenarbeit zu erhöhter neuronaler Synchronie führt. Die Gehirnaktivitäten von Eltern und Kindern waren insbesondere in Bereichen des Gehirns in Einklang, die uns helfen, sich in die Lage des Gegenübers zu versetzen bzw. die für die Aufmerksamkeitssteuerung und Selbstregulation verantwortlich sind.

>>Ist neuronaler Gleichklang wirklich immer ein positives Zeichen?<<

Auf Basis dieser Befunde gingen die Forschenden einen Schritt weiter, um Antworten auf ihre zentrale Frage zu finden: Welche Rolle spielt die Bindungsrepräsentation für die neuronale Synchronie

von Elternteil und Kind? Es zeigte sich, dass zwar sowohl unsicher als auch sicher gebundene Personen ihr Verhalten beim Lösen der Aufgabe vergleichbar gut aufeinander abstimmten. Die Synchronie der Gehirnwellen unterschied sich jedoch abhängig von kindlichen und elterlichen Bindungsrepräsentationen. Überraschend war für die Wissenschaftler/-innen, dass sich gerade bei Paaren mit unsicher gebundenen Müttern eine erhöhte Synchronie zeigte.

„Unsere Ergebnisse lassen uns daher vermuten, dass hohe neuronale Synchronie nicht immer als positiv bewertet werden sollte,“ erklärt Dr. Melanie Kungl von der Friedrich-Alexander-Universität. „Frühere Studien legen nahe, dass es unsicher gebundenen Eltern eher schwerfällt, sich auf die Interaktion mit ihren Kindern einzulassen und dass solche Eltern-Kind Paare demnach weniger gut aufeinander abgestimmt sind. Darauf basierend deuten unsere Befunde an, dass stark ausgeprägte neuronale Synchronie bei Eltern-Kind-Paaren mit unsicher gebundenen Müttern in besonderem Maße nötig ist, um eine gelungene Interaktion zu führen. Man könnte also sagen, dass diese Paare sich mental mehr anstrengen müssen, um gut zu harmonieren. Dauerhaft könnte dies zu einer Überlastung führen, weswegen es wichtig ist, solche Mechanismen frühzeitig zu erkennen. Für uns stellt sich deshalb die Frage: Ist hohe Synchronie vielleicht gar nicht immer erstrebenswert und ein Mittelmaß sogar besser?“

**Originalpublikation:** Nguyen, T. et al. (2024): Visualizing the invisible tie: Linking parent-child neural synchrony to parents and children's attachment representations; *Developmental Science*; doi.org/10.1111/desc.13504

**Quelle: Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg**  
[[https://www.fau.de/\(25.04.2024\)](https://www.fau.de/(25.04.2024))]