

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

Ambulante Psychotherapie in Deutschland:
Evaluation psychotherapeutischer Versorgungsstrukturen und Reformvorhaben in
der Gesetzlichen Krankenversicherung

Outpatient psychotherapy in Germany:
Evaluation of psychotherapeutic care structures and reform programmes in the
statutory health insurance system

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

Vorgelegt von

Lena Dotzauer (geb. Maier)
aus Tübingen

Mainz, 2024

Wissenschaftlicher Vorstand:

1. Gutachter:

2. Gutachter:

3. Gutachter:

4. Gutachter:

Tag der Promotion:

20. August 2025

Inhaltsverzeichnis

Ziel der Dissertation	I
Publikationen der Dissertation	III
Vollständige Publikationsliste	IV
1 Hintergrund	1
1.1 Prävalenz psychischer Erkrankungen.....	1
1.2 Folgen psychischer Erkrankungen.....	1
1.3 Ambulante Versorgung psychischer Erkrankungen	2
1.3.1 Hausärztliche Versorgung.....	2
1.3.2 Psychiatrische Versorgung	3
1.3.3 Psychotherapeutische Versorgung	3
1.4 Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung	4
1.4.1 Die Reform der Psychotherapie-Richtlinie.....	4
1.4.2 Das Antrags- und Gutachterverfahren in der ambulanten Psychotherapie	7
1.4.3 Die Indikationsstellung in der ambulanten Psychotherapie	8
2 Fragestellungen.....	11
3 Material und Methoden.....	12
4 Ergebnisse	15
4.1 Studie 1: Die neuen Behandlungselemente der Psychotherapiestrukturereform.....	15
4.1.1 Stichprobencharakteristika.....	15
4.1.2 Interviewmaterial.....	15
4.1.3 Psychotherapeutische Sprechstunde.....	15
4.1.4 Akutbehandlung.....	16
4.1.5 Rezidivprophylaxe	17
4.2 Studie 2: Das Konsiliarverfahren in der ambulanten Psychotherapie	18
4.2.1 Stichprobencharakteristika.....	18
4.2.2 Übereinstimmung der Freitextangaben in den Konsiliarberichten mit den Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie	19
4.2.3 Psychiatrische Abklärung, ärztliche Maßnahmen und Kontraindikationen für eine Psychotherapie.....	19

4.2.4 Unterschiede zwischen Konsiliarberichten und Berichten an den Gutachter hinsichtlich relevanter Vor- und Parallelbehandlungen	20
4.2.5 Empfehlung ärztlicher Mitbehandlung	20
4.3 Studie 3: Diagnosespezifische Behandlungskontingente	20
4.3.1 Stichprobencharakteristika.....	20
4.3.2 Textmaterial.....	21
4.3.3 Psychodynamik.....	21
4.3.4 Interaktion zwischen Therapeut:in und Patient:in	22
4.3.5 Therapieziele	22
5 Diskussion.....	23
5.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse	23
5.2 Methodenkritik	27
5.3 Einordnung in das Fachgebiet und Implikationen für die Praxis	28
5.4 Zukünftige Forschung und Fazit	31
6 Literaturverzeichnis	34
7 Anhang: Originalarbeiten der vorliegenden Dissertation	42
7.1 Studie 1: Die neuen Behandlungselemente der Psychotherapiestrukturereform.....	42
7.2 Studie 2: Das Konsiliarverfahren in der ambulanten Psychotherapie	51
7.3 Studie 3: Diagnosespezifische Behandlungskontingente	61
8 Danksagung.....	79

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1:</i> Liste an Publikationen der vorliegenden Dissertation	III
<i>Tabelle 2:</i> Vollständige Publikationsliste in chronologischer Reihenfolge.....	VI
<i>Tabelle 3:</i> Kontingente und Bewilligungsschritte in der Langzeittherapie	9
<i>Tabelle 4:</i> Überblick der verwendeten Methodik	14
<i>Tabelle 5:</i> Handlungsempfehlungen	31

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1:</i> Einschätzung der neuen Behandlungselemente der Strukturreform durch Therapeut:innen	18
<i>Abbildung 2:</i> Anteil vorhandener Freitextangaben in den Konsiliarberichten gemäß Psychotherapie-Richtlinie	19
<i>Abbildung 3:</i> Übersicht von Diagnosen und Psychodynamik pro Patient:in gemäß Berichten an den Gutachter.....	22

Ziel der Dissertation

Etwa ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland leidet innerhalb eines Jahres an einer psychischen Erkrankung¹. Dies ist für die Betroffenen, neben dem psychischen Leiden selbst, häufig mit vielfältigen zusätzlichen Belastungen verbunden, wie etwa einer Reduktion der Lebensqualität, finanziellen Sorgen oder langen Wartezeiten bei der Suche nach einer adäquaten Behandlungsmöglichkeit. Um die angespannte Versorgungssituation zu entlasten und den Betroffenen einen zeitnahen Zugang zu einer Behandlung zu ermöglichen, wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Gesetzesinitiativen und Reformvorhaben in die Wege geleitet, die zum Teil wieder verworfen wurden. Hierzu zählen unter anderem die Reform der Psychotherapie-Richtlinie, die Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahrens oder die Einführung diagnosespezifischer Behandlungskontingente. Obwohl solche Vorhaben den Versorgungsalltag auf einer praktischen Ebene maßgeblich beeinflussen, ist bislang noch nicht ausreichend erforscht, ob sie tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgungssituation beitragen.

Die drei Studien dieser Dissertation hatten zum Ziel (1.) die Perspektive niedergelassener Psychotherapeut:innen auf die neuen Behandlungselemente der Reform der Psychotherapie-Richtlinie zu erfassen, (2.) die Konsiliarberichte im Rahmen der Beantragung von Psychotherapie hinsichtlich der Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie zu überprüfen und (3.) die Sinnhaftigkeit von diagnosespezifischen Behandlungskontingenten anhand von Behandlungskonzeptualisierungen für Patient:innen mit der gleichen Diagnose (rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode; F33.1) zu beurteilen.

In **Studie 1** wurden Psychotherapeut:innen per leitfadengestütztem Interview telefonisch zu ihren Erfahrungen mit und Meinungen über die Reform der Psychotherapie-Richtlinie befragt. Die Aussagen zu den neuen Behandlungselementen der Reform wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse in einem gemischt deduktiven und induktiven Vorgehen ausgewertet.

In **Studie 2** wurden Konsiliarberichte, die im Rahmen von Anträgen zur Begutachtung von Psychotherapie eingereicht worden waren, mit den Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie verglichen. Es wurden Unterschiede zwischen den Konsiliarberichten und den dazugehörigen Berichten an die Gutachterin oder den Gutachter hinsichtlich behandlungsrelevanter Parameter untersucht. Zusätzlich wurden potenzielle Prädiktoren für die Empfehlung einer ärztlichen Mitbehandlung berechnet.

In **Studie 3** wurden Behandlungskonzeptualisierungen, das heißt die sogenannten Berichte an die Gutachterin oder den Gutachter, für Patient:innen mit der Diagnose F33.1 mittels

¹ Literaturangaben finden sich ab Kapitel 1

qualitativer Inhaltsanalyse hinsichtlich der psychodynamischen Homogenität untersucht. Aus den Quotienten der summierten Reifegrade der psychischen Abwehr und der Anzahl an Abwehrmechanismen wurde pro Patient:in ein genereller Reifegrad der Abwehr gebildet und dieser zwischen Patient:innen mit und ohne komorbiden Diagnosen verglichen. Zusätzlich wurde das allgemeine Funktionsniveau der Patient:innen eingeschätzt.

Publikationen der Dissertation

Alle Publikationen in der nachfolgenden Tabelle sind Teil dieser Dissertation. Die Originalarbeiten finden sich im Anhang (Seite 42 ff.).

	Impact factor
Studie 1	1,1 (2023)
Maier L, Engesser D, Paul R, Reuter K, Petermann-Meyer A und Singer S. Die neuen Behandlungselemente der Psychotherapiestrukturereform. Psychiatrische Praxis 2024; 51: 31-38. DOI: 10.1055/a-2112-3549	
Studie 2	1,0 (2023)
Maier L, Blanck J und Singer S. Das Konsiliarverfahren in der ambulanten Psychotherapie: Eine Untersuchung von Konsiliarberichten hinsichtlich der Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie. Die Psychotherapie 2024; 69: 184-192. DOI: 10.1007/s00278-024-00721-w	
Studie 3	0,2 (2023)
Maier L, Blanck J und Singer S. Unipolare Depression – psychodynamische Vielfalt. Forum der Psychoanalyse 2023; 39: 171-187. DOI: 10.1007/s00451-022-00496-3	

Tabelle 1: Liste an Publikationen der vorliegenden Dissertation

Vollständige Publikationsliste

Die nachfolgenden Referenzen sind chronologisch aufgelistet, beginnend mit der jüngsten Publikation.

Originalarbeiten in Fachzeitschriften mit Peer-Review-Verfahren

Wendt LP, Klein EM, Benecke C, Singer S, **Dotzauer L***, Engesser D, van Haaren Y und Zimmermann J. Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey of German Mental Health Professionals. 2024. [preprint 23.07.2024]. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr

Kemmerer P, **Maier L**, Singer S, Reuter K und Engesser D. „Das sind alles schon Neuerungen gewesen, die das spürbar erleichtert haben“ – Angebot von ambulanter Gruppenpsychotherapie nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Ergebnisse einer Mixed-Methods-Studie. Gruppenpsychother Gruppensdynamik 2024; 60: 115-129. DOI: 10.13109/grup.2024.60.2.115

Pantle V, **Maier L**, Schmalbach I, Engesser D, Lieb K, Wiegand HF und Singer S. „Wie soll mir denn eine Therapie helfen, wenn ich schon daran scheitere, sie mir zu organisieren?“ Eine qualitative Studie zu Erfahrungen von Therapiesuchenden einer ambulanten Psychotherapie. Z Klin Psychol Psychother 2024; 53: 35-43. DOI: 10.1026/1616-3443/a000752

Maier L, Blanck J und Singer S. Das Konsiliarverfahren in der ambulanten Psychotherapie: Eine Untersuchung von Konsiliarberichten hinsichtlich der Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie. Psychotherapie 2024; 69: 184-192. DOI: 10.1007/s00278-024-00721-w

Maier L, Engesser D, Paul R, Reuter K, Petermann-Meyer A und Singer S. Die neuen Behandlungselemente der Psychotherapiestrukturreform. Psychiatr Prax 2024; 51: 31-38. DOI: 10.1055/a-2112-3549

Engesser D, Singer S, Kemmerer P, Paul R, Petermann-Meyer A, Reuter K und **Maier L**. Belastung(sgrenz)en für Psychotherapeut:innen nach der Reform. Z Psychosom Med Psychother 2024. [angenommen].

Singer S, Blanck J, **Maier L** und Tischner C-L. „Sie erscheint durch ihr Übergewicht keineswegs entstellt.“. Forum Psychoanal 2023; 39: 83-97. DOI: 10.1007/s00451-022-00486-5

Singer S, Engesser D, Wirp B, Lang K, Paserat A, Kobes J, Porsch U, Mittag M, Taylor K, Gianicolo E und **Maier L**. Effects of a statutory reform on waiting times for outpatient psychotherapy: A multicentre cohort study. Counselling and Psychotherapy Research 2022; 22: 982-997. DOI: 10.1002/capr.12581

Engesser D, **Maier L**, Schepers M und Singer S. Vermittlung der Terminservicestellen Psychotherapie im Jahr 2019. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2023; 66: 1163-1171. DOI: 10.1007/s00103-023-03756-7

Singer S, Blanck J, Scholz I, Büttner M und **Maier L**. Hängen die Stundenkontingente für ambulante Psychotherapie zur Behandlung von Depressionen mit deren Schweregrad zusammen? Nervenarzt 2022; 93: 1143-1149. DOI: 10.1007/s00115-022-01374-3

Singer S, **Maier L**, Blanck J und Wiegand HF. Indikatoren der Behandlungs koordinierung in Psychotherapieberichten. Psychotherapie 2023; 68: 373-380. DOI: 10.1007/s00278-023-00667-5

Pantle V, **Maier L**, Schmalbach I, Engesser D, Lieb K, Wiegand HF und Singer S. „Die passende Chemie wäre entscheidend...wenn man denn eine Wahl hätte“ – eine qualitative Studie zu Präferenzen von Therapiesuchenden einer ambulanten Psychotherapie. Psychotherapie 2023; 68: 311-318. DOI: 10.1007/s00278-023-00656-8

Singer S, Sievers L, Scholz I, Taylor K, Blanck J und **Maier L**. Who seeks psychodynamic psychotherapy in community-based practices? Patient characteristics examined in a large sample of applications for reimbursement of psychotherapy in Germany. Psychodyn Pract 2023; 29: 117-135. DOI: 10.1080/14753634.2023.2182702

Singer S, Sievers L, Scholz I, Taylor K, Blanck J und **Maier L**. Suicidal ideation and attempts in adults seeking outpatient psychodynamic psychotherapy. Clin Psychol Psychother 2023; 30: 317-334. DOI: 10.1002/cpp.2797

Maier L, Blanck J und Singer S. Unipolare Depression – psychodynamische Vielfalt. Forum Psychoanal 2023; 39: 171-187. DOI: 10.1007/s00451-022-00496-3

Maier L. Von der Kultur des Erinnerns und der Angst zu vergessen – zum Umgang mit der Vergänglichkeit in der Gesellschaft. Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis 2023; 38: 60-66.

Engesser D, **Maier L**, Mittag M, Lang K, Nagel-Brotzler A, Wirp B, Kobes J und Singer S. Zustandekommen von ambulanter Psychotherapie vor und nach der Psychotherapiestrukturreform von 2017 – Daten aus Praxen mit und ohne psychoonkologischem Schwerpunkt. Gesundheitswesen 2023; 85: 911-917. DOI: 10.1055/a-1955-9811

Maier L, Engesser D, Petermann-Meyer A, Paul R, Reuter K und Singer S. „Es hat so einen etwas bitteren Beigeschmack“ Die Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahrens aus Sicht von Psychotherapeut*innen in der ambulanten Versorgung. Psychother Psychosom Med Psychol 2023; 73: 16-24. DOI: 10.1055/a-1850-1886

Engesser D, Singer S, Kemmerer P und **Maier L**. Concepts of involvement in psychotherapeutic care in different medical specialties. An explorative qualitative analysis. 2023. [eingereicht].

Singer S, **Maier L**, Paserat A, Lang K, Wirp B, Kobes J, Porsch U, Mittag M, Toenges G und Engesser D. Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz vor und nach der Psychotherapie-Strukturreform. Psychotherapeut 2022; 67: 176-184. DOI: 10.1007/s00278-021-00551-0

Vochem J, Strobel C, **Maier L**, Spiegelhalder K, Hertenstein E, Riemann D und Feige B. Pre-Sleep Arousal Scale (PSAS) and the Time Monitoring Behavior-10 scale (TMB-10) in good sleepers and patients with insomnia. Sleep Med 2019; 56: 98-103. DOI: 10.1016/j.sleep.2019.01.022

Übersichtarbeit in Fachzeitschrift mit Peer-Review-Verfahren

Singer S, Engesser D, Scheibe S, Salm S, Voigt K, Mergenthal K und **Maier L**. Digitale Gesundheitsanwendungen in der Psychoonkologie. Onkologie 2024; 30: 710-719. DOI: 10.1007/s00761-024-01556-5

Online publiziertes Tool

Wendt LP, Engesser D, **Maier L**, van Haaren Y, Benecke C, Singer S und Zimmermann J. Leitlinien-Mapping der LL-SBPF – Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen. In: Open Science Framework. 2024: DOI: 10.17605/OSF.IO/Q2FKJ

Abschlussbericht

Singer S, **Maier L**, Engesser D und Büttner M. Ergebnisbericht. Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform [Internet]. 2023 [zitiert am 22.05.2024]. URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/452/2023-10-16_PT-REFORM_Ergebnisbericht.pdf

Tabelle 2: Vollständige Publikationsliste in chronologischer Reihenfolge

*Anm.: Der Name der Doktorandin ist fett markiert.

1 Hintergrund

1.1 Prävalenz psychischer Erkrankungen

In Deutschland liegt die 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen bei 28 % der Erwachsenen [1]. Bei Kindern und Jugendlichen sind rund 20 % psychisch auffällig [2]. Die häufigsten Diagnosekategorien bei Erwachsenen sind Angststörungen (15 %) und affektive Störungen (9 %), wobei knapp die Hälfte aller Betroffenen (44 %) unter mehr als einer psychischen Erkrankung leidet [1]. Anders als die mediale Präsenz von mentalen Gesundheitsthemen annehmen lässt, haben psychische Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten nur geringfügig zugenommen [3]. Zur generellen Entwicklung psychischer Störungen nach der COVID-19-Pandemie liegen derzeit noch keine repräsentativen Daten vor. Telefonische Befragungen weisen jedoch darauf hin, dass im Verlauf der COVID-19-Pandemie die Belastung durch depressive Symptome (2019 - 2023: 11 % - 20 %) und Angstsymptome (2021 - 2023: 7 % - 14 %) deutlich angestiegen ist [4, 5]. Zudem schätzten im Jahr 2023 lediglich 37 % der Befragten die eigene psychische Gesundheit als „sehr gut“ oder „ausgezeichnet“ ein [4].

1.2 Folgen psychischer Erkrankungen

Die Folgen psychischer Erkrankungen sind vielfältig und sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene mit hohen Belastungen verbunden.

Auf individueller Ebene beginnt für die Betroffenen und ihre Angehörigen häufig ein langer Leidensweg. Neben den Beschwerden durch die störungsspezifischen Symptome, führen psychische Erkrankungen nachgewiesenermaßen zu einer Reduktion von gesundheitsbezogener Lebensqualität [6] und erhöhen das Risiko für finanzielle Belastungen durch lange Arbeitsunfähigkeit [7-10] beziehungsweise Erwerbsminderung [11]. Stigmatisierungsängste begünstigen zudem Geheimhaltung sowie soziale Isolation [12] und reduzieren die Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten [13-16], wenngleich sich mittlerweile eine Tendenz zu mehr Aufgeschlossenheit gegenüber psychischen Erkrankungen und Psychotherapie in der Gesellschaft abzeichnet [14]. Zu den krankheitsspezifischen Belastungen und Symptomen kommen versorgungsstrukturelle Hürden, wie beispielsweise mühsame Suchprozesse und lange Wartezeiten für eine ambulante Psychotherapie, erschwerend hinzu [17-19].

Auf gesellschaftlicher Ebene sind psychische Erkrankungen unter anderem mit Belastungen des Sozial- und Gesundheitswesens verbunden. Zwar verzeichneten die großen

Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten Jahren bis 2020 eine relativ konstante Anzahl an Personen mit psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit [8-10], demgegenüber steht allerdings eine Zunahme an Fehltagen aufgrund von psychischen Erkrankungen [7-10, 20], wie auch eine hohe fallbezogene Dauer psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit [8-10]. Diese Befunde sind insofern besorgniserregend, als dass sie auf einen Anstieg lang andauernder und schwerer Fälle psychischer Erkrankung hinweisen. Die Anzahl stationärer Behandlungen aufgrund psychischer Erkrankungen in der erwachsenen Bevölkerung ist zwischen 2015 bis 2021 indessen eher rückläufig [21], wobei pandemiebedingte Limitierungen von Behandlungskapazitäten wahrscheinlich sind. In der Altersgruppe der 15- bis 24-jährigen Patient:innen hingegen sind psychische und Verhaltensstörungen im Jahr 2020 mit 18 % aller Behandlungsfälle die häufigste Diagnose stationärer Krankenhausbehandlung [22]. Insbesondere junge Menschen scheinen also durch psychische Störungen zunehmend häufig belastet zu sein.

1.3 Ambulante Versorgung psychischer Erkrankungen

Ausgehend von der hohen Prävalenz für psychische Erkrankungen sowie den daraus resultierenden Belastungen sind anhaltend hohe Behandlungsbedarfe zu verzeichnen, was sich unter anderem in Wartezeiten von 16 bis 22 Wochen für eine Richtlinien-Psychotherapie zeigt [18, 23]. Innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung werden psychische Erkrankungen in verschiedenen ambulanten Settings behandelt.

1.3.1 Hausärztliche Versorgung

Erste Anlaufstelle für Personen mit psychischen Belastungen sind in vielen Fällen die Hausärzt:innen. Wenngleich für ambulante Psychotherapie die freie Arztwahl gilt und somit keine Überweisungspflicht besteht (§ 76 Sozialgesetzbuch [SGB] V), suchen nur etwa 7 % der Patient:innen direkt eine psychiatrische beziehungsweise psychotherapeutische oder psychosomatische Fachbehandlung auf [24, zitiert nach 25]. Nach den sozialrechtlichen Vorschriften (§ 73 Absatz 1 SGB V) sind Hausärzt:innen insbesondere für die langfristige Betreuung, Koordination, Dokumentation und Integration der verschiedenen Behandlungsmaßnahmen zuständig. Dementsprechend sehen sich Hausärzt:innen häufig für die Behandlungssteuerung und langfristige Begleitung ihrer Patient:innen verantwortlich [26]. In Bezug auf die Versorgung von Patient:innen mit psychischen Erkrankungen ergaben Interviews mit niedergelassenen Ärzt:innen unterschiedlicher Facharztqualifikationen insgesamt drei verschiedene Rollenkonzepte. Diese Rollenkonzepte beschreiben das Ausmaß, in dem sich die Ärzt:innen für die Versorgung ihrer Patient:innen mit psychischen Erkrankungen zuständig fühlten. Gemäß dieser Rollenkonzepte sahen sich die Ärzt:innen für

die „erste Behandlung“ beziehungsweise „Indikationsstellung und zeitweise Unterstützung“ ihrer Patient:innen zuständig oder wünschten lediglich einen „minimalen Einbezug“ bei deren psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung [27]. Am Beispiel von depressiven Erkrankungen zeigte sich zudem, dass bei der Mehrzahl der Patient:innen mit Überweisung für eine fachspezifische Behandlung eine Mitbehandlung durch Hausärzt:innen erfolgt und dass die Wahrscheinlichkeit für eine leitliniengerechte Behandlung bei Hausärzt:innen mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie fast zwei Mal so hoch ist im Vergleich zu Hausärzt:innen ohne entsprechende Zusatzbezeichnung [28].

1.3.2 Psychiatrische Versorgung

Jährlich suchen etwa 10 % der Deutschen eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung auf [29]. Im 4. Quartal 2022 behandelte ein:e Psychiater:in durchschnittlich 544 Fälle, wohingegen ein:e Psychologische:r Psychotherapeut:in beziehungsweise ein:e Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in durchschnittlich 46 Fälle behandelte [30]. Das vergleichsweise hohe Patientenaufkommen in psychiatrischen Praxen weist darauf hin, dass diese sich bezüglich des Behandlungsschwerpunkts deutlich von psychotherapeutischen Praxen unterscheiden. Wenngleich Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie zur Abrechnung von Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie befugt sind (EBM, Kapitel 35.2), zeigen versorgerspezifische Analysen, dass sie hiervon vergleichsweise selten Gebrauch machen [25]. Zwar wenden immerhin 60 % der Psychiater:innen grundsätzlich antragspflichtige Psychotherapie an [31], dem gegenüber steht allerdings, dass circa 88 % aller Leistungen in der psychiatrischen Praxis auf psychiatrische Gebührenordnungspositionen entfallen [25], die nicht der Richtlinien-Psychotherapie zuzuordnen sind.

1.3.3 Psychotherapeutische Versorgung

Seitens der Betroffenen ist ambulante Psychotherapie das beliebteste Behandlungsverfahren bei psychischen Erkrankungen [32]. Personen mit Psychotherapieerfahrung bewerten ihre Behandlung in überwiegender Mehrheit (83 %) als positiv [14]. Psychologische Psychotherapeut:innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen sowie ärztliche Psychotherapeut:innen erbringen in der Regel zeitintensive, das heißt längerfristige und regelmäßige, psychotherapeutische beziehungsweise psychosomatische Behandlungen. Es sind vier psychotherapeutische Richtlinienverfahren innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Behandlung psychischer Erkrankungen zugelassen: Analytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Systemische Psychotherapie und Verhaltenstherapie (§ 15 Psychotherapie-Richtlinie [PT-RL]). Unterschiede zwischen den Verfahren beziehen sich auf das theoretische Grundkonzept beziehungsweise das allgemeine

Krankheitsverständnis, die Behandlungsmethodik und das Behandlungssetting sowie den Umfang der Behandlungskontingente. Alle vier Verfahren können als Einzeltherapie, Gruppentherapie oder als Kombinationsbehandlung von Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt werden (§ 22 Absatz 1 PT-RL). Abrechnungsdaten der ambulanten Psychotherapie aus dem Jahr 2018 zeigen, dass die meisten Patient:innen eine Verhaltenstherapie erhalten (56 %), dicht gefolgt von Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (38 %) und, mit deutlichem Abstand, Analytischer Psychotherapie (6 %) [33]. Aufgrund des kurzen Zeitraums seit der sozialrechtlichen Anerkennung als Richtlinienverfahren der Gesetzlichen Krankenversicherung liegen für die Systemische Therapie noch keine Abrechnungsdaten vor.

1.4 Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz ist für Betroffene häufig mit einem anstrengenden Suchprozess und langen Wartezeiten verbunden [z. B. 18, 19, 34]. Um die Chancen auf die benötigte Psychotherapie zu erhöhen, muss ein Großteil der Patient:innen ihre ursprünglichen Präferenzen, wie beispielsweise das Therapieverfahren, im Verlauf des Suchprozesses aufgeben [19]. Am Beispiel von Patient:innen mit mittelgradigen bis schweren Depressionen belegen Zahlen zudem, dass etwa 50-90 % keine leitliniengerechte Behandlung erhalten [35, 36] und, dass bei etwa 23 % der Fälle überhaupt keine Behandlung stattfindet [35]. Der Anteil an leitliniengerechten Behandlungen ist dabei auch mit den regionalen Versorgungsstrukturen assoziiert [35]. Im Jahr 2017 reagierte die Gesundheitspolitik auf die angespannte Versorgungslage mit einer Reformierung der Psychotherapie-Richtlinie [37]. Es folgten weitere gesundheitspolitische Vorhaben und Gesetze, wie etwa die Einführung von Anreizen zur Verkürzung von Psychotherapien im Jahr 2019 (§ 87 Absatz 2c Psychotherapeutengesetz [PsychThG], Bundestags-Drucksache 19/13585), die Abschaffung und Ersetzung des Antrags- und Gutachterverfahrens durch ein neues Qualitätssicherungssystem (§ 92 Absatz 6a SGB V) oder die Abschaffung und Ersetzung der individuellen Indikationsstellung durch diagnosebezogene, normierte Behandlungspakete im Jahr 2021 (Änderungsantrag 49 zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung [GVWG]).

1.4.1 Die Reform der Psychotherapie-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen für die Regelung der Gesundheitsversorgung zuständig (§ 91 Absatz 1 SGB V). Wesentliche Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses ist die Ausformulierung von Richtlinien, die eine

ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung gewährleisten sollen (§ 92 Absatz 1 SGB V). Die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie [PT-RL]) enthält unter anderem umfassende Informationen zu seelischen Erkrankungen, psychotherapeutischen Behandlungsverfahren, Leistungsumfängen und zum Antrags- und Gutachterverfahren (§ 92 Absatz 6a Satz 1 SGB V bzw. PT-RL). Aufgrund der ungenügenden psychotherapeutischen Versorgungslage beauftragte die Bundesregierung den Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) vom 16. Juli 2015 mit einer umfassenden Reformierung der Psychotherapie-Richtlinie (Psychotherapiestruktureform) (BGBl. I S. 1222 ff., Bekanntmachung vom 22. Juli 2015). Ziel der Überarbeitung der Richtlinie war es, die bestehenden Ressourcen zu flexibilisieren, zu bündeln und durch neue Behandlungsmöglichkeiten zu erweitern (§ 92 Absatz 6a Satz 4 SGB V). Dafür wurden zum einen neue Behandlungselemente eingeführt, zum anderen bestehende Versorgungselemente modifiziert. Die neuen Behandlungselemente umfassen die psychotherapeutische Sprechstunde, die Akutbehandlung und die Rezidivprophylaxe. Modifiziert wurden das Antrags- und Gutachterverfahren, die Verpflichtung zur telefonischen Erreichbarkeit und die Rahmenbedingungen der Gruppentherapie [37]. Nachfolgend werden die neuen Behandlungselemente der Reform kurz dargestellt. Auf eine Beschreibung der modifizierten Versorgungselemente wird an dieser Stelle verzichtet, da diese nicht im Fokus der vorliegenden Dissertation stehen.

Die psychotherapeutische Sprechstunde (§ 11 PT-RL) soll einen zeitnahen Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ermöglichen. Sie dient der Diagnostik, der individuellen Indikationsstellung und der Information von Patient:innen. Vor Aufnahme einer Richtlinien-Psychotherapie beziehungsweise einer Akutbehandlung sind mindestens 2 x 25 Minuten psychotherapeutische Sprechstunde verpflichtend vorgesehen. Das maximale Kontingent umfasst 6 x 25 Minuten Sprechstunde bei volljährigen Patient:innen. Für Psychotherapeut:innen besteht eine Verpflichtung zur Bereitstellung von Sprechstundenterminen in Abhängigkeit vom Umfang ihres Versorgungsauftrags (voller Versorgungsauftrag: 100 Minuten/Woche). Gemäß Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) liegt die Vergütung der psychotherapeutischen Sprechstunde bei 112,66 €/50 Minuten (Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV]: Stand 01/2024). Damit fällt sie etwa 33 % höher aus als für eine Probatorische Sitzung (84,61 €/50 Minuten; KBV: Stand 01/2024).

Die psychotherapeutische Akutbehandlung (§ 13 PT-RL) ist, ebenso wie die psychotherapeutische Sprechstunde, ein zeitnahes Behandlungsangebot, speziell für Patient:innen in akuten Krisensituationen. Sie dient der Stabilisierung beziehungsweise Vorbereitung von nachfolgenden anderen ambulanten oder stationären Maßnahmen. Eine

umfassende Bearbeitung der psychischen Erkrankung ist nicht Gegenstand der Akutbehandlung. Im Gegensatz zur Richtlinien-Psychotherapie ist sie nicht verfahrensspezifisch. Sie ist lediglich anzeige- nicht aber antragspflichtig und kann direkt im Anschluss an eine psychotherapeutische Sprechstunde begonnen werden. Das Maximalkontingent umfasst 24 x 25 Minuten. Analog zur psychotherapeutischen Sprechstunde liegt die Vergütung der Akutbehandlung bei 112,66 €/50 Minuten (KBV: Stand 01/2024).

Die Rezidivprophylaxe (§ 14 PT-RL) kann innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Langzeittherapie zur Erhaltung der erzielten Fortschritte beziehungsweise kurzfristigen Stabilisierung in akuten Krisen durchgeführt werden. In Abhängigkeit von der Behandlungsdauer können 8 bis 16 Stunden des bewilligten Therapiekontingents für die Rezidivprophylaxe verwendet werden. Voraussetzung ist, dass diese Stunden bei der Therapiebeantragung angefordert werden. Die Rezidivprophylaxe wird als Richtlinien-therapie abgerechnet und entsprechend dieser vergütet (112,30 €/50 Minuten, KBV: Stand 01/2024).

Seit Inkrafttreten der Reform der Psychotherapie-Richtlinie am 1. April 2017 stellt sich die Frage, inwiefern diese einen Beitrag zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgungslage leistet. Drei große Forschungsprojekte wurden vom Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Evaluation der Psychotherapiestrukturreform als förderfähig ausgewählt:

- Evaluation der Psychotherapiestrukturreform (PT-REFORM),
Leitung: Prof. Dr. S. Singer, Institut für Epidemiologie, Medizinische Biometrie und Informatik der Universitätsmedizin Mainz (Fördersumme: 512.000 Euro).
- Evaluation der Strukturreform der Richtlinien-Psychotherapie – Vergleich von komplex und nicht-komplex erkrankten Patienten (ES-RiP),
Leitung: Prof. Dr. J. Kruse, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Justus-Liebig-Universität Gießen (Fördersumme: 1,6 Millionen Euro).
- Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL),
Leitung: Prof. Dr. J. Wasem, Lehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen (Fördersumme: 1,1 Millionen Euro).

Im Rahmen des Projekts PT-REFORM wurden Wartezeiten in Psychotherapiepraxen vor und nach der Reform untersucht, Interviews mit Psychotherapeut:innen, Patient:innen und Mitarbeitenden von Kassenärztlichen Vereinigungen geführt sowie Bürokratieaufwände in Psychotherapiepraxen vor und nach der Reform überprüft [38]. Das Projekt wurde von mir koordiniert, organisiert und gemeinsam mit der Arbeitsgruppe durchgeführt. Für die vorliegende Dissertation werden unter anderem Daten aus diesem Projekt verwendet, wobei

der Fokus auf der Perspektive von Psychotherapeut:innen liegt. Wenngleich auf einer übergeordneten Ebene bereits Daten zu verschiedenen Reformaspekten aus Sicht von Psychotherapeut:innen vorliegen [39], ist bislang unklar, wie Psychotherapeut:innen einzelne Aspekte der Reform im Detail beurteilen. Die Untersuchung der neuen Behandlungselemente aus Sicht von ambulanten Psychotherapeut:innen ist daher Teil dieser Dissertation.

1.4.2 Das Antrags- und Gutachterverfahren in der ambulanten Psychotherapie

Vor Beginn einer ambulanten Psychotherapie muss die Leistungspflicht auf Antrag der Versicherten von der Krankenkasse festgestellt werden (§ 34 Absatz 1 PT-RL). Im Gegensatz zur sonstigen ärztlichen Versorgung erfolgt somit eine Vorabprüfung von Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit (§ 12 Absatz 1 SGB V) der geplanten Psychotherapie und damit eine Absicherung von Psychotherapeut:innen vor möglichen Regressforderungen. Nach Durchführung von mindestens 50 Minuten psychotherapeutischer Sprechstunde sowie Terminierung der zweiten probatorischen Sitzung können Versicherte die geplante Psychotherapie anhand des Formblatts 1 zur Psychotherapie-Vereinbarung (PTV 1) bei ihrer Krankenkasse beantragen (§ 11 Absatz 1 PTV, Anlage 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte [BMV-Ä]). Dem Antrag der Versicherten ist das Formblatt 2 nach PTV (PTV 2) beizufügen. In diesem hinterlegen die Psychotherapeut:innen Angaben zu Diagnose(n), Indikation, Art und Umfang der geplanten Psychotherapie sowie gegebenenfalls vorliegenden vorherigen Psychotherapien (§ 34 Absatz 1 PT-RL). Nicht-ärztliche Psychotherapeut:innen sind zudem angewiesen, einen Konsiliarbericht einzuholen (§ 32 Absatz 3 PT-RL). Bei der Beantragung von Langzeittherapien ist darüber hinaus eine fallbezogene Behandlungskonzeptualisierung, der sogenannte Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter, in einem verschlossenen Umschlag (Formblatt 8) beizufügen (§ 34 Absatz 1 PT-RL).

Im Jahr 2019 wurde die Abschaffung und Ersetzung des bisherigen Antrags- und Gutachterverfahrens via Omnibusverfahren gesetzlich verankert (§ 92 Absatz 6a SGB V). In der Folge wurde das seit jeher viel diskutierte Thema der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie Gegenstand einer intensiven Diskussion. In diesem Kontext wurden verschiedene Aspekte der Qualitätssicherung, unter anderem von mir, wissenschaftlich untersucht [z. B. 40, 41-47]. In meiner Studie kritisieren niedergelassene Psychotherapeut:innen demzufolge beispielsweise den zu erwartenden Wegfall der Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie die Intransparenz der Gesetzesinitiative, wohingegen der bisherige Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter heterogen in Bezug auf seine qualitätssichernde Funktion eingeschätzt wird [47].

Neben den Berichten an die Gutachterin oder den Gutachter ist ein anderer polarisierender Aspekt des Antrags- und Gutachterverfahrens das damit verbundene Konsiliarverfahren [z. B.

48, 49]. Dieses wurde 1999, mit der Abschaffung des Delegationsverfahrens und der Einführung des Erstzugangsrechts, verpflichtend in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen (BGBl. I S. 1311 ff., Bekanntmachung vom 23. Juni 1998). Gemäß Psychotherapie-Richtlinie (§ 32 Absatz 3 PT-RL) ist vorgesehen, dass die Konsiliarärzt:innen im Freitextfeld des Formblatts für den Konsiliarbericht (Muster 22; Anlage 2 BMV-Ä) Angaben zu aktuellen Beschwerden, dem psychischen und somatischen Befund, relevanten anamnestischen Daten, relevanten Vor- und Parallelbehandlungen sowie zu den medizinischen Diagnosen beziehungsweise Differenzial- und Verdachtsdiagnosen vermerken. Zusätzlich soll die Notwendigkeit weiterer ärztlicher Untersuchungen und Mitbehandlungen in dafür vorgesehenen Feldern beurteilt und ausdrücklich Auskunft über das Vorliegen von Kontraindikationen für eine Psychotherapie gegeben werden (§ 32 Absatz 3 PT-RL). Seit Einführung des Konsiliarverfahrens wird von nicht-ärztlichen Psychotherapeut:innen und psychotherapeutischen Interessenvertreter:innen jedoch wiederkehrend eine unzureichende Bearbeitung der Konsiliarberichte durch die zuständigen Ärzt:innen beklagt und der Mehrwert der Konsiliarberichte in Frage gestellt [48, 49]. Entgegen der hohen Relevanz des Konsiliarberichts im Praxisalltag sowie der wiederkehrenden Kritik am Konsiliarverfahren, sind bislang wenige Studien zu diesem Thema publiziert worden. Die bisherigen Veröffentlichungen befassen sich überdies mit spezifischen Gruppen in der Psychotherapie, wie etwa Patient:innen mit schweren somatischen Erkrankungen [50] sowie Kindern und Jugendlichen [51]. Während sich am Fallbeispiel einer Patientin mit schwerer Colitis ulcerosa die Notwendigkeit einer ausführlichen konsiliarischen Erörterung sowohl aus somatischen als auch psychodynamischen Gründen aus Sicht des Autors bestätigte, ist der Mehrwert der Konsiliarberichte bei Kindern und Jugendlichen gemäß Rütth und Rung [51] fraglich. Insgesamt ist die Datenlage zu den Konsiliarberichten bei erwachsenen Patient:innen noch unklar. Daher war ein weiteres Ziel der vorliegenden Dissertation, zu untersuchen, inwiefern die Konsiliarberichte von erwachsenen Patient:innen den Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie entsprechen.

1.4.3 Die Indikationsstellung in der ambulanten Psychotherapie

Vor der Beantragung einer Richtlinien-Psychotherapie oder einer Akutbehandlung erfolgt zunächst eine orientierende diagnostische Abklärung sowie eine Indikationsstellung im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde (§ 11 Absatz 1 PT-RL). Während die Diagnostik zum Ziel hat das eventuelle Vorliegen einer seelischen Krankheit abzuklären, dient die Indikationsstellung der Wahl einer geeigneten therapeutischen Maßnahme (§ 10 Absatz 2 PT-RL). Im Anschluss an die psychotherapeutische Sprechstunde werden die Eignung für ein spezifisches Psychotherapieverfahren, der Umfang und die Frequenz der geplanten

Psychotherapie, die Motivation der Patient:innen sowie die persönliche Passung im Rahmen der probatorischen Sitzungen geprüft (§ 12 Absatz 1 PT-RL).

Grundsätzlich umfasst das Versorgungsangebot der Richtlinien-Psychotherapie nach § 15 PT-RL die Kurzzeittherapie 1, die Kurzzeittherapie 2 und die Langzeittherapie im Einzel-, Gruppen- oder Kombinationssetting. Im Einzelsetting umfassen die Kurzzeittherapien in allen Psychotherapieverfahren jeweils 12 Therapieeinheiten à 50 Minuten (§ 29 Absatz 1-2 PT-RL). Folgt nach einer Kurzzeittherapie eine Langzeittherapie, werden die bereits erbrachten Stunden angerechnet (§ 28 Absatz 9 PT-RL). Aufgrund der unterschiedlichen theoretischen Ansätze und den daraus abgeleiteten Behandlungsmethoden in den verschiedenen Therapieverfahren stehen bei der Langzeittherapie verfahrensspezifische Therapiekontingente zur Verfügung. So wird in der analytischen Psychotherapie beispielsweise davon ausgegangen, dass tief verwurzelte, oftmals unbewusste Konflikte ursächlich für psychische Erkrankungen sind, die innerhalb der Übertragungsbeziehung zwischen Therapeut:in und Patient:in und unter Nutzung regressiver Prozesse in einer längeren Therapie zugänglich gemacht und bearbeitet werden [52, S. 463 ff.]. Demgegenüber konzentriert sich die Verhaltenstherapie stärker auf aktuelle Verhaltensweisen sowie damit verbundene kognitive, emotionale, motivationale und physiologische Prozesse (§ 17 Absatz 1 PT-RL), die mittels individueller Problemanalyse und konkreter Zieldefinitionen [53, S. 6] auch innerhalb eines kürzeren Zeitraums behandelt werden können. Eine Übersicht der Behandlungskontingente von Langzeittherapien (§ 30 Absatz 1-5 PT-RL) findet sich in *Tabelle 3*.

Verfahren	1. Schritt	2. Schritt
Analytische Psychotherapie	160 Std.	140 Std.
Systemische Psychotherapie	36 Std.	12 Std.
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	60 Std.	40 Std.
Verhaltenstherapie	60 Std.	20 Std.

Tabelle 3: Kontingente und Bewilligungsschritte in der Langzeittherapie

Aufgrund der beschriebenen Engpässe in der ambulanten Psychotherapie werden immer wieder gesundheitspolitische Vorhaben zur Einsparung von ökonomischen und behandlungsbezogenen Ressourcen forciert. Im Jahr 2021 wurde mit dem Änderungsantrag 49 ein „Prüfauftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur bedarfsgerechten und schweregradorientierten Versorgung von psychisch kranken Versicherten“ (Änderungsantrag 49 zum GVWG, S. 91) vorgelegt. Dieser Änderungsantrag sah vor, die bisherige Behandlungspraxis individueller Indikationsstellung und

Behandlungsplanung künftig durch normierte, diagnosespezifische Behandlungspakete zu ersetzen. Grundlegend scheint hierbei das mittlerweile widerlegte Vorurteil von zu langen Psychotherapien zu sein [54], aber auch die Fehlannahme, dass die Indikationsstellung lediglich auf dem Vorliegen bestimmter seelischer Erkrankungen beruht. Dies widerspricht nicht nur der Psychotherapie-Richtlinie, der zufolge die Indikationsstellung immer auch ein verfahrensbezogener Vorgang ist (§ 5 Absatz 3 PT-RL), sondern auch theoretischen Konzepten zur differenziellen Indikationsstellung, zum Beispiel in der Analytischen Psychotherapie. Gemäß Janssen [55] ist die Indikationsstellung für psychoanalytische Therapien das Ergebnis eines komplexen Aushandlungsprozesses, der von diversen Kriterien abhängt. Hierzu zählen, neben dem Vorliegen einer seelischen Erkrankung, unter anderem die Erkrankungsschwere, die persönlichen Lebensumstände, der Leidensdruck und die Änderungsbereitschaft, aber auch die Gegenübertragung oder die therapeutische „Schule“, derer sich die Psychotherapeut:innen zugehörig fühlen [55]. Es ist daher wenig verwunderlich, dass der Änderungsantrag 49 zu einer breiten Ablehnung in der psychotherapeutischen Profession führte, die über vielfältige Stellungnahmen wissenschaftlicher und berufspolitischer Leistungsträger öffentlich zum Ausdruck gebracht wurde [z. B. 56, 57, 58]. Ausgehend von der Idee der diagnosespezifischen Behandlungspakete, kurz als „Rasterpsychotherapie“ [59] benannt, stellte sich die Frage nach der Homogenität von Patient:innen mit ein und derselben ICD-10-Diagnose. Anhand des Krankheitsbilds der „unipolaren Depression“ veranschaulicht sich in diesem Kontext exemplarisch eine große Bandbreite theoretischer Konzeptionen und Behandlungsansätze [60-63], was auf eine gewisse Heterogenität von Patient:innen mit gleicher ICD-10-Diagnose hinweist. Diese Annahme spiegelt sich auch in der gegenwärtigen Behandlungspraxis wieder, und zwar insofern als eine Untersuchung von Psychotherapieanträgen keinen Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad einer Depressionsdiagnose und dem Umfang des Stundenkontingents ergab [64]. Entgegen des zu erwartenden Einwands einer gewissen „Beliebigkeit“ bei der Indikationsstellung, ist vielmehr davon auszugehen, dass die Indikationsstellung nicht ausschließlich auf dem Vorliegen einer bestimmten ICD-10-Diagnose beruhen kann. Wenngleich der Vorschlag zur Rasterpsychotherapie infolge des breiten Protests von Patient:innen und Psychotherapeut:innen bereits nach wenigen Monate wieder gestrichen wurde [65], war ein weiteres Anliegen der vorliegenden Dissertation, die Homogenität von Patient:innen mit derselben ICD-10-Diagnose anhand von psychodynamischen Fallkonzeptualisierungen in Psychotherapieanträgen zu untersuchen.

2 Fragestellungen

Die einleitende Darstellung des gegenwärtigen Versorgungsstands verdeutlicht den hohen Behandlungsbedarf von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie die damit verbundenen Herausforderungen an die Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Angesichts der bestehenden Versorgungsdefizite sowie des hohen Kostendrucks werden regelmäßig gesetzliche Änderungen initiiert. Mitunter erfolgen diese Neuregelungen jedoch ohne vorherige Erprobungsphase in der Versorgungspraxis und ohne sorgfältige Evaluation. Um das psychotherapeutische Versorgungssystem nachhaltig zu verbessern, bedarf es jedoch einer kontinuierlichen wissenschaftlichen Aufarbeitung möglicher Neuregelungen. Die vorliegende Dissertation hat daher das Ziel, die folgenden Fragestellungen zu beantworten:

Zur Perspektive niedergelassener Psychotherapeut:innen auf die neuen Behandlungselemente der Reform der Psychotherapie-Richtlinie (Studie 1):

1. Wie beurteilen Psychotherapeut:innen in der ambulanten Versorgung die neuen Behandlungselemente der Psychotherapie-Richtlinie?
 - a. Wie erfolgt die Umsetzung der neuen Behandlungselemente in den psychotherapeutischen Praxen?
 - b. Inwiefern können die intendierten Ziele der neuen Behandlungselemente erreicht werden?
 - c. Wie wirken sich die Veränderungen durch die neuen Behandlungselemente in der Praxis aus?

Zur Überprüfung der Konsiliarberichte als Bestandteil des Antrags- und Gutachterverfahrens in der ambulanten Psychotherapie (Studie 2):

2. Inwiefern entsprechen die Angaben in den Konsiliarberichten den Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie?
 - a. Wie ist die Einschätzung der Konsiliarärzt:innen hinsichtlich therapiebegleitender ärztlicher Maßnahmen?
 - b. Wie ist die Einschätzung der Konsiliarärzt:innen hinsichtlich Kontraindikationen einer Psychotherapie?
 - c. Inwieweit unterscheiden sich die Konsiliarberichte und die Psychotherapeutenberichte hinsichtlich der Angaben zu relevanten Vor- und Parallelbehandlungen?

- d. 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?
- e. 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?

Zur Beurteilung des gesundheitspolitischen Vorhabens diagnosespezifischer Behandlungskontingente in der Versorgung psychischer kranker Versicherter (Studie 3):

3. Wie homogen sind die Fallkonzeptualisierungen im Rahmen der Beantragung von psychodynamischen Psychotherapien von Patient:innen mit ein und derselben ICD-10-Diagnose?

3 Material und Methoden

Für vorliegende Dissertation wurden Daten aus den Projekten „Evaluation der Psychotherapiestrukturereform“ (PT-REFORM; finanziert durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses) sowie „Changing Psychodynamics? – Patterns of symptoms and their interpretation after the political change in Germany“ (IPA; finanziert durch die International Psychoanalytical Association) herangezogen.

Zur Untersuchung der Perspektive ambulanter Psychotherapeut:innen auf die neuen Versorgungselemente der Reform der Psychotherapie-Richtlinie (Forschungsfrage 1) wurden Daten aus dem Projekt PT-REFORM verwendet. Mit diesem Projekt wurde die Psychotherapiestrukturereform hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgungslage umfassend evaluiert. Das Projekt wurde von Prof. Dr. Susanne Singer konzipiert, eingeworben und geleitet und von mir koordiniert. Das Studienprotokoll wurde von der Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz überprüft und zustimmend bewertet (# 2020-14898).

Zur Überprüfung des Konsiliarverfahrens in der ambulanten Psychotherapie (Forschungsfrage 2) sowie zur Untersuchung der psychodynamischen Homogenität von Patient:innen mit rezidivierenden mittelgradigen Depressionen (Forschungsfrage 3) wurden Daten aus dem IPA-Projekt herangezogen. Das Projekt hat die Erforschung von Symptommustern und psychodynamischen Konzepten in der psychotherapeutischen Versorgungspraxis zum Ziel. Die Konzeptualisierung, Beantragung und Leitung des IPA-Projekts lag bei Prof. Dr. Susanne Singer. Die Überprüfung der Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz ergab ein positives Votum (#2018-13321).

In *Tabelle 4* sind die verwendeten Methoden aller drei der vorliegenden Dissertation zugrundeliegenden Publikationen dargestellt. Die qualitativen Analysen erfolgten mittels der Software MAXQDA [66], die quantitative Auswertung mit Stata [67].

Studie 1: Die Perspektive ambulanter Psychotherapeut:innen auf die neuen Versorgungselemente der Reform der Psychotherapie-Richtlinie		
Studiendesign	Querschnitt	
Stichprobe	Stratifizierte Zufallsauswahl niedergelassener Psychotherapeut:innen unterschiedlicher Richtlinienverfahren, Altersschwerpunkte und Region des Kassensitzes	
Datenerhebung	Halbstrukturierte qualitative Interviews	
Datenanalyse	Methode	Ziel
	- Qualitative Inhaltsanalyse angelehnt an Mühlfeld [68] und Mayring [69]	- Inhalte kategorisieren, zusammenfassen, generalisieren
Studie 2: Überprüfung der Konsiliarberichte als Bestandteil des Antrags- und Gutachterverfahrens in der ambulanten Psychotherapie		
Studiendesign	Querschnitt	
Stichprobe	Einfache Zufallsstichprobe von 1000 aus 40.000 Anträgen zur Begutachtung von Richtlinien-Psychotherapie (für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Verfahren)	
Datenerhebung	Extraktion von Daten aus Formularen und Berichten an die Gutachterin oder den Gutachter	
Datenanalyse	Methode	Ziel
	- Absolute und relative Häufigkeitsangaben - Chi ² -Tests - Binär-logistische Regression	- Vergleich Konsiliarberichte vs. Vorgaben PT-RL (§ 32 Absatz 3) - Untersuchung von Unterschieden Konsiliarberichte vs. Berichte an die Gutachterin oder den Gutachter - Identifizierung von Prädiktoren der Empfehlung ärztlicher Mitbehandlung

Studie 3: Diagnosespezifische Behandlungskontingente in der Versorgung psychisch kranker Versicherter		
Studiendesign	Querschnitt	
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> - Einfache Zufallsstichprobe von 1000 aus 40.000 Anträgen zur Begutachtung von Richtlinien-Psychotherapie (für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Verfahren) - Nach Antragsform (Erstantrag) und Diagnose (ICD-10; F33.1) stratifizierte Zufallsstichprobe von 13 der 1000 Psychotherapieanträge 	
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> - Extraktion von Daten aus Formularen und Berichten an die Gutachterin oder den Gutachter - Einschätzung des Funktionsniveaus der Patient:innen mittels Global Assessment of Functioning Scale (GAF) [70] 	
Datenanalyse	Methode	Ziel
	Mixed Methods: <ul style="list-style-type: none"> - Qualitative Inhaltsanalyse angelehnt an Mayring [71] - Quotient aus summierten Reifegraden der Abwehr und der Anzahl an Abwehrmechanismen pro Patient:in - Mann-Whitney-U-Test - Deskriptive Analyse des Funktionsniveaus nach GAF-Skala [70] 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikation psychodynamischer Muster - Identifikation genereller Reifegrad der Abwehr pro Patient:in - Untersuchung von Unterschieden von Patient:innen mit vs. ohne psychische Komorbidität hinsichtlich des generellen Reifegrads der Abwehr - Erfassung der Bandbreite psychischer Funktionsfähigkeit

Tabelle 4: Überblick der verwendeten Methodik

4 Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse in zusammengefasster Form dargestellt. Die dazugehörigen Originalarbeiten befinden sich im Anhang (Seite 42 ff.).

4.1 Studie 1: Die neuen Behandlungselemente der Psychotherapiestrukturreform

Quelle: **Maier L**, Engesser D, Paul R, Reuter K, Petermann-Meyer A und Singer S. Die neuen Behandlungselemente der Psychotherapiestrukturreform. *Psychiatrische Praxis* 2024; 51: 31-38. DOI: 10.1055/a-2112-3549

4.1.1 Stichprobencharakteristika

Von den 128 angeschriebenen Psychotherapeut:innen nahmen 41 an der Studie teil. Die Teilnehmenden waren überwiegend Frauen im Alter von 34 bis 81 Jahren (Median 57 Jahre). Es waren alle zum Zeitpunkt der Befragung zugelassenen Richtlinienverfahren vertreten (51 % Analytische und/oder Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; 37 % Verhaltenstherapie, 12 % alle drei Fachkunden). Ausgenommen war die Systemische Therapie, weil es in diesem Verfahren noch kaum niedergelassene Psychotherapeut:innen gibt. Die Mehrzahl der Befragten war bereits vor der Reform als Psychotherapeut:in tätig.

4.1.2 Interviewmaterial

Aus den Interviews ergaben sich insgesamt 37 Stunden Audiomaterial und 746 Seiten Interviewtranskripte (Arial, 12 Pt., 1-zeilig). Anhand der Interviewtranskripte wurde ein Kategoriensystem mit mehreren Ober- und Unterkategorien zu den neuen Versorgungselementen der Psychotherapie-Richtlinie erstellt. Diese werden nachfolgend in Auszügen inhaltlich dargestellt (für eine Kurzdarstellung, s. *Abbildung 1*).

4.1.3 Psychotherapeutische Sprechstunde

In der Praxis zeigte sich ein heterogenes Vorgehen bei der Umsetzung der psychotherapeutischen Sprechstunde. Allerdings bevorzugte die Mehrheit der Psychotherapeut:innen eine flexible Terminvergabe entsprechend freier Kapazitäten gegenüber festen Zeitfenstern.

„Aber ich halte jetzt, ehrlich gesagt, keine Extra-Stunden vor dafür. Weil [...] es meldet sich dann vielleicht in dieser Zeit niemand. Dieses Risiko, Termine zu besetzen, das ersetzt einem ja keiner. Insofern gucke ich, dass es unterm Strich so in etwa hinkommt.“ (PT106)

Keine:r der Befragten führte die psychotherapeutische Sprechstunde als 1 x 25 Minuten-Einheit durch, etwa ein Drittel stellte jedem:r Patient:in das volle Sprechstundenkontingent (6 x 25 Minuten) zur Verfügung, zum Beispiel zur „*emotionalen Stabilisierung*“ (PT106), auch wenn keine Aussicht auf einen Therapieplatz bestand. Die Zielerreichung der psychotherapeutischen Sprechstunde, nämlich die zeitnahe Abklärung, Indikationsstellung und Aufklärung (§ 11 Absatz 1, Absatz 3 PT-RL), sahen die Befragten als gegeben. Allerdings zeigte sich hinsichtlich der Inanspruchnahme durch Patient:innen eine geteilte Meinung zwischen der Ablehnung von Sprechstundenterminen ohne Aussicht auf Weiterbehandlung und einer hohen bis mehrfachen Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Sprechstunden.

„Und das ist einfach eben de facto so aus den Gründen, die ich ja schon genannt habe, dass Patienten oft kein Interesse an der Sprechstunde haben, wenn klar ist, dass keine weiterführende Behandlung angeboten werden kann.“ (ID031)

Insgesamt wurden sowohl positive als auch negative Auswirkungen der psychotherapeutischen Sprechstunde hervorgehoben (z. B. positiv: angemessene Vergütung, Informationsfunktion für Patient:innen, negativ: kapazitätsbedingtes Abweisenmüssen von Patient:innen im Anschluss an die psychotherapeutische Sprechstunde, Reduktion des Therapieangebots durch Verpflichtung zur Sprechstunde).

4.1.4 Akutbehandlung

Die Psychotherapeut:innen gaben an, die Akutbehandlung in verschiedenen Kontexten zu nutzen: zum Beispiel als Erstbehandlung in Krisen, als Überbrückungsmaßnahme oder als Nachbehandlung einer beendeten Psychotherapie. Insgesamt äußerten sie, die Akutbehandlung selten bis nie anzuwenden, was unter anderem mit Schwierigkeiten in der konzeptuellen Abgrenzung zur Kurzzeittherapie sowie wenigen Patient:innen mit entsprechender Indikation begründet wurde. Die Zielsetzung der Akutbehandlung, nämlich das schnelle Behandlungsangebot in Krisen, wurde aufgrund fehlender Kapazitäten als unrealistisch betrachtet.

„Wenn ich keinen Therapieplatz habe, dann nützt mir auch die Akutbehandlung nichts, weil die erweitert ja meine Therapieplätze nicht.“ (PT109)

Positiv hervorgehoben wurde die unbürokratische Handhabung der Akutbehandlung, vor allem durch den Wegfall des Konsiliarberichts.

„Also ein Vorteil ist ja, dass ich keinen Konsiliarbericht benötige. Dass ich es einfach anzeigen kann.“ (PT55)

Kritisiert wurde, dass die Gesundheitspolitik zunehmend kurze Behandlungsmaßnahmen, wie die Akutbehandlung fördere, mit der Folge eines reduzierten Angebots an Langzeittherapien.

4.1.5 Rezidivprophylaxe

Gleichwohl sich die Befragten aufgeschlossen gegenüber der Rezidivprophylaxe äußerten, beantragten sie diese vergleichsweise selten. Wenn aber, dann nutzten sie diese für eine frühere Anzeige des Behandlungsendes, zur kurzfristigen Stabilisierung in Krisen oder zur Überbrückung der „2-Jahres-Frist“². Kritikpunkte an der Rezidivprophylaxe waren aus Sicht der Befragten unter anderem der frühe Beantragungszeitpunkt vor Beginn der Therapie sowie das fehlende zusätzliche Stundenkontingent.

„Nachteile: Dass es vom Gesamtkontingent abgezogen wird. Dass man im Vorhinein wissen soll, ob da eine Rezidivprophylaxe überhaupt nötig ist, weil man muss es ja vorher beantragen.“ (ID037)

Für ihre Patient:innen beurteilten die Therapeut:innen die Möglichkeit kurzfristiger Gespräche nach Ende der Psychotherapie als beruhigend. Es wurde allerdings kritisch zu bedenken gegeben, dass die Rezidivprophylaxe das Therapieende – und damit die Bewältigung der „Trennung“ als wichtigen Behandlungsaspekt von Psychotherapien – beeinträchtige. Im Praxisalltag äußerten die Psychotherapeut:innen wenig Veränderungen durch die Einführung der Rezidivprophylaxe.

„Also auch da ist es ja so, ich habe immer schon auch die Sitzungen ausgeschlichen am Ende. Ich glaube, [...] vom therapeutischen Arbeiten her gibt es hier ja wieder keinen Unterschied. Das heißt jetzt halt Rezidivprophylaxe. Letztlich habe ich das ja vorher schon gemacht.“ (PT95)

² Anmerkung „2-Jahres-Frist“: In der psychotherapeutischen Profession hält sich die Fehlannahme, dass innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Richtlinien-Psychotherapie keine neue Therapie beantragt werden könne. Korrekt ist, dass innerhalb der 2-Jahres-Frist eine neue Psychotherapie beantragt werden kann, diese aber immer gutachterpflichtig ist.

	Psychotherapeutische Sprechstunde	Akutbehandlung	Rezidivprophylaxe
Ziele	Zeitnaher Zugang zu Psychotherapeut:in Flexibilisierung des Therapieangebots Diagnostik und Abklärung Behandlungsbedarf	Zeitnaher Behandlungsbeginn Besserung akuter psychischer Zustände	Symptomvorbeugung Verbesserte Symptomwahrnehmung Rückfallverhinderung
Zielerreichung	Mehrfachinanspruchnahme vs. Ablehnung Sprechstunde (-)* Mehr Flexibilität (+), mehr Vorgespräche (+), Informationsfunktion (+) Kritik an der Eignung zur Abklärung des Behandlungsbedarfs (0)	Umsetzung scheitert an Kapazitätsgrenzen (0) Bei akut belasteten Patient:innen sind 12 Stunden i.d.R. unzureichend (0)	wirkt beruhigend auf Patient:innen (+) Risiko: Vermeidung des therapeutisch wichtigen Abschieds (0) Kritik: Kein Zusatzkontingent (-)
Auswirkung	Keine Veränderung des Praxisablaufs aber tlw. erhöhte Organisationsaufwände (0) angemessene Vergütung (+), Honorarausfälle durch kurzfristige Absagen (-) Abweisungserfahrungen für Patient:innen (-) Reduktion des Therapieangebots (-)	Geringer bürokratischer Aufwand erleichtert Umsetzung (+) Förderung kurzer Behandlungen (-)	Psychotherapeut:innen haben ihr Vorgehen bei Behandlungsende durch die Rezidivprophylaxe nicht verändert (0)

Abbildung 1: Einschätzung der neuen Behandlungselemente der Strukturreform durch Therapeut:innen
 *Verbesserung: +, weder Verbesserung noch Verschlechterung: 0, Verschlechterung: -
 (Bewertung nach Einschätzung der Autor:innen.)

4.2 Studie 2: Das Konsiliarverfahren in der ambulanten Psychotherapie

Quelle: **Maier L**, Blanck J und Singer S. Das Konsiliarverfahren in der ambulanten Psychotherapie: Eine Untersuchung von Konsiliarberichten hinsichtlich der Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie. Die Psychotherapie 2024; 69: 184-192. DOI: 10.1007/s00278-024-00721-w

4.2.1 Stichprobencharakteristika

Es lagen 1000 Psychotherapieanträge vor, von denen 380 in die Studie eingeschlossen werden konnten. Die übrigen 620 Psychotherapieanträge enthielten keinen Konsiliarbericht (n = 593) oder wurden ausgeschlossen, weil die Konsiliarberichte nicht lesbar waren (n = 25) beziehungsweise im Rahmen von Fortführungsanträgen doppelt vorlagen (n = 2).

Die 380 Patient:innen waren durchschnittlich 40 Jahre alt (SD ±11) und überwiegend weiblich (79 %). Am häufigsten lagen affektive Störungen (F3x; 54 %) sowie neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen (F4x; 45 %) vor. Bei den Konsiliarärzt:innen waren die häufigsten Facharztgruppen Allgemeinmedizin (n = 221; 58 %) und Innere Medizin (n = 68; 18 %).

4.2.2 Übereinstimmung der Freitextangaben in den Konsiliarberichten mit den Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie

Am häufigsten wurden in den Konsiliarberichten „aktuelle Beschwerden“ beschrieben (n = 290; 76 %), gefolgt von „medizinischen Diagnosen“ (n = 196; 52 %) und Informationen zum „somatischen Befund“ (n = 183; 48 %). Am seltensten wurden „relevante Vor- und Parallelbehandlungen“ (n = 101; 27 %) und „Differenzial- und Verdachtsdiagnosen“ (n = 16; 4 %) dokumentiert (s. *Abbildung 2* für eine Übersicht der Freitextangaben).

Lediglich 2 Konsiliarberichte (0,5 %) enthielten Freitextangaben zu allen vorgegebenen Themenbereichen der Psychotherapie-Richtlinie.

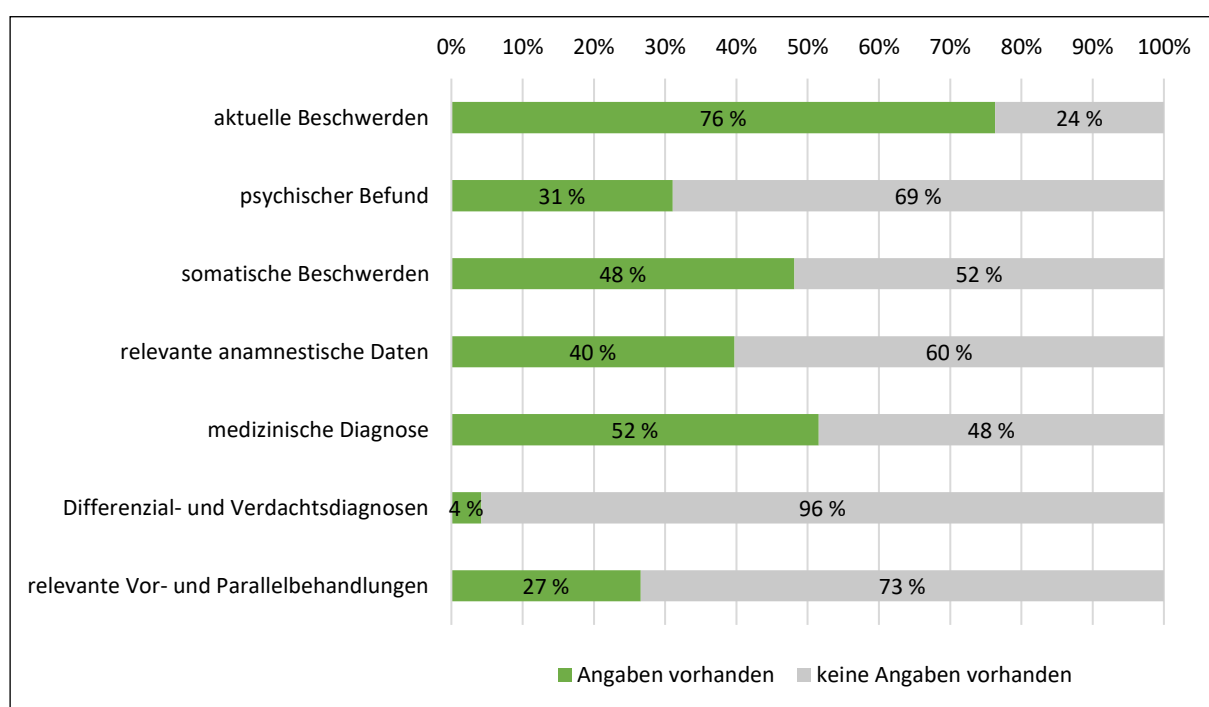


Abbildung 2: Anteil vorhandener Freitextangaben in den Konsiliarberichten gemäß Psychotherapie-Richtlinie

4.2.3 Psychiatrische Abklärung, ärztliche Maßnahmen und Kontraindikationen für eine Psychotherapie

Die Notwendigkeit einer „psychiatrischen Abklärung“ wurde bei der Hälfte der Konsiliarberichte als nicht erforderlich eingeschätzt (n = 185; 49 %). Bei 64 Patient:innen (17 %) war eine solche bereits erfolgt, bei 17 Patient:innen (5 %) als erforderlich beurteilt und bei 5 Patient:innen (1 %) veranlasst. In 109 Konsiliarberichten (29 %) hatten die Ärzt:innen die Ankreuzfelder zur „psychiatrischen Abklärung“ nicht ausgefüllt.

„Weitere ärztliche Maßnahmen“ wurden in 61 Konsiliarberichten (16 %) als notwendig erachtet, in 135 Konsiliarberichten (36 %) wurde dies explizit verneint und in 184 Konsiliarberichten (48 %) fehlten entsprechende Informationen. Darüber hinaus beurteilten

99 Konsiliarärzt:innen (26 %) eine „ärztliche Mitbehandlung“ für erforderlich, am häufigsten für eine medikamentöse Therapie (n = 39; 38 %).

In 2 Konsiliarberichten (0,5 %) wurde angekreuzt, dass „Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung“ bestehen. Insgesamt erfüllte kein Konsiliarbericht sämtliche Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie.

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

In den Berichten der Psychotherapeut:innen an die Gutachterin oder den Gutachter fanden sich 2,6 Mal häufiger Angaben zu „relevanten Vor- und Parallelbehandlungen“, als in den Konsiliarberichten der Ärzt:innen (Konsiliarbericht vs. Bericht an den Gutachter: 101 vs. 258; Pearsons $\chi^2 = 22,1$; $p < 0,001$). Inhaltlich unterschieden sich die Konsiliarberichte und die Berichte an die Gutachterin oder den Gutachter sowohl hinsichtlich ambulanter (Pearsons $\chi^2 = 11,7$; $p = 0,02$), (teil-)stationärer (Pearsons $\chi^2 = 33,1$; $p < 0,001$) wie auch medikamentöser Vorbehandlungen (Pearsons $\chi^2 = 58,2$; $p < 0,001$). In allen drei Bereichen beschrieben die Psychotherapeut:innen häufiger als die Konsiliarärzt:innen, dass Vor- oder Parallelbehandlungen stattfanden, wobei die Differenz zwischen beiden Gruppen bei der psychopharmakologischen Behandlung am geringsten war.

4.2.5 Empfehlung ärztlicher Mitbehandlung

Die Einschätzung der Erforderlichkeit einer „ärztlichen Mitbehandlung“ unterschied sich nicht zwischen Konsiliarärzt:innen, die im Konsiliarbericht Angaben zum Vorliegen körperlicher Beschwerden machten (n = 183) und solchen, die keine Angaben dazu machten (n = 197) (Pearsons $\chi^2 = 0,2$; $p = 0,70$). Darüber hinaus gab es keine Anhaltspunkte für mögliche Prädiktoren einer ärztlichen Mitbehandlung.

4.3 Studie 3: Diagnosespezifische Behandlungskontingente

Quelle: **Maier L**, Blanck J und Singer S. Unipolare Depression – psychodynamische Vielfalt. Forum der Psychoanalyse 2023; 39: 171-187. DOI: 10.1007/s00451-022-00496-3

4.3.1 Stichprobencharakteristika

Die Psychotherapieanträge stammten von 3 männlichen und 10 weiblichen Patient:innen im Alter von 18 bis 58 Jahren (Median 38 Jahre). Das befürwortete Behandlungskontingent umfasste im Median 50 Stunden (Spannweite 25 bis 160 Stunden). Bei 5 Patient:innen war neben der Diagnose F33.1 eine weitere Diagnose und bei einer Patientin waren zwei weitere

psychische Diagnosen kodiert. Das generelle Funktionsniveau erstreckte sich von einigen Beeinträchtigungen der Realitätskontrolle beziehungsweise starken Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen bis hin zu vorübergehenden beziehungsweise zu erwartenden Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (GAF-Werte: 40-71).

4.3.2 Textmaterial

Die Berichte an die Gutachterin oder den Gutachter umfassten insgesamt 56 Seiten, im Durchschnitt 4 Seiten. Es wurden 290 Textstellen als relevant identifiziert und qualitativ ausgewertet. Anhand des Textmaterials wurde ein Mehrebenen-Kategoriensystem erarbeitet. Nachfolgend werden die Ergebnisse anhand der 3 Oberkategorien „Psychodynamik“, „Interaktion zwischen Patient:in und Therapeut:in“ sowie „Behandlungsziele“ zusammenfassend dargestellt. Für eine Übersicht von Diagnosen, Psychodynamik und Interaktion, siehe *Abbildung 3*.

4.3.3 Psychodynamik

Insgesamt wurden 5 Konflikttypen identifiziert: „Selbstwertkonflikt“, „Individuation vs. Abhängigkeit“, „Unterwerfung vs. Kontrolle“, „Schuldkonflikt“ und „Versorgung vs. Autarkie“. Bei fast allen Patient:innen (n = 10) konnte ein zentraler Konflikt herausgearbeitet werden. Berichtsübergreifend dominierten „Selbstwertkonflikte“ sowie konflikthafte Nähe-Distanz-Erleben („Versorgung vs. Autarkie-Konflikt“ und/oder „Autonomie vs. Abhängigkeit-Konflikt“).

Zudem wurden 27 Abwehrmechanismen beschrieben. Davon wurden 9 als „unreif“, 14 als „neurotisch“ und 4 als „reif“ klassifiziert. Pro Patient:in lag die Anzahl der Abwehrmechanismen zwischen 1 und 16, im Durchschnitt bei 8 (SD ±4). Der häufigste Abwehrmechanismus war „Wendung gegen die eigene Person“. Der Quotient zur Abschätzung des generellen Reifegrads der Abwehr ergab bei 5 Patient:innen ein unreifes Abwehryniveau, bei 7 Patient:innen ein unreifes bis neurotisches Abwehryniveau und bei einer Patientin ein neurotisches Abwehryniveau. Es gab keinen Hinweis auf einen Unterschied im generellen Reifegrad der Abwehr zwischen Patient:innen ohne Komorbiditäten (n = 7) und Patient:innen mit Komorbiditäten (n = 6) (ohne Komorbiditäten vs. mit Komorbiditäten: unreif 2 vs. 3, unreif-neurotisch 5 vs. 2, neurotisch 0 vs. 1; p = 0,75).

Anhand der Berichte ließen sich strukturelle Beeinträchtigungen in 3 Bereichen kategorisieren: „Selbst- und Objektwahrnehmung“, „Selbstregulierung/Impulssteuerung“ und „Bindung“. Alle Patient:innen wiesen strukturelle Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen auf, wobei sich ein heterogenes Muster psychischer Struktur bei der untersuchten Patientengruppe ergab.

4.3.4 Interaktion zwischen Therapeut:in und Patient:in

Die Interaktion zwischen Patient:in und Psychotherapeut:in war 4 verschiedenen Unterkategorien zuzuordnen: „Ängstlich-ambivalente Übertragungsgefühle“ (n = 7), „Vertrauensvoller Kontakt“ (n = 7), „Vorherrschen von Aggressionen“ (n = 6) und „Narzisstische Aspekte“ (n = 5). Entsprechend der Komplexität intersubjektiver Interaktion wurden bei 10 der 13 Patient:innen mehrere, teils auch miteinander konfligierende, Interaktionsformen gefunden (z. B. ängstlich-ambivalente Gefühle und Aggressionen). Auffällig war, dass offene Wut häufiger in Form von Gegenübertragungsgefühlen seitens der Psychotherapeut:innen beschrieben wurde (z. B. Psychotherapeutin: „*ich fühle mich wie auf einem Pulverfass*“ (A011)), wohingegen Wutaffekte seitens der Patient:innen eher indirekt geäußert wurden (z. B. in Bezug auf Patientin: „*verdeckt klagend*“ (C044)).

IDs	Diagnosen			Konflikt					Abwehr			Struktur			Interaktion			
	1 Diagnose	2 Diagnosen	3 Diagnosen	Selbstwertkonflikt	Individuation-Abhängigkeit	Unterwerfung-Kontrolle	Schuldkonflikt	Versorgung-Autarkie	unreif	unreif-neurotisch	neurotisch	Selbst- und Objektwahrnehmung	Selbstregulierung/Impulssteuerung	Bindung	ängstlich-ambivalente Übertragung	vertrauensvoller Kontakt	Vorherrschen von Aggressionen	Narzisstische Aspekte
A092	F33.1																	
C044	F33.1																	
C053	F33.1																	
C095	F33.1																	
D020	F33.1																	
D022	F33.1																	
D056	F33.1																	
A011	F33.1	F10.2																
A070	F33.1	F45.0																
A072	F33.1	F60.0																
C088	F33.1	F50.5																
D023	F33.1	F50.4																
C032	F33.1	F34.1	F43.1															

Abbildung 3: Übersicht von Diagnosen und Psychodynamik pro Patient:in gemäß Berichten an den Gutachter
Anm.: Zutreffende Kategorien wurden durch farbige Felder markiert.

4.3.5 Therapieziele

Insgesamt wurden 6 verschiedene Therapieziele identifiziert, die sowohl von Patient:innen als auch Psychotherapeut:innen formuliert wurden. Die größte Übereinstimmung zwischen

Patientenzielen und Psychotherapeutenzielen gab es hinsichtlich der Unterstützung von „Autonomieentwicklung“ (Therapeut:innen 8-mal; Patient:innen 7-mal) und der Förderung von „Emotionsverarbeitung“ (Therapeut:innen 5-mal; Patient:innen 5-mal). Therapieziele mit spezifischem Fokus auf unbewusste psychische Aspekte, beziehungsweise auf psychodynamische Zusammenhänge, wurden ausschließlich von Psychotherapeut:innen benannt (z. B. „Bearbeitung abgewehrter Aggressionen“ oder „Entwicklung eines kohärenten Selbst“).

5 Diskussion

Aufgrund der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen, der langen Wartezeiten auf einen ambulanten Psychotherapieplatz sowie der damit verbundenen hohen Krankheitslast wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Gesetzesinitiativen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen lanciert, die zum Teil wieder verworfen wurden. Die vorliegende Dissertation hatte zum Ziel, drei dieser Neuregelungen beziehungsweise Vorhaben – nämlich die Reform der Psychotherapie-Richtlinie, die Konsiliarberichte im Rahmen des Antrags- und Gutachterverfahren sowie das Vorhaben diagnosespezifischer Behandlungspakete – anhand von Daten aus zwei großen Forschungsprojekten zu untersuchen.

5.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Die Untersuchung der neuen Behandlungselemente der Reform der Psychotherapie-Richtlinie zeigt ein heterogenes Meinungsbild bei niedergelassenen Psychotherapeut:innen (Forschungsfrage 1). Unter den neuen Behandlungselementen erzeugte die psychotherapeutische Sprechstunde den größten Gesprächsbedarf. Die Verkürzung der Wartezeit auf ein Erstgespräch durch die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde wurde dabei besonders hervorgehoben. Bestehende Studien zeigen allerdings, dass durch die Sprechstunde zwar mehr Erstgespräche in psychotherapeutischen Praxen stattfinden [72], die Wartezeit auf ein Erstgespräch sich aber entgegen den Aussagen in unseren Interviews nicht verkürzt hat [18]. Diese Fehleinschätzung der Befragten könnte darauf zurückzuführen sein, dass Psychotherapeut:innen seit der Reform zwar mehr Erstgespräche führen, diese aber nicht ausreichen, um den hohen Bedarf auszugleichen. Zudem gaben die Psychotherapeut:innen zu bedenken, dass die Verpflichtung zur psychotherapeutischen Sprechstunde Kapazitäten in Anspruch nehmen, die anschließend bei der Richtlinien-Psychotherapie fehlen. Das ist ein wichtiger Aspekt, der auch in einer großen Online-Umfrage genannt wurde [73] und sich zudem in längeren Wartezeiten auf Richtlinien-

Psychotherapie nach der Reform [18], beziehungsweise kapazitätsbedingten Schwierigkeiten bei der Überführung von Sprechstunden-Patient:innen in eine Richtlinien-Psychotherapie [17, 74] zeigt. Auch bei der Akutbehandlung zeichneten sich Kapazitätsengpässe ab, mit der Folge, dass diese trotz positiver Beurteilung und bürokratischer Entlastungen (z. B. durch den Wegfall des Konsiliarberichts) nur selten von den interviewten Psychotherapeut:innen durchgeführt wurde. Damit ist die Akutbehandlung zwar ein neues Angebot mit vergleichsweise kurzen Wartezeiten [17, 18, 72], das jedoch nur wenigen Personen zugutekommt. Zusätzlich scheinen konzeptionelle Unklarheiten (z. B. Abgrenzung von Akutbehandlung und Kurzzeittherapie) einen negativen Einfluss auf das Angebot von Akutbehandlungen zu haben. Bei der Rezidivprophylaxe wurden sowohl der frühe Beantragungszeitpunkt kritisiert als auch, dass kein zusätzliches Stundenkontingent bereitgestellt werde. Diese Kritikpunkte decken sich mit bestehenden Studien [17, 39, 73], die darauf hindeuten, dass nur sehr wenige Psychotherapeut:innen die Notwendigkeit der Rezidivprophylaxe zum Beantragungszeitpunkt abschätzen können [3-7 %; 17, 73] und, dass sie das fehlende Zusatzkontingent als irreführend erleben [39]. Diese Befunde sind insofern bedauerlich, als dass sich viele der Befragten zwar aufgeschlossen gegenüber der Rezidivprophylaxe zeigten, die Konzeption jedoch nicht den praktischen Anforderungen eines flexiblen Zusatzangebots zu entsprechen scheint. Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die neuen Behandlungselemente der Reform der Psychotherapie-Richtlinie zwar positiv aufgenommen werden und in einzelnen Teilbereichen Entlastungen ermöglichen, die konkrete Ausgestaltung – und damit die Umsetzung, Zielerreichung und Auswirkungen – in der Praxis allerdings deutliches Verbesserungspotenzial aufweist. Dies spiegelt sich auch in anderen Studien wider, die eine frustrierende Therapieplatzsuche seitens der Patient:innen [19, 75] sowie eine emotionale Belastung der Psychotherapeut:innen, unter anderem durch Zeitmangel, Druck oder das Abweisenmüssen von Patient:innen in Not, aufzeigen [76].

Die Überprüfung des Konsiliararztverfahrens im Rahmen der Beantragung von Richtlinien-Psychotherapie zeigte, dass die Konsiliarberichte häufig nicht den Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie entsprechen (Forschungsfrage 2). Während aktuelle Beschwerden und medizinische Diagnosen vergleichsweise häufig beschrieben wurden, lagen selten Angaben zu Differenzial- und Verdachtsdiagnosen sowie relevanten Vor- und Parallelbehandlungen vor. Ebenfalls fehlten häufig Informationen zur Notwendigkeit ärztlicher Maßnahmen, die aber für Psychotherapeut:innen wichtiger wären, als Ausführungen zu den psychischen Beschwerden, die sie selbst kennen. Solch ein mangelhafter Umgang mit Konsiliarberichten findet sich auch in anderen Studien wieder [50, 51]. Die Studienlage ist allerdings dürftig und die Vergleichbarkeit aufgrund unterschiedlicher Studienkonzeptualisierungen und Schwerpunkte eingeschränkt. Eine qualitative Analyse von Konsiliarberichten aus der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zeigte beispielsweise,

dass bei Kindern und Jugendlichen relevante biografische Aspekte ebenfalls ungenügend erfasst und somatische, psychiatrische oder sonstige Mitbehandlungen inhaltlich nicht näher erläutert werden [51]. Anhand eines Fallbeispiel einer erwachsenen Patientin mit Colitis ulcerosa verdeutlichten sich zudem auf plastische Weise potenzielle negative Konsequenzen eines unzureichenden Konsiliarberichts, zum Beispiel hinsichtlich des somatischen Behandlungsbedarfs wie auch psychodynamischer Prozesse (Verleugnung von körperlichen Einschränkungen durch Dissimulierung) [50]. Mögliche Gründe für die geringe Beachtung der Konsiliarberichte durch die Konsiliarärzt:innen sind vielfältig. Unter anderem ist denkbar, dass die Komplexität und der Umfang der verlangten Informationen zu einer fachlichen oder auch zeitlichen Überforderung führen, die eine unzureichende konsiliarische Abklärung zur Folge hat. Hinzu kommt die verhältnismäßig geringe Vergütung von 4,25 € (EBM; Nr. 01612; KVB: Stand 2023/4), die dem zu erwartenden Aufwand für einen aussagekräftigen Konsiliarbericht nicht gerecht wird. Die Reduktion einiger Konsiliarberichte auf Informationen zum Vorliegen von Kontraindikationen könnte zudem darauf hindeuten, dass Konsiliarärzt:innen den Stellenwert der Konsiliarberichte als gering sowie die Kompetenz der behandelnden Psychotherapeut:innen zur Beurteilung der im Konsiliarbericht geforderten Informationen als hoch einschätzen. Wenngleich dies im Hinblick auf Teilaspekte des Konsiliarberichts zutreffend sein mag (z. B. Erfassung aktueller Beschwerden), wird dabei der Bedarf an medizinischer Expertise in anderen Bereichen verkannt (z. B. bei der Diagnostik von somatischen Ursachen vordergründig psychischer Erkrankungen). Bei der psychopharmakologischen Medikation – also einem anderen Bereich spezifischer medizinischer Expertise – fanden sich in den Konsiliarberichten seltener Angaben als in den zugehörigen Behandlungskonzeptualisierungen der Psychotherapeut:innen. Dies ist insofern bedenklich, als dass psychopharmakologische Vor- beziehungsweise Mitbehandlungen in den Behandlungskonzeptionen von psychologischen Psychotherapeut:innen, verglichen mit ärztlichen Psychotherapeut:innen, ebenfalls häufig nicht erwähnt werden [77]. Damit wird ein wesentlicher Aspekt der Behandlung psychischer Erkrankungen nicht berücksichtigt und vermutlich die Wahrscheinlichkeit einer leitliniengerechten Behandlung verringert. Insgesamt sind die Konsiliarberichte in knapp einem Viertel der Fälle zumindest teilweise unleserlich, überwiegend unzureichend ausgefüllt und beschränken sich nicht selten auf das Ausfüllen der vorgegebenen Ankreuzfelder. Dies bestätigt die von psychologischen Psychotherapeut:innen immer wieder öffentlich geäußerte Kritik am begrenzten Nutzen des derzeitigen Konsiliararztverfahrens [48, 49, 51], das seiner „beratenden“ Funktion in Bezug auf Anamnese, Diagnostik und Behandlungsempfehlung in vielen Fällen nicht gerecht zu werden scheint.

Angesichts der unzureichenden Ressourcenentlastung durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie wurde die Einführung von diagnosespezifischen Behandlungskontingenten als weitere Maßnahme zur Verbesserung der angespannten Versorgungssituation per

Omnibusverfahren auf den Weg gebracht. Wenngleich der anhaltende und medienwirksame Protest zahlreicher psychotherapeutischer Fachverbände und Funktionsträger [z. B. 56, 57] wenige Monate später zu einer Streichung des Vorhabens führte, stellte sich auf wissenschaftlicher Ebene die Frage, wie homogen Patient:innen derselben Diagnosegruppe hinsichtlich psychodynamischer Aspekte sind. Die Untersuchung der Behandlungskonzeptionen von Patient:innen mit der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit mittelgradiger Episode (ICD-10: F33.1) ergab ein heterogenes Muster von Psychodynamik, Interaktionsstil und Therapiezielen (Forschungsfrage 3). Es wurden 5 verschiedene Konflikttypen, 27 verschiedene Abwehrmechanismen, mehrere Dimensionen persönlichkeitsstruktureller Einschränkungen sowie verschiedene Interaktionsstile identifiziert. Sowohl in unserer Studie als auch in der Literatur ergaben sich Hinweise auf eine enge Verbindung von Depressionen und einer unsicheren Bindung [78], eines konflikthaften Nähe-Distanz-Erlebens [79], einer unterwürfig-freundlichen Gegenübertragung [80] sowie einer Vermeidung direkter Aggression in Beziehungen [81]. Wenngleich sich diese Aspekte in modifizierter Form in Rudolfs Konzept des „Depressiven Grundkonflikts“ [79] wiederfinden, scheint die Zusammensetzung einzelner Charakteristika depressiver Erkrankungen – sowohl bei Patient:innen mit komorbiden psychischen Diagnosen als auch solchen ohne weitere Diagnosen – heterogen zu sein und aus psychodynamischer Perspektive weder eine generelle Typologie depressiver Erkrankungen, noch eine sinnvolle Zuordnung von ICD-10-Diagnose und Behandlungskontingent zu erlauben. Hinzu kommt die Tatsache, dass es derzeit keine verbindlichen Kriterien – wie etwa globale, biologische oder psychopathologische Marker sowie objektive Schwellenwerte – für krankheitswertiges Leiden gibt, die es erlauben, aus einer Diagnose automatisch einen spezifischen Behandlungsbedarf abzuleiten [82]. Dies spiegelt sich auch in der gängigen Antragspraxis wider, die keinen Anhaltspunkt dafür liefert, dass Psychotherapeut:innen den Umfang des Behandlungskontingents allein anhand der Diagnose festlegen [64]. Vielmehr scheint eine sorgfältige Indikationsstellung und Behandlungsplanung ein komplexer und zeitaufwändiger Prozess zu sein. So wurde in den Interviews mit Psychotherapeut:innen im Rahmen der PT-REFORM-Studie die Möglichkeit zu mehr Vorgesprächen – und damit zu einer gründlicheren Diagnostik und Indikationsstellung – durch die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde explizit positiv hervorgehoben [83]. Am Beispiel der rezidivierenden mittelgradigen Depression, die als affektive Erkrankung zur zweithäufigsten Diagnosekategorie psychischer Erkrankungen in Deutschland zählt [1], ist insgesamt davon auszugehen, dass die Einführung diagnosespezifischer Behandlungskontingente mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Über- beziehungsweise Untertherapie von Patient:innen zur Folge gehabt hätte. Dies steht im Widerspruch zu einer bedarfsgerechten Versorgung und kann nicht als adäquates Mittel zur langfristigen Entlastung des Gesundheitssystems angesehen werden.

5.2 Methodenkritik

Im Rahmen meiner Dissertation kamen verschiedene qualitative und quantitative Methoden zum Einsatz.

Für die Evaluation der neuen Behandlungselemente der Psychotherapiestrukturereform (Fragestellung 1) sowie die Untersuchung der psychodynamischen Homogenität bei der Diagnose F33.1 (Fragestellung 3) wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Die semistrukturierten Interviews zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie erlaubten eine themenoffene, subjektive Erfassung von Erfahrungen und Meinungen zu den neuen Behandlungselementen der Psychotherapie-Richtlinie. Hierdurch war es zum einen möglich, explorativ Themen zu erfassen, die den Forscher:innen unbekannt waren, zum anderen wurde mit dem Interview-Leitfaden eine gewisse Standardisierung sichergestellt. Das Untersuchungsmaterial der Berichte an die Gutachterin oder den Gutachter hingegen eignete sich zur Erforschung der Frage von psychodynamischer Homogenität anhand einer realen Patientengruppe. Diese Informationen wurden nicht zu einem spezifischen Forschungszweck („Real World Daten“) erhoben und sind daher robust gegenüber systematischen Verzerrungen bei der Datenerhebung.

Eine Limitation beider Studien ist ein möglicher Confirmation Bias. Einige Forscher:innen sind selbst psychotherapeutisch tätig und dadurch sowohl mit dem Versorgungssystem als auch mit grundlegenden klinischen und theoretischen Annahmen vertraut. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass die subjektiven Erwartungen der Forscher:innen, zum Beispiel zur Reform der Psychotherapie-Richtlinien oder zur Psychodynamik von depressiven Erkrankungen, die Ergebnisse beeinflusst haben. Um das Risiko eines Confirmation Bias zu reduzieren, wurden beide Studien von mehreren Forscher:innen unabhängig voneinander kodiert und ausgewertet. Eine weitere potenzielle Limitation beider Studien liegt in der Repräsentativität der Stichprobe, beziehungsweise in der Stichprobengröße, die zugunsten einer umfassenden inhaltlichen Analyse eingegrenzt werden musste. Wenngleich bei den Interviews zur Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie eine heterogene Gruppe an Psychotherapeut:innen eingeschlossen werden konnte, kann ein Selection Bias in Form einer höheren Teilnahme-Quote von Psychotherapeut:innen mit einer starken Meinung sowie eine Verzerrung durch sozial erwünschte Antworttendenzen im Interview nicht ausgeschlossen werden. Bei der Untersuchung psychodynamischer Homogenität kann als möglicher Nachteil gesehen werden, dass die Psychotherapeut:innen nicht systematisch zur Psychodynamik ihrer Patient:innen befragt wurden, wobei die Vorteile des Materials sowie der erkenntnisoffenen qualitativen Forschungsmethode nach Meinung der Autorin im Vordergrund stehen.

Die Überprüfung der Konsiliarberichte hinsichtlich der Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie (Fragestellung 2) erfolgte vorrangig mittels quantitativer Methoden. Stärken liegen auch hier in dem Untersuchungsmaterial („Real World Daten“) sowie in der vergleichsweise großen Stichprobe, die hinsichtlich grundlegender demografischer Daten vergleichbar mit aktuellen Inanspruchnahme-Daten anderer Studien ist [84]. Hervorzuheben ist zudem, dass es sich um die erste umfassende Untersuchung von Konsiliarberichten im Rahmen von Psychotherapieanträgen für Erwachsene handelt. Die verwendete Methodik könnte als Grundlage für noch größer angelegte Studien in diesem Bereich aufgegriffen werden. Eine potenzielle Limitation der Studie kann in einer gewissen Fehleranfälligkeit bei der Überführung der Freitextfelder der Konsiliarberichte in quantifizierbare Kategorien gesehen werden, die durch eine präzise Kategoriendefinition bei der Datenextraktion jedoch verringert wurde (z. B. Abgrenzung „aktuelle Beschwerden“ und „Diagnose“).

5.3 Einordnung in das Fachgebiet und Implikationen für die Praxis

Die drei Studien, die der Dissertation zugrunde liegen, fokussieren jüngste gesundheitspolitische Maßnahmen und Vorhaben zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgungssituation. Diese sind jedoch – entgegen der intendierten Zielsetzung – häufig praxisfern und bedürfen spezifischer Modifikationen, um die Versorgungssituation nachhaltig zu verbessern.

So wurde im Rahmen der Interviews deutlich, dass die durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie angestoßenen Neuerungen auf einer abstrakten Ebene mitunter zwar positiv beurteilt werden, in der Umsetzung jedoch praxisfern sind und nicht ausreichend zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgungssituation beitragen. Der Versorgungsbedarf scheint nicht allein durch die Neuerungen der Reform gedeckt werden zu können, was die wiederholt erhobenen Forderungen nach einer Erneuerung der Bedarfsplanung [85-87] unterstreicht.

In Bezug auf das Antrags- und Gutachterverfahren scheint der Mehrwert der Konsiliarberichte, die oft mangelhaft und mit schwer leserlichem Schriftbild ausgefüllt werden, überschaubar. Dies deutet darauf hin, dass der konsiliarischen Erörterung vor Beginn einer Richtlinien-Psychotherapie in der ärztlichen Praxis eine untergeordnete Rolle beigemessen wird, beziehungsweise, dass Konsiliarärzt:innen die Expertise für die geforderten Informationen möglicherweise nicht im eigenen Kompetenzbereich verorten. Ungeachtet wiederkehrender Kritik innerhalb der psychotherapeutischen Profession [48, 49] ist das Konsiliarverfahren nach wie vor obligater Bestandteil des Antrags- und Gutachterverfahrens. Eine konstruktive Debatte über eine mögliche Abschaffung des automatischen Konsiliarverfahrens, einschließlich der

damit verbundenen Chancen (z. B. Entbürokratisierung, schnellere Abläufe) und Risiken (z. B. rechtliche Konsequenzen, Überforderung der Psychotherapeut:innen) sowie Strategien zum Umgang damit, wäre wünschenswert.

Im Unterschied dazu wurde das Vorhaben diagnosespezifischer Behandlungskontingente nach breit angelegten Protesten [56, 57, 59] wieder gestrichen. Die vorliegenden Forschungsergebnisse bestätigen die Kritik an einer „Berasterung“ von Behandlungskontingenten insofern exemplarisch, als dass es nicht möglich scheint, bestimmte Behandlungskontingente sinnvoll einer ICD-10-Diagnose zuzuordnen, da sich die Psychodynamiken und daraus abgeleitete Behandlungskonzeptionen individuell unterscheiden.

Gemeinsamer Nenner aller drei Studien ist die Untersuchung versorgungsrelevanter Strukturen in der ambulanten Psychotherapie. Angesichts des hohen Psychotherapie-Bedarfs sowie der begrenzten Ressourcen, scheint dabei in der Gesundheitspolitik die individuelle Behandlungskonzeption zugunsten einer stärkeren Effizienzorientierung und Verallgemeinerung an Bedeutung zu verlieren. Fraglich ist allerdings, ob die wiederkehrenden Versuche, durch Einsparungen, wie etwa der Förderung kurzzeitiger Behandlungsangebote oder der Festlegung von diagnosespezifischen Behandlungskontingenten, bei gleichzeitigem Festhalten an historisch gewachsenen Vorgaben fraglichen Nutzens, wie etwa dem Konsiliarverfahren, tatsächlich zu einer langfristigen Verbesserung der Versorgungssituation führen. Um die Effizienz der psychotherapeutischen Versorgung auf lange Sicht zu steigern und die Zufriedenheit seitens der Patient:innen und der Behandler:innen zu erhöhen, schlage ich folgende Handlungsempfehlungen vor (s. *Tabelle 5*):

Studie 1: Die neuen Behandlungselemente der Reform der Psychotherapie-Richtlinie

Problemstellung Die aktuelle Anzahl an niedergelassenen Psychotherapeut:innen innerhalb der Gesetzlichen Krankversicherung ist nicht ausreichend, um den hohen Versorgungsbedarf zu decken.

Empfehlung Die Bedarfsplanung sollte unter Berücksichtigung regionaler Versorgungsdefizite wie auch der Morbidität psychischer Erkrankungen über die Zeit reformiert werden.

Problemstellung Durch Anreize für kurzzeitige Behandlungen (z. B. Einführung einer Akutbehandlung mit geringem bürokratischem Aufwand) wird das Angebot an Langzeittherapien verringert. Dies führt zu erschwerten Bedingungen für Patient:innen mit längerfristigem Behandlungsbedarf und erhöht das Risiko dieser Personengruppe für Symptomverschlechterung, Chronifizierung sowie eine Zunahme der Krankheitslast.

Empfehlung Von einer ausschließlichen Förderung von kurzzeitigen Behandlungen sollte abgesehen werden.

Problemstellung Das Stundenkontingent für eine mögliche Rezidivprophylaxe wird vom bewilligten Behandlungskontingent abgezogen.

Empfehlung Es sollte ein zusätzliches Stundenkontingent entsprechend des bisherigen Umfangs der Rezidivprophylaxe (8-16 Stunden) bereitgestellt werden.

Studie 2: Das Konsiliarverfahren in der ambulanten Psychotherapie

Problemstellung Die Konsiliarberichte im Rahmen der Beantragung von Richtlinien-Psychotherapie sind in der Regel von ungenügender Qualität.

Empfehlung Die Zweckmäßigkeit des Konsiliarverfahrens in der aktuellen Form sollte im Rahmen der Reformierung des Antrags- und Gutachterverfahrens überprüft werden. Mögliche Ansatzpunkte sind eine

- a) Beschränkung des Konsiliarberichts auf den genuin ärztlichen Kompetenzbereich (z. B. somatische Befunderhebung, medikamentöse Vor- und Parallelbehandlungen, medizinische Diagnosen)
- b) Ersetzung des generellen Konsiliarverfahrens durch eine bedarfsorientierte, fachspezifische Überweisung für eine differenzialdiagnostische Abklärung bei adäquater Vergütung des Konsiliarberichts

Problemstellung	Durch die Novellierung des Konsiliarverfahrens könnten sich Änderungen in Haftungsfragen ergeben (z. B. hinsichtlich der patienten- bzw. psychotherapeutenbezogenen konsiliarischen Schutzfunktion).
Empfehlung	Etwaige rechtliche Konsequenzen einer Reformierung des Konsiliarverfahrens sollten im Vorfeld eingehend diskutiert und klare Handreichungen zur Indikationsstellung von konsiliarischen Beauftragungen für Psychotherapeut:innen erstellt werden.
Studie 3: Diagnosespezifische Behandlungskontingente	
Problemstellung	Diagnosespezifische Behandlungskontingente sind nicht mit einer individuellen, patientenorientierten Behandlungsplanung vereinbar.
Empfehlung	Bei der Reformierung des Antrags- und Gutachterverfahrens sollte der Stellenwert von subjektiven, intrapsychischen Prozessen und interpersonellen Dynamiken für die individuelle Behandlungsplanung auch künftig Berücksichtigung finden.
Allgemein	
Problemstellung	Reformvorhaben und Gesetzesinitiativen werden mitunter ohne vorherige wissenschaftliche Evaluation und mit unzureichendem Einbezug klinischer Expert:innen in die Wege geleitet. Dadurch wird das Risiko unzureichender Wirksamkeit sowie mangelnder Akzeptanz der Leistungserbringer:innen erhöht.
Empfehlung	<ul style="list-style-type: none"> a) Von Reformvorhaben auf alleiniger Basis von Kosteneinsparung sollte abgesehen werden. b) Die Expertise von Psychotherapeut:innen wie auch von Patientenvertreter:innen sollte im Vorfeld von Reformen einbezogen werden. c) Reformvorhaben sollten vor der flächendeckenden Einführung im Zuge einer Pilotphase wissenschaftlich überprüft und evaluiert werden.

Tabelle 5: Handlungsempfehlungen

5.4 Zukünftige Forschung und Fazit

Psychotherapeutische Versorgung ist ein breites, interdisziplinäres Forschungsgebiet an der Schnittstelle zwischen klinischen, ökonomischen und juristischen Bereichen. Angesichts des hohen Behandlungsbedarfs [25, 29, 84] bei begrenzten Ressourcen des Gesundheitssystems [18, 19, 35] hat die psychotherapeutische Versorgungsforschung verstärkt an Relevanz gewonnen. Dies zeigt sich in Form von vielfältigen epidemiologischen Studien zu psychischen

Krankheiten, damit assoziierter Behandlungsbedarfe und Kosten [z. B. 7-10, 88], zu Charakteristika von Patient:innen, die eine Psychotherapie in Anspruch nehmen [z. B. 89] oder zu psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen [z. B. 39, 47, 73]. Hinsichtlich der Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz vor und nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie [18, 23, 72, 90, 91], den psychotherapeutischen Vermittlungsleistungen durch die Terminservicestellen [92], der Perspektive von Zuweiser:innen, Psychotherapeut:innen, Patient:innen und Krankenkassen auf die Versorgungssituation [19, 27, 39, 73-76], dem Antrags- und Gutachterverfahren [47], Gruppentherapien [93], ökonomischen Aspekten der Psychotherapie-Richtlinie sowie zum Zusammenhang von Behandlungskontingenten und dem Schweregrad einer Erkrankung [64] wurden bereits Studien durchgeführt.

In der vorliegenden Dissertation wurden Effekte jüngster versorgungsbezogener Reformen und Gesetzesinitiativen untersucht. Künftige Studien im Bereich der psychotherapeutischen Versorgungsforschung sollten sowohl methodische als auch inhaltliche Aspekte fokussieren und damit zu einem möglichst ganzheitlichen Bild der gegenwärtigen Versorgungssituation beitragen. Auf methodischer Ebene wäre es beispielsweise von Interesse, ausgehend von unseren Befunden, die qualitativen Studien anhand einer größeren, repräsentativen Stichprobe quantitativ zu überprüfen. Umgekehrt wäre es aufschlussreich, die quantitative Studie zur Qualität der Konsiliarberichte auf einer vertieften Inhaltsebene mittels qualitativer Interviews zu ergänzen. Darüber hinaus sollten weitere inhaltliche Aspekte im Themengebiet, wie etwa die Perspektive unterschiedlicher Leistungsempfänger:innen oder Leistungserbringer:innen, sowie weitere versorgungsstrukturelle Elemente erforscht und in die Bewertung der Versorgungssituation mit einbezogen werden. Bezogen auf die vorliegende Dissertation wäre beispielsweise interessant, weitere Aspekte der Reform der Psychotherapie-Richtlinie zu untersuchen, Konsiliarärzt:innen systematisch zu ihren Erfahrungen mit den Konsiliarberichten zu befragen oder die Meinung von Psychotherapeut:innen zur Vergabe diagnosespezifischer Behandlungskontingente gezielt zu erfassen.

Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse der Dissertation, dass

- die untersuchten Maßnahmen der Reform der Psychotherapie-Richtlinie sowohl Verbesserungen als auch Verschlechterungen der Versorgung zur Folge hatten,
- gegenwärtige Regelungen, wie etwa das Konsiliarverfahren, mitunter wenig Mehrwert bei hohem Mehraufwand bringen,
- es keine Hinweise auf eine inhaltlich sinnvolle Festlegung diagnosespezifischer Behandlungskontingente gibt, womit eine „Rasterpsychotherapie“ praxisfern wäre.

Um effektive Verbesserungen zu erzielen und die Akzeptanz möglicher Neuerungen, wie etwa der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, in der Praxis zu erhöhen, scheint der Einbezug von

Leistungserbringer:innen wie auch Leistungsempfänger:innen bereits in der Konzeptualisierungsphase wesentlich. Rein ökonomisch motivierte, gesundheitspolitische Initiativen ohne vorherige wissenschaftliche Überprüfungen, wie zum Beispiel bei der Einführung diagnosespezifischer Behandlungskontingente, fördern Misstrauen innerhalb der psychotherapeutischen Profession. Diese sollten daher künftig zugunsten fundierter wissenschaftlicher Untersuchungen im Vorfeld von Reformen vermieden werden. Darüber hinaus wird am Beispiel der Konsiliarberichte deutlich, dass bestehende Versorgungsstrukturen regelmäßig hinsichtlich ihres Mehrwerts für die Praxis überprüft und gegebenenfalls modifiziert werden sollten.

6 Literaturverzeichnis

1. Jacobi F, Höfler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Hapke U, Maske U und Seiffert I. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014; 23: 304-319. DOI: 10.1002/mpr.1439
2. Hölling H, Schlack R, Petermann F, Ravens-Sieberer U und Mauz E. [Psychopathological problems and psychosocial impairment in children and adolescents aged 3-17 years in the German population: prevalence and time trends at two measurement points (2003-2006 and 2009-2012): results of the KiGGS study: first follow-up (KiGGS Wave 1)]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2014; 57: 807-819. DOI: 10.1007/s00103-014-1979-3
3. Richter D, Wall A, Bruen A und Whittington R. Is the global prevalence rate of adult mental illness increasing? Systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2019; 140: 393-407. DOI: 10.1111/acps.13083
4. Walther L, Junker S, Thom J, Hölling H und Mauz E. High-frequency surveillance of mental health indicators in the adult population of Germany: trends from 2022 to 2023. *Dtsch Arztebl Int* 2023; 120. DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0180
5. Mauz E, Walther L, Junker S, Kersjes C, Damerow S, Eicher S, Hölling H, Müters S, Peitz D, Schnitzer S und Thom J. Time trends in mental health indicators in Germany's adult population before and during the COVID-19 pandemic. *Front Public Health* 2023; 11: 1065938. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1065938
6. Aromaa A, Koskinen S, Lönnqvist J, Pirkola S, Saarni SI, Sintonen H und Suvisaari J. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 326-332. DOI: 10.1192/bjp.bp.106.025106
7. DAK. Psychreport 2022. Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job: 2011-2021 [Internet]. 2022 [zitiert am 22.05.2024]. URL: <https://www.dak.de/dak/download/report-2533050.pdf>
8. BKK Dachverband. BKK Gesundheitsreport 2021. Krise, Wandel, Aufbruch. Zahlen, Daten, Fakten mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis. 2021.
9. Grobe T und Braun A. BARMER Gesundheitsreport 2021 [Internet]. 2021 [zitiert am 22.05.2024]. URL: <https://www.barmer.de/resource/blob/1032110/aaafa3405427f0b05d34a7f20fd904d1/barmer-gesundheitsreport-2021-data.pdf>
10. Grobe T und Bessel S. Gesundheitsreport. Arbeitsunfähigkeiten [Internet]. 2021 [zitiert am 22.05.2024]. URL: <https://www.tk.de/resource/blob/2103660/5c226a9352bf28637d2f559ae893679a/gesundheitsreport-au-2021-data.pdf>
11. Deutsche Rentenversicherung Bund. Rentenversicherung in Zeitreihen [Internet]. 2023 [zitiert am 22.05.2024]. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/rv_in_zeitreihen.html

12. Rüsç N, Angermeyer MC und Corrigan PW. Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. *Psychiatr Prax* 2005; 32: 221-232. DOI: 10.1055/s-2004-834566
13. Cooper AE, Corrigan PW und Watson AC. Mental illness stigma and care seeking. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 339-341. DOI: 10.1097/01.Nmd.0000066157.47101.22
14. Albani C, Blaser G, Rusch B-D und Brähler E. Einstellungen zu Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2013; 58: 466-473. DOI: 10.1007/s00278-012-0944-6
15. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Raue P, Friedman SJ und Meyers BS. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 479-481. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.3.479
16. Leaf PJ, Bruce ML, Tischler GL und Holzer III CE. The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *J Community Psychol* 1987; 15: 275-284. DOI: 10.1002/1520-6629(198704)15:2<275::AID-JCOP2290150216>3.0.CO;2-J
17. Bundespsychotherapeutenkammer. Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. *Wartezeiten* 2018. [Internet]. 2018 [zitiert am 22.05.2024]. URL: https://api.bptk.de/uploads/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018_c0ab16b390.pdf
18. Singer S, Maier L, Paserat A, Lang K, Wirp B, Kobes J, Porsch U, Mittag M, Toenges G und Engesser D. Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz vor und nach der Psychotherapiestrukturreform. *Psychotherapeut* 2022; 67: 176-184. DOI: 10.1007/s00278-021-00551-0
19. Pantle V, Maier L, Schmalbach I, Engesser D, Lieb K, Wiegand HF und Singer S. „Die passende Chemie wäre entscheidend...wenn man denn eine Wahl hätte“ – eine qualitative Studie zu Präferenzen von Therapiesuchenden einer ambulanten Psychotherapie. *Psychotherapie* 2023; 68: 311-318. DOI: 10.1007/s00278-023-00656-8
20. Kaufmännische Krankenkasse. Fehlzeiten wegen Depressionen & Co. stark gestiegen [Internet]. 2023 [zitiert am 09.08.2023]. URL: <https://www.kkh.de/presse/pressemitteilungen/au-psyche>
21. Statistisches Bundesamt. Anzahl stationärer Behandlungen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen in Deutschland in den Jahren 1994 bis 2021 [Internet]. 2023 [zitiert am 10.10.2023]. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/252963/umfrage/anzahl-stationaerer-behandlungen-aufgrund-psychischer-und-verhaltensstoerungen/>
22. Statistisches Bundesamt. Zahl der Woche Nr. 32 vom 9. August 2022 [Internet]. 2022 [zitiert am 22.05.2024]. URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2022/PD22_32_p002.html
23. Kruse J, Kampling H, Bouami SF, Grobe TG, Hartmann M, Jedamzik J, Marschall U, Szecsenyi J, Werner S, Wild B, Zara S, Heuft G und Friederich HC. Outpatient Psychotherapy in Germany—An Evaluation of the Structural Reform. *Dtsch Arztebl Int* 2024. DOI: 10.3238/arztebl.m2024.0039

24. Harfst T und Marstedt G. Psychische Gesundheit in Deutschland: Erkrankungen bleiben oft unentdeckt. Gesundheitsmonitor 2009; 1: 1-7.
25. Gaebel W, Zielasek J und Kowitz S. Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. Nervenarzt 2016; 87: 1201-1210. DOI: 10.1007/s00115-016-0168-z
26. Sturm D. Hausarztbasierte Versorgung. Z Kardiol 2005; 94: 1-3. DOI: 10.1007/s00392-005-1401-0
27. Engesser D, Singer S, Kemmerer P und Maier L. Concepts of involvement in psychotherapeutic care in different medical specialties. An explorative qualitative analysis. 2023. [eingereicht].
28. Trautmann S, Beesdo-Baum K, Knappe S, Einsle F, Knothe L, Wieder G und Bergmann A. Behandlung depressiver Störungen in der primärärztlichen Versorgung: Eine epidemiologische Querschnittstudie. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 721-728. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0721
29. Rommel A, Bretschneider J, Kroll LE, Prütz F und Thom J. Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. J Health Monit 2017; 2. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-111.2
30. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Honorarbericht Quartal 4/2022 [Internet]. 2023 [zitiert am 22.05.2024]. URL: https://www.kbv.de/media/sp/KBV_Honorarbericht_Q4-2022.pdf
31. Herpertz S, Herpertz S, Schaff C, Roth-Sackenheim C, Falkai P, Henningsen P, Holtmann M, Bergmann F und Langkafel M. Studie zur Versorgungsforschung: Spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie [Internet]. 2011 [zitiert am 22.05.2024]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/aerztliche-psychotherapie-herpertz.pdf
32. Angermeyer MC, Breier P, Dietrich S, Kenzine D und Matschinger H. Public attitudes toward psychiatric treatment. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005; 40: 855-864. DOI: 10.1007/s00127-005-0958-x
33. Christoffer A, Hinrichs J, Koch R, Faldum A, Knott H und Heuft G. Ergebnisbericht. Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV (BARGRU) (28.02.2022). [Internet]. 2021 [zitiert am 28.03.2024]. URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschlussdokumente/68/2021-06-04_BARGRU_Ergebnisbericht.pdf
34. Williams ME, Latta J und Conversano P. Eliminating the wait for mental health services. J Behav Health Serv Res 2008; 35: 107-114. DOI: 10.1007/s11414-007-9091-1
35. Melchior H, Schulz H und Härter M. Faktencheck Gesundheit - Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen [Internet]. 2014 [zitiert am 22.05.2024]. URL: https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/user_upload/Faktencheck_Depression_Studie.pdf
36. Wiegand HF, Saam J, Marschall U, Chmitorz A, Kriston L, Berger M, Lieb K und Hölzel LP. Probleme beim Übergang von der stationären zur ambulanten Depressionsbehandlung: Analyse administrativer Versorgungsdaten einer großen

- deutschen Krankenkasse. Dtsch Arztebl 2020; 117: 472-479. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0472
37. Gemeinsamer Bundesausschuss. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie. [Internet]. 2016 [zitiert am 22.05.2024]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3842/2016-06-16_PT-RL_Aenderung_Strukturreform-amb-PT_TrG.pdf
38. Singer S, Maier L, Engesser D und Büttner M. Ergebnisbericht. Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform [Internet]. 2023 [zitiert am 22.05.2024]. URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/452/2023-10-16_PT-REFORM_Ergebnisbericht.pdf
39. Poß-Doering R, Hegelow M, Borchers M, Hartmann M, Kruse J, Kampling H, Heuft G, Spitzer C, Wild B, Szecsenyi J und Friederich H-C. Evaluating the structural reform of outpatient psychotherapy in Germany (ES-RiP trial)-a qualitative study of provider perspectives. BMC Health Serv Res 2021; 21: 1-14. DOI: 10.1186/s12913-021-07220-7
40. Bangeow P. Zur Abschaffung des Gutachterverfahrens in der Vertragspsychotherapie - ein Qualitätsverlust? Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2021; 49: 64-72. DOI: 10.1024/1422-4917/a000778
41. Wittmann WW, Lutz W, Steffanowski A, Kriz D, Glahn EM, Völkle MC, Böhnke JR, Köck K, Bittermann A und Ruprecht TM. Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse -Abschlussbericht. [Internet]. 2011 [zitiert am 22.05.2024]. URL: https://api.bptk.de/uploads/TK_Abschlussbericht_Qualitaetsmonitoring_in_der_ambulanten_Psychotherapie_474b2bbc7e.pdf
42. Rudolf G, Jakobsen T, Hohage R und Schlösser A. Wie urteilen Psychotherapiegutachter? Psychotherapeut 2002; 47: 249-253. DOI: 10.1007/s00278-002-0239-4
43. Lieberz K und Seiffge M. Obergutachten bei den psychodynamischen Verfahren - ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Richtlinien-Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychother 2011; 57: 364-376. DOI: 10.13109/zptm.2011.57.4.364
44. Sulz SKD, Meermann R, Rey E-R und Chirazi-Stark MS. Wie urteilen Verhaltenstherapie-Gutachter? Von der Einschätzung des Fallberichts zur Beurteilung des Antrags. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie 2003; 8: 35-44.
45. Vogel H und Meng K. Beurteilerübereinstimmung von Psychotherapie-Gutachtern. Psychotherapeut 2007; 52: 35-40. DOI: 10.1007/s00278-005-0464-8
46. Köhlke H-U. Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie. Eine Praxisstudie zu Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit. DGVT Verlag 2000.
47. Maier L, Engesser D, Petermann-Meyer A, Paul R, Reuter K und Singer S. „Es hat so einen etwas bitteren Beigeschmack“ Die Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahrens aus Sicht von Psychotherapeut*innen in der ambulanten Versorgung. Psychother Psychosom Med Psychol 2023; 73: 16-24. DOI: 10.1055/a-1850-1886

48. Stolley-Mohr J. Konsiliarberichte ernst nehmen [Internet]. 2015 [zitiert am 01.12.2023]. URL: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=171538>
49. Bundespsychotherapeutenkammer. "Ärztlicher Konsiliarbericht häufig unpräzise und nichtssagend". BPTK-Präsident Munz zur Psychotherapeutenausbildung [Internet]. 2019 [zitiert am 01. Dezember 2023]. URL: https://api.bptk.de/uploads/20190528_pm_bptk_ueberweisung_statt_konsiliarbericht_31918ce46c.pdf
50. Rüter U. Psychotherapie-Patienten mit schweren körperlichen Erkrankungen - notwendige Stringenz des Konsiliararzt-Verfahrens. Z Psychosom Med Psychother 2007; 53: 4-8. DOI: 10.13109/zptm.2007.53.1.4
51. Rüth U und Rung A. Konsiliarberichte zum Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. PDP Psychodynamische Psychotherapie 2021; 20: 385-391. DOI: 10.21706/pdp-20-4-385
52. Ermann M. Psychotherapie und Psychosomatik. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. 6. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2016.
53. Margraf J. Hintergründe und Entwicklung. In: Margraf J, Schneider S, Meinlschmidt G, Hrsg. Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 1. 3. Aufl. Heidelberg: Springer; 2009:
54. Böker U und Hentschel G. Ambulante psychotherapeutische Versorgung: Hohe Krankheitslast – bedarfsgerechte Versorgung. Deutsches Ärzteblatt PP 2023; 3/2023: 103-106.
55. Janssen PL. Indikation zu Psychoanalyse und analytischer Psychotherapie. Psychotherapeut 2016; 61: 299-308. DOI: 10.1007/s00278-016-0109-0
56. TAZ. Die Psyche passt in kein Raster. Petition gegen Rasterpsychotherapie. [Internet]. 2021 [zitiert am 22.05.2024]. URL: <https://taz.de/Petition-gegen-Rasterpsychologie/!5772860/>
57. bvvp, DGPT, dgvt, DPtV und VAKJP. Keine Rationierung ambulanter Psychotherapie! Psychotherapeut*innen fordern Streichung des GVWG-Änderungsantrags 49 [Internet]. 2021 [zitiert am 22.05.2024]. URL: https://bvvp.de/wp-content/uploads/2021/05/2021-05-18-GVWG_public.pdf
58. Bundespsychotherapeutenkammer. Keine Rasterbehandlung in der Psychotherapie. BPTK lehnt geplante Eingriffe in die Therapiehoheit im GVWG ab. [Internet]. 2021 [zitiert am 22.05.2024]. URL: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/05/20210517_pm_bptk_GVWG_Keine-Raster-Behandlung-in-der-Psychotherapie.pdf
59. Benecke C. Benecke Stellungnahme zu Änderungsantrag Nr. 49 zum GVWG [Internet]. 2021 [zitiert am 22.05.2024]. URL: https://www.researchgate.net/publication/351959991_Benecke_Stellungnahme_zur_Antrag_49_zum_GVWG_2021
60. Bronisch T. Suizidalität bei der depressiven Persönlichkeitsstörung. PTT - Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie 2008; 12: 238-247.
61. Kaufhold J, Bahrke U, Kallenbach L, Negele A, Ernst M, Keller W, Rachel P, Fiedler G, Hautzinger M, Leuzinger-Bohleber M und Beutel M. Wie können nachhaltige Veränderungen in Langzeittherapien untersucht werden? PSYCHE 2019; 73: 106-133. DOI: 10.21706/ps-73-2-106

62. BÄK, KBV und AWMF. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung, Version 3.2 [Internet]. 2022 [zitiert am 05.05.2024]. URL: www.leitlinien.de/depression
63. Arolt V und Wesselmann U. Psychotherapie depressiver Erkrankungen. In: Arolt V, Kersting A, Hrsg. Psychotherapie in der Psychiatrie: Welche Störung behandelt man wie? Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2010: 137-161. DOI: 10.1007/978-3-540-32779-0_7
64. Singer S, Blanck J, Scholz I, Büttner M und Maier L. Hängen die Stundenkontingente für ambulante Psychotherapie zur Behandlung von Depressionen mit deren Schweregrad zusammen? Nervenarzt 2022; 93: 1143-1149. DOI: 10.1007/s00115-022-01374-3
65. Bundespsychotherapeutenkammer. Raster-Psychotherapie "abgeräumt". Jens Spahn zieht zurück. [Internet]. 2021 [zitiert am 01.04.2024]. URL: https://api.bptk.de/uploads/20210602_pm_bptk_Raster_Psychotherapie_abgeraeumt_991a38c8f6.pdf
66. VERBI Software. MAXQDA 2020. In: Sozialforschung GmbH ed Berlin: 2019:
67. StataCorp. Stata Statistical Software. In: 17.0 ed. College Station, TX: StataCorp LLC; 2021:
68. Mühlfeld C, Windolf P, Lampert N und Krüger H. Auswertungsprobleme offener Interviews. Soziale Welt 1981; 325-352.
69. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz; 2010.
70. American Psychiatric Association. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe; 1996.
71. Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6. Aufl. Weinheim ; Basel: Beltz; 2016.
72. Rabe-Menssen C, Ruh M und Dazer A. Die Versorgungssituation seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017. Psychotherapie Aktuell 2019; 1: 25-34.
73. Bangeow P und Rapp MA. Beurteilung und Nutzung der 2016 reformierten Psychotherapierichtlinie. Teil I: Vergleich unter den psychotherapeutischen Richtlinienverfahren. Psychiatr Prax 2020; 47: 135-141. DOI: 10.1055/a-1045-9801
74. Abels C, Diekmann S, Neusser S, Schlierenkamp S, Wasem J und Walendzik A. Umsetzung der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017: Ergebnisse aus Fokusgruppen im Rahmen des Innovationsfonds-Projekts EVA PT-RL. Gesundheitswesen 2023; 85: 547-553. DOI: 10.1055/a-1976-1856
75. Pantle V, Maier L, Schmalbach I, Engesser D, Lieb K, Wiegand HF und Singer S. Wie soll mir denn eine Therapie helfen, wenn ich schon daran scheitere, sie mir zu organisieren? Z Klin Psychol Psychother 2024; 53: 35-43. DOI: 10.1026/1616-3443/a000752
76. Engesser D, Singer S, Kemmerer P, Paul R, Petermann-Meyer A, Reuter K und Maier L. Belastung(sgrenz)en für Psychotherapeut:innen nach der Reform. Z Psychosom Med Psychother 2024. [angenommen].

77. Singer S, Maier L, Blanck J und Wiegand HF. Indikatoren der Behandlungskoordination in Psychotherapieberichten. *Psychotherapie* 2023; 68: 373-380. DOI: 10.1007/s00278-023-00667-5
78. Bifulco A, Moran PM, Ball C und Bernazzani O. Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 50-59. DOI: 10.1007/s127-002-8215-0
79. Rudolf G. Störungsmodelle und Interventionsstrategien in der psychodynamischen Depressionsbehandlung. *Z Psychosom Med Psychother* 2003; 49: 363-376. DOI: 10.13109/zptm.2003.49.4.363
80. McIntyre SM und Schwartz RC. Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *J Clin Psychol* 1998; 54: 923-931. DOI: 10.1002/(sici)1097-4679(199811)54:7<923::aid-jclp6>3.0.co;2-f
81. Hoffmann SO. Die neurotische Depression - Eine Krankheit ohne Diagnose oder eine Diagnose ohne Glossar? *Z Psychosom Med und Psychother* 2003; 49: 346-362. DOI: 10.13109/zptm.2003.49.4.346
82. Jacobi F und Barnikol UB. Abschätzung von Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Störungen. Das Problem Diagnostischer Schwellen. *Nervenarzt* 2015; 86: 42-50. DOI: 10.1007/s00115-014-4110-y
83. Maier L, Engesser D, Paul R, Reuter K, Petermann-Meyer A und Singer S. Die neuen Behandlungselemente der Psychotherapiestrukturreform. *Psychiatr Prax* 2024; 51: 31-38. DOI: 10.1055/a-2112-3549
84. Rabe-Menssen C, Dazer A und Maaß E. Report Psychotherapie 2021 [Internet]. 2021 [zitiert am 22.05.2024]. URL: https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPTV_Report_Psychotherapie_2021.pdf
85. Bundespsychotherapeutenkammer. BPTK-Spezial. Kurswechsel in der Bedarfsplanung [Internet]. 2016 [zitiert am 04.08.2024]. URL: https://api.bptk.de/uploads/20161115_bptk_spezial_kurswechsel_in_der_bedarfsplanung_01_2016_82557375af.pdf
86. Bundespsychotherapeutenkammer. Krankenkassen blockieren sachgerechte Reform der Bedarfsplanung. BPTK: Ländliche Regionen weiterhin massiv benachteiligt [Internet]. 2019 [zitiert am 04.08.2024]. URL: https://api.bptk.de/uploads/20190516_pm_bptk_bedarfsplanung_6d4e1d3d6c.pdf
87. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. Bedarfsplanung muss reformiert werden. 123 Bewerbungen auf 9,5 psychotherapeutische Sitze [Internet]. 2024 [zitiert am 04.08.2024]. URL: <https://www.kv-rlp.de/presse/meldung/bedarfsplanung-muss-reformiert-werden-1>
88. Cohrdes C, Hapke U, Nübel J und Thom J. Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen-Bewerten-Handeln. Schwerpunktbericht Teil 1–Erwachsene [Internet]. 2022 [zitiert am 22.05.2024]. URL: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Psychische_Gesundheit/EBH_Bericht_Psychische_Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile
89. Singer S, Sievers L, Scholz I, Taylor K, Blanck J und Maier L. Who seeks psychodynamic psychotherapy in community-based practices? Patient characteristics

- examined in a large sample of applications for reimbursement of psychotherapy in Germany. *Psychodyn Pract* 2023; 29: 117-135. DOI: 10.1080/14753634.2023.2182702
90. Engesser D, Maier L, Mittag M, Lang K, Nagel-Brotzler A, Wirp B, Kobes J und Singer S. Zustandekommen von ambulanter Psychotherapie vor und nach der Psychotherapiestrukturreform von 2017–Daten aus Praxen mit und ohne psychoonkologischem Schwerpunkt. *Gesundheitswesen* 2023; 85: 911-917. DOI: 10.1055/a-1955-9811
91. Singer S, Engesser D, Wirp B, Lang K, Paserat A, Kobes J, Porsch U, Mittag M, Taylor K, Gianicolo E und Maier L. Effects of a statutory reform on waiting times for outpatient psychotherapy: A multicentre cohort study. *Counselling and Psychotherapy Research* 2022; 22: 982-997. DOI: <https://doi.org/10.1002/capr.12581>
92. Engesser D, Maier L, Schepers M und Singer S. Vermittlung der Terminservicestellen Psychotherapie im Jahr 2019. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2023; 66: 1163-1171. DOI: 10.1007/s00103-023-03756-7
93. Kemmerer P, Maier L, Singer S, Reuter K und Engesser D. „Das sind alles schon Neuerungen gewesen, die das spürbar erleichtert haben“ – Angebot von ambulanter Gruppenpsychotherapie nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Ergebnisse einer Mixed-Methods-Studie. *Gruppenpsychother Gruppensdynamik* 2024; 60: 109-123.

7 Anhang: Originalarbeiten der vorliegenden Dissertation

7.1 Studie 1: Die neuen Behandlungselemente der Psychotherapiestrukturreform

Maier L, Engesser D, Paul R, Reuter K, Petermann-Meyer A und Singer S. Die neuen Behandlungselemente der Psychotherapiestrukturreform. Psychiatrische Praxis 2024; 51: 31-38. DOI: 10.1055/a-2112-3549

Die neuen Behandlungselemente der Psychotherapiestrukturreform

Umsetzung, Nutzen und Auswirkung auf die psychotherapeutische Versorgungspraxis aus Sicht niedergelassener Psychotherapeut:innen

The Structural Reform of The Psychotherapy Guidelines in Germany

Implementation, Benefits and Impact of The New Care Elements from the Perspective of Practising Psychotherapists

Autorinnen/Autoren

Lena Maier¹ , Deborah Engesser¹, Rainer Paul², Katrin Reuter³, Andrea Petermann-Meyer⁴, Susanne Singer¹

Institute

- 1 Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Versorgungsforschung, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
- 2 Psychotherapeutische Praxis, Wiesbaden
- 3 Psychotherapeutische Praxis, Freiburg
- 4 Psychotherapeutische Praxis, Aachen

Schlüsselwörter

Psychotherapie, psychotherapeutische Sprechstunde, Akutbehandlung, Rezidivprophylaxe, Psychotherapiestrukturreform

Key words

psychotherapeutic assessment consultations, acute treatment, relapse prevention, structural reform of the psychotherapy guideline in Germany, psychotherapy

eingereicht 02.12.2022

akzeptiert 17.06.2023

Artikel online veröffentlicht 07.09.2023

Bibliografie


Psychiat Prax 2024; 51: 31–38

DOI 10.1055/a-2112-3549

ISSN 0303-4259

© 2023. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

 Zusätzliches Material finden Sie unter <https://doi.org/10.1055/a-2112-3549>.

Korrespondenzadresse

M. Sc.-Psych. Lena Maier
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Versorgungsforschung
55101 Mainz
Deutschland
lenmaier@uni-mainz.de

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel Unsere Studie geht der Frage nach, wie Psychotherapeut:innen die neu eingeführten Behandlungselemente der Psychotherapiestrukturreform von 2017 umsetzen und beurteilen.

Methoden Wir führten halbstrukturierte Interviews mit niedergelassenen Psychotherapeut:innen. Die Datenauswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse.

Ergebnisse Insgesamt 37 Stunden Audiomaterial von 41 Psychotherapeut:innen lagen vor. Es zeigte sich, dass die Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe von Psychotherapeut:innen begrüßt werden. Aufgrund mangelnder Terminkapazitäten sowie konzeptioneller Barrieren kommen diese jedoch selten zur Anwendung. Bei der psychotherapeutischen Sprechstunde ergab sich ein heterogenes Meinungsbild.

Fazit Einzelne Aspekte der psychotherapeutischen Sprechstunde, Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe werden positiv eingeschätzt. Allerdings können die neuen Behandlungselemente nur eingeschränkt umgesetzt werden und sind nicht ausreichend, um die Versorgungslage deutlich zu verbessern.

ABSTRACT

Objectives Our study investigates how psychotherapists implement and assess the newly introduced elements of the structural reform of the psychotherapy guideline in Germany.

Methods We asked psychotherapists about their experiences with the structural reform in semi-structured interviews. The data was analysed using qualitative content analysis.

Results A total of 37 h of audio material from 41 psychotherapists were available. The interviews showed that acute treat-

ment and relapse prevention are welcomed by psychotherapists. However, due to lack of appointment capacity as well as conceptual barriers, these are rarely used. Concerning psychotherapeutic assessment consultations, the opinions were heterogeneous.

Conclusion Individual aspects of the new care elements are assessed positively. However, these can only be implemented to a limited extent and are not sufficient to significantly improve the strained supply situation.

Einleitung

Innerhalb eines Jahres leidet etwa ein Viertel der Bevölkerung in Deutschland unter einer psychischen Erkrankung [1]. Die 12-Monats-Prävalenz ist damit vergleichbar zu anderen verbreiteten Krankheiten wie bspw. arterieller Hypertonie [2]. Entgegen häufiger öffentlich geäußelter Annahmen sowie der zunehmenden medialen Präsenz mentaler Gesundheitsthemen, nehmen psychische Erkrankungen jedoch nicht zu [3]. Allerdings ist eine steigende Krankheitslast zu verzeichnen [4]. Dies spiegelt sich auch in der Zunahme von Fehlzeiten am Arbeitsplatz wider, die auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sind: Die Krankenkassen verzeichneten bei der Anzahl an psychisch bedingten Fehltagen und Krankheitsfällen in den letzten Jahren Höchststände [5–8]. Trotzdem nehmen nur ca. 6–7% der Versicherten in Deutschland eine Psychotherapie in Anspruch [9, 10], obwohl Psychotherapie nachgewiesenermaßen wirksam ist [11–14]. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Auch wenn in einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage ein Großteil der Befragten Psychotherapie für notwendig zur Behandlung psychischer Erkrankungen hielt und sich ein zunehmender Anteil vorstellen könnte, selbst eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, äußerte immerhin etwa ein Drittel Stigmatisierungsängste [15]. Singer et al. [16] zeigten anhand von 983 Anträgen für psychodynamische Psychotherapie, dass Männer, Migrant:innen, ältere Menschen und Personen mit Substanzmissbrauch oder psychotischen Erkrankungen in ambulanter Psychotherapie unterrepräsentiert sind. Neben solchen individuellen Versorgungsbarrieren erschweren strukturelle Defizite, wie beispielsweise lange Wartezeiten oder regionale Versorgungsunterschiede [17, 18] die Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie.

Um die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland effektiver zu gestalten, wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) vom Gesetzgeber damit beauftragt, Neuregelungen zu treffen und diese in die Psychotherapie-Richtlinie zu implementieren (§ 92 Absatz 6a, Sozialgesetzbuch V). Diese Neuregelungen wurden 2017 im Rahmen der Psychotherapiestrukturereform umgesetzt. Sie umfassen einerseits Veränderungen bestehender Versorgungselemente, andererseits die Entwicklung neuer psychotherapeutischer Leistungen. Bei den neu eingeführten Behandlungselementen handelt es sich um die psychotherapeutische Sprechstunde, die Akutbehandlung und die Rezidivprophylaxe.

Die psychotherapeutische Sprechstunde dient der zeitnahen Abklärung psychischer Beschwerden, der individuellen Indikationsstellung sowie der Information von Patient:innen. Innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung ist sie vor der Aufnahme einer

ambulant Psychotherapie verpflichtend. Niedergelassene Psychotherapeut:innen müssen 50 bis 100 min Sprechstunde pro Woche anbieten, abhängig vom Umfang ihres Versorgungsauftrags. Die psychotherapeutische Sprechstunde kann in Einheiten von 25 min oder 50 min durchgeführt werden (§ 11, Psychotherapie-Richtlinie [PT-RL]). Die Vergütung gemäß Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) liegt bei 53,09 €/25 min (Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV], Stand 01/2023). Sie fällt damit um 30% höher aus, als die Vergütung für eine Probatorische Sitzung (81,47 €/50 min; KBV, Stand 01/2023).

Die Akutbehandlung soll Patient:innen in Krisen kurzfristig einen Zugang zu psychotherapeutischen Interventionen ermöglichen. Im Unterschied zur Richtlinienpsychotherapie ist sie nicht antrags-, sondern lediglich anzeigepflichtig und kann im Umfang von bis zu 24 × 25 min durchgeführt werden (§ 13, PT-RL). Die Höhe der Vergütung entspricht der psychotherapeutischen Sprechstunde (53,09 €/25 min; KBV, Stand 01/2023).

Die Rezidivprophylaxe dient der Vorbeugung von Rückfällen nach Ende einer Langzeittherapie. In Abhängigkeit von der Behandlungsdauer können 8–16 Stunden des bewilligten Behandlungskontingents als Rezidivprophylaxe verwendet werden (§ 14, PT-RL).

Eine aktuelle Studie fand, dass Psychotherapeut:innen die Strukturreform als eine Maßnahme mit erheblichem Einfluss auf ihre Arbeitsweise, aber ohne generelle Verbesserung für die ambulante psychotherapeutische Versorgung sehen [19]. Aus einer online-Umfrage mit vertragsärztlich tätigen Psychotherapeut:innen ergab sich für viele Reformelemente ein heterogenes Meinungsbild: Psychodynamische Psychotherapeut:innen (Psychoanalytiker:innen und Tiefenpsycholog:innen) profitierten dabei weniger von der gutachterbefreiten Kurzzeittherapie im Vergleich zu Verhaltenstherapeut:innen und beurteilten Akutbehandlungen öfters als herausfordernd verglichen mit Richtlinienpsychotherapie [20]. Wenngleich die Strukturreform Untersuchungsgegenstand mehrerer Studien ist [18–20], wollten wir die nachfolgenden Fragestellungen aus der Perspektive niedergelassener Psychotherapeut:innen mittels eines qualitativen Vorgehens vertiefend beleuchten.

1. Wie erfolgte die Umsetzung der neuen Behandlungselemente in den psychotherapeutischen Praxen?
2. Inwiefern konnten die intendierten Ziele der neuen Behandlungselemente erreicht werden?
3. Wie wirken sich die Veränderungen durch die neuen Behandlungselemente aus?

Methoden

Studiendesign und Durchführung

Es wurden semi-strukturierte qualitative Einzelinterviews mit niedergelassenen Psychotherapeut:innen in einem querschnittlichen Studiendesign geführt. Mit diesem Vorgehen sollte ein Rahmen geschaffen werden, in dem zum einen unbekannte oder für die Psychotherapeut:innen besonders wichtige Themen erfasst werden können. Zudem sollte gewährleistet werden, dass alle relevanten Themen von den Befragten erörtert werden.

Die Stichprobenziehung erfolgte per stratifizierter Zufallsauswahl aus dem Register der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz. Wir informierten die Psychotherapeut:innen postalisch über die Studie und baten sie um Teilnahme. Diejenigen, von denen wir keine Rückmeldung erhielten, kontaktierten wir einige Wochen später außerdem telefonisch. Um ein breites Erfahrungs- und Meinungsspektrum zu erfassen, wurden Psychotherapeut:innen mit unterschiedlicher Approbation, Verfahrensqualifikation und Praxislage einbezogen. Zusätzlich wurden 8 Psychotherapeut:innen mit spezifischer fachlicher oder versorgungsstruktureller Expertise (z. B. Gruppenpsychotherapie oder interdisziplinäre Versorgung) gezielt um Teilnahme an der Studie angefragt, die den Forscher:innen durch Arbeitsgemeinschaften und Netzwerke bekannt waren. Somit sollte sichergestellt werden, dass möglichst viele relevante Themen im Zusammenhang mit der Psychotherapiestrukturenform erfasst werden.

Jedes Interview bestand aus einem offenen und einem leitfadengestützten Abschnitt. Der leitfadengestützte Interview-Abschnitt wurde in einem iterativen Prozess entwickelt und vor dem Einsatz pilotiert. Die Auswahl der Interview-Fragen basierte einerseits auf vordefinierten Fragestellungen des Innovationsfonds des G-BA als auftraggebendem Gremium der Studie. Andererseits entwickelte das Forscherteam anhand der Psychotherapie-Richtlinie eigene Fragen zu weiteren relevanten Themen. Der Interviewleitfaden enthielt u. a. Fragen zur psychotherapeutischen Sprechstunde, Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe (**Online-Tab. 1**). Mit Ausnahme einer Person, die sich ein persönliches Interview an unserem Forschungsinstitut wünschte, erfolgte die Befragung aufgrund der Corona-Pandemie telefonisch. Die Durchführung erfolgte durch zwei geschulte Mitarbeiterinnen (L.M. und D.E.). Nach Einwilligung der Befragten wurden die Interviews aufgezeichnet und anschließend durch einen externen Transkriptionsdienst mit f4transkript wörtlich transkribiert. Merkmale der Praxis und der/s Therapeutin/en wurden mit einem Fragebogen erfasst. Allen Psychotherapeut:innen wurde eine dem Verdienstausschuss annähernd äquivalente Vergütung von 100 € pro Stunde für die Studienteilnahme angeboten. Die Begutachtung der Studie durch die zuständige Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz ergab ein positives Votum (# 2020–14898).

Datenanalyse

Die Auswertung der Interviews erfolgte qualitativ. Wir wählten ein gemischtes induktives und deduktives Vorgehen, welches uns ermöglichte sowohl materialgeleitete Kategorien zu entwickeln (z. B. bei der offenen Eingangsfrage zu den generellen Erfahrungen mit der Strukturreform) als auch theoretisch begründete Strukturie-

► **Tab. 1** Stichprobencharakteristika.

		n (%)
Geschlecht	Männlich	11 (27%)
	Weiblich	30 (73%)
Alter, Median (Range)		57 (34–81)
Berufsgruppe	Arzt/Ärztin	10 (24%)
	Psychologe/Psychologin	21 (51%)
	Anderes	10 (24%)
Verfahrensqualifikation	Verhaltenstherapie	15 (36%)
	Psychodynamische Psychotherapie (AP und/ oder TP) ¹	21 (51%)
	Verhaltenstherapie und Psychodynamische Psychotherapie	5 (12%)
Altersschwerpunkt	Erwachsenenpsychotherapie	22 (54%)
	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	13 (32%)
	Beides	6 (15%)
Versorgungsauftrag, (Anzahl Arbeitsstunden)	Ganzer Versorgungsauftrag (Median 40 h, Range 20–60 h)	17 (41%)
	Halber Versorgungsauftrag (Median 27 h, Range 2–50 h)	23 (56%)
	Privatpraxis (20 h)	1 (2%)
Praxisform	Einzelpraxis	28 (68%)
	Gemeinschaftspraxis	7 (17%)
	Anderer Praxisform	6 (15%)
Lokalisation	Städtisch	18 (44%)
	Ländlich	23 (56%)
Erfahrungen vor der Reform	Ja	35 (85%)
	Nein	6 (15%)
Gesamt		41 (100%)

¹AP = Analytische Psychotherapie, TP = Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

rungsdimensionen an die Interview-Aussagen heranzutragen (z. B. Ableitung von Kategorien aus dem Interviewleitfaden). Der Auswertungsablauf erfolgte nach einem standardisierten Vorgehen, welches sich an Mühlfeld et al. [21] (offene Eingangsfrage) und Mayring [22] (leitfadengestützter Abschnitt) orientierte. Dabei wurde das Interviewmaterial zunächst hinsichtlich relevanter Textstellen gesichtet, Analyseeinheiten festgelegt und inhaltlich kategorisiert. Ein Drittel des Materials wurde von beiden Forscherinnen kategorisiert, in mehreren Auswertungstreffen verglichen und Unterschiede kritisch diskutiert, bis eine Einigung erzielt werden konnte. Auf dieser Grundlage wurden ein finaler Codebaum sowie ein Codebuch mit Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln erstellt, mit dem die weiteren Interviews kodiert wurden. Zum Schluss wurden die Kategorien auf einer vertieften Inhaltsebene analysiert, Gemeinsamkeiten und Unterschiede generalisiert und zusammen-

gefasst. Beide Forscherinnen (L.M. und D.E.) bearbeiteten die Interviews unabhängig voneinander in der Auswertungssoftware MAXQDA [23]. Weitere Details zu Stichprobe, Material und Datenanalyse finden sich bei Maier et al. [24].

Ergebnisse

Stichprobe

Von 128 kontaktierten Psychotherapeut:innen willigten 41 zur Studienteilnahme ein. Die Teilnehmenden waren zwischen 34 und 81 Jahre alt (Median 57 Jahre) und mehrheitlich weiblichen Geschlechts (n = 30; 73%). Die meisten hatten eine Abrechnungsgenehmigung für psychodynamische Psychotherapie (analytische und/oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; n = 21, 51%) oder Verhaltenstherapie (n = 15; 37%), 5 Personen (12%) verfügten über eine Fachkunde in beiden Bereichen, 10 Personen boten Gruppentherapie an. Psychotherapeut:innen mit einem halben Versorgungsauftrag (n = 23) arbeiteten 2 bis 50 Arbeitsstunden in der Praxis (Median 27 Stunden), diejenigen mit einem vollen Versorgungsauftrag (n = 17) 20 bis 60 Stunden (Median 40 Stunden). Eine Interviewteilnehmende hatte keine Kassenzulassung und arbeitete 20 Stunden pro Woche in einer Privatpraxis. Insgesamt 35 Personen (85%) gaben an, bereits vor der Reform psychotherapeutisch tätig gewesen zu sein (► **Tab. 1**). Von den 87 kontaktierten Psychotherapeut:innen, die nicht an der Studie teilnahmen, lehnten 54 (42%) die Studienteilnahme ab, 10 (8%) gaben an, die Einladung nicht erhalten zu haben, 3 (2%) konnten aufgrund von

Terminschwierigkeiten nicht teilnehmen und von 20 (16%) erhielten wir keine Rückmeldung (s. auch [24]).

Interviewmaterial

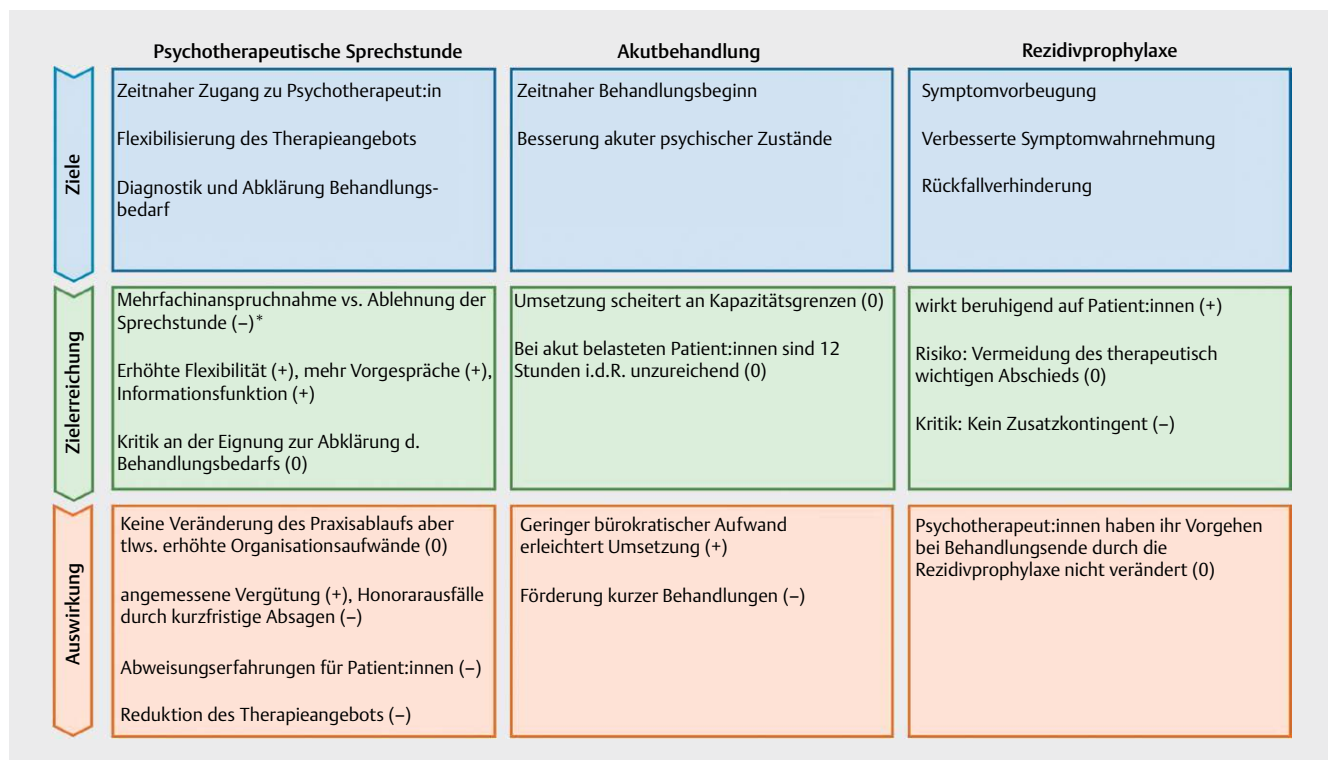
Insgesamt ergaben sich aus den 41 Interviews 37 Stunden Audiomaterial, bei einer durchschnittlichen Interviewdauer von 55 Minuten (Spannweite 31 bis 90 Minuten). Die analysierten Interviewtranskripte umfassten zusammen 746 Seiten (Arial, 12 Pt, 1-zeilig) mit 303,929 Wörtern. Aussagen zur psychotherapeutischen Sprechstunde wurden in 10 Oberkategorien zusammengefasst, zur Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe in jeweils 3 Oberkategorien. Alle Oberkategorien enthielten weitere Unterkategorien (eine tabellarische Auflistung des Kategoriensystems inkl. Ankerbeispielen findet sich in **Online-Tab. 2**). Eine modellhafte Kurzdarstellung der Ergebnisse findet sich in ► **Abb. 1**. Mit dem vorliegenden Material konnte eine theoretische Sättigung erreicht werden.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Umsetzung

Die Interviews ergaben ein heterogenes Vorgehen hinsichtlich der Umsetzung von Sprechstundenterminen in den psychotherapeutischen Praxen, wobei die Psychotherapeut:innen mehrheitlich eine flexible Terminvergabe entsprechend freier Kapazitäten gegenüber festen Zeitfenstern bevorzugten.

„Aber ich halte jetzt, ehrlich gesagt, keine Extra-Stunden vor dafür. Weil [...] es meldet sich dann vielleicht in dieser Zeit niemand. Dieses



► **Abb. 1** Flussdiagramm für die neuen Behandlungselemente der Strukturreform *Bewertung nach Einschätzung der Autor:innen. Verbesserung: +, weder Verbesserung noch Verschlechterung: 0, Verschlechterung: -.

Risiko, Termine zu besetzen, das ersetzt einem ja keiner. Insofern gucke ich, dass es unterm Strich so in etwa hinkommt.“ (PT106)¹

Der bevorzugte Sprechstundenumfang lag bei 1 × 50 Minuten, wobei etwa ein Drittel der Psychotherapeut:innen jeder/m Patient:in das volle Sprechstundenkontingent (3 × 50 min) zur „emotionalen Stabilisierung“ (PT106) zur Verfügung stellte, auch ohne Aussicht auf einen Therapieplatz. Keiner der Befragten führte psychotherapeutische Sprechstunde als 1 × 25 Minuten-Einheit durch. Zwei Praxisinhaber:innen gaben an, dass ihr Praxispersonal ein telefonisches Eingangsscreening durchführe, das auch zur Ermittlung und Abweisung von Patient:innen ohne Indikation für eine ambulante Psychotherapie diene. Eine Minderheit der Psychotherapeut:innen sah die Übermittlung freier Sprechstundentermine an die Terminservicestelle (TSS) kritisch. Gründe waren, dass durch die TSS immer wieder Personen vermittelt würden, die bereits einen Sprechstundentermin in einer anderen Praxis wahrgenommen hätten, aber auch, dass sie unabhängig von der TSS eine ausreichende Anzahl an Terminanfragen erhielten.

Zielerreichung

Die Psychotherapeut:innen äußerten, dass die intendierten Ziele der psychotherapeutischen Sprechstunde, d. h. die zeitnahe Abklärung psychischer Beschwerden, die individuelle Indikationsstellung sowie die Aufklärung von Patient:innen, grundsätzlich erreicht würden. Besonders positiv hoben sie die Möglichkeit zu mehr Vorgesprächen sowie die emotionale Stabilisierung von Patient:innen durch die verkürzte Wartezeit auf ein Erstgespräch und die Informationsfunktion der Sprechstunde hervor. Ein Kritikpunkt war, dass die psychotherapeutische Sprechstunde zur Abklärung des prinzipiellen Behandlungsbedarfs nicht sinnvoll sei, da Patient:innen diesen in der Regel selbst einschätzen könnten.

„Also für mich dient es dazu, Leuten schnell, unkompliziert ein Gespräch anzubieten zur Orientierung, zur Abklärung, auch mal zur notfallmäßigen Stabilisierung. Also meistens biete ich auch nur eine an. Aber man hat eben die Möglichkeit, bis zu drei anzubieten. Das finde ich auch okay.“ (ID PT106)

In der Versorgungspraxis zeigte sich hingegen ein heterogenes Meinungsbild hinsichtlich der Inanspruchnahme der psychotherapeutischen Sprechstunde. In der Hälfte der Fälle äußerten die Psychotherapeut:innen, dass viele Patient:innen einen Sprechstundentermin ohne Aussicht auf einen Behandlungsplatz bereits am Telefon ablehnen würden.

„Und das ist einfach eben de facto so aus den Gründen, die ich ja schon genannt habe, dass Patienten oft kein Interesse an der Sprechstunde haben, wenn klar ist, dass keine weiterführende Behandlung angeboten werden kann.“ (ID031)

Die andere Hälfte berichtete von einer hohen Inanspruchnahme der Sprechstunde, inklusive einer „Verstopfung des Systems“ (ID 032) durch eine Mehrfachinanspruchnahme durch Patient:innen auf der Suche nach einem Therapieplatz.

Auswirkung

In Bezug auf den Praxisalltag wurden vergleichsweise hohe Zeit- und Organisationsaufwände im Zusammenhang mit der Sprech-

stunde geäußert, z. B. für das Ausfüllen von Formularen. Insgesamt hätten sich Ablauf und Organisation durch die psychotherapeutische Sprechstunde jedoch nicht geändert. Positiv hervorgehoben wurde die erhöhte Flexibilität durch die Sprechstunde, da Behandlungslücken unkompliziert gefüllt werden können. In finanzieller Hinsicht äußerten die Psychotherapeut:innen Zufriedenheit über eine angemessene Vergütung der Sprechstunde im Vergleich zu den probatorischen Sitzungen, bemängelten aber auch vermehrte Honorarausfälle durch kurzfristige Absagen oder Nicht-Erscheinen von Patient:innen. Weiterhin wurde in den Interviews angemerkt, dass das verpflichtende Sprechstundenangebot Kapazitäten zulasten des Angebots an Richtlinien-therapie in den Praxen beanspruche.

In Bezug auf die Patient:innen wurde als Hauptnachteil genannt, dass die Mehrzahl den Rahmen der Sprechstundentermine nicht kennen würde. Durch die falsche Annahme eines Therapieplatzes, bzw. wiederholte Abweisungserfahrungen bei der Therapieplatzsuche, würde eine hohe psychische Zusatzbelastung entstehen, die sich z. T. re-traumatisierend auf die Patient:innen auswirke.

„Und viele Patienten sind bindings- und kontakttraumatisiert. Die haben ja an der Stelle das Problem. Und damit wiederholt sich in dem Interview eigentlich vielfach eine Dynamik, die die Patienten ja von sich kennen – nämlich dann wieder weggeschickt zu werden, nicht angenommen zu werden. Und das halte ich aus psychodynamischer Sicht für ziemlich problematisch.“ (ID030)

Ebenso wurde bemängelt, dass die TSS Psychotherapie, aufgrund der hohen Nachfrage, innerhalb eines weiten Radius Termine vermittele, was insbesondere im ländlichen Bereich oder für immobile Patient:innen problematisch sei.

Akutbehandlung

Umsetzung

Die Psychotherapeut:innen nutzten die Akutbehandlung als Erstbehandlung, z. B. zur Krisenintervention oder erweiterten Indikationsstellung; als Überbrückungsmaßnahme, z. B. bis zum Beginn einer stationären Behandlung; oder als Nachbehandlung, um Patient:innen in Krisen unbürokratisch auffangen zu können.

„Habe ich bisher genutzt bei Jugendlichen, wo sichtlich eine Belastung da war, wo das ganz schnell auch hilfreich war [...]. Also insofern schon ein praktisches Instrumentarium.“ (PT107)

Die Mehrheit der Therapeut:innen gab an, selten oder nie eine Akutbehandlungen durchzuführen. Gründe hierfür waren bspw. fehlende Kapazitäten, inhaltliche Unklarheiten bzw. Schwierigkeiten in der konzeptuellen Abgrenzung von Akutbehandlung und Kurzzeittherapie, aber auch fehlende Patient:innen mit dieser Indikation.

Drei Psychotherapeut:innen nutzten die Akutbehandlung regelmäßig, z. B. zur Behandlung von Anpassungsstörungen im Rahmen von onkologischen Erkrankungen oder in der Zusammenarbeit mit Behörden in der Kinder und Jugendlichenpsychotherapie. Keine/r der Befragten übermittelte freie Akutbehandlungsplätze an die TSS, was mit einer erschwerten Planbarkeit und bürokratischem Aufwand begründet wurde.

Zielerreichung

In den Interviews wurde deutlich, dass fehlende Behandlungskapazitäten die Zielerreichung der Akutbehandlung – das schnelle Be-

¹ Entsprechend der Reporting-Guidelines für qualitative Studien wird bei jedem Zitat die ID der befragten Person angegeben.

handlungsangebot für Patient:innen in Krisen – behindere, da hierfür genauso freie Behandlungsplätze notwendig wären wie für eine Richtlinien-therapie.

Wenn ich keinen Therapieplatz habe, dann nützt mir auch die Akutbehandlung nichts, weil die erweitert ja meine Therapieplätze nicht. (PT109)

Zusätzlich wurde darauf hingewiesen, dass besonders bei denjenigen Patient:innen mit akutem Bedarf 12 Stunden Akutbehandlung nicht ausreichen.

„Aber ich muss auch ganz klar sagen, ich sehe nicht den riesigen Vorteil, weil bei den meisten [Anm.: Patienten] musste ich bislang sowieso von der Akutbehandlung nachher in eine weitere Behandlung übergehen, über KZT2 oder über die Langzeittherapie.“ (PT72)

Auswirkung

Im Praxisalltag wirke sich die Akutbehandlung vor allem durch die schnelle, unbürokratische Handhabung sowie die flexible Dauer einer Behandlungseinheit (25 vs. 50 Minuten) positiv aus. Besonders positiv hervorgehoben wurde der Wegfall des Konsiliarberichts, der einen raschen Behandlungsbeginn ermögliche.

„Also ein Vorteil ist ja, dass ich keinen Konsiliarbericht benötige. Dass ich es einfach anzeigen kann.“ (PT55)

Andererseits wurde kritisiert, dass die Reform, z. B. mit der Akutbehandlung, den „Trend“ in Richtung Kurzzeittherapie fördere und Patient:innen mit Langzeitindikation vernachlässige, was zur Folge habe, dass einige Psychotherapeut:innen prinzipiell keine Langzeittherapien mehr anbieten würden.

Rezidivprophylaxe

Umsetzung

Insgesamt äußerten sich die Psychotherapeut:innen aufgeschlossen gegenüber der Rezidivprophylaxe. Es zeigte sich jedoch, dass sie diese in der konkreten Praxis selten beantragten oder im Falle der Beantragung tatsächlich nutzten. Angewendet würde die Rezidivprophylaxe, um das Behandlungsende früher anzuzeigen, zur kurzfristigen Stabilisierung bei akuten Krisen oder um die „2-Jahres-Frist“ zu überbrücken. Unabhängig von der konkreten Beantragung der Rezidivprophylaxe äußerten drei Viertel der Psychotherapeut:innen, Langzeittherapien regelhaft auszuschleichen.

Unter inhaltlich-organisatorischen Gesichtspunkten wurden Schwierigkeiten genannt, die Notwendigkeit einer Rezidivprophylaxe bei Therapiebeginn vorherzusehen sowie diese im Falle eines „Rückfalls“ in den Praxisablauf zu integrieren. Ein weiterer Kritikpunkt war, dass die Rezidivprophylaxe kein zusätzliches Stundenkontingent beinhalte.

„Nachteile: Dass es vom Gesamtkontingent abgezogen wird. Dass man im Vorhinein wissen soll, ob da eine Rezidivprophylaxe überhaupt nötig ist, weil man muss es ja vorher beantragen.“ (ID037)

Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurden spezifische Schwierigkeiten genannt, z. B. in der Abrechnung der Rezidivprophylaxe wenn der/die Jugendliche zwischen Behandlungsende und Rezidivprophylaxe die Altersgrenze überschreiten würde.

Zielerreichung

Die Psychotherapeut:innen gaben an, dass sich die Möglichkeit, im Rahmen der Rezidivprophylaxe auch nach Therapieende Unterstüt-

zung in Krisen oder bei Symptomverschlechterungen zu erhalten, beruhigend auf die Patient:innen auswirke, was der *Verhinderung von Rückfällen* zuträglich sei. Andererseits wurden auch Bedenken geäußert, insofern, als durch die Rezidivprophylaxe bspw. der Abschied von Therapeut:in und Patient:in als therapeutisch wichtiger Prozess vermieden werde.

„Weil, wenn die Therapie zu einem bestimmten Zeitpunkt aufhört und das festgelegt ist, dann müssen die Patienten sich mit Abschied und Trennung beschäftigen. Und das ist ein wichtiger therapeutischer Faktor. Und wenn das so ausläuft, [...] dann befasst man sich nicht mit Abschied. Trennung.“ (PT07)

Auswirkung

Aus den Interviews wurde deutlich, dass die Rezidivprophylaxe den Praxisalltag bzw. das Vorgehen bei Behandlungsende kaum verändert hat. Genau wie vor der Reform würden Therapien in den meisten Fällen ausgeschlichen oder den Patient:innen eine Wiedervorstellung angeboten; nur die Art der Abrechnung bzw. das früher angezeigte Therapieende habe sich geändert.

„Also auch da ist es ja so, ich habe immer schon auch die Sitzungen ausgeschlichen am Ende. Ich glaube, [...] vom therapeutischen Arbeiten her gibt es hier ja wieder keinen Unterschied. Nä? Das heißt jetzt halt Rezidivprophylaxe. Letztlich habe ich das ja vorher schon gemacht.“ (PT95)

Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war es, die neuen Behandlungselemente der Psychotherapiestrukturreform von 2017 hinsichtlich der Umsetzung, Zielerreichung und Auswirkung aus Sicht von niedergelassenen Psychotherapeut:innen zu untersuchen. Die qualitative Vorgehensweise in Kombination mit der Fokussierung auf einen eingegrenzten Untersuchungsgegenstand (neue Behandlungselemente), ergänzt bestehende Forschungsarbeiten durch eine differenzierte Untersuchung von Erfahrungen und Eindrücken auf einer tiefen Informationsebene.

Unsere Interviews verdeutlichen, dass die psychotherapeutische Sprechstunde als verpflichtende Versorgungsleistung eine erhebliche Veränderung im psychotherapeutischen Praxisalltag bedeutet. Als einer der wichtigsten positiven Aspekte im Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Sprechstunde wurde die verkürzte Wartezeit auf ein Erstgespräch genannt. Bestehenden Forschungsarbeiten zufolge werden durch die Sprechstunde zwar mehr Erstgespräche in Psychotherapiepraxen geführt [25], allerdings konnte die Wartezeit auf ein Erstgespräch, entgegen der Aussagen in unseren Interviews, nicht verkürzt werden [26]. Eine mutmaßliche Ursache für diese Fehleinschätzung könnte damit zusammenhängen, dass Psychotherapeut:innen seit der Reform zwar mehr Erstgespräche führen, diese jedoch nicht ausreichen um den hohen Bedarf zu kompensieren. Der Nutzen solcher Gespräche für die Patient:innen wurde von den befragten Psychotherapeut:innen unterschiedlich bewertet. Vorteile ergaben sich eher für Psychotherapeut:innen (z. B. angemessene Vergütung, mehr Vorgespräche vor Behandlungsbeginn, flexibles Füllen von Behandlungslücken), wohingegen sich der Nutzen für Patient:innen aus Sicht der befragten Psychotherapeut:innen auf die Aufklärungs- und Informationsfunktion der Sprechstunde sowie die emotionale Stabili-

sierung durch ein niedrigschwelliges Gesprächsangebot beschränkte. Kritischer Reflektion bedarf es hinsichtlich der Tatsache, dass die psychotherapeutische Sprechstunde Ressourcen zulasten der Richtlinien­therapie bindet. Dieser Aspekt wurde nicht nur in unseren Interviews genannt, sondern auch bei Bangeow und Rapp [20], die fanden, dass 50 % der von ihnen befragten Psychotherapeut:innen durch die neuen Versorgungsleistungen der Reform eine bzw. zwei Richtlinien­therapieeinheiten pro Woche weniger anbieten können. Eine Folge hiervon ist, dass Patient:innen sich nach der Reform auf längere Wartezeiten für eine Richtlinien­therapie (18 vs. 22 Wochen) einstellen müssen als dies vor der Reform der Fall war [26], ebenso wie sich die Weitervermittlung von Patient:innen von der Sprechstunde in eine Richtlinien­therapie häufig schwierig gestaltet [18].

Die fehlenden Kapazitäten waren auch ein Problem bei der Akut­behandlung, welche viele der Befragten trotz prinzipieller Aufgeschlossenheit sowie positiver Beurteilung der bürokratischen Erleichterungen (z. B. Wegfall des Konsiliarberichts) nur selten durchführten. Auch wenn mehrere Studien [18, 25, 26] eine vergleichsweise kurze Wartezeit bei Akut­behandlungen belegen, scheinen sie eine untergeordnete Rolle in der Praxis zu spielen. Die geringe Anzahl an Akut­behandlungen könnte, neben kapazitäts­bedingten Hinderungsgründen, u. a. mit den in den Interviews geschilderten Schwierigkeiten in der konzeptionellen Abgrenzung zur Kurzzeit­therapie sowie der Annahme, dass Patient:innen in akuten Krisensituationen besser in der Notaufnahme aufgehoben seien, zusammenhängen. Ungeachtet dessen gaben einige Psychotherapeut:innen zu bedenken, dass die bürokratischen Erleichterungen kurzzeitige Behandlungen fördern könnten, obgleich gerade bei Patient:innen in Krisen meist längerfristige Therapien indiziert seien. Im Gegensatz dazu gaben etwa zwei Drittel der befragten Psychotherapeut:innen in der Wartezeiten­Studie der Bundespsychotherapeutenkammer [18] an, dass die Weitervermittlung von Patient:innen mit Bedarf an einer Akut­behandlung oft schwierig sei.

Vergleichbar zur Akut­behandlung äußerten sich viele Befragte zwar prinzipiell positiv gegenüber der Rezidivprophylaxe, rechneten diese jedoch relativ selten ab. Sie kritisierten sowohl den frühen Zeitpunkt der Ankündigung der Rezidivprophylaxe, der nicht geeignet sei, um deren Notwendigkeit bei Behandlungsende valide abschätzen zu können als auch, dass für die Rezidivprophylaxe kein Zusatzkontingent zur Verfügung gestellt würde – Kritikpunkte, die auch in anderen Studien aufgezeigt wurden [18–20]. Bestehende Fragebogen­untersuchungen zeigten bspw., dass nur 2,7 % – 7,4 % der Psychotherapeut:innen die Notwendigkeit der Rezidivprophylaxe zum Zeitpunkt der Therapie­beantragung absehen können [18, 20] und dass 36 % die frühe Vorhersage als bürokratischen Zusatzaufwand beurteilten [18]. Bezugnehmend auf das fehlende Zusatzkontingent der Rezidivprophylaxe fiel in der Studie von Poß-Doering et al. [19] der Begriff der „Mogelpackung“ (engl.: „deceptive package“). Dieser verdeutlichte die Diskrepanz zwischen den klinischen Erfordernissen nach einem flexiblen Behandlungsangebot, das gesondert vom antragspflichtigen Kontingent abgerechnet werden kann und den politischen Interessen einer kostengünstigen psychotherapeutischen Versorgung. Ungeachtet der Rezidivprophylaxe schlichen viele der von uns befragten Psychotherapeut:innen langfristige Behandlungen über einen länge-

ren Zeitraum aus, was den praktischen Zugewinn durch die Einführung der Rezidivprophylaxe infrage stellt.

Im Rahmen unserer Interviews wurde deutlich, dass die durch die Reform angestoßenen Neuerungen zum Teil positiv beurteilt werden, einzelne Behandlungsaspekte auf einer praktischen Ebene jedoch verbesserungswürdig erscheinen. Insgesamt decken sich die Aussagen der Psychotherapeut:innen mit bestehenden Forschungsergebnissen hinsichtlich der aufgezeigten Versorgungsengpässe in der ambulanten Psychotherapie [18]. Interviews mit Therapiesuchenden ergaben zudem, dass persönliche Präferenzen im Suchverlauf zurückgestellt werden, um damit die Chance auf einen Therapieplatz zu erhöhen [27]. Auch wenn mit der Psychotherapiestrukturreform innovative Neuerungen implementiert wurden, bleibt kritisch zu diskutieren, inwiefern diese dem hohen Bedarf gerecht werden können und nicht lediglich einen „Verschiebebahnhof“ mangels ausreichender psychotherapeutischer Angebote darstellen. Gemessen an der Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie [11–14] sowie der steigenden Krankheitslast [4], scheint eine adäquate Versorgung auch unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten eine gute Investition, um gesellschaftliche Folgekosten, bspw. durch stationäre Aufenthalte oder Arbeits- und Berufsunfähigkeit, zu reduzieren [28]. Angesichts der angespannten Versorgungssituation sollte eine Reform der Bedarfsplanung, unter Berücksichtigung regionaler Versorgungsdefizite, angestrebt werden.

Stärken und Limitationen

Der Schwerpunkt der vorliegenden Studie lag auf der qualitativen Herangehensweise. Wir wählten dieses Vorgehen einerseits, um möglichst viele Themen zu erfassen und andererseits, um die subjektiven Erfahrungen mit der Reform themenoffen zu ermitteln. Um methodische Qualität sicherzustellen, wurden das Manuskript nach den Vorgaben der Consolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) [29] erstellt. Durch das stratifizierte Stichprobensampling konnten wir eine heterogene Gruppe an Psychotherapeut:innen mit verschiedenen Therapieverfahren, Altersschwerpunkten und Berufsgruppen befragen, die aus städtischen und ländlichen Regionen stammten. Wie bei qualitativer Forschung üblich, ist die Repräsentativität aufgrund der relativ kleinen Stichprobe zugunsten einer ganzheitlichen und verständnisorientierten Themenerfassung eingeschränkt. Dies spiegelt sich bspw. in der Verteilung der Verfahrensqualifikation in unserer Stichprobe wider, die einen höheren Anteil psychodynamischer Psychotherapie enthält im Vergleich zur Verteilung der Richtlinienverfahren in der vertragsärztlichen Versorgung [30]. Eine mögliche Folge könnte sein, dass die subjektiven Meinungen der Befragten bzw. spezifische Herausforderungen bei der Behandlung mit einzelnen Therapieverfahren, den Gesamteindruck verzerren. Weiterhin ist denkbar, dass das telefonische Interview-Setting das Antwortverhalten beeinflusst hat. Aufgrund einer hohen Anzahl an Personen, die eine Teilnahme ablehnten oder nicht auf unsere Studienanfrage reagierten [24], kann ein Selektions-Bias zugunsten von Psychotherapeut:innen mit einem besonderen Fachwissen oder einer spezifischen Meinung in Bezug auf die Reform ebenfalls nicht ausgeschlossen werden.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

- Es wurden vielfältige Verbesserungen durch die neuen Behandlungselemente genannt, z. B. die Flexibilisierung der Vorgespräche, die Entbürokratisierung bei der Akutbehandlung oder die beruhigende Wirkung der Rezidivprophylaxe für Patient:innen.
- Schwachstellen betreffen u. a. konzeptionelle Defizite bei der Akutbehandlung und der Rezidivprophylaxe sowie Probleme in der praktischen Umsetzung der Weiterbehandlung nach der psychotherapeutischen Sprechstunde.
- Therapeut:innen haben eine differenzierte Meinung zu den neuen Behandlungselementen der Strukturreform. Diese Expertise sollte im Vorfeld künftiger Neuerungen berücksichtigt werden.

Fördermittel

Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
— 01VSF19003

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Jacobi F, Höfler M, Siegert J et al. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1–MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014; 23: 304–319. DOI: 10.1002/mpr.1439
- [2] Fuchs J, Busch M, Lange C et al. Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany. Results of the German telephone health interview survey German Health Update (GEDA) 2009. *Bundesgesundheitsbl* 2012; 55: 576–586. DOI: 10.1007/s00103-012-1464-9
- [3] Richter D, Wall A, Bruen A et al. Is the global prevalence rate of adult mental illness increasing? Systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2019; 140: 393–407. DOI: 10.1111/acps.13083
- [4] Vos T, Lim SS, Abbafati C et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396: 1204–1222. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9
- [5] Grobe T, Bessel S. Gesundheitsreport. Arbeitsunfähigkeiten. In: *Techniker Krankenkasse ed Hamburg*. 2021: 116
- [6] Grobe T, Braun A. BARMER Gesundheitsreport 2021. In: *BARMER Institut für Gesundheitsforschung ed Berlin*. 2021
- [7] DAK. Psychreport 2022. Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job: 2011–2021. In: *IGES DAK ed*. 2022
- [8] BKK Dachverband. BKK Gesundheitsreport 2021. Krise, Wandel, Aufbruch. Zahlen, Daten, Fakten mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis. In: *Knieps F, Pfaff H eds*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2021
- [9] Gaebel W, Zielasek J, Kowitz S. Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. *Nervenarzt* 2016; 87: 1201–1210. DOI: 10.1007/s00115-016-0168-z
- [10] Larisch A, Heuft G, Engbrink S et al. Behandlung psychischer und psychosomatischer Beschwerden – Inanspruchnahme, Erwartungen und Kenntnisse der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. *Z Psychosom Med Psychother* 2013; 59: 153–169. DOI: 10.13109/zptm.2013.59.2.153
- [11] Koelen JA, Houtveen JH, Abbass A et al. Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2014; 204: 12–19. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.121830.
- [12] Leuzinger-Bohleber M, Hautzinger M, Keller W et al. Psychoanalytische und kognitiv-behaviorale Langzeitbehandlung chronisch depressiver Patienten bei randomisierter oder präferierter Zuweisung. *Psyche* 2019; 73: 77–105. DOI: 10.21706/ps-73-2-77
- [13] Leichsenring F, Steinert C, Rabung S et al. The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry* 2022; 21: 133–145. DOI: 10.1002/wps.20941
- [14] Shedler J. Die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2011; 56: 265–277. DOI: 10.1007/s00278-011-0819-2
- [15] Albani C, Blaser G, Rusch B-D et al. Einstellungen zu Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2013; 58: 466–473. DOI: 10.1007/s00278-012-0944-6
- [16] Singer S, Sievers L, Scholz I et al. Who seeks Psychodynamic Psychotherapy in Community-based Practices? Data from 983 Patients in Germany. *Psychodyn Pract* 2023. DOI: 10.1080/14753634.2023.2182702
- [17] Schulz H, Barhaan D, Harfst T et al. Psychotherapeutische Versorgung. In: *Robert Koch-Institut ed Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: 2008
- [18] Bundespsychotherapeutenkammer. Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. *Wartezeiten* 2018. In: Berlin: 2018
- [19] Poß-Doering R, Hegelow M, Borchers M et al. Evaluating the structural reform of outpatient psychotherapy in Germany (ES-RiP trial) – a qualitative study of provider perspectives. *BMC Health Serv Res* 2021; 21: 1–14. DOI: 10.1186/s12913-021-07220-7
- [20] Bangeow P, Rapp M. Beurteilung und Nutzung der 2016 Reformierten Psychotherapierichtlinie. Teil I: Vergleich unter den psychotherapeutischen Richtlinienverfahren. *Psychiatr Prax* 2020; 47: 135–141. DOI: 10.1055/a-1045-9801
- [21] Mühlfeld C, Windolf P, Lampert N et al. Auswertungsprobleme offener Interviews. *Soziale Welt* 1981; 325–352
- [22] Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz; 2010
- [23] VERBI Software. MAXQDA 2020. In: *Sozialforschung GmbH ed Berlin*. 2019
- [24] Maier L, Engesser D, Petermann-Meyer A et al. „Es hat so einen etwas bitteren Beigeschmack“ Die Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahrens aus Sicht von Psychotherapeut*innen in der ambulanten Versorgung. *PPmP* 2022; 72. DOI: 10.1055/a-1850-1886
- [25] Rabe-Menssen C, Ruh M, Dazer A. Die Versorgungssituation seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017. *Psychother Aktuell* 2019; 1: 25–34
- [26] Singer S, Maier L, Paserat A et al. Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz vor und nach der Psychotherapiestrukturreform. *Psychotherapeut* 2021; 67: 176–184. DOI: 10.1007/s00278-021-00551-0
- [27] Pantle V, Maier L, Schmalbach I et al. „Die passende Chemie wäre entscheidend...wenn man denn eine Wahl hätte“ – eine qualitative Studie zu Präferenzen von Therapiesuchenden einer ambulanten Psychotherapie. *Die Psychotherapie [im Druck]*.
- [28] Nübling R, Bär T, Jeschke K et al. Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland. *Psychother J* 2014; 4: 389–397
- [29] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007; 19: 349–357. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042
- [30] Rabe-Menssen C, Dazer A, Maaß E. *Report Psychotherapie 2021*. In: *Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V. ed*. Berlin: 2021;

7.2 Studie 2: Das Konsiliarverfahren in der ambulanten Psychotherapie

Maier L, Blanck J und Singer S. Das Konsiliarverfahren in der ambulanten Psychotherapie: Eine Untersuchung von Konsiliarberichten hinsichtlich der Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie. Die Psychotherapie 2024; 69: 184-192. DOI: 10.1007/s00278-024-00721-w

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 Chi²-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) ¹	F0x	0 (0 %) ²
	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		
¹ Die Diagnosen wurden aus dem Formblatt 2 gemäß Psychotherapie-Vereinbarung (PTV) und dem Bericht an den Gutachter kombiniert		
² 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 Chi²-Tests wurden die Unterschiede zwischen den Konsiliarberichten der Konsilär: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 Chi²-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 ¹	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 ²
Gesamt		380 (100%)

¹ Mehrere Facharzttitel pro Konsiliararzt/-ärztin möglich; Prozentsumme ≠ 100 %
² 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 „psychiatrischen 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

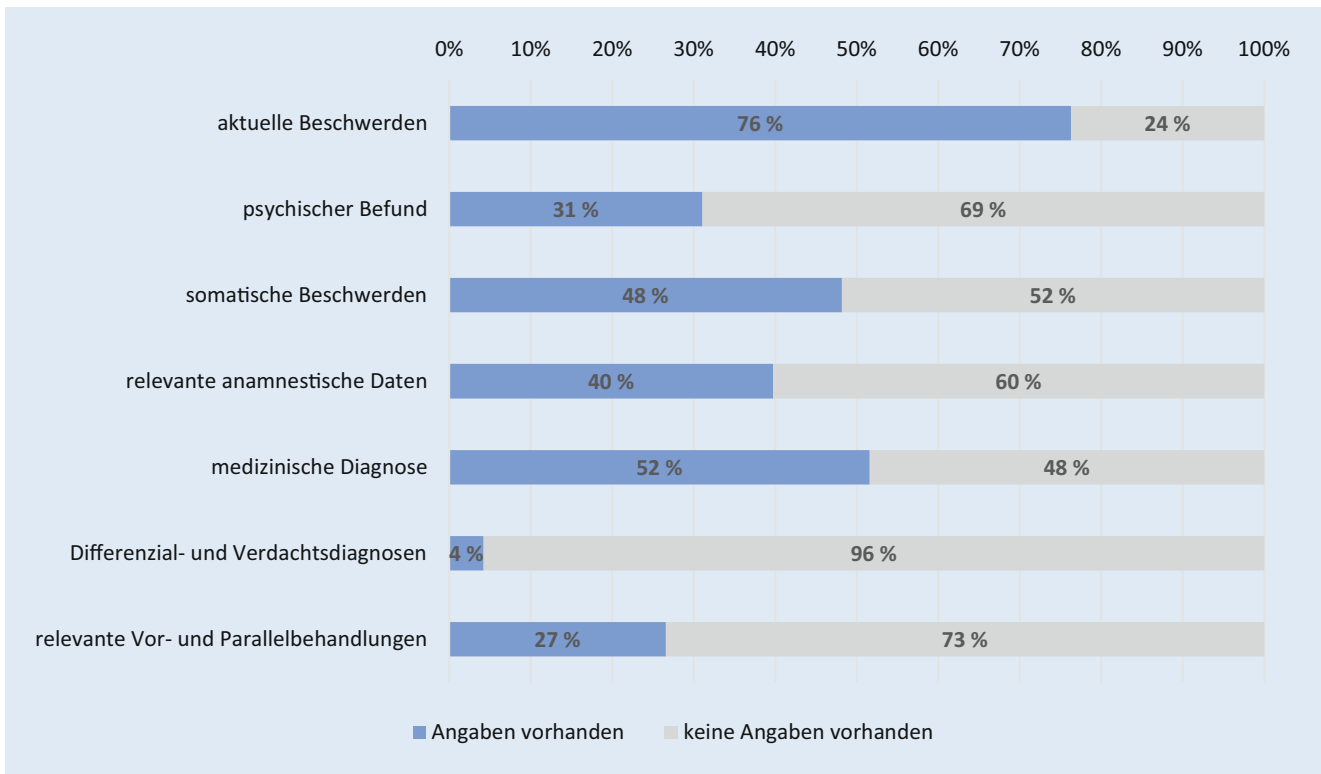


Abb. 1 ▲ Prozentualer Anteil an Informationen im Freitextfeld entsprechend Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL)

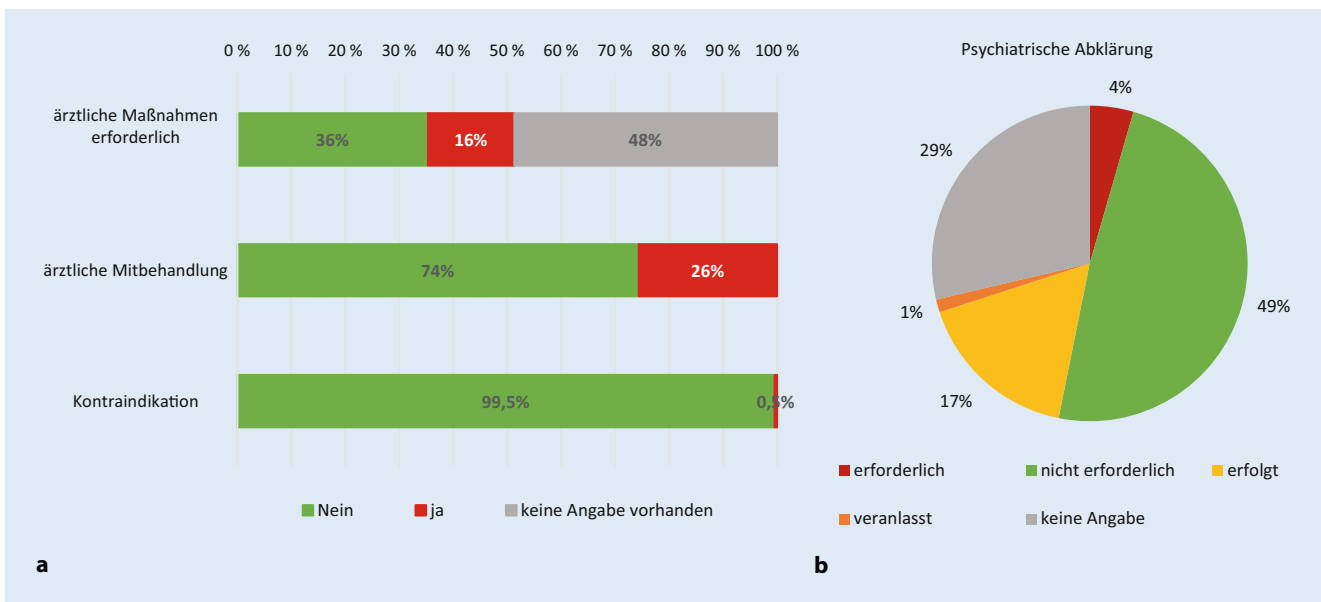


Abb. 2 ▲ Prozentualer Anteil an Angaben zu ärztlichen Vorkehrungen und Kontraindikationen für eine ambulante Psychotherapie. **a** Notwendigkeit ärztlicher Maßnahmen und Mitbehandlung sowie Vorliegen von Kontraindikationen, **b** Notwendigkeit psychiatrischer Abklärung

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 χ^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. 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. 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. 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 abstimmen 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 abstimmen. 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))]

7.3 Studie 3: Diagnosespezifische Behandlungskontingente

Maier L, Blanck J und Singer S. Unipolare Depression – psychodynamische Vielfalt. Forum der Psychoanalyse 2023; 39: 171-187. DOI: 10.1007/s00451-022-00496-3



Unipolare Depression – psychodynamische Vielfalt

Eine qualitative Analyse von Fallkonzeptualisierungen im Rahmen von Psychotherapieanträgen

Lena Maier · Julian Blanck · Susanne Singer

Angenommen: 15. Dezember 2022 / Online publiziert: 3. Februar 2023
© Der/die Autor(en) 2023

Zusammenfassung Versorgungsengpässe in der ambulanten Psychotherapie haben in den letzten Jahren zu diversen Gesetzesinitiativen geführt. Eine davon war die Einführung von diagnosespezifischen Behandlungskontingenten. Ausgehend von diesem gesundheitspolitischen Vorhaben fragten wir uns, inwiefern empirische Daten für oder gegen eine solche Praxis sprechen, das heißt, wie „homogen“ Patient:innen mit derselben ICD-10-Diagnose aus psychodynamischer Sicht sind. Mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse wurden 13 Berichte von Patient:innen mit der Erstdiagnose F33.1 (Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode) ausgewertet, die im Rahmen des Gutachtenverfahrens geprüft wurden. Zusätzlich schätzten wir das generelle Funktionsniveau ein und verglichen die Reife der Abwehr mit dem Vorliegen komorbider psychischer Diagnosen. Es wurden 56 Seiten Textmaterial analysiert. Wir identifizierten 4 Konflikttypen (Selbstwert, Nähe-Distanz, Unterwerfung, Schuld) sowie strukturelle Beeinträchtigungen in 4 Bereichen (Selbst- und Objektwahrnehmung, Selbstregulierung, Bindung und Identität), bei Vorliegen verschiedener Therapieziele und Interaktionsformen. Die Abwehr bewegte sich auf unreifem bis neurotischen Niveau, was nicht im Zusammenhang mit dem Vorliegen komorbider Diagnosen stand. Das Funktionsniveau ließ auf ein brei-

Lena Maier und Julian Blanck haben zu gleichen Teilen zu dieser Arbeit beigetragen.
Dieses Manuskript wurde nach den Vorgaben der *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)* erstellt.
Der Artikel ist Teil einer Dissertation.

✉ Lena Maier, M. Sc. Psych.

Abt. Epidemiologie und Versorgungsforschung, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI), Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Rhabanusstr. 3, Turm A, 55118 Mainz, Deutschland
E-Mail: lenmaier@uni-mainz.de

Dipl.-Psych. Julian Blanck · Prof. Dr. Susanne Singer

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

tes Spektrum genereller Beeinträchtigung schließen. Unsere Ergebnisse legen nahe, dass Depressionen vielfältige psychodynamische Hintergründe haben. Dies steht im Widerspruch zu der Idee einer Zuordnung von ICD-10-Diagnose und Behandlungskontingent.

Unipolar depression—Psychodynamic diversity

A qualitative analysis of case conceptualizations within the framework of applications for psychotherapy

Abstract Treatment bottlenecks in outpatient psychotherapy have led to various legislative initiatives in recent years. One of these ideas was the implementation of diagnosis-specific treatment quotas. Based on this healthcare policy proposal, the question arose to what extent empirical data support or refute such a practice, i.e., how “homogeneous” are patients with the same ICD-10 diagnosis from a psychodynamic perspective. Using qualitative content analysis 13 reports on patients with an initial diagnosis of major depressive disorder, recurrent, moderate (F33.1) were evaluated, who were then examined within the German assessment procedure for outpatient treatment. In addition, the general level of functioning was assessed and the maturity of defence mechanisms was compared with the presence of comorbid mental diagnoses. A total of 56 pages of text material were analyzed. Based on this, 4 different types of conflict (self-esteem, closeness-distance, submission, guilt) were identified as well as structural impairments in 4 areas (self-perception and object perception, self-regulation, attachment, and identity), in the presence of diverse treatment goals and forms of interaction. The defence mechanisms ranged from immature to neurotic levels, which were not related to the presence of other comorbid diagnoses. The level of functioning suggested a broad spectrum of general impairment. The results indicate that unipolar depression has multiple manifestations and psychodynamic backgrounds. This is in contradiction to the idea of an assignment of ICD-10 diagnosis and treatment quotas.

Einleitung

Affektive Störungen stellen nach den Angststörungen die in Deutschland am häufigsten vorkommende (Jacobi et al. 2016) und in der ambulanten Psychotherapie am häufigsten behandelte Störungskategorie dar (Gaebel et al. 2016). Darüber hinaus ist die Bedeutung depressiver Erkrankungen im Versorgungsgeschehen im Verlauf der letzten Jahrzehnte zunehmend gestiegen (Nübel et al. 2019). Was einfach klingen mag, wenn von „depressiven Erkrankungen“ oder einzelnen Störungsbildern wie der „unipolaren Depression“ gesprochen wird, erweist sich bei genauerer Betrachtung schnell als sehr komplex. Die Diskussionen um die Berechtigung und den Stellenwert einer „depressiven Persönlichkeitsstörung“ als eigener nosologischer Einheit (Bronisch 2008) und die Herausforderungen der adäquaten Diagnostik und Therapie chronisch depressiver Verläufe (Arolt und Wesselmann 2010) zeigen die Heterogenität des Feldes depressiver Phänomene auf. Die leitliniengemäße Behandlungsplanung (BÄK, KBV & AWMF (Hrsg.) NVL Unipolare Depression, Version 3.0 2022),

die sich am Schweregrad der Depression orientiert, kann in dieser Hinsicht als empirisch begründeter Versuch verstanden werden, einen hinreichend guten Umgang mit depressiver Vielfalt zu finden. Untersuchungen im Kontext psychodynamischer Psychotherapie konnten immerhin zeigen, dass Patient:innen mit chronischen oder komplexen Störungsbildern eher von lang- als von kurzzeitpsychotherapeutischen Verfahren profitieren (Leichsenring und Rabung 2011).

Während sich die Behandlungsansätze der einzelnen Richtlinienverfahren stark voneinander unterscheiden, liegen zugleich verfahrensübergreifend Wirksamkeitsnachweise vor (NVL Unipolare Depression, Version 3.0 2022).¹ Die analytische Psychotherapie, die sich mitunter dem Vorwurf zu umfangreicher Behandlungskontingente ausgesetzt sieht, konnte bei chronisch depressiven Patient:innen nachweisen, dass nach 3 Jahren positive Veränderungen nicht nur auf der symptomatischen, sondern bei 60 % der Patient:innen auch auf der strukturellen Persönlichkeitsebene erreicht werden können (in der Gruppe der mit kognitiver Verhaltenstherapie behandelten Patient:innen waren dies 36 %), was sich wiederum positiv auf die Symptomreduktion auswirkte (Kaufhold et al. 2019).

Der nachgewiesenen psychotherapeutischen Wirksamkeit stehen immer wieder politische Überlegungen zur Einsparung von Kosten in diesem Bereich des Gesundheitssektors gegenüber. Im Jahr 2021 wurde die Idee einer an der ICD-10-Diagnose orientierten „Berasterung“ von Psychotherapiekontingenten politisch forciert und öffentlich diskutiert. Diese Idee der „Rasterpsychotherapie“ (Benecke 2021) warf die Frage auf, ob innerhalb ein und derselben ICD-10-Diagnose überhaupt sinnvoll von einer hierzu erforderlichen hinreichend großen Homogenität der zu behandelnden Patient:innengruppe ausgegangen werden kann. Insbesondere vor dem Hintergrund der Diversität klinischer Konzeptualisierungen zu Nosologie und Ätiologie depressiver Erkrankungen in den einzelnen Richtlinienverfahren erschien dieser Aspekt bedenkenswert. Diese politische Idee wurde nicht zuletzt aufgrund vielzähliger Stellungnahmen psychotherapeutischer Verbände (zum Beispiel bvvp et al. 2021), einer groß angelegten Petition, eines hohen medialen Echos und politischer Gegeninitiativen fallen gelassen (zum Beispiel TAZ 2021). Ein Blick in die Versorgungspraxis bestätigt die Kritik an der „Berasterung“ der Behandlungskontingente, insofern als am Beispiel von unipolaren Depressionen gezeigt werden konnte, dass die Stundenkontingente innerhalb dieser Diagnosekategorie heterogen sind und in keinem linearen Zusammenhang mit dem kodierten Schweregrad der Erkrankung stehen (Singer et al. 2022). Ausgehend von unterschiedlichen ätiologischen Konzeptualisierungen depressiver Störungen aus dem Kontext analytischer Psychotherapie und daraus abgeleiteter Behandlungsstrategien (Bleichmar 2010) interessierte uns die Frage der psychodynamischen Homo- bzw. Heterogenität einer realen Patient:innengruppe mit identischer ICD-10-Erstdiagnose.

¹ Benecke (2021) kritisiert zu Recht, dass die Leitlinien auf der Basis von Studien mit geringer externer Validität, welche die praktische Behandlungsrealität nicht hinreichend gut widerspiegeln, basieren.

Methoden

Material und Stichprobenziehung

Aus einem Datenpool von ca. 40.000 Psychotherapieanträgen, die im Rahmen des Gutachterverfahrens geprüft wurden, wählten wir 1000 Berichte aus den Jahren 2003 bis 2017 zufällig aus.

Personenidentifizierende Daten wurden geschwärzt und alle Berichte mit einer fortlaufenden Identifizierungsnummer pseudonymisiert. Anschließend wurden Basisinformationen der Patient:innen und Psychotherapeut:innen (zum Beispiel Alter, Geschlecht, Diagnose der Patient:innen, berufliche Qualifikation der Therapeut:innen) sowie des Psychotherapieantrags (zum Beispiel beantragte/befürwortete Stunden, beantragtes Verfahren) extrahiert. Die Prüfung des Studienprotokolls durch die Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz ergab eine zustimmende Bewertung (#2018-13221).

Von diesen 1000 Berichten selektierten wir von allen Erstanträgen ($n=269$) diejenigen, bei denen die Diagnose F33.1 (Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode) vergeben worden war (44 Berichte) und wählten hier von 13 per Zufall für die umfangreiche qualitative Analyse aus.

Datenanalyse

Die Berichte wurden in Anlehnung an Mayring (2016) mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Auswertung wurde von zwei Wissenschaftler:innen (L.M. und J.B.) mit der Software MAXQDA (VERBI Software, Berlin, Deutschland) durchgeführt. Ausgehend von vorab definierten Analyseeinheiten (kleinste Analyseeinheit: in sich schlüssige Teilsätze; größte Analyseeinheit: mehrere zusammenhängende Sätze) wurden für die Fragestellung relevante Textsegmente definiert. Unter Einbezug psychodynamischer Konzepte zu Diagnostik, Genese und Theorie von Depressionen wurden diese anschließend schrittweise in ein Kategoriensystem gruppiert und inhaltlich aufgearbeitet. Alle Berichte wurden von beiden Wissenschaftler:innen unabhängig voneinander kodiert. Unklarheiten und Abweichungen in der Zuordnung von Kategorien zu den Textsegmenten wurden im Autorenteam kritisch diskutiert, bis ein Konsens gefunden werden konnte.

Zusätzlich wurden die in den Berichten beschriebenen Abwehrmechanismen in Anlehnung an bestehende Abwehrkonzeptualisierungen (Arbeitskreis OPD 2014; Di Giuseppe und Perry 2021) sowie vor dem Hintergrund der klinischen Erfahrung der Forscher:innen hinsichtlich ihres „Reifegrads“ auf einer Skala von 0 (psychotisch) bis 3 (reif) eingeschätzt. Ausgehend von der Annahme, dass ein Abwehrmechanismus auf unterschiedlichen Strukturniveaus vorkommen kann, wurde der jeweils entsprechende Berichtskontext in diese Beurteilung einbezogen.

Für jeden Patienten/jede Patientin wurde aus den summierten Reifegraden der vorkommenden Abwehrmechanismen sowie der jeweiligen Zahl der Abwehrmechanismen ein Quotient berechnet, der eine Beurteilung des „generellen Abwehrrniveaus“ ermöglicht. Zusätzlich verglichen wir das Vorliegen von Komorbidität und die Reife der Abwehr mithilfe des Mann-Whitney-U-Tests.

Neben der Konzeptualisierung der psychischen Beeinträchtigung in den Berichten interessierte uns das soziale und berufliche Funktionsniveau der Patient:innen. Dieses wurde anhand der Global Assessment of Functioning Scale (GAF-Skala; American Psychiatric Association 1996), basierend auf den Berichten, eingeschätzt.

Ergebnisse

Stichprobe und Überblick

Die Anträge stammten von 3 männlichen und 10 weiblichen Patient:innen. Das Alter der Patient:innen bei Antragsstellung betrug zwischen 18 und 58 Jahre, bei einem Durchschnitt von 38 Jahren. Die Zahl befürworteter Therapiesitzungen umfasste 25 bis 160 h, im Median 50 h (Mittelwert $[M]=76$ h, Standardabweichung $[SD] \pm 50$ h). Alle Patient:innen waren gesetzlich versichert. Der GAF-Wert betrug zwischen 41 und 72 Punkte, im Median 57 Punkte ($M=55$ Punkte, $SD \pm 8$ Punkte; Tab. 1). Sieben Patient:innen hatten neben der Diagnose F33.1 keine weitere psychische Diagnose, bei 5 Patient:innen lag eine weitere und bei einer Patientin lagen zwei weitere psychische Erkrankungen vor (Abb. 1).

Bei den Psychotherapeut:innen waren 12 Personen weiblich und eine Person männlich. Neun Personen verfügten über eine tiefenpsychologische, 3 Personen

Tab. 1 Stichprobencharakteristika ($n=13$)

Merkmal	Ausprägung	Verteilung
Geschlecht, n (%)	Weiblich	10 (77)
	Männlich	3 (23)
Alter (Jahre, n (%))	<30	2 (15)
	30–39	6 (46)
	40–49	3 (23)
	50–59	2 (15)
Erwerbstätigkeit, n (%)	Ja	7 (54)
	Nein	6 (56)
	– In Ausbildung/Studium	2 (15)
	– Erwerbslos	1 (8)
	– Erwerbsminderungsrente	2 (15)
	– Unbekannt/nicht eindeutig	1 (8)
Krankenversicherung, n (%)	Gesetzlich	13 (100)
Antragsart, n (%)	Kurzzeittherapie	2 (15)
	Langzeittherapie	11 (85)
Beantragtes Therapieverfahren, n (%)	Tiefenpsychologisch fundierte PT*	9 (69)
	Analytische PT	4 (31)
Therapiestunden, M ($\pm SD$; Range)	Beantragt	78 (± 48 ; 25–160)
	Befürwortet	76 (± 50 ; 25–160)
Global Assessment of Functioning, M ($\pm SD$; Range)		55 (± 8 ; 41–72)

*PT Psychotherapie

ID	ICD-10-Diagnosen			Psychodynamik						Interaktion							
	1 Diagnose	2 Diagnosen	3 Diagnosen	Konflikt			Abwehr			Struktur			ängstlich-ambivalente Übertragung	vertrauensvoller Kontakt	Vorherrschen von Aggressionen	Narzisstische Aspekte	
A092	F33.1																
C044	F33.1																
C053	F33.1																
C095	F33.1																
D020	F33.1																
D022	F33.1																
D056	F33.1																
A011	F33.1	F10.2															
A070	F33.1	F45.0															
A072	F33.1	F60.0															
C088	F33.1	F50.5															
D023	F33.1	F50.4															
C032	F33.1	F34.1	F43.1														

Abb. 1 Übersicht der Diagnosen und Psychodynamik pro Patient:in. *ID* Identifikationsnummer. (Zutreffende Kategorien wurden durch Felder in den entsprechenden *Grautönen* markiert)

über eine analytische und eine Person über eine doppelte Verfahrensqualifikation. Drei Personen gehörten zur Berufsgruppe der Ärzt:innen, und 10 Personen waren Psycholog:innen.

Textmaterial und qualitative Auswertung

Die 13 Berichte hatten einen Umfang von 3 bis 6 Seiten, im Durchschnitt 4 Seiten. Das gesamte Textmaterial umfasste 56 Seiten und 18.921 Wörter. Hiervon wurden 290 relevante Textstellen identifiziert.

Kategorien

Die deduktiv und induktiv gewonnenen Codes lassen sich in 3 Oberkategorien gruppieren: 1) Psychodynamik, 2) Interaktion zwischen Patient:in und Therapeut:in sowie 3) Behandlungsziele.

Psychodynamik

Die Kategorie *Psychodynamik* ist als Zusammenspiel aller psychischer Kräfte, die in Form von affektivem Erleben repräsentiert werden, definiert. Anhand des Berichtmaterials wurden hieraus entstehende innerseelische *Konflikte* und deren *Abwehrmechanismen* sowie *strukturelle Einschränkungen* herausgearbeitet und in entsprechende Unterkategorien (s. unten) gruppiert.

Konflikte Die Psychotherapeut:innen beschrieben in den Berichten eine differenzierte Konfliktpathologie. Diese wurde sowohl im Rahmen biografischer Angaben deutlich als auch bei der Beschreibung psychodynamischer Hypothesen. Insgesamt wurden 5 verschiedene Konflikttypen anhand des Materials extrahiert. Bei den meisten Patient:innen ($n=10$) konnte ein zentraler Konflikt herausgearbeitet werden. Über alle Berichte hinweg gesehen waren *Selbstwertkonflikte* sowie ein problematisches Nähe-Distanz-Erleben (*Versorgung vs. Autarkie- und Autonomie vs. Abhängigkeit-Konflikt*) vorherrschend (Abb. 1).

In 5 Berichten wurden *Selbstwertkonflikte* beschrieben. Diese zeichneten sich durch massive „Minderwertigkeits- und Einsamkeitsgefühle“ (A072)², „Scham und Versagensgefühle“ (D056) sowie „ständige[n] Druck, die Erwartungen anderer zu erfüllen“ (A070) aus. Neben Wünschen nach „Gesehenwerden, Anerkennung und verlässlicher Nähe“ (C088) sowie dem Bemühen darum (A070) wurden Ängste vor „Überflutung/Übernahme [...] und Zurückweisung“ (C088) sowie „Enttäuschungsaggressionen“ (A072) deutlich, was sich unter anderem als „Fragilität auf hohem Erregungsniveau [...] vermittelt[e]“ (A070).

Neben Selbstwertproblemen gehörte eine gestörte Nähe-Distanz-Regulierung zu den häufigsten Konfliktthemen in den Berichten ($n=7$). In den meisten Berichten mit dieser Problematik standen existenzielle *Individuations- und Abhängigkeitsängste* hinsichtlich Beziehungen im Vordergrund ($n=5$). Beispiel: „Ich kann so nicht mehr, werde von ihr verschlungen“ (D056). Dagegen wurden *Nähe- und Versorgungswünsche bzw. deren Abwehr* innerhalb einer Beziehung seltener beschrieben ($n=2$). Beispiel: „Im Kontakt zeigt sie sich freundlich und zugewandt, verdeckt klagend – als hätte sie nicht das Recht dazu und die eigene Verantwortung überzogen betonend, zugleich entsteht das Bild, dass sie diese gar nicht tragen kann“ (C044).

Mitunter konnten sich Patient:innen nicht von den Erwartungen Anderer lösen („dann wieder sehe ich mich mit den Augen meines Vaters, habe starke Scham- und Versagensgefühle“; D056), entwickelten angesichts eigener elementarer Nähe- und Versorgungsbedürfnisse „frühkindliche Verlustängste“ (D022), gegensätzliche Handlungsimpulse (Beendigung einer Beziehung, die „benötigt [wird], um die Kohärenz und Vitalität ihres Selbst zu erhalten“; A092) oder, nach fachlicher Einschätzung der Behandlerin, auch reaktive Erinnerungslücken, zum Beispiel an die eigene Kindheit. Beispiel: „Es fällt auf, dass die Pat. wenig über ihre frühe Kindheit weiß oder zu berichten vermag, was wohl mit ihrer Ambivalenz, einerseits die Nähe el-

² Entsprechend den Vorgaben für Publikationen qualitativer Daten (COREQ-Checkliste) werden die Identifikationsnummern (ID) der Patient:innen bei jedem Zitat angegeben.

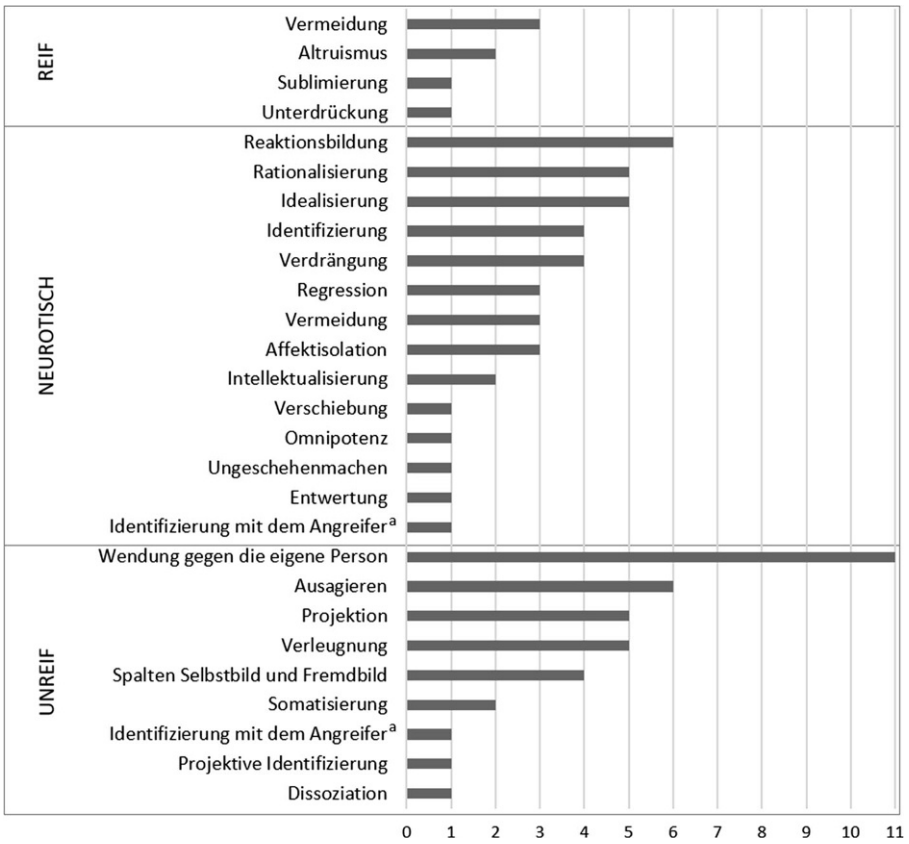


Abb. 2 Abwehrmechanismen, gruppiert nach Anzahl und Reifegrad. ^aEntsprechend dem Berichtskontext wurde dieser Abwehrmechanismus als „unreif“ oder „neurotisch“ klassifiziert

terlicher Bezugspersonen suchend, andererseits das Eigene entwickeln zu wollen, zusammenhängt.“ (C053).

Bei einer Patientin wurde eine *Unterwerfungsproblematik* in Form von Bestrafungsängsten gegenüber dem Vater deutlich, die „expansive Bestrebungen, Trotz und ein Ausbrechen verhindert haben“ (C032).

Bei einer anderen Patientin verursachte ein strafendes Über-Ich *konflikthafte Schuldgefühle*, die dann ausgelöst wurden, als sie den Versuch unternahm, „sich selbst [Anm.: vor Prügeln] zu schützen, indem sie dem Vater aus dem Wege ging [...], da sie die Mutter damit ja ideell verraten hatte“ (D023).

Abwehr In den Berichten wurden 27 verschiedene Abwehrmechanismen benannt. Von diesen wurden 9 von uns als „unreif“, 14 als „neurotisch“ und 4 als „reif“ beurteilt (Abb. 2). Auf psychotischem Niveau lagen keine Abwehrmechanismen vor. Die Zahl der beschriebenen Abwehrmechanismen pro Patient:in betrug zwischen 1 und 16, bei einem Durchschnitt von 8 (SD ±4). Der am häufigsten genannte Abwehrmechanismus war *Wendung gegen die eigene Person* (n = 11), am seltensten

wurden einige „reife“ Abwehrmechanismen ($n=1$), wie beispielsweise *Sublimierung*, beschrieben. Die Einschätzung des Gesamtreifegrads pro Patient:in ergab bei 5 Patient:innen ein unreifes Niveau der Abwehr, bei 7 Patient:innen ein unreif bis neurotisches und bei einer Patientin ein neurotisches (Abb. 1). Die Patientin mit neurotischem Strukturniveau war die Person mit den meisten komorbiden Diagnosen (F34.1 „Dysthymia“, F43.1 „Posttraumatische Belastungsstörung“). Der Vergleich zwischen Patient:innen mit Komorbiditäten ($n=6$) und ohne ($n=7$) zeigte keinen statistisch signifikanten Unterschied bei der Reife der Abwehrmechanismen (ohne Komorbiditäten vs. mit Komorbiditäten: unreif 2 vs. 3, unreif-neurotisch 5 vs. 2, neurotisch 0 vs. 1; $p=0,75$).

Struktur Auf struktureller Ebene ließen sich 3 Unterkategorien bilden: *Selbst- und Objektwahrnehmung*, *Selbstregulierung/Impulssteuerung und Bindung*. Die vertiefte Sichtung des Materials ergab, dass alle Patient:innen strukturelle Einschränkungen in mehreren Bereichen aufwiesen, wobei die Zusammensetzung kein bestimmtes Muster erkennen ließ (Abb. 1).

In 12 Berichten fanden sich Hinweise auf die *Selbst- und Objektwahrnehmung* der Patient:innen. Dabei wurde vorrangig eine eingeschränkte Selbstwahrnehmung beschrieben ($n=10$). Diese äußerte sich durch eine zum negativen Pol verschobene Einschätzung der eigenen Person (zum Beispiel C044: „Unwert und Insuffizienzgefühle“; C095: „Selbst abhängig von Bestätigung durch äußere Objekte“), eine eingeschränkte Fähigkeit, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen (D020: „kaum möglich [...], seine Bedürfnisse wahrzunehmen, geschweige zu verbalisieren“) oder Affekte zu differenzieren (A070: „keine Grundlage für die Differenzierung von Trieben und Affekten“). Teilweise führten abwesende oder unzuverlässige frühe Objektbeziehungen dazu, dass kein kohärentes Selbst im Sinne einer stabilen Identitätswahrnehmung ($n=2$) ausgebildet werden konnte. Beispiel: „Sie konnte weder ausreichend gute Objektrepräsentanzen integrieren noch Objekt Konstanz und ein kohärentes Selbst entwickeln. Stattdessen zog sie sich von den frustrierenden Objekten zurück und entwickelte nach außen hin ein teilweise falsches Selbst“ (A072). Vereinzelt wurden eine gute Introspektionsfähigkeit ($n=4$) bei gutem emotionalem Kontakt zu sich selbst und dem Therapeuten/der Therapeutin beschrieben ($n=3$).

Hinsichtlich *regulativer Fähigkeiten* ($n=6$) zeigten sich Beeinträchtigungen in der Affekttoleranz, der Impulskontrolle und auch der Selbstregulierung. Affektspannungen wurden als kaum aushaltbar beschrieben und beispielsweise „durch Alkoholabusus vor der Bewusstheit ferngehalten“ (A011) oder durch Regression reguliert, zum Beispiel „auf ein orales Niveau, bei dem der Versuch, sich per oraler Zufuhr in die heile Säuglingswelt zurückzuholen, Suchtcharakter bekam (Essattacken)“ (D023). Teilweise gaben die Therapeut:innen an, dass geschwächte Selbstrepräsentanzen zu narzisstischen Abwehrformationen führten. Beispiel: „Seither bricht die auf Sexualisierung angewiesene Kompensationsstruktur des Patienten weg, und seine narzisstische Leere mit entsprechender Wut und Gefühlen von Kränkung und Unzufriedenheit klingt massiv an. Diese Affekte kann er jedoch im Banne seines Kontrolle, Übermacht und Durchhalten signalisierenden Größenselbst nicht zulassen ...“ (A011).

In den Berichten gingen depressive Erkrankungen häufig mit strukturellen Einschränkungen im Bereich der *Bindung* ($n=11$) einher. Defizite waren primär auf eine eingeschränkte Internalisierung guter Beziehungsobjekte zurückzuführen. Ein inkonsistentes Beziehungsverhalten seitens wichtiger Objekte (Beispiele A092: „widersprüchliche Beziehungsangebote“; A070: „unempathische, hochambivalente Haltung“; C053: „wenig verlässlich und spiegelnd“) verhinderte die „Entwicklung eines basalen Sicherheitsgefühls“ (A070) als Voraussetzung der Bindungsfähigkeit. Die Patient:innen hielten wichtige Beziehungspersonen einerseits auf emotionalem oder physischem Abstand (D056: „Fernpartnerschaft“; C053: „Rückzug“), andererseits behinderte die unzureichende strukturelle Reifung eine altersgemäße Autonomiefähigkeit. Beispiel: „Der Wunsch, autonom leben zu können, zeigt sich auch in ihren Ausbruchversuchen (Auslandsaufenthalte). Ihr fehlt jedoch die notwendige seelische Ausrüstung, um diesen Wunsch zu verwirklichen“ (A070).

Interaktion zwischen Patient:in und Psychotherapeut:in

Die Interaktion zwischen Patient:in und Psychotherapeut:in ließ sich in 4 verschiedene Unterkategorien gruppieren. Bei der Mehrzahl der Patient:innen ($n=8$) lagen unterschiedliche Arten der Beziehungsgestaltung sowie teils konfligierende Gefühle im Kontakt zwischen Psychotherapeut:in und Patient:in vor (Abb. 1).

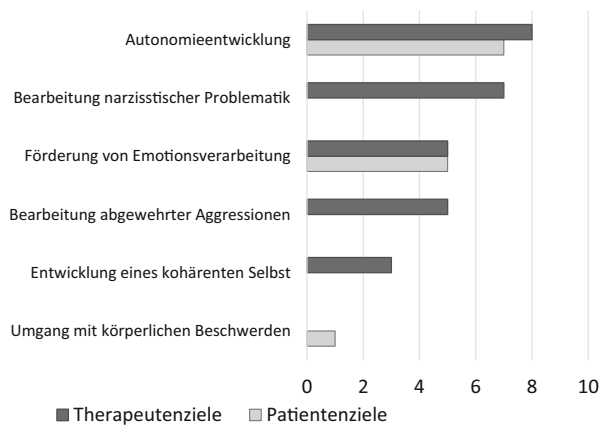
Die Beziehungsgestaltung war geprägt durch:

Ängstlich-ambivalente Übertragungsgefühle ($n=7$): Es dominierten Gefühle von Angst, Anspannung und Unsicherheit. Beispiel: „Die [...] Pat. wirkt deprimiert, sehr angespannt, ängstlich und erschöpft. Zugleich wirkt sie ‚sprungbereit‘, wie um einen erwarteten Angriff abzuwehren“ (A070). Kontakt- und Versorgungswünsche zeichneten sich durch das Bemühen, alles richtig machen zu wollen aus, wodurch unter anderem ein Fassadärer Eindruck, eine „pseudofreundliche Attitüde“ oder auch eine kontrolliert-rationalisierende Distanzierung bei der Therapeutin/dem Therapeuten spürbar wurden. Beispiel: „Um Kontrolle und Souveränität bemüht, sitzt sie gerade, lehnt sich nicht an, spricht mit weicher, kräftiger Stimme, ruhig, etwas selbstdistanziert von ihrer Verzweiflung, entschuldigt sich abwehrend, als dennoch spontan Tränen aufsteigen: ‚Ich will hier nicht rumheulen.‘ Ihr Ausdruck wirkt glatt, schafft Distanz (‚Rüstung‘), ich hüte mich, die offensichtliche Verletzlichkeit zu übersehen. Ihre einfache Kleidung (Jeans, Turnschuhe, dicke Strickjacke) soll vielleicht unsichtbar machen“ (C088).

Vertrauensvoller Kontakt ($n=7$): Die Interaktion zeichnete sich hier durch eine angenehme und wohlwollende Atmosphäre bei einer positiven Übertragung aus. Basierend auf einem guten, emotionalen Kontakt wurde eine tragfähige Beziehung beschrieben. Beispiel: „Im Verlauf der Probatorik wurde damit begonnen, eine mild-positive Übertragungsbeziehung aufzubauen, innerhalb derer die Pat. sich wertgeschätzt und geachtet fühlt“ (C044).

Vorherrschen von Aggression ($n=6$): Es wurden in diesen Berichten offene Wutaffekte, aber auch passiv-aggressive Gefühle in der Interaktion zwischen Psychotherapeut:in und Patient:in geschildert. Hierbei fiel auf, dass offene Wut häufiger von Therapeut:innen thematisiert wurde (zum Beispiel in Bezug auf Therapeut:in: A011: „fühle mich wie auf einem Pulverfass“), wohingegen die Patient:innen dies

Abb. 3 Therapieziele, gruppiert nach Zielen der Therapeut:innen und der Patient:innen



eher indirekt auszudrücken schienen (zum Beispiel in Bezug auf Patient:in: C044: „verdeckt klagend“; C032: „schwankt zwischen Skepsis und Idealisierung“).

Narzisstische Aspekte ($n = 5$): Die Interaktion war hier durch eine Suche nach Bestätigung und Lob sowie den Wunsch des Patienten/der Patientin, etwas Besonderes sein zu wollen, geprägt (zum Beispiel C032: „Die Patientin ist sichtlich bemüht, ihre Individualität zu unterstreichen“). Aufseiten der Therapeut:innen wurden mitunter Gefühle von Unzulänglichkeit (C053: „als könnte ich Frau O. nichts bieten“) sowie „ein starker Erwartungsdruck“ (D056) ausgelöst. In einigen Berichten wurde eine besondere Referenz auf das äußere Erscheinungsbild gezogen (Beispiele C053: „eine 18-jährige hübsche Frau“; A072: „die rot geschminkten vollen Lippen“; C095: Impuls des Therapeuten „sie in ihrer Attraktivität zu bestätigen“).

Therapieziele

Aus den Berichten konnten insgesamt 6 verschiedene primäre Ziele herausgearbeitet werden, die wir danach unterschieden, ob sie von den Therapeut:innen oder den Patient:innen selbst genannt wurden (Abb. 3). Die größten Übereinstimmungen zwischen Therapeut:innen und Patient:innen gab es hinsichtlich der Ziele *Autonomieentwicklung* (Therapeut:innen 8-mal ; Patient:innen 7-mal) und *Förderung von Emotionsverarbeitung* (Therapeut:innen 5-mal ; Patient:innen 5-mal).

Therapieziele, die eher unbewusste/abgewehrte Bereiche betrafen oder auf therapeutischen Konzepten basierten, wurden ausschließlich von Therapeut:innen benannt. Dies betraf die Ziele *Bearbeitung narzisstischer Problematik* (Therapeut:innen 7-mal; Patient:innen 0-mal), *Bearbeitung abgewehrter Aggressionen* (Therapeut:innen 5-mal; Patient:innen 0-mal) sowie *Entwicklung eines kohärenten Selbst* (Therapeut:innen 3-mal; Patient:innen 0-mal).

Wenngleich mehrere Patient:innen auch über somatische Beschwerden klagten, wurde ein besserer *Umgang mit körperlichen Beschwerden* nur von einer Patientin als konkretes Ziel definiert.

Diskussion

Ziel der Studie und Interpretation der Ergebnisse

Ausgehend von zwischenzeitlich wieder verworfenen Überlegungen in der Gesundheitspolitik über eine normierte Zuordnung von festem Behandlungskontingent anhand der ICD-Diagnose, interessierte uns die Frage der psychodynamischen Homo- bzw. Heterogenität einer realen Patient:innengruppe mit der ICD-10-Erstdiagnose F33.1. Neben einem mangelnden Selbstwertgefühl (Vorstellung eigener Wertlosigkeit) sowie geringem Selbstvertrauen – zentrale Symptome der unipolaren Depression im Sinne des ICD-10 – fanden wir im Großteil der untersuchten Fälle ein konflikthafte Nähe-Distanz-Erleben. Die aufgefundenen Konflikte decken sich mit den Angaben von Rudolf (2003), der vor dem Hintergrund seines Konzeptes des „depressiven Grundkonflikts“ postuliert, dass es sich, in der Sprache der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik ausgedrückt (Arbeitskreis OPD 2014), um die Konflikte „Autonomie versus Abhängigkeit oder Autarkie versus Versorgung“ handle. Mag die Stichprobengröße von nur 13 Patient:innen als Manko der vorliegenden Studie erscheinen, ist immerhin festzuhalten, dass bereits bei dieser recht geringen Fallzahl eine Varianz aus 5 verschiedenen psychodynamischen Konflikttypen sowie eine hohe Diversität von Abwehrmechanismen gefunden wurde. Somit scheint die Möglichkeit einer Zuordnung von festem Behandlungskontingent und ICD-10-Diagnose aus der Perspektive unseres qualitativ-psychodynamischen Forschungsfokus infrage zu stehen. Die von uns vorgefundene psychodynamische Heterogenität unterstützt die Kritik an diagnosespezifischen klinischen Studien, die häufig an „cherry-picked patient-samples“ (Shedler 2018), welche nicht der realen Praxis entsprechen, durchgeführt werden (Stellungnahme zum Änderungsantrag 49 zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung [GVWG] 2021 von Benecke 2021). Wie aber lässt sich ein sinnvoller Umgang finden, mit der Vielfalt des Phänomens Depression einerseits und dem Versuch der einheitlichen Konzeptualisierung andererseits?

Der Versuch, unterschiedliche Typologien der Depression zu entwerfen, ist so alt wie die Psychoanalyse und damit die psychodynamische Denkweise selbst (Fenichel 1945). Die Versuche psychiatrisch-klassifikatorischer Diagnostik, Depression als Phänomen über unterschiedliche deskriptive Kategorien „zu fassen zu bekommen“, können ebenfalls als in dieser Richtung mehr oder weniger gelungen interpretiert werden. Als entgegengesetzte Tendenz zur Bildung unterschiedlicher Depressionstypen wurde in der psychoanalytischen Theoriegeschichte aber auch diskutiert, ob es eine „Grundstruktur der Depression“ (Bibring 1952) gäbe, welche die Essenz unterschiedlicher Depressionstypologien ausmacht. Dieser Denkweise entsprechend wurde später auch von Hoffmann (2003) im Zuges des Wechsels von der ICD-9 zur ICD-10 das Aufgeben des Konzeptes der „neurotischen Depression“ kritisiert. Bis heute betont Hoffmann (2021) die Bedeutung von Bibrings Verständnis für die psychoanalytisch orientierte Behandlung depressiver Patient:innen. Die Frage nach Einheitlichkeit und Vielfalt der Depression scheint also – psychodynamisch und deskriptiv-diagnostisch – gewissermaßen schon am Gegenstand selbst zu haften.

Ein für unsere Fragestellung wichtiger Aspekt betrifft die Frage, ob die in unserer Studie aufgefundene psychodynamische Vielfalt durch die Komorbiditäten der untersuchten Patient:innengruppe erklärbar sein könnte. Wie soll sich – so könnte ein Einwand lauten – die Frage untersuchen lassen, ob eine psychodynamische Einheitlichkeit oder Vielfalt im Rahmen ein und derselben ICD-10-Diagnose vorliegt, wenn zugleich etwa die Hälfte der untersuchten Patient:innen eine Zweit- oder Drittdiagnose aufweist? Läge eine psychodynamische Vielfalt dann möglicherweise im Phänomen der Komorbidität begründet, sodass letztlich nicht untersucht werden kann, ob eine „Berasterung“ des Behandlungskontingentes anhand der ICD-10-Diagnose F33.1 sinnvoll erscheint? Aus der Perspektive realer psychotherapeutischer Versorgung kann diesem Einwand mit dem Argument begegnet werden, dass Komorbidität bei psychischen Störungen im Allgemeinen und bei der unipolaren Depression im Speziellen keine Ausnahme darstellt. Im Fall der unipolaren Depression wurde in einer Studie gezeigt, dass bei 61 % der Betroffenen eine zusätzliche Diagnose und bei 24 % drei und mehr zusätzliche Diagnosen vorlagen (Jacobi et al. 2014). Zudem hatten 7 unserer 13 untersuchten Fälle ausschließlich die Diagnose F33.1, und auch innerhalb dieser Subgruppe findet sich die beschriebene Varianz in Bezug auf Konflikt, Abwehr, Struktur und Interaktionsverhalten. Insofern kann die Komorbidität nicht als alleinige Erklärung unserer Ergebnisse dienen.

Die Untersuchung der beschriebenen Abwehrmechanismen zeigte, dass sich diese auf einem unreifen bis vorwiegend unreif-neurotischen Niveau bewegen. Innerhalb der deskriptiven Diagnose F33.1 ergab sich jedoch kein einheitliches Bild, was die Verwendung einzelner Mechanismen angeht. Bloch et al. (1993) fanden in einer DSM-III-basierten Studie am Beispiel der Dysthymie, dass diese sich anhand der verwendeten Abwehrmechanismen sinnvoll von der nosologischen Einheit der Panikstörung abgrenzen ließ. Neuere Forschungsergebnisse hingegen legen nahe, dass sich für Depressionen kein spezifisches „Set“ an Abwehrmechanismen ausmachen lässt (Bond 2004). Es konnte jedoch nachgewiesen werden, dass der Reifegrad der Abwehr von Patient:innen, die an Depressionen, Angst- oder Persönlichkeitsstörungen litten, im Verlauf von psychodynamischen Langzeitbehandlungen zunahm (Bond und Perry 2004). Für den Fall, dass sich in einer größeren Untersuchung zeigen ließe, dass für die Diagnose F33.1 ein spezifisches „Set“ an Abwehrmechanismen auszumachen ist, müsste aus unserer Sicht dennoch bezweifelt werden, dass dies für eine Behandlungsplanung im Sinne der Zuordnung eines bestimmten Stundenkontingentes hinreichend wäre. Hierfür müssten weitere psychodynamische Faktoren (zum Beispiel Konflikte, Struktur, szenische Interaktion) mitberücksichtigt werden. Darüber hinaus gilt ebenso zu bedenken, dass ein und derselbe Abwehrmechanismus auf unterschiedlichen Strukturniveaus verwendet werden kann (zu unterscheiden wäre etwa eine zwanghafte Abwehr vor dem Hintergrund eines analen Triebkonfliktes oder zum Schutz vor einem psychotischen Zusammenbruch).

Hinsichtlich der Untersuchung persönlichkeitsstruktureller Merkmale ergab sich patientenübergreifend der Eindruck von Einschränkungen in mehreren Dimensionen. Am häufigsten davon betroffen waren die Selbst- und Objektwahrnehmung sowie die Dimension der Bindung. Es liegen vielfältige Forschungsergebnisse vor, die enge Verbindungen zwischen einer unsicheren Bindung und einer depressiven Erkrankung postulieren (Bifulco et al. 2002).

An den von uns analysierten Interaktionsszenen war auffällig, dass offene Wutaffekte eher durch die Therapeut:innen in der Gegenübertragung wahrgenommen und beschrieben wurden. Dies deckt sich mit der psychodynamischen Annahme, dass die Vermeidung von direkter Aggression gegenüber als wichtig erlebten Anderen ein „Generalnenner“ (Hoffmann 2003) depressiver Phänomene ist. Dies passt ebenso zu unserem Ergebnis, dass bei aller Varianz der vorherrschenden Abwehrformen der Abwehrmechanismus „Wendung gegen die eigene Person“ mit Abstand am häufigsten vorkam. Weiterhin wiesen die Patient:innen in den uns untersuchten Fällen häufig ängstlich-ambivalente Übertragungsgefühle auf. McIntyre und Schwartz (1998) fanden, dass depressive Patient:innen, im Vergleich zu Patient:innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, von ihren Psychotherapeut:innen in der Gegenübertragung eher als unterwürfig und freundlich erlebt wurden. Wir interpretieren dies vor dem Hintergrund des Zusammenhangs zwischen dem Vorhandensein depressiver Symptome und negativer Erwartungen zukünftiger Ereignisse, hier bezogen auf die therapeutische Situation. Ausgehend von Rudolfs Schilderungen seines Konzepts des depressiven Grundkonflikts (Rudolf 2003) verstehen wir die in dem Material aufscheinende freundlich-unterwürfige, ängstlich-gespannte, direkte Aggression vermeidende und von (narzisstischer) Bedürftigkeit geprägte Interaktion der Patient:innen als Ausdruck des Konfliktes zwischen „Objektbedürftigkeit“ und der Angst vor „Objektenttäuschung“.

Bezüglich der durch die Therapeut:innen und Patient:innen formulierten Therapieziele ergab sich kein einheitliches Bild. Die Unterschiede zwischen den Zielen der Therapeut:innen und Patient:innen lassen sich aus unserer Sicht im Wesentlichen über die jeweils unterschiedliche Perspektive auf den bevorstehenden psychotherapeutischen Prozess verstehen. Während die Patient:innen Behandlungsziele bewusstseinskonform und „lebensweltnah“ vor dem Hintergrund ihres Leidens formulierten, bezogen die Therapeut:innen psychodynamische Überlegungen in ihre Zielformulierung ein; diese betrafen auch unbewusste Prozesse und strukturbildende Maßnahmen. Es kann zwar davon ausgegangen werden, dass die von Therapeut:innen und Patient:innen formulierten Ziele einer Behandlung auch mit der jeweiligen Störung zusammenhängen, die es zu behandeln gilt. Untersuchungen zeigen aber, dass die Formulierung von Therapiezielen auch Lebensbereiche der Patient:innen betrifft, die als der Störung übergeordnet anzusehen sind (Michalak et al. 2007) und dass die Zielformulierung auch von der fachlichen therapeutischen Ausrichtung abhängt (Hasler und Schnyder 2002). Eine inhaltliche Spezifität hinsichtlich der Therapeut:innen- und Patient:innenziele, was einzelne F-Diagnosen angeht, nehmen wir jedoch auch hier nicht an.

Potenzielle Limitationen der Studie

Mögliche Limitation unserer Studie könnten in dem verwendeten Material zu sehen sein, nämlich der retrospektiven Verwendung von Berichten, die im Rahmen von Kassenanträgen zur Übernahme der Kosten von ambulanter Psychotherapie verfasst wurden. Nachteilig könnte sich auswirken, dass die Autor:innen dieser Berichte nicht systematisch zur Psychodynamik ihrer Patient:innen befragt wurden, sondern, dass deren persönliche Arbeitsschwerpunkte und psychodynamische Perspektiven in die

Berichte einfließen. Aufgrund der relativ fest vorgegebenen Berichtsstruktur sowie der Tatsache, dass ganz unterschiedliche Therapeut:innen die Berichte verfassten, gehen wir jedoch davon aus, dass die Vorteile des gewählten Materials und der verständnisoffenen Auswertungsmethode gegenüber diesen Nachteilen überwiegen. Eine weitere Einschränkung könnte darin bestehen, dass unsere eigene Erwartung die Datenauswertung beeinflusst haben könnte („confirmation bias“). Dem versuchten wir entgegenzuwirken, indem alle Berichte von zwei der Forscher:innen unabhängig voneinander kodiert wurden. Hierbei ist auch zu bedenken, dass eine Auswertung der vorliegenden Daten ohne ein zugrunde liegendes theoretisches und klinisches Wissen nicht durchführbar gewesen wäre. Nicht zuletzt ist die Repräsentativität der kleineren Fallzahl möglicherweise eingeschränkt, wie bei qualitativer Forschung üblich. Der Vergleich unserer Stichprobe mit der Gesamtzahl der vorhandenen Anträge ergibt jedoch im Wesentlichen ein ähnliches Bild hinsichtlich der wichtigsten demografischen Daten.

Schlussfolgerung

Patient:innen mit depressiven Störungen weisen auch beim Vorliegen ein und derselben ICD-10-Diagnose einen hohen Grad an individueller psychodynamischer Komplexität und Vielfalt auf. Für die psychodynamischen Behandlungsverfahren gilt, dass die Therapieplanung sich an der individuellen Psychodynamik zu orientieren hat, welche die jeweilige pathologische Störung begründet (Rudolf 2003). Mit der Darstellung unserer Forschungsergebnisse möchten wir infrage stellen, dass es bei Aufrechterhaltung aktueller Qualitätsstandards in der psychotherapeutischen Versorgung möglich ist, bestimmte Behandlungskontingente sinnvoll einer ICD-10-Diagnose zuzuordnen, wenn die individuellen Psychodynamiken sowie die daraus abzuleitende Indikationen und Behandlungsplanungen sich so stark unterscheiden. Dies ist aus unserer Sicht zugleich ein Argument für die Aufrechterhaltung der gutachterlichen Praxis bei der Bewilligung psychotherapeutischer Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung, da hierdurch eine dem individuellen Patienten/der individuellen Patientin angemessene psychotherapeutische Indikation und Vorgehensweise diskursiv entwickelt werden kann.

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

Funding Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Interessenkonflikt L. Maier, J. Blanck und S. Singer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

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>.

Literatur

- American Psychiatric Association (1996) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe, Göttingen
- Arbeitskreis OPD (2014) OPD-2. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung Bd. 3. Huber, Bern
- Arolt V, Wesselmann U (2010) Psychotherapie depressiver Erkrankungen. In: Arolt V, Kersting A (Hrsg) Psychotherapie in der Psychiatrie: Welche Störung behandelt man wie? Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S 137–161 https://doi.org/10.1007/978-3-540-32779-0_7pp
- Benecke C (2021) Benecke Stellungnahme zur Antrag 49 zum GVWG 2021
- Bibring E (1952) Das Problem der Depression. *Psyche* 6:81–101
- Bifulco A, Moran PM, Ball C, Bernazzani O (2002) Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37(2):50–59. <https://doi.org/10.1007/s127-002-8215-0>
- Bleichmar HB (2010) Rethinking pathological mourning: multiple types and therapeutic approaches. *Psychoanal Q* 79:71–93. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2010.tb00440.x>
- Bloch AL, Shear MK, Markowitz JC, Leon AC, Perry JC (1993) An empirical study of defense mechanisms in dysthymia. *Am J Psychiatry* 150(8):1194–1198. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.8.1194>
- Bond M (2004) Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harv Rev Psychiatry* 12(5):263–278. <https://doi.org/10.1080/10673220490886167>
- Bond M, Perry JC (2004) Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Am J Psychiatry* 161(9):1665–1671. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1665>
- Bronisch T (2008) Suizidalität bei der depressiven Persönlichkeitsstörung. *PTT Persönlichkeitsstörungen* 12(4):238–247
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2022) Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.0 <https://doi.org/10.6101/AZQ/000493>
- bvvp, DGPT, dgvt, DPtV, VAKJP (2021) Keine Rationierung ambulanter Psychotherapie! Psychotherapeut*innen fordern Streichung des GVWG-Änderungsantrags 49
- Di Giuseppe M, Perry JC (2021) The hierarchy of defense mechanisms: assessing defensive functioning with the defense mechanisms rating scales Q-sort. *Front Psychol* 12:1–23. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.718440>
- Fenichel O (1945) The psychoanalytic theory of neurosis. W. W. Norton, New York
- Gaebel W, Zielasek J, Kowitz S (2016) Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. *Nervenarzt* 87(11):1201–1210. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0168-z>
- Hasler G, Schnyder U (2002) Zur Festlegung und Veränderung von Therapiezielen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen. *Nervenarzt* 73(1):54–58. <https://doi.org/10.1007/s115-002-8147-5>
- Hoffmann SO (2003) Die neurotische Depression – Eine Krankheit ohne Diagnose oder eine Diagnose ohne Glossar? *Z Psychosom Med Psychother* 49(4):346–362
- Hoffmann SO (2021) Edward Bibring (1952): „Das Problem der Depression“. *Forum Psychoanal* 37(4):445–451. <https://doi.org/10.1007/s00451-021-00449-2>
- Jacobi F, Höfler M, Siebert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Hapke U, Maske U, Seiffert I, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen HU (2014) Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 23(3):304–319. <https://doi.org/10.1002/mpr.1439>
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen HU (2016) Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul

- „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 87(1):88–90. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4458-7>
- Kaufhold J, Bahrke U, Kallenbach L, Negele A, Ernst M, Keller W, Rachel P, Fiedler G, Hautzinger M, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (2019) Wie können nachhaltige Veränderungen in Langzeittherapien untersucht werden? *Psyche* 73(2):106–133. <https://doi.org/10.21706/ps-73-2-106>
- Leichsenring F, Rabung S (2011) Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 199(1):15–22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.082776>
- Mayring P (2016) Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken, 6. Aufl. Beltz, Weinheim, Basel
- McIntyre SM, Schwartz RC (1998) Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *J Clin Psychol* 54(7):923–931. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(199811\)54:7<923::aid-jclp6>3.0.co;2-f](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(199811)54:7<923::aid-jclp6>3.0.co;2-f)
- Michalak J, Grosse Holtforth M, Berking M (2007) The goals of clients in psychotherapy. *Psychotherapeut* 52:6–15
- Nübel J, Müllender S, Hapke U, Jacobi F (2019) Epidemie der Depression? *Nervenarzt* 90(11):1177–1186. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0681-y>
- Rudolf G (2003) Störungsmodelle und Interventionsstrategien in der psychodynamischen Depressionsbehandlung. *Z Psychosom Med Psychother* 49(4):363–376
- Shedler J (2018) Where is the evidence for “evidence-based” therapy? *Psychiatr Clin North Am* 41(2):319–329. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.02.001>
- Singer S, Blanck J, Scholz I, Büttner M, Maier L (2022) Hängen die Stundenkontingente für ambulante Psychotherapie zur Behandlung von Depressionen mit deren Schweregrad zusammen? *Nervenarzt* 93(11):1143–1149. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01374-3>
- TAZ (2021) Die Psyche passt in kein Raster. Petition gegen Rasterpsychotherapie. <https://taz.de/Petition-gegen-Rasterpsychologie/!5772860/>. Zugegriffen: 29. Nov. 2022

Lena Maier geb. 1989, Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung (TP/AP); wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Epidemiologie und Versorgungsforschung des Instituts für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universitätsmedizin Mainz. Wissenschaftliche Schwerpunkte: ambulante psychosoziale Versorgung und Psychotherapie, klinisch-psychoanalytische Konzeptforschung, Versorgungsepidemiologie.

Dipl.-Psych. Julian Blanck geb. 1982, Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut (AP), Psychoanalytiker (IPA, DPV), klinisch tätig in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Epidemiologie und Versorgungsforschung des Instituts für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universitätsmedizin Mainz. Wissenschaftliche Schwerpunkte: ambulante psychosoziale Versorgung und Psychotherapie, klinisch-psychoanalytische Konzeptforschung, analytische Sozialpsychologie.

Prof. Dr. Susanne Singer geb. 1972, Psychologin, Epidemiologin, Psychologische Psychotherapeutin (TP/AP); Psychoanalytikerin (IPA, DPV), Leitung der Abteilung Epidemiologie und Versorgungsforschung des Instituts für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universitätsmedizin Mainz. Wissenschaftliche Schwerpunkte: ambulante psychosoziale Versorgung und Psychotherapie, Lebensqualität und psychische Gesundheit bei Krebskranken, Sozialepidemiologie.

8 Danksagung

Mein Dank gilt allen Personen, die mich bei der Arbeit an meiner Dissertation unterstützt haben.

