

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

# **Prädiktoren für die Wahl der Behandlungsfrequenz einer ambulanten Psychotherapie**

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

Vorgelegt von

Ramona Böhme  
aus Rheine

Mainz, 2024

Wissenschaftlicher Vorstand: Univ.-Prof. Dr. Hansjörg Schild

1. Gutachterin: Univ.-Prof. Dr. Susanne Singer
2. Gutachter: Prof. Dr. Ludwig Theodor Heuss

Tag der Promotion: 18. September 2024

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	I
Abbildungsverzeichnis.....	II
Tabellenverzeichnis.....	III
<b>1 Einleitung/ Ziel der Dissertation.....</b>	<b>1</b>
<b>2 Literaturdiskussion .....</b>	<b>3</b>
2.1 Psychotherapie .....	3
2.1.1 Definition Psychotherapie.....	3
2.1.2 Psychotherapieverfahren .....	4
2.2 Einführung und Entwicklung der Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung.....	6
2.3 Prävalenz psychischer Erkrankungen.....	9
2.4 Psychotherapeutische Versorgungssituation in Deutschland .....	11
2.5 Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen.....	12
2.6 Wege zur Psychotherapie: das Antragswesen .....	15
2.7 Stundenkontingente .....	16
2.8 Die Behandlungsfrequenz.....	17
2.8.1 Entwicklung der Auffassung zur geeigneten Behandlungsfrequenz.....	17
2.8.2 Charakteristika von Patient*innen in psychodynamischen Psychotherapien.....	18
2.8.3 Auswirkungen der Behandlungsfrequenz auf das Outcome und die Zufriedenheit der Patient*innen .....	19
2.8.4 Die Wahl der Behandlungsfrequenz.....	21
<b>3 Fragestellung.....</b>	<b>24</b>
<b>4 Material und Methoden .....</b>	<b>25</b>
4.1 Material .....	25
4.2 Datenextraktion.....	26
4.3 Potentielle Prädiktoren.....	27
4.4 Datenanalyse.....	31
<b>5 Ergebnisse.....</b>	<b>32</b>
5.1 Beschreibung der Stichprobe.....	32
5.2 Die Behandlungsfrequenz.....	38
5.3 Zusammenhang soziodemographischer Prädiktoren mit der Behandlungsfrequenz .....	42
5.4 Zusammenhang krankheitsbezogener Prädiktoren mit der Behandlungsfrequenz .....	45
5.5 Zusammenhang Therapeut*innen-bezogener Prädiktoren mit der Behandlungsfrequenz.....	46
5.6 Zusammenhang aller untersuchten Prädiktoren mit der beantragten Behandlungsfrequenz.....	53
<b>6 Diskussion .....</b>	<b>57</b>
6.1 Diskussion der Methodik.....	57
6.2 Diskussion der Ergebnisse .....	60
6.2.1 Patient*innen-bezogene Prädiktoren.....	60
6.2.2 Krankheitsbezogene Prädiktoren .....	65
6.2.3 Therapeut*innen-bezogene Prädiktoren.....	65
<b>7 Fazit.....</b>	<b>67</b>
<b>8 Zusammenfassung.....</b>	<b>69</b>
<b>9 Quellenverzeichnis.....</b>	<b>72</b>
<b>10 Anhang.....</b>	<b>79</b>
<b>11 Danksagung.....</b>	<b>107</b>
<b>12 Tabellarischer Lebenslauf .....</b>	<b>108</b>

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	<i>Absatz</i>	KBV	<i>Kassenärztliche Bundesvereinigung</i>
AP	<i>Analytische Psychotherapie</i>	KI	<i>Konfidenzintervall</i>
		MW	<i>Mittelwert</i>
BPTK	<i>Bundespsychotherapeutenkammer</i>		
bzw.	<i>beziehungsweise</i>	OR	<i>Odds Ratio</i>
ca.	<i>circa</i>		
CRF	<i>Case Report Form</i>	PsychThG	<i>Psychotherapeutengesetz</i>
		PTV	<i>Psychotherapievereinbarung</i>
DDR	<i>Deutsche Demokratische Republik</i>		
DGPPN	<i>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde</i>	Ref.	<i>Referenz</i>
		RVO	<i>Reichsversicherungsordnung</i>
DPV	<i>Deutsche Psychotherapeutenvereinigung</i>	SD	<i>Standardabweichung</i>
		SGB V	<i>Sozialgesetzbuch fünf</i>
		Sig.	<i>Signifikanz</i>
etc.	<i>et cetera</i>	SPSS	<i>Statistical Package für Social Sciences</i>
		ST	<i>Systemische Therapie</i>
G-BA	<i>Gemeinsamer Bundesausschuss</i>		
GEDA	<i>Gesundheit in Deutschland aktuell</i>	TP	<i>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</i>
ggf.	<i>gegebenenfalls</i>		
h/w	<i>Stunde pro Woche</i>	usw.	<i>und so weiter</i>
ICD-10-GM	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems- 10. Revision- German Version</i>	vs.	<i>versus</i>
		VT	<i>Verhaltenstherapie</i>
		WHO	<i>Weltgesundheitsorganisation</i>
ID	<i>Identifikationsnummer</i>		
i. d. F. v.	<i>in der Fassung von</i>	z. B.	<i>zum Beispiel</i>
inkl.	<i>Inklusive</i>		

## Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: 12-Monatsprävalenz irgendeiner psychiatrischen Störung stratifiziert nach sozioökonomischem Status (Bildungsstand, beruflichem Status und Einkommen).....</i>	<i>10</i>
<i>Abbildung 2: Alter der Patient*innen .....</i>	<i>32</i>
<i>Abbildung 3: Höchster beruflicher Abschluss der Patient*innen .....</i>	<i>33</i>
<i>Abbildung 4: Berufsgruppe der Therapeut*innen.....</i>	<i>37</i>
<i>Abbildung 5: Anzahl der beantragten niedrig- oder höherfrequenten Behandlungen.....</i>	<i>39</i>
<i>Abbildung 6: Behandlungsfrequenz je nach beantragtem Therapieverfahren.....</i>	<i>39</i>
<i>Abbildung 7: Behandlungsfrequenz je nach Altersgruppe .....</i>	<i>42</i>
<i>Abbildung 8: Behandlungsfrequenz bei Anträgen aus einer Praxis in Ost- oder Westdeutschland .....</i>	<i>47</i>

## Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: An der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Berufsgruppen mit ihren Richtlinien-Verfahren</i> .....	12
<i>Tabelle 2: Ursprüngliche Variablen mit Kategorien und neu definierte potentielle Prädiktoren mit Kategorien</i> .....	27
<i>Tabelle 3: Charakteristika der Stichprobe</i> .....	33
<i>Tabelle 4: Häufigkeit der F-Diagnosen</i> .....	36
<i>Tabelle 5: Beantragte Behandlungsfrequenz</i> .....	38
<i>Tabelle 6: Behandlungsfrequenz nach F-Diagnosen</i> .....	40
<i>Tabelle 7: Behandlungsfrequenz je nach Schweregrad von Depressionen</i> .....	41
<i>Tabelle 8: Soziodemographische, krankheitsbezogene und Therapeut*innen-bezogene Merkmale bei niedrig- und höherfrequenten Anträgen</i> .....	48
<i>Tabelle 9: Zusammenhang soziodemographischer, krankheitsbezogener und Therapeut*innen-bezogener Prädiktoren mit der Behandlungsfrequenz</i> .....	51
<i>Tabelle 10: Zusammenhang aller untersuchten Prädiktoren mit der Behandlungsfrequenz</i> .....	54

## 1 Einleitung/ Ziel der Dissertation

Die Zahl der psychischen Erkrankungen ist weltweit hoch, im Jahr 2019 waren fast eine Milliarde Menschen von einer psychischen Erkrankung betroffen (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2023).

In Deutschland sind jedes Jahr ca. 27.7 % aller Einwohner\*innen von einer psychischen Erkrankung betroffen (Jacobi et al., 2014, 2016). Jährlich nehmen ungefähr 9.7 % der Einwohner\*innen in Deutschland mindestens einmal Kontakt zu einem\*einer psychotherapeutischen Leistungserbringer\*in auf (Rommel et al., 2017).

In Deutschland erfolgt die Kostenübernahme von psychotherapeutischen Leistungen überwiegend durch die gesetzlichen Krankenkassen: liegt eine psychische Erkrankung mit Krankheitswert vor, kann ein Antrag auf eine ambulante Psychotherapie erfolgen. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, zum Beispiel Spanien, sind anerkannte Psychotherapieverfahren in Deutschland fester Bestandteil des Gesundheitssystems (Strauß & Kohl, 2009). Dass die tatsächliche ambulante Versorgung jedoch der berechneten Bedarfsplanung widerspreche, wird von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeut\*innen beanstandet (Zepf et al., 2001). Laut Deutscher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) behandelten 2018 rund 27.103 ärztliche und psychologische Psychotherapeut\*innen fast 1.5 Millionen Patient\*innen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V., 2019).

In den nächsten Jahren wird mit einer anhaltend hohen Anzahl psychischer Erkrankungen gerechnet, Schätzungen zur Folge könnten Depressionen 2030 die Erkrankung mit der höchsten Krankheitslast für die Weltbevölkerung darstellen (World Health Organization, 2011). In den letzten Jahrzehnten deutete sich eine steigende Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen ab (Grobe et al., 2020), bei anhaltend hohen Fallzahlen muss mit einer stärkeren Beanspruchung von psychotherapeutischen Leistungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich gerechnet werden.

Die Aufrechterhaltung und Gewährleistung der flächendeckenden Versorgung vor dem Hintergrund der von den Krankenkassen geforderten Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen steht seit Jahren im Mittelpunkt von Diskussionen zwischen politischen, psychotherapeutischen und kassenärztlichen Vertreter\*innen.

Hinsichtlich des steigenden Bedarfs versucht der Gesetzgeber, mittels Anpassungen und Reformen den Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen zu erleichtern und die Versorgung flächendeckend zu gewährleisten. Die 1967 eingeführte Psychotherapie-Richtlinie definiert Anwendungsbereiche und Zugangsbedingungen für psychotherapeutische Leistungen. Regelmäßige Anpassungen und Reformen der Psychotherapie-Richtlinie sollen

dem steigenden Bedarf gerecht werden. Die vom gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Jahr 2016 beschlossene Reform (Psychotherapie-Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016) führte zur Flexibilisierung von Therapieangeboten und Gruppentherapien rückten stärker in den Vordergrund. Mit Änderung der Stundenkontingente wurde es möglich, analytische Psychotherapien nicht mehr nur als reine Langzeittherapien durchzuführen (Psychotherapie-Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016; Malinke, 2016). Insgesamt wird seit Jahren ein Anstieg von Kurzzeittherapien beobachtet, bereits 2014 wurden über 70% der Patient\*innen im Rahmen einer Kurzzeittherapie behandelt (Multmeier & Tenckhoff, 2014; Rabe-Menssen et al., 2021).

Innerhalb der Reformen rückte die Frage nach dem Outcome von veränderten Psychotherapie-Settings in den Vordergrund. Dabei gibt es immer wieder Vorschläge zur Änderung und Reduzierung der Behandlungsfrequenz. Die Frage, ob eine geringere Behandlungsfrequenz oder flexiblere Behandlungsintervalle eine vergleichbare Reduktion der Symptomlast einer psychischen Erkrankung zur Folge haben könnten, blieb strittig (Erekson et al., 2015). In diesem Zusammenhang wurde versucht, Gründe für die Wahl einer Behandlungsfrequenz zu erheben und Kriterien zu definieren, die den Prozess der Entscheidungsfindung zwischen Patient\*innen und Therapeut\*innen abbilden (Blüml & Fischer-Kern, 2015; Döll-Hentschker et al., 2006). Doch welche Gründe beeinflussen die Wahl der Behandlungsfrequenz? Ist es denkbar, dass bestimmte Faktoren mit der Behandlungsfrequenz zusammenhängen und damit die Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Behandlungsfrequenz erhöhen? Sind dabei Patient\*innen-bezogene Faktoren relevant und inwiefern spielen soziodemographische Aspekte eine Rolle? Gibt es Hinweise für einen Zusammenhang Therapeut\*innen-bezogener Faktoren und der Behandlungsfrequenz?

Zielführend sollen in dieser Dissertation mögliche Prädiktoren für die Wahl der Behandlungsfrequenz einer ambulanten Psychotherapie identifiziert werden. Dafür erfolgt anhand der vorliegenden Anträge zur Kostenübernahme von Psychotherapien zunächst die quantitative Auswertung der Anträge hinsichtlich der beantragten Behandlungsfrequenz. Im Anschluss soll orientierend an Studien zur Inanspruchnahme und Charakteristika von Patient\*innen in Psychotherapien, soziodemographische Prädiktoren hinsichtlich ihres Zusammenhanges mit der Behandlungsfrequenz untersucht werden. Bezüglich krankheitsbezogener Faktoren rückt in dieser Dissertation Suizidalität in den Fokus. Die Therapeut\*innen-bezogenen Prädiktoren werden im Rahmen der in Studien festgestellten Unterschiede des Beziehungsaufbaus und vor dem Hintergrund der Versorgungslage hinsichtlich des Zusammenhangs mit der Behandlungsfrequenz ausgewertet.

## 2 Literaturdiskussion

### 2.1 Psychotherapie

#### 2.1.1 Definition Psychotherapie

Der Begriff Psychotherapie setzt sich aus den altgriechischen Wörtern *ψυχή* (*psyche*) und *θεραπεύειν* (*therapeuein*) zusammen, was so viel bedeutet wie der Seele dienen oder die Seele heilen (Dorsch & Wirtz, 2021). Mittels verschiedener Psychotherapieverfahren sollen psychische Erkrankungen, aber auch psychisch bedingte somatische Erkrankungen, behandelt bzw. geheilt werden. Die anerkannten Verfahren basieren auf unterschiedlichen Theoriemodellen und Lösungsansätzen zur Behandlung von psychischen Erkrankungen. Beginnend mit der Einzeltherapie etablierten sich im Verlauf weitere Ausführungsmöglichkeiten wie Gruppentherapien, Familien- oder Paartherapien (Dorsch & Wirtz, 2021).

Die allgemein weithin gültige Definition für verschiedene Psychotherapie-Ansätze formulierte Strotzka bereits 1975: „Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und psychischen bzw. psychosomatischen Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation), meist verbal, aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens“ (Strotzka, 1975, S. 4). Im Mittelpunkt dieser Psychotherapie- Definition steht der Aspekt des Prozesses einer Therapie, basierend auf den verschiedenen Theorien und Psychotherapie-Ansätzen. Zudem wird die Bedeutung der Beziehung zwischen Patient\*innen und Therapeut\*innen sehr früh als wesentliches Merkmal definiert, eine Psychotherapie ist daher immer auch als eine Vereinbarung zwischen Patient\*in und Therapeut\*in zu verstehen. Im Vorhinein sollen Ziele definiert und mögliche Techniken zum Erreichen besprochen werden. Auch die Festlegung auf ein Setting gilt als wesentlicher Bestandteil (Ringler, 1995). Grundlage einer Psychotherapie bildet aber immer auch eine „tragfähige emotionale Bindung“ (Strotzka, 1969, S. 32). Die Annahme, dass ein Grundkonsensus über Notwendigkeit und Bereitschaft für eine Psychotherapie zwischen Patient\*in und Therapeut\*in sowie möglichen weiteren Bezugspersonen bestehen muss, ist bis heute gültig.

Dass eine Psychotherapie jedoch nicht nur durch die Beziehung zwischen Patient\*in und Therapeut\*in gekennzeichnet, sondern auch durch äußere Einflüsse der Gesellschaft beeinflussbar wird, wurde von Strotzka 1982 festgehalten (Strotzka, 1982). Im Rahmen anerkannter Psychotherapieverfahren werden verschiedene Methoden und Settings angewendet.

### 2.1.2 Psychotherapieverfahren

Um als Psychotherapie-Verfahren vom Gesetzgeber anerkannt zu werden, müssen bestimmte Voraussetzung erfüllt sein. Laut Vorgabe des G-BAs muss das Verfahren dazu „von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit“ (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie [Psychotherapie-Richtlinie]. Gemeinsamer Bundesausschuss, i. d. F. v. 2024, S. 16) sein. Das bedeutet, dass zum einen ein Verfahren einen wissenschaftlichen Nutzen in mehreren Anwendungsbereichen, insbesondere bei Depressionen sowie Angststörungen und mindestens einem weiteren Anwendungsbereich, vorweisen muss. Vor allem bei Mehrfachdiagnosen, oder bei im Verlauf einer Psychotherapie neu diagnostizierten Störungen, ist die breite Indikationsstellung eines Verfahrens vorteilhaft. Im Vergleich zu etablierten Verfahren muss die Wirtschaftlichkeit eines neuen Verfahrens belegt werden können. Erst wenn alle drei Voraussetzungen erfüllt sind, erfolgt eine Aufnahme in die Psychotherapie-Richtlinie und damit in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Vom Gesetzgeber anerkannt und durch Wirksamkeitsstudien belegt waren bis 2019 die analytische Psychotherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Verhaltenstherapie. Im Jahr 2019 wurde die systemische Therapie als richtlinienkonforme Therapie anerkannt, seit 2020 erfolgt die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen.

#### **Psychodynamische Verfahren**

Zu den psychodynamischen Verfahren zählen unter anderem die analytische Psychotherapie und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Im Mittelpunkt stehen dabei die Auseinandersetzung mit dem Unbewussten sowie Aspekte der Übertragung und Gegenübertragung.

Bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bearbeiten Patient\*innen vor allem aktuelle innere Konflikte. Ziel ist es, innere unbewusste Konflikte bewusst zu machen. Im Anschluss erfolgt eine Einordnung der dadurch entstehenden Symptome sowie die Entwicklung von Lösungs- und Umgangsstrategien. Das Verfahren unterscheidet sich

insbesondere durch Umfang und Setting zur analytischen Psychotherapie, da ein Stundenkontingent von 50 bis 100 Stunden beantragt werden kann. Darüber hinaus wird meistens eine Frequenz von einer bis maximal zwei Stunden pro Woche gewählt, die Patient\*innen sitzen mehrheitlich. Auch die Behandlungstechnik der Therapeut\*innen unterscheidet sich zur analytischen Psychotherapie. Die Richtung und Themen der Therapie werden vorwiegend durch die Patient\*innen bestimmt, die Therapeut\*innen sollen eine neutrale Position einnehmen. Indiziert ist eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie vor allem bei Patient\*innen mit aktuellen unbewussten Konflikten, die keine bzw. keine aktuell therapiebedürftige strukturelle Veränderung aufweisen (Altmeyer, 2007).

Bei der analytischen Psychotherapie hingegen handelt es sich meistens um eine Langzeittherapie mit einem Umfang von 300 Stunden. Häufig wird höherfrequent, das heißt mit zwei bis drei Stunden pro Woche, behandelt. Ziel ist es, tiefgreifende strukturelle Veränderung der Persönlichkeit zu erreichen. Dazu liegen die Patient\*innen meistens, um äußere Einflüsse und Reize zu reduzieren. Außerdem wird eine räumliche Distanz zu den Therapeut\*innen geschaffen. Zentral sind Deutungen und Gefühlsäußerungen, aber auch Träume und Traumdeutungen stehen im Mittelpunkt analytischer Psychotherapien. Die Betrachtung der Beziehung zum\*zur Therapeut\*in ist ebenso wesentlich wie das Wissen um Gegenübertragungsaspekte. Indiziert ist eine analytische Psychotherapie zum Beispiel bei Persönlichkeitsstörungen, aber auch bei psychischen Erkrankungen mit ausgeprägtem impulsiven Verhalten bzw. schädlichem Verhalten gegenüber sich oder anderen Personen (Altmeyer, 2007).

### **Verhaltenstherapie**

Die Verhaltenstherapie basiert ursprünglich auf den klassischen Lerntheorien unter anderem der Konditionierung. In den letzten Jahrzehnten wurden die zu Grunde liegenden Modelle jedoch durch wissenschaftliche Erkenntnisse erweitert und angepasst. Mittlerweile gibt es verschiedene Einzelverfahren. Im Mittelpunkt einer Verhaltenstherapie steht die Ansicht, dass psychische Störungen auf erlernten Verhaltens- und/oder Denkweisen basieren, welche wieder verlernt werden können. Zu Beginn erfolgt eine Verhaltensanalyse zur Identifizierung des individuellen Problems. Im Anschluss werden Techniken angewendet oder erlernt, mit denen eine Verhaltensänderung eintreten soll. Dies kann zum Beispiel im Rahmen eines Konfrontationsverfahrens mit Desensibilisierung oder Flooding-Ansatzes, entsprechend einer Reizüberflutung, erfolgen. Diese Methode findet vor allem bei Phobien Anwendung. Daneben gibt es operante Verfahren, zum Beispiel Rollenspiele, die mittels Verstärkung eine

Verhaltensänderung bewirken sollen. Das Stundenkontingent umfasst bis zu 80 Stunden, häufig niedrigfrequent angewendet, manchmal über mehrere Jahre hinweg (Dieckmann et al., 2018; Helle, 2019).

### **Systemische Therapie**

Bei der systemischen Therapie rücken Beziehungen und soziale Interaktionen der Patient\*innen mit ihrem Umfeld in den Vordergrund. Obwohl die systemische Therapie erst seit 2019 in der Psychotherapie-Richtlinie anerkannt ist, reichen die Anfänge bis in die 1950er Jahre zurück. Die Familie gilt als wesentliches Thema, weswegen familiäre Interaktionen und Strukturen zum Beispiel auch in einer systemischen Familientherapie bearbeitet werden können. Die Funktion der Therapeut\*innen besteht vor allem in der Aufklärungs- und Wertschätzungsarbeit, aber auch im Aufzeigen von Möglichkeiten. Es soll auf Augenhöhe gearbeitet werden, die Patient\*innen werden über die Therapiestunden hinaus zur Eigeninitiative motiviert. Das Stundenkontingent von systemischen Therapien umfasst aktuell 48 Stunden, nahstehende Personen und/ oder Familienmitglieder können in Mehrpersonen-Settings mit einbezogen werden (Helle, 2019).

## **2.2 Einführung und Entwicklung der Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung**

Im Jahr 1967 wurde mit der ersten Psychotherapie-Richtlinie der Grundstein für eine weitreichende und bis heute gültige Norm hinsichtlich der Durchführung, Voraussetzung und Kostenübernahme von Psychotherapien durch die gesetzlichen Krankenkassen gelegt.

Früh wurde dabei auf die noch heute geltenden Voraussetzungen für die Erstattungsfähigkeit von Leistungen hingewiesen. Die Prinzipien der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit sind im Sozialgesetzbuch verankert (§12 SGB V Artikel 1). Hinsichtlich der Zweckmäßig- und Notwendigkeit konnte zuvor Dührssen in einer Katamnese-Studie mit 1004 Patient\*innen von 1962 belegen, dass Psychotherapien, in diesem Fall eine analytische Psychotherapie, zum einen zu einem verbesserten Gesundheitszustand der Patient\*innen führte (Dührssen, 1962). Darüber hinaus gelang es ihr zu beweisen, dass in der Nachbeobachtungszeit die Patient\*innen weniger häufiger Ärzt\*innen konsultierten, krankgeschrieben wurden oder in einem Krankenhaus behandelt werden mussten. Damit

belegte sie die Reduzierung von Folgekosten (Dührssen, 1962). Sie gilt als wichtige Befürworterin der Psychotherapie-Richtlinie.

Seelische Erkrankung, die laut der ersten Fassung einer erstattungsfähigen Therapie bedurften, wurden in der damaligen Reichsversicherungsordnung (RVO) beschrieben. Zentral galt dabei ein definierter Krankheitsbegriff. Um als seelische Erkrankung zu gelten, musste ein „zeitlich und ursächlich abgrenzbarer Zusammenhang der Psychodynamik der Neurose mit einer gegenwärtigen wirksamen Konfliktsituation“ (Dieckmann et al., 2018, S. 1) vorliegen. Die analytische Psychotherapie war damals nur im Rahmen einer aktuellen seelischen Erkrankung erstattungsfähig. Bei tiefergehenden Persönlichkeitsstörungen fand zu diesem Zeitpunkt keine Kostenübernahme durch die Krankenkassen statt. Um die Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit zu gewährleisten, wurde zudem das Gutachterverfahren etabliert (Dieckmann et al., 2018).

Die im Jahr 1976 beschlossene Änderung der Psychotherapie-Richtlinie war notwendig geworden, da gerichtlich weitere Erkrankungen zum Leistungskatalog der Krankenkassen erstritten wurden. Erst 1987 konnte nach langer Diskussion und Definierung eines Krankheitsbegriffes die Verhaltenstherapie in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen werden, ebenso wurde die psychosomatische Grundversorgung definiert. Im Jahr 1989 lag der Schwerpunkt auf der Eingliederung der psychotherapeutischen Verfahren der damaligen Deutschen Demokratischen Republik (DDR) in die Psychotherapie-Richtlinie. Dieser Vorgang dauerte insgesamt neun Jahre. Mit der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes 1998 wurden zwei neue Berufsbezeichnungen (psychologische\*r Psychotherapeut\*in sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*in) geschaffen, womit auch die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung laut Psychotherapie-Richtlinie einherging. Daraufhin wurde im Jahr 1999 das Konsiliarverfahren zum Ausschluss somatischer bzw. auch psychischer Erkrankungen, die gegen die Durchführung einer Psychotherapie sprachen, fester Bestandteil der Psychotherapie-Richtlinie. Seitdem müssen bis heute vor Beginn einer Psychotherapie bzw. nach den ersten probatorischen Sitzungen Kontraindikationen konsiliarisch ausgeschlossen werden, sofern keine ärztliche Grundausbildung vorliegt (Dieckmann et al., 2018).

In den letzten Jahrzehnten gab es immer wieder Bestrebungen und Vorschläge zur Optimierung oder Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie. Im Mittelpunkt standen dabei vor allem Fragen zur flächendeckenden Versorgung, Flexibilisierung der bestehenden Angebote und eine Vereinfachung des Antrags- und Gutachterwesens.

So wurde 2016 vom G-BA beschlossen, dass bei akuter Symptomatik eine Akutbehandlung erfolgen kann, die zwar anzeige- aber nicht mehr antragspflichtig ist. Ebenso wurde bei Langzeittherapien das Antragswesen vor allem bei laufenden Therapien angepasst. Gruppentherapien wurden durch die Reform deutlich gestärkt (Psychotherapie-Richtlinie:

Strukturreform der ambulanten Psychotherapie. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016). In den nächsten Jahren soll das Antrags- und Gutachterwesen weiter angepasst werden. Ziel soll sein, die Verläufe ambulanter Psychotherapien anhand standardisierter, fallbezogener Dokumentationen zu erheben, um die Qualitätssicherung zu verbessern (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022).

### Rechtliche Vorgaben zur Behandlungsfrequenz

In den letzten Jahren wurde neben dem Antrags- und Gutachterverfahren auch das vorgegebene Setting und in diesem Rahmen die Behandlungsfrequenz in der Psychotherapie-Richtlinie angepasst. Die Festlegung der Behandlungsfrequenz erfolgt zu Beginn einer Psychotherapie und wird zwischen Patient\*in und Therapeut\*in vereinbart. Zur Festlegung können neben wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Bedeutung der Behandlungsfrequenz auch rechtliche Vorgaben entscheidend sein.

Im Psychotherapeutengesetz (PsychThG) wird vorrangig die Ausbildung und Ausübung der Qualifikation zum\*zur psychologischen Psychotherapeut\*in und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen geregelt (§§ 1 - 7 Absatz 1 Psychotherapeutengesetz-PsychThG). Verbindliche Vorgaben zur Durchführung von ambulanten Psychotherapien, unter anderem auch der Behandlungsfrequenz, lassen sich in der Psychotherapie-Richtlinie finden. Erstmals schriftlich benannt wurde die Behandlungsfrequenz in der Fassung von 1987, da „vor Beginn der Behandlung [...] die Behandlungsfrequenz festzulegen [sei,] damit sich Patient und Therapeut darauf einrichten können“ (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie [Psychotherapie-Richtlinie]. Gemeinsamer Bundesausschuss, i. d. F. v. 1987, S. 5). Detailliertere Empfehlungen zur Frequenz wurden damals noch nicht beschrieben. Falls die genaue Behandlungsfrequenz vorab noch nicht festgelegt werden konnte, sollte dies nach einer probatorischen Therapie erfolgen (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie [Psychotherapie-Richtlinie]. Gemeinsamer Bundesausschuss, i. d. F. v. 1987). Im Jahr 1992 wurde die geltende Fassung um den Passus „Die Behandlungsfrequenz ist in den psychoanalytisch begründeten Verfahren wie auch in der Verhaltenstherapie auf maximal 3 Behandlungsstunden in der Woche zu begrenzen, um eine ausreichende Therapiedauer im Rahmen der Kontingentierung zu gewährleisten“ (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie [Psychotherapie-Richtlinie]. Gemeinsamer Bundesausschuss, i. d. F. v. 1992, S. 2178) erweitert. Damit wurde zum ersten Mal eine konkrete Empfehlung zur Behandlungsfrequenz getätigt. Darüber hinaus wurde in der Erweiterung der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 1992 darauf hingewiesen, dass eine bis

zu vierstündige oder häufigere Behandlungsfrequenz pro Woche im Rahmen einer analytischen Psychotherapie auf Grund fehlender Wirksamkeitsnachweise keine Anwendung finden könne (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie [Psychotherapie-Richtlinie]. Gemeinsamer Bundesausschuss, i. d. F. v. 1992). Vier Jahre später wurde die Möglichkeit eingeräumt mittels zusätzlichem Antrag eine zeitweise höherfrequente Behandlung durchzuführen (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie [Psychotherapie-Richtlinie]. Gemeinsamer Bundesausschuss, i. d. F. v. 1996). Diese Vorgaben zur Behandlungsfrequenz haben in der aktuellen Fassung der Psychotherapie-Richtlinie zur Durchführung von ambulanten Psychotherapien bis heute Bestand.

## 2.3 Prävalenz psychischer Erkrankungen

In den letzten Jahren wird eine anhaltend hohe Zahl von psychischen Erkrankungen festgestellt, 2019 waren weltweit bereits ca. 1 Milliarde der Weltbevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2023). In Deutschland werden regelmäßig Erhebungen und Umfragen zur psychischen Gesundheit und Inanspruchnahme von psychiatrischen Leistungen durchgeführt (Jacobi et al., 2014; Rommel et al., 2017).

Laut der Erhebung des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und dem Zusatzmodul zur psychischen Gesundheit betrug die Jahresprävalenz für eine psychische Erkrankung im Beobachtungszeitraum 2009 bis 2012 27.7 %, womit umgerechnet circa 17.8 Millionen der 18- bis 79- Jährigen in Deutschland betroffen waren (Jacobi et al., 2014). Werden diese Zahlen mit somatischen Erkrankungen, zum Beispiel der Volkserkrankung Bluthochdruck, verglichen, so zeigt sich eine beinahe vergleichbar hohe Prävalenz (Neuhauser et al., 2017).

Bei der Verteilung der verschiedenen psychischen Störungsbilder stehen vor allem Angststörungen sowie affektive Störungen und Substanzmissbrauch im Vordergrund (Jacobi et al., 2014). Eine Aufschlüsselung der Zahlen getrennt nach Geschlecht und Diagnose zeigte, dass Frauen doppelt so häufig an einer Depression erkrankten als Männer. Störungen durch Substanzgebrauch, mit Ausnahme von Medikamentenmissbrauch- bzw. abhängigkeit, traten hingegen häufiger bei Männern auf (Jacobi et al., 2014).

Die Studie lieferte darüber hinaus Daten zur Prävalenz psychischer Erkrankungen aufgeschlüsselt nach sozioökonomischen Aspekten wie dem Bildungsstand, dem aktuellen

Beruf und Einkommen. Es zeigte sich eine höhere Prävalenz bei niedrigerem sozioökonomischem Status (Abbildung 1).

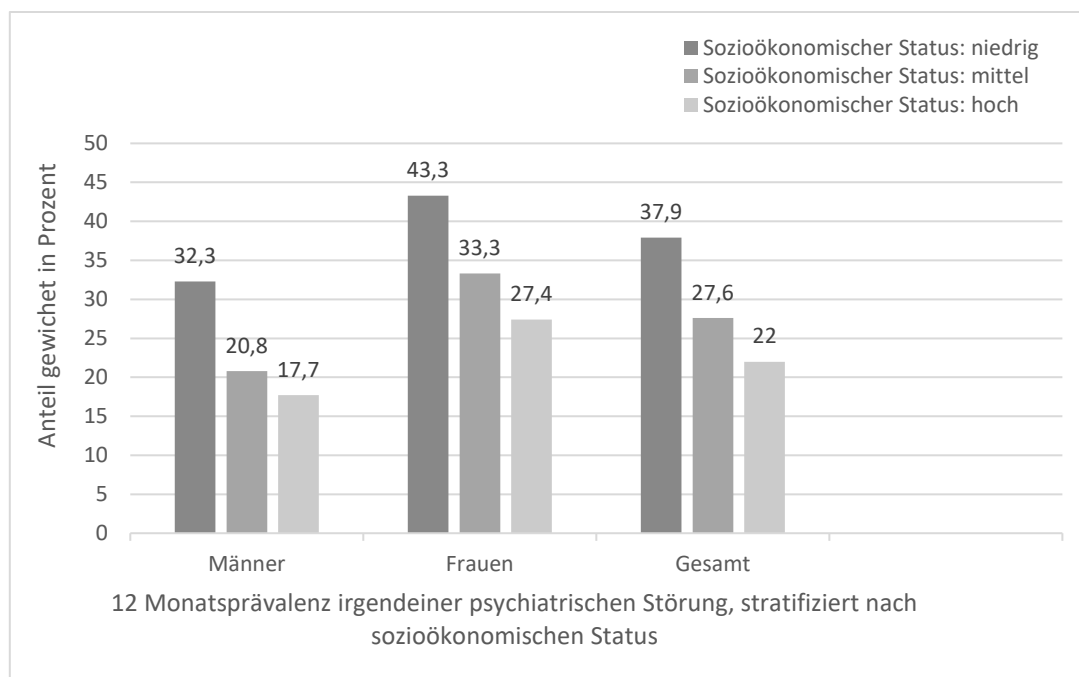


Abbildung 1: 12-Monatsprävalenz irgendeiner psychiatrischen Störung stratifiziert nach sozioökonomischem Status (Bildungsstand, beruflichem Status und Einkommen), Referenz mittlerer sozioökonomischer Status

(Jacobi et al., 2014)

Beim Vergleich demographischer Faktoren, insbesondere beim Vergleich der alten zu den neuen Bundesländern, wurde ersichtlich, dass die Prävalenz annähernd gleich ausfiel. Je nach Größe der Städte und Gemeinden konnte ein leichter Anstieg der Prävalenz bei großen Gemeinden bzw. Städten >500.000 Einwohnern festgestellt werden (Jacobi et al., 2014).

Doch was bedeutet die hohe Prävalenz von psychischen Erkrankungen für die Gesellschaft? Anhand der Krankheitslast werden Auswirkungen einer Erkrankung auf eine Gesellschaft untersucht. Im Mittelpunkt der Untersuchungen steht die Frage nach Gesundheitseinschränkungen und der Mortalität (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, 2023). Beim Vergleich der Arbeitsunfähigkeitstage, die durch psychische Erkrankungen entstanden, fiel auf, dass psychische Erkrankungen nach muskuloskelettalen Erkrankungen bundesweit an zweiter Stelle standen. Dies bedeutete eine Verfünffachung in den letzten 40 Jahren (Knieps & Pfaff, 2019). Bei Gründen für eine frühzeitige Berentung, zum Beispiel im Rahmen einer Erwerbsminderungsrente, stehen Depressionen an erster Stelle (Robert Koch-Institut, 2021). Laut Prognose sollen Depressionen bis 2030 für die höchste Krankheitslast in Industrienationen verantwortlich sein (Schneider, 2017; World Health Organization, 2011).

## 2.4 Psychotherapeutische Versorgungssituation in Deutschland

Die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Gesellschaft führen zu der Frage, wie die aktuelle Versorgungslage hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland aussieht.

In den letzten Jahren wurden weitere Psychotherapeut\*innen zugelassen. Laut Bundesarztregister<sup>1</sup> der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gab es 2021 insgesamt 6173 ärztliche und 31.308 psychologische Psychotherapeut\*innen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2021b). Im Vergleich dazu waren es 2015 rund 22.547 psychologische Psychotherapeut\*innen, die Zahl der ärztlichen Psychotherapeut\*innen lag damals bei 6084 (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2015). Laut DGPPN behandelten 2018 rund 27.103 ärztliche und psychologische Psychotherapeut\*innen fast 1.5 Millionen Patient\*innen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V., 2019). Bedacht werden muss dabei, dass Informationen zur Teilzeitarbeit, Teilung von Kassensitzen und zeitnahe Berentung von psychologischen und/oder ärztlichen Psychotherapeut\*innen in diesem Rahmen kaum erhoben werden.

Auf Anfrage bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung<sup>2</sup> waren im Jahr 2021 rund 20 % der psychologischen Psychotherapeut\*innen im Besitz einer Zulassung zur tiefenpsychologischen fundierten Psychotherapie. Bei den ärztlichen Kolleg\*innen betrug der Anteil hingegen über 62 %. Die Kombination aus Zulassung zur tiefenpsychologisch fundierten sowie zur analytischen Psychotherapie war bei beiden Gruppen vergleichsweise gering (psychologisch 14 %, ärztlich 25 %, Tabelle 1). Die an der Versorgung teilnehmenden psychologischen Psychotherapeut\*innen führten mehrheitlich Verhaltenstherapien durch (68 %), bei den ärztlichen Kolleg\*innen stand die Verhaltenstherapie an dritter Stelle (Tabelle 1). Die systemische Therapie nahm ca. 1 % der angebotenen Therapieformen sowohl bei den ärztlichen als auch psychologischen Psychotherapeut\*innen ein (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2021a).

---

<sup>1</sup> Informationen aus dem Bundesarztregister werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Verfügung gestellt. Das Register umfasst alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Berufsgruppen. Die Daten hierfür werden monatlich von den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder an die KBV übermittelt.

<sup>2</sup> Diese Informationen wurden freundlicherweise von der KBV auf schriftliche Anfrage für diese Dissertation zur Verfügung gestellt.

Tabelle 1: An der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Berufsgruppen mit ihren Richtlinien-Verfahren (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2021a)

<b>An der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Berufsgruppen mit ihren Richtlinien-Verfahren</b>		
Bundesarztregister zum Stichtag des 31. Dezember 2021		

<b>Psychologische Psychotherapeuten</b>		
<b>Richtlinien-Verfahren</b>	Anzahl	Anteile in %
Ausschließlich Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	4.925	20%
Tiefenpsychol. fundierte und analyt. Psychoth.	3.264	14%
Verhaltenstherapie	16.355	68%
Systemische Therapie	172	1%

<b>Ärztliche Psychotherapeuten</b>		
<b>Richtlinien-Verfahren</b>	Anzahl	Anteile in %
Ausschließlich Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	3.835	62%
Tiefenpsychol. fundierte und analyt. Psychoth.	1.512	25%
Verhaltenstherapie	1.390	23%
Systemische Therapie	51	1%

**Anmerkung:** Da ein(\*e) einzelner(\*einzelne) Psychotherapeut(\*in) die Genehmigung zur Anwendung mehrerer Richtlinien-Verfahren haben kann, ergeben die Anteile eine Summe von mehr als 100 Prozent.

*Erläuterung: Tiefenpsychol. fundierte Psychoth. = tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie;  
analyt. Psychoth. = Analytische Psychotherapie*

## 2.5 Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen

Die dargestellten Zahlen der zugelassenen ärztlichen und/ oder psychologischen Psychotherapeut\*innen spiegelt jedoch nicht automatisch die Verfügbarkeit beziehungsweise die Zugangsmöglichkeiten für den\*die Einzelne\*n zu psychotherapeutischen Leistungen wider.

Hinsichtlich der Verfügbarkeit von psychotherapeutischen Leistungen zeigten die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Gesundheit in Deutschland aktuell Studie (kurz GEDA) des Robert Koch-Instituts 2014/ 2015, dass je nach Region die Versorgungsdichte variieren konnte (Rommel et al., 2017). Vor allem in den neuen Bundesländern zeigte sich eine niedrigere Versorgungsdichte. In einigen Gebieten Ostdeutschlands waren in den Jahren 2014/2015 weniger als 12.4 ärztliche oder psychotherapeutische Leistungserbringer\*innen pro 100.000 Einwohner\*innen niedergelassen. Im Gegensatz dazu wurde in Westdeutschland in manchen Regionen von mindestens 16.6 bis über 25.5 niedergelassenen Therapeut\*innen pro

100.000 Einwohner\*innen berichtet (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2013; Rommel et al., 2017).

Neben dem Versorgungsangebot spielt die Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen eine wichtige Rolle.

Die Zahlen der in Anspruch genommenen ambulanten Psychotherapien variieren je nach Studie und Erhebung der Informationen. Zu beachten gilt dabei, dass keine zentrale Sammlung von Daten zur Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen von psychisch Erkrankten erfolgt (Bundesregierung, 2019). Häufig werden deshalb Versicherungsdaten ausgewertet oder Umfragen durchgeführt.

Laut Versicherungsdaten nahmen im Beobachtungszeitraum von 2005 bis 2007 insgesamt 33 % der Versicherten auf Grund einer psychiatrischen Erkrankung Kontakt zum Gesundheitssystem auf (Gaebel et al., 2013). In den Umfragedaten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland wurden geringere Zahlen festgestellt (Mack et al., 2014). Sobald mehrere psychiatrische Diagnosen festgestellt wurden, stieg der Anteil der Inanspruchnahme auf bis zu 40.4 % innerhalb eines Jahres nach Symptombeginn an (Mack et al., 2014).

Multmeier konnte 2009 anhand von Versicherungsdaten aufzeigen, dass 1.165.965 Patient\*innen aller gesetzlich versicherten Patient\*innen eine psychodynamische Psychotherapie in Anspruch nahmen, was umgerechnet ca. 1.7 % der gesetzlich Versicherten in Deutschland in diesem Jahr entsprach (Multmeier, 2014). Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum starteten 500.885 Patient\*innen eine ambulante Psychotherapie (Multmeier, 2014).

Unterschiede bei der Inanspruchnahme von psychiatrischen Leistungen konnten sowohl beim Geschlecht als auch beim Alter festgestellt werden (Multmeier, 2014; Reimer et al., 2007). Ambulante Psychotherapien wurden häufiger von Frauen in Anspruch genommen (Hartmann & Zepf, 2004; Multmeier, 2014). Auffällig war, dass vor allem junge Männer wenig Kontakt zu psychotherapeutisch oder psychiatrisch tätigen Leistungserbringer\*innen aufnahmen (Rommel et al., 2017).

Im Durchschnitt waren die Patient\*innen zwischen 27 und 50 Jahren alt, was einem Median von 40 Jahren entsprach und sich mit vorherigen Studienergebnissen deckte (Multmeier, 2014; Reimer et al., 2007). 27 % der gesetzlich Versicherten waren älter als 60 Jahre, knapp 8 % dieser Altersgruppe nahmen eine ambulante Psychotherapie in Anspruch (Multmeier, 2014). Es werde eine Unterversorgung bezüglich psychotherapeutischer Versorgung vor allem bei den über 70- bis 80-jährigen Patient\*innen, die in circa 40 einen Großteil der Gesellschaft bilden würden, beobachtet (Reimer et al., 2007). Gründe für die geringere Inanspruchnahme sind bei älteren Patient\*innen vielfältig, bei den über 70 bis 80-Jährigen kämen häufig weitere Erkrankungen und die zunehmende Multimorbidität hinzu (Reimer et al., 2007). Denkbar sind

jedoch auch weitere Faktoren wie fehlendes Wissen über zustehende Leistungen und der Umgang mit psychischen Erkrankungen im Allgemeinen (Gödde, 2021; Marks, 2018).

Die Annahme, dass vor allem junge, attraktive und finanziell unabhängige Betroffene die sogenannten „YAVIS“ einen besseren Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen haben wird vielfach diskutiert (Albani et al., 2009; Rommel et al., 2017). Singer et al. konnten ermitteln, dass das Bildungsniveau von Patient\*innen, die eine psychodynamische Psychotherapie beantragten, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung höher ausfiel (Singer et al., 2023). Rüger & Leibing stellten fest, dass deutlich öfter Abiturabsolvent\*innen eine analytische Psychotherapie in Anspruch nahmen, die Dauer der Therapie fiel anteilig länger aus (Rüger & Leibing, 1999). Eine weitere Aufschlüsselung der beeinflussenden Faktoren zum Beispiel hinsichtlich des höchsten Bildungsabschlusses oder der Erwerbstätigkeit erfolgte nicht.

Darüber hinaus konnte beobachtet werden, dass nicht nur die Versorgungsdichte, sondern auch eine Migrationsbiografie von Patient\*innen bei der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen eine wesentliche Rolle spielt. So zeigte sich eine deutlich niedrigere Inanspruchnahme bei Vorliegen eines Migrationshintergrundes (Razum et al., 2004). Dabei rücken Themen wie Sprachbarrieren, interkulturelle Unterschiede beim Krankheitsverständnis und auch der sozioökonomische Status in den Vordergrund (Razum et al., 2004). Seit Jahren wird versucht, den schwierigen Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen zu erleichtern, um dem Bedarf gerecht zu werden (Machleidt et al., 2007).

Neben den zuvor genannten Faktoren, die den Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen erschweren, gilt die lange Wartezeit auf einen Therapiebeginn als weiteres Hindernis (Bridler et al., 2013; Wiegand et al., 2020). Mit der Reform 2017 sollte mit offenen Sprechstunden und Akutbehandlungen die Wartezeit deutlich verkürzt werden, es zeigte sich jedoch, dass die Wartezeiten auf einen Therapieplatz tendenziell zunahm (Singer et al., 2021). Aktuell warten Patient\*innen durchschnittlich drei Wochen auf ein Erstgespräch, bis Behandlungsbeginn vergehen durchschnittlich 18 bis 20 Wochen (Singer et al., 2021). Problematisch bei diesen langen Wartezeiten können zum einen die Verschlechterung der Symptome sein, zugleich sinkt mit längerer Wartezeit auch der Anteil derer, die eine Therapie überhaupt beginnen (Williams et al., 2008). Dies kann dazu führen, dass mehr Patient\*innen stationär behandelt werden müssen, aber auch dass das Suizidrisiko ansteigt (Williams et al., 2008). Darüber hinaus konnte zum Beispiel bei schweren depressiven Störungen beobachtet werden, dass bei längerer Wartezeit das Outcome von ambulanten Behandlungen schlechter ausfiel (van Dijk et al., 2023).

## 2.6 Wege zur Psychotherapie: das Antragswesen

Der Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen rückte in den letzten Jahren auf Grund des hohen Bedarfs und Studien zur Inanspruchnahme in den Vordergrund. Auch die Psychotherapie-Richtlinie wurde wiederholt angepasst. Wie genau sieht jedoch der Ablauf des Antragsverfahrens aus? Welche Schritte sind notwendig, um eine ambulante Psychotherapie zu beantragen?

Mit der im Jahr 2016 beschlossenen und im Jahr 2017 in Kraft getretenen Reform der Psychotherapie-Richtlinie wurde das Angebot der Sprechstunden von Psychotherapeut\*innen ausgebaut. Ziel war es, den Zugang zu therapeutischen Leistungen zu erleichtern. Seitdem gibt es zusätzlich die Möglichkeit, eine Akutbehandlung ohne Antragsverfahren durchzuführen. Diese Akutbehandlung kann bis zu 24 Einheiten á 25 Minuten oder zwölf Einheiten á 50 Minuten im Krankheitsfall umfassen und wird der Krankenkasse lediglich angezeigt.

Bei einer geplanten Psychotherapie wird zunächst ein Erstgespräch durchgeführt, bei dem eine Einschätzung über mögliche Symptome und Störungsbilder erfolgt. Im Anschluss erfolgen jeweils zwei bzw. maximal vier probatorische Sitzungen mit einer\*inem Psychotherapeut\*in. Dabei werden wichtige Eckpunkte der Therapie geklärt wie zum Beispiel das Verfahren und das Setting. Seit 2017 sind Kurzzeittherapien nur noch antrags- aber nicht mehr gutachterpflichtig, es werden zunächst zwölf Therapieeinheiten beantragt. Bei Wunsch auf eine Verlängerung können ohne Sperrzeiten weitere zwölf Therapieeinheiten beantragt werden. Seit 2020 gilt zudem Die-drei-Wochen Frist für Krankenkassen widerspricht die Krankenkasse dem Antrag innerhalb dieser Frist nicht, gilt die beantragte Leistung als genehmigt (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie [Psychotherapie-Richtlinie]. Gemeinsamer Bundesausschuss, i. d. F. v. 2024). Anträge für Langzeittherapien bzw. Umwandlungsanträge oder Anträge auf eine erneute Therapie nach zuvor beendeter Kurzzeittherapie in den letzten 24 Monaten sind hingegen weiterhin gutachterpflichtig. Neben dem Antrag auf eine Psychotherapie, den die Patient\*innen stellen, müssen die Therapeut\*innen einen Bericht an die Gutachter\*in verfassen, in dem ein genauer Behandlungsplan dargelegt und begründet wird. Bei bereits erfolgter Therapie ist zudem der bisherige Verlauf zu dokumentieren, eine Prognose soll zusätzlich abgeschätzt werden.

Das bestehende Gutachterverfahren wird vielfach diskutiert (Hauten & Jungclaussen, 2022), unter anderem auf Grund des Zeitaufwandes für Anträge bzw. Belege sowie uneinheitlicher Dokumentationen. Eine Umstrukturierung soll zu mehr Qualität führen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022). Pläne sehen vor, dass in Zukunft die Leistungspflicht nicht mehr

wie bislang vorab überprüft werden muss. Schlussendlich würde dies eine weitreichende Umstrukturierung des Antragswesens bedeuten (Hauten & Jungclaussen, 2022).

## 2.7 Stundenkontingente

Eine analytische Psychotherapie umfasst bis zu 300 Stunden. Für eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie können bis zu 100 Stunden Therapie beantragt werden, bei der Verhaltenstherapie umfasst das Stundenkontingent 80 Stunden. Seit 2020 können für eine systemische Therapie insgesamt 48 Stunden beantragt werden. Die Stundenkontingente können bei Bedarf auf Antrag für alle Verfahren erweitert werden.

Die Stundenkontingente von Psychotherapien wurden zuletzt 2021 ausführlich thematisiert, da ein Änderungsantrag auf Normierung der zu bewilligenden Stunden je nach Diagnose und Schweregrad dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung durch das Gesundheitsministerium vorgeschlagen wurde. Singer et al. konnten aufzeigen, dass eine Festlegung von Stundenkontingenten je nach Schweregrad einer Diagnose, im vorliegenden Beispiel anhand von Depressionen, nicht gelang (Singer et al., 2022). Vertreter\*innen der Berufsverbände bezeichneten den vorgeschlagenen Änderungsantrag als Gesundheitspolitik gegen psychisch Erkrankte (BPtK, 2021). Letztendlich wurde der Änderungsantrag nicht umgesetzt.

Die Stundenkontingente bilden den Rahmen einer ambulanten Psychotherapie und müssen vorab bewilligt werden. Die Behandlungsfrequenz hingegen zählt zu den Vereinbarungen zwischen Patient\*in und Therapeut\*in, die geplante Frequenz wird im Antrag benannt und muss ggf. näher begründet werden.

Behandelte Freud 1913 noch zunächst vier bis sechs Mal wöchentlich seine Patient\*innen (Freud, 1913), so zeigte sich in den letzten Jahren eine zunehmende Reduktion der wöchentlichen Behandlungsfrequenz auch bei der analytischen Psychotherapie (Staehele, 2014). Laut Psychotherapie-Richtlinie sollen in der Regel maximal drei Behandlungsstunden pro Woche durchgeführt werden. Diese Vorgabe soll eine ausreichende Dauer der Therapie gewährleisten. Darüber hinaus wird eine abschnittsweise erhöhte Behandlungsfrequenz ermöglicht, eine Begründung hierfür ist dem Antrag beizufügen. Eine dauerhaft erhöhte Behandlungsfrequenz kann laut der Psychotherapie-Richtlinie jedoch nicht durchgeführt werden (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie [Psychotherapie-Richtlinie]. Gemeinsamer Bundesausschuss, i. d. F. v. 2024).

## 2.8 Die Behandlungsfrequenz

### 2.8.1 Entwicklung der Auffassung zur geeigneten Behandlungsfrequenz

Zum Nachvollziehen des gegenwärtigen Entscheidungsprozesses zur Behandlungsfrequenz muss zunächst die Entwicklung der letzten Jahrzehnte betrachtet werden. Die Wahl der Behandlungsfrequenz spielte vor allem im Zusammenhang mit der Entstehung der Psychoanalyse und im Anschluss bei der Entwicklung der analytischen Psychotherapie eine bedeutende Rolle. So schrieb Freud 1913, dass er „täglich (...) für gewöhnlich sechsmal in der Woche“ (Freud, 1913, S. 459) seine Patient\*innen therapierte. Eine gewisse Varianz der wöchentlichen Behandlungsfrequenz wurde aber auch schon von ihm eingestanden: „Für leichte Fälle oder Fortsetzungen (...) reichen auch drei Stunden wöchentlich aus“ (Freud, 1913, S. 459). Im Jahr 1936 hinterfragte die Psychoanalytikerin Fanny Hann-Kende auf einem Kongress in Budapest die Wahl der Frequenz. Bei zwei ähnlich gelegenen Fällen behandelte sie sowohl mehrstündig als auch im Vergleich einstündig und stellte dadurch eine mögliche Zeitersparung in den Raum (Will, 2000). Die Behandlungsfrequenz wurde somit schon sehr früh thematisiert, wissenschaftliche Untersuchungen bezüglich des Outcomes bei veränderter wöchentlicher Frequenz waren selten.

Reisinger stellte 2008 fest, dass eine niedrigere Frequenz pro Woche auch in der analytischen Psychotherapie bereits immer mehr Einzug hält (Reisinger, 2008).

Vor dem Hintergrund hoher Fallzahlen steigt sowohl bei Therapeut\*innen als auch bei Institutionen wie den Krankenkassen das Interesse an der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema der Behandlungsfrequenz. Im Mittelpunkt stehen dabei neben Kriterien, die die Auswahl eines bestimmten Behandlungsansatzes mit bestimmter Frequenz modulieren, zudem die Frage nach dem Outcome von Therapien mit niedriger Frequenz im Gegensatz zu höherfrequenten Therapien. Andererseits steigt das Interesse an dem Entscheidungsprozess zur Auswahl der Behandlungsfrequenz und mögliche beeinflussende Faktoren.

## 2.8.2 Charakteristika von Patient\*innen in psychodynamischen Psychotherapien

Vor der Auseinandersetzung mit möglichen Faktoren, die die Behandlungsfrequenz wesentlich bestimmen, steht die Frage, welche Faktoren mit der Auswahl für ein bestimmtes psychodynamisches Verfahren zusammenhängen.

Henkel et al. untersuchten dafür anhand von Daten der Praxisstudie der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft soziodemographische Unterschiede und klinische Merkmale bei Patient\*innen, die eine psychodynamische Psychotherapie in Anspruch nahmen (Henkel et al., 2019). Ziel sollte sein, mögliche Zusammenhänge zwischen Patient\*innencharakteristika und den verschiedenen psychodynamischen Verfahren aufzuzeigen. Es wurden insgesamt 386 Fälle mit 214 verschiedenen Psychotherapeut\*innen untersucht, anhand verschiedener Frage- und Auswertungsbögen wurden unter anderem Symptome, Diagnosen und Informationen zur Persönlichkeit ausgewertet. Dabei fanden sowohl Erhebungen aus Sicht der Patient\*innen als auch aus Sicht der Therapeut\*innen statt. Mittels verschiedener Tests, beispielsweise dem Chi-Quadrat-Test, und Varianzanalysen wurden Zusammenhänge zwischen den Therapieverfahren und den Charakteristika der Patient\*innen analysiert. Zunächst wurden vier verschiedene psychodynamische Psychotherapieverfahren mit signifikant unterschiedlichen Settings und Frequenzen identifiziert. Bei dieser Studie wurde bei einer Kurzzeittherapie mit durchschnittlich einer Stunde pro Woche behandelt, im Gegensatz dazu fanden bis zu zwei oder mehr Termine pro Woche bei einer analytischen Psychotherapie mit Couch-Setting statt (Henkel et al., 2019). Hinsichtlich unterschiedlicher Patient\*innenmerkmale wurde ermittelt, dass das Alter und der Beziehungsstatus der Patient\*innen sich in den verschiedenen Settings kaum unterschieden. Bei Patient\*innen, die im Rahmen einer analytischen Psychotherapie mit Couch-Setting behandelt wurden, konnte ein höheres Bildungsniveau festgestellt werden. Der Chi-Quadrat-Test lag bei „ $\chi^2(3) = 14.72$ “, (Henkel et al., 2019, S. 4) womit die Autor\*innen von einem Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und psychodynamischem Verfahren ausgingen. Darüber hinaus konnten Unterschiede bei der Wahrnehmung der Ich-Struktur der Patient\*innen herausgearbeitet werden. Vor allem aus Sicht der Therapeut\*innen wurde bei einer analytischen Psychotherapie von einer höheren Ich-Struktur der Patient\*innen ausgegangen, in den Selbstberichten relativierten sich diese Ergebnisse (Henkel et al., 2019). Henkel et al. resümierten, dass sich bei Patient\*innen bezüglich klinischer Merkmale oder Persönlichkeitsstruktur in den jeweiligen psychodynamischen Verfahren wenig Unterschiede feststellen ließen (Henkel et al., 2019). Dadurch bliebe zu diskutieren, welche Faktoren die Wahl eines psychodynamischen Verfahrens beeinflussen könnten. Abschließend gaben sie zu bedenken, dass neben Patient\*innenmerkmalen vor allem persönliche Präferenzen und die Vereinbarung zwischen Patient\*in und Therapeut\*in für ein bestimmtes Setting entscheidend

sein könnte (Henkel et al., 2019). Die Festlegung für ein bestimmtes Setting beinhaltet auch immer die Frage nach der Behandlungsfrequenz.

### 2.8.3 Auswirkungen der Behandlungsfrequenz auf das Outcome und die Zufriedenheit der Patient\*innen

Hinsichtlich des Outcomes zeigte sich in einer länderübergreifenden Metaanalyse von Cuijpers et al., dass es bei der Behandlung von Depressionen im Erwachsenenalter signifikante Unterschiede zwischen den Behandlungsergebnissen zwischen wöchentlicher und zwei Mal wöchentlicher Behandlungsfrequenz gab (Cuijpers et al., 2013). Dabei wurden 70 randomisierte Studien mit insgesamt 5403 Patient\*innen ausgewertet, wobei jede Studie das Outcome von Psychotherapien mit einer Kontrollgruppe verglich. Dies waren zum Beispiel Patient\*innen von einer Warteliste oder Patient\*innen mit einer medikamentösen Therapie. Mittels Berechnung der Effektstärke Hedges  $g$  und anschließender Regressionsanalysen wurde der Zusammenhang der Behandlungsfrequenz mit der Symptomlast erhoben. Dabei konnte gezeigt werden, dass die Symptomlast bei zwei Terminen pro Woche geringer ausfiel, die Effektstärke Hedges  $g$  lag bei 0.45 (Cuijpers et al., 2013).

Eine multizentrische, randomisierte Studie aus den Niederlanden konnte diesen Effekt bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Behandlungsfrequenz und dem Verlauf des Schweregrades von Depressionen bestätigen (Bruijniks et al., 2020). Untersucht wurden insgesamt 200 Patient\*innen, bei denen in der ersten Phase entweder eine wöchentliche Frequenz oder eine Therapie mit zwei Terminen pro Woche durchgeführt wurde. In der zweiten Phase wurden beide Gruppen alle zwei Wochen therapiert, nach zwei Jahren erfolgte ein Follow-up. Die Ergebnisse deuteten darauf hin, dass die Symptome bei den Patient\*innen, die zwei Mal wöchentlich Therapie erhielten, geringer ausfielen. Die Effektstärke Cohen's  $d$  lag bei 0.55 (Bruijniks et al., 2020).

Auch dass vor allem zu Beginn einer Psychotherapie eine höherfrequente Behandlungsfrequenz von Vorteil sein könnte, wurde in Studien untersucht. So analysierten Tiemens et al. Daten von 2634 Patient\*innen mit Angst- /Persönlichkeitsstörungen oder Depressionen und fanden mittels Cox-Regression heraus, dass vor allem Patient\*innen in den ersten drei Monaten von einer höherfrequenten Behandlung profitierten (Tiemens et al., 2019). Das Hazard Ratio (HR) im Hinblick auf die Verbesserung der Symptome betrug im Vergleich zur Referenzgruppe (ein bis drei Termine in drei Monaten) bei Patient\*innen mit mehr als einem Termin pro Woche 1.62 (Tiemens et al., 2019).

Erekson et al. untersuchten 2015 vor dem Hintergrund des steigenden Interesses an dem Outcome von Psychotherapien mit niedriger Frequenz die Wirkung von Behandlungen im 14-tägigen Rhythmus (Erekson et al., 2015). Im Rahmen einer retrospektiven Studie analysierten sie Daten von 21488 Patient\*innen aus den Jahren 1996 bis 2014 und fanden dabei heraus, dass die höhere Frequenz, in diesem Fall jedoch eine wöchentliche Frequenz, mit einem besseren Outcome verbunden war. Die Symptomlast verringerte sich bei Patient\*innen mit wöchentlicher Frequenz schneller, die berechnete Effektstärke Cohen's  $f^2$  lag bei 0.07 (Erekson et al., 2015). In einer zweiten Untersuchung im Jahr 2022 wollten Erekson et al. erneut den Zusammenhang der Behandlungsfrequenz mit dem Outcome untersuchen, dieses Mal jedoch anhand einer prospektiv angelegten klinischen Studie (Erekson et al., 2022). 1322 Patient\*innen wurden dazu in zwei Gruppen randomisiert, wobei die experimentelle Gruppe eine wöchentliche Therapie erhielt. Die Kontrollgruppe setzte die Behandlung wie gewohnt fort, was zum Beispiel mit einer Reduzierung der Sitzungen im Verlauf einhergehen konnte. Das Outcome der Psychotherapie wurde mittels des Fragebogens Outcome Questionnaire erhoben und durch Mehrebenenanalysen und Cox-Regression ausgewertet. Der errechnete F- Wert lag bei 5.22, womit Erekson et al. ihre Hypothese bestätigt sahen, dass die wöchentliche Frequenz zu einer schnelleren Verbesserung der Symptomlast geführt hatte (Erekson et al., 2022).

Laut Erekson et al. müsse die Wahl der Behandlungsfrequenz näher in den Fokus gerückt werden, weil es sich häufig um ein Dilemma zwischen Abwägen des besseren Outcomes für Patient\*innen und den vorhandenen Ressourcen handle (Erekson et al., 2022).

Dass die Behandlungsfrequenz auch ein wesentlicher Teil der Zufriedenheit von Patient\*innen darstellen könnte, wurde im Rahmen der von der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) durchgeführten Katamnese-Studie untersucht (Leuzinger-Bohleber et al., 2002). Dabei wurden zwischen 1990 bis 1993 Behandlungen von 401 Patient\*innen mittels Fragebögen und Interviews ausgewertet. Vorab wurden Einschlusskriterien, wie eine Behandlung durch ein DPV-Mitglied, sowie eine Behandlungsdauer von mindestens einem Jahr oder auch der Ausschluss von Lehranalysen oder Ausbildungssituationen definiert. Hinsichtlich der Behandlungsfrequenz erfragte die Studie die Zufriedenheit der Patient\*innen und wie die jeweilige Frequenz die Therapie beeinflusste. Beim Vergleich der unterschiedlichen Verläufe wurden sowohl positive als auch negative Assoziationen von Patient\*innen hinsichtlich der Frequenz benannt. Es wurde beschrieben, dass die Veränderung der Frequenz im Verlauf einer Therapie teilweise zu deutlichen Fortschritten in der Behandlung sowohl aus Sicht der Patient\*innen als auch der Therapeut\*innen führen konnte (Deutsche Psychoanalytische Vereinigung, 2001; Leuzinger-Bohleber et al., 2002). Auf Grund des retrospektiven Designs der Studie konnten diese subjektiven Verbesserungen in der statistischen Auswertung nicht

messbar gemacht werden, eine Aussage zur „Bedeutung der Frequenz“ (Leuzinger-Bohleber et al., 2002, S. 91) fand deshalb in dieser Studie nicht statt.

#### 2.8.4 Die Wahl der Behandlungsfrequenz

Der Studienlage zufolge scheint die Wahl der Behandlungsfrequenz somit einen Zusammenhang mit dem Fortschritt einer Psychotherapie und der Symptomlast der Patient\*innen zu haben. Auch die Zufriedenheit scheint mit der Behandlungsfrequenz zusammenzuhängen.

Das jeweilige Setting wird zwischen Therapeut\*in und Patient\*in häufig vorab einer Psychotherapie, aber auch im Verlauf der Behandlung besprochen und bei Bedarf angepasst. Welche Faktoren oder Kriterien diesen Prozess beeinflussen, wurde bislang nur in wenigen Studien untersucht.

Im Jahr 1999 startete die Arbeitsgruppe Niederfrequente Langzeittherapie am Psychoanalytischen Institut in Frankfurt mit dem Ziel, die Hintergründe für die Wahl des Settings und somit auch die Frequenzfrage näher zu untersuchen (Döll-Hentschker et al., 2006). Als theoretische Grundlage diente die Annahme, dass die Frequenzwahl durch objektive Kriterien „wie Diagnose, Ichfähigkeiten, Regressionsbereitschaft, zeitliche und soziale Ressourcen des Patienten“ (Döll-Hentschker et al., 2006, S. 1126) bestimmt werde. Die Arbeitsgruppe wurde zunächst als Supervisionsgruppe gegründet und wandelte sich später zur halboffenen Gruppe. Teilnehmende waren unter anderem Lehranalytiker\*innen, Kandidat\*innen und Mitglieder der DPV. In den Sitzungsdiskussionen wurden Patient\*innen mit Diagnosen, Frequenz- sowie Settingwahl und die Zufriedenheit der Patient\*innen mit der gewählten Behandlungsfrequenz eruiert. Bei den 155 untersuchten Patient\*innen wurden knapp 57 % zwei- bzw. bis zu vierstündig pro Woche behandelt, in knapp 34 % der Fälle wurde einstündig oder weniger häufig behandelt. Bei circa 9 % wurde eine Gruppentherapie mit einmal wöchentlicher Frequenz durchgeführt. Leider fielen die Beobachtungen ernüchternd aus: „Es ließen sich keine diagnostischen Kriterien ausmachen, die zwingend zur Behandlung mit einer bestimmten Frequenz geführt hätten“ (Döll-Hentschker et al., 2006, S. 1131).

Dieses Problem wurde zuvor schon 1996 von Dankwardt & Gattig erkannt, die die Wahl der Behandlungsfrequenz vor allem als einen Prozess des Abwägens und des Einigens der Beteiligten auf eine passende Frequenz, trotz steigendem Druck durch das vertragsärztliche System, ansahen (Danckwardt & Gattig, 1996).

In den Fokus der Arbeitsgruppe aus Frankfurt rückten im Anschluss weitere Kriterien, wie zum Beispiel persönliche Gegebenheiten der Patient\*innen sowie berufliche, familiäre, finanzielle und gesundheitliche Faktoren (Döll-Hentschker et al., 2006). Auch die teilnehmenden Psychotherapeut\*innen diskutierten persönliche Ressourcen, eigene Interessen sowie Vorlieben für verschiedene Therapieformen und Behandlungsfrequenzen. Es stellte sich heraus, dass diese Faktoren häufig die Wahl beeinflussten, jedoch nicht immer maßgeblich entscheidend im Nachhinein für die getroffene Behandlungsfrequenz waren. Die Möglichkeit der Anpassung der Frequenz im Verlauf der Therapie spielte vor allem bei stagnierenden Situationen oder sich verändernden Lebensumständen eine Rolle. Zusammenfassend einigte sich die Arbeitsgruppe darauf, dass die Gründe für die gewählte Behandlungsfrequenz nicht immer mittels objektiver Kriterien definiert werden kann. Die Wahl der Behandlungsfrequenz solle als dynamischer Prozess angesehen werden, ein „*richtiges* oder *falsches* Setting“ (Döll-Hentschker et al., 2006, S. 1141) gäbe es dementsprechend nicht.

In der Metaanalyse der Arbeitsgruppe der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie der Medizinischen Universität Wien wurde der Frage nachgegangen, wie die Wahl der Behandlungsfrequenz theoretisch begründet werden kann (Blüml & Fischer-Kern, 2015). Die Arbeitsgruppe setzte sich zusammen aus Kliniker\*innen sowie Mitgliedern zweier großer Wiener psychoanalytischer Vereine. Es wurde deutlich, dass der Wandel hin zu mehr Beachtung der Frequenz unter anderem durch Institutionen und Sozialversicherungsträger initiiert werde. Grund dafür seien „Rationierungstendenzen“ (Blüml & Fischer-Kern, 2015, S. 177), die „die hochfrequente psychoanalytische Methode zunehmend unter Druck“ (Blüml & Fischer-Kern, 2015, S. 177) setze. Der Diskurs über die Kostenübernahme von psychoanalytischen Langzeittherapien stünde dabei im Mittelpunkt. Die Arbeitsgruppe versuchte die „theoretische Bestimmung“ (Blüml & Fischer-Kern, 2015, S. 175) der Behandlungsfrequenz herauszufinden. Nach Literaturrecherche und Diskussionen innerhalb der Arbeitsgruppe zeigte sich weiterhin Ernüchterung: Die Definierung einer theoretischen Empfehlung zur Wahl der Behandlungsfrequenz mittels objektiver Kriterien gelang nicht. Gründe dafür waren unter anderem die subjektiven und persönlichen Faktoren der Patient\*innen, aber auch ökonomische Aspekte. Des Weiteren beeinflussten Faktoren wie die Ausbildung der Analytiker\*innen die Behandlungsfrequenz. Auch persönliche Präferenzen bestimmter Therapieverfahren oder Stundenfrequenzen pro Woche wurden von den Therapeut\*innen als mögliche Gründe für die jeweilige Frequenz benannt. Die Frage nach der Behandlungsfrequenz solle deshalb weiterhin als Prozess angesehen werden, eine gewisse Flexibilität müsse auch in Zukunft herrschen, um den Bedürfnissen der Patient\*innen aber auch der Therapeut\*innen gerecht zu werden (Blüml & Fischer-Kern, 2015).

Zusammenfassend zeigt sich, dass das Thema der Behandlungsfrequenz in den Mittelpunkt wissenschaftlicher und sozialpolitischer Diskussionen rückt. Vor diesem Hintergrund untersuchten verschiedene Studien (Blüml & Fischer-Kern, 2015; Döll-Hentschker et al., 2006), ob soziodemographische Faktoren sowohl seitens der Patient\*innen als auch der Therapeut\*innen mit der Wahl der Behandlungsfrequenz zusammenhängen könnten. Mögliche Prädiktoren für die Wahl der Behandlungsfrequenz wurden bislang nicht benannt.

### **3 Fragestellung**

In dieser Dissertation werden folgende Fragestellungen bearbeitet:

- Wie häufig wird in der ambulanten psychodynamischen Psychotherapie niedrig- und höherfrequent gearbeitet?
- Gibt es Prädiktoren für die Wahl der Behandlungsfrequenz einer ambulanten psychodynamischen Psychotherapie?

## 4 Material und Methoden

### 4.1 Material

Für Forschungszwecke erhielt das Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universitätsmedizin Mainz Zugang zu einem Pool mit 40.000 Anträgen auf Kostenübernahme ambulanter psychodynamischer Psychotherapien.

Dies geschah in Kooperation mit einer Gutachterin, die Anträge wurden in digitaler Form zur Verfügung gestellt. Die Stichprobe von 1000 Anträgen wurde zufällig aus den vorliegenden 40.000 Anträgen gezogen. Zunächst wurden die personenidentifizierbaren Angaben der jeweiligen Patient\*innen und Psychotherapeut\*innen geschwärzt, zeitgleich erfolgte dabei die Pseudonymisierung der Anträge mittels neu vergebener Identifikationsnummern (ID). Die Anträge auf Kostenübernahme einer ambulanten Psychotherapie an die Krankenkassen umfassten inhaltlich sowohl allgemeine Daten zum\*zur Antragsteller\*in, den Therapeut\*innen und dem beantragtem Therapieverfahren. In den Anträgen wurden entweder analytische Psychotherapien oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien beantragt und begutachtet. Es konnte in Erst- /Folge- und Umwandlungsanträge unterschieden werden. Jeder Antrag beinhaltete zudem einen Bericht über die jeweilige\*n Patient\*in, in dem die Notwendigkeit und Gründe des Antrages von dem\*der zuständigen Psychotherapeut\*in geschildert wurden. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass die Anträge aus den Jahren 2003 bis 2017 den Vorgaben der geltenden Psychotherapie-Vereinbarung (PTV) entsprachen. Unter anderem beinhalteten die Anträge folgende Formblätter:

- Antrag des Versicherten auf Psychotherapie (PTV 1)
- Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten (PTV 2)
- Bericht an den Gutachter (PTV 3)
- Auftrag der Krankenkasse zur Begutachtung“ eines Antrages auf Psychotherapie (PTV 4)
- Stellungnahme des Gutachters zur beantragten Psychotherapie (PTV 5)

Dem PTV 1 musste ein Konsiliarbericht durch eine\*n Vertragsarzt\*ärztin beigefügt werden, wenn es sich bei den Therapeut\*innen um psychologische Psychotherapeut\*innen handelte (Dieckmann et al., 2018). In den letzten Jahren wurden die Psychotherapie-Richtlinie sowie die Psychotherapievereinbarung wie zuvor beschrieben mehrfach aktualisiert.

## 4.2 Datenextraktion

In einer Arbeitsgruppe wurde zunächst ein Extraktionsbogen erstellt, um die Daten aus den 1000 Anträgen standardisiert erheben zu können (Anhang).

Die Frequenz der Therapie wurde dabei für das aktuell geplante Kontingent erfasst. Falls ein Fortführungs- oder Umwandlungsantrag vorlag, wurde darüber hinaus die Frequenz zu Beginn der Behandlung erhoben. Im Vorfeld hatten andere Arbeitsgruppen bereits Daten zu soziodemographischen Aspekten wie zum Beispiel dem Alter oder dem Geschlecht der Patient\*innen erfasst. Auch die psychiatrischen Diagnosen der Patient\*innen und Angaben zu Therapeut\*innen wurden mittels verschiedener Extraktionsbögen zuvor erfasst (Anhang). Auf diese Daten konnte ebenfalls zugegriffen werden.

### Definierung der Zielvariable „niedrig- und höherfrequente Behandlung“

Die Zielvariable dieser Dissertation wurde aus der Variable *m30 Frequenz der Therapie für das jetzt geplante Kontingent* erstellt. Dabei erfolgte eine Zusammenfassung der Kategorien null- bis einstündige Frequenz zu einer niedrigfrequenten Behandlung. Frequenzen von zwei oder mehr Stunden pro Woche wurden zur höherfrequenten Behandlung gezählt. Unbekannte oder nicht eindeutige Angaben wurden als fehlende Werte definiert und deshalb von der weiteren Analyse ausgeschlossen.

### 4.3 Potentielle Prädiktoren

#### Definierung und Gruppierung der Prädiktoren

Vorab fand eine Überprüfung und bei Bedarf neue Gruppierung oder Kategorisierung der möglichen Prädiktoren statt (Tabelle 2).

Beim Geburtsland wurden die EU-Länder, Schweiz und Norwegen mit Nordamerika und Australien zur Gruppe des Globalen Nordens zusammengefasst. Östlich gelegene Länder inklusive Ost-Asien bildeten die neue Gruppe des (Süd-)Ostens. Die Gruppe des Globalen Südens setzte sich zusammen aus den Kategorien des Nahen- und Mittleren Ostens sowie aus Mittel- und Südamerika (Tabelle 2). Beim Migrationshintergrund fand eine Zusammenfassung einiger Kategorien statt (Tabelle 2). Beim höchsten Schulabschluss wurden die Kategorien des Abiturs und der Fachhochschulreife zusammengefasst, ebenso fand die Gruppierung in Mittlere Reife aus den Kategorien Realschulabschluss/ Mittlere Reife und Polytechnischer Oberschule statt. Andere Abschlüsse oder kein Schulabschluss wurden zusammen gruppiert (Tabelle 2). Beim höchsten beruflichen Abschluss wurden unter anderem die Kategorien des Universitäts- und Fachhochschulabschlusses zusammengefasst (Tabelle 2). Die Variable der Erwerbstätigkeit wurde neu definiert als Erwerbsstatus (Tabelle 2).

*Tabelle 2: Ursprüngliche Variablen mit Kategorien und neu definierte potentielle Prädiktoren mit Kategorien*

<b>Ursprüngliche Variablen mit Kategorien</b>	<b>Potentielle Prädiktoren mit Kategorien</b>
<b>Patient: Geschlecht</b>	<b>Geschlecht der Patient*innen (binär)</b>
Männlich	Weiblich (neue Referenz)
Weiblich	Männlich
Unbekannt/ nicht eindeutig	<i>Als systemdefiniert fehlend deklariert</i>
<b>Patient: Alter</b>	<b>Alter der Patient*innen</b>
Ohne Werte	< 30- Jährige 30 – 39- Jährige 40 – 49- Jährige 50 – 59- Jährige 60 – 69- Jährige > 70- Jährige

<b>Geburtsland</b>	<b>Geburtsland der Patient*innen</b>
Deutschland	Deutschland
Land der EU-15 Schweiz Norwegen Nordamerika Australien	Globaler Norden
Ostblock Ostasien Süd- und Südostasien	(Süd-) Osten
Naher und Mittlerer Osten Subsahara Mittel- und Südamerika	Globaler Süden
Unbekannt/ nicht eindeutig	Unbekannt/ nicht eindeutig
<b>Migrationshintergrund</b>	<b>Migrationshintergrund</b>
Nicht migriert	Kein Migrationshintergrund
Selbst migriert	Selbst migriert
Eltern migriert Großeltern migriert	Verwandte migriert
Unbekannt/ nicht eindeutig	Unbekannt/ nicht eindeutig
<b>Höchster Schulabschluss</b>	<b>Höchster Schulabschluss</b>
Abitur/ Eos (erweiterte Oberschule) Fachhochschulreife	(Fach-) Abitur
Realschule/ Mittlere Reife POS (Polytechnische Oberschule)	Mittlere Reife
Hauptschulabschluss	Hauptschulabschluss
Kein Schulabschluss Anderer Schulabschluss	Kein Abschluss/ anderer Abschluss
Unbekannt/ nicht eindeutig	Unbekannt/ nicht eindeutig

<b>Berufsausbildung</b>	<b>Höchster beruflicher Abschluss</b>
Universität Fachhochschule	Universitäts-/Fachhochschulabschluss
Fachschule	Fachschule
Lehre	Lehre
Andere Berufsausbildung Keine Berufsausbildung	Kein beruflicher Abschluss bzw. anderer beruflicher Abschluss
Unbekannt/ nicht eindeutig	Unbekannt/ nicht eindeutig
<b>Erwerbstätigkeit</b>	<b>Erwerbsstatus</b>
Ja, ganztags Ja, mindestens halbtags Nein, Altersrente	Erwerbstätig oder in Altersrente
Nein, erwerbslos	Erwerbslos
Nein, in Ausbildung/ Studium	Studium/ Ausbildung
Ja, weniger als halbtags Nein, Hausfrau/ Hausmann Nein, Erwerbsminderungsrente	Geringe Erwerbstätigkeit oder Erwerbsminderungsrente
Unbekannt/ nicht eindeutig	Unbekannt/ nicht eindeutig
<b>Aktuell krankgeschrieben</b>	<b>Krankschreibung</b>
Nein Unbekannt/ nicht eindeutig	Nein
Ja	Ja
<b>Suizidgedanken oder Suizidversuche, aktuell</b>	<b>Aktuelle Suizidgedanken bzw. - versuche</b>
Nein Unbekannt	Nein
Ja	Ja

<b>Therapeut: Geschlecht</b>	<b>Geschlecht der Therapeut*innen</b>
Männlich	Männlich
Weiblich	Weiblich
Unbekannt/ nicht eindeutig	Unbekannt/ nicht eindeutig
<b>Therapeut: Berufsgruppe</b>	<b>Berufsgruppe der Therapeut*innen</b>
Arzt/ Ärztin	Arzt*Ärztin
Psychologe/ Psychologin	Psychologe*Psychologin
Beides	Beides
<b>Therapeut i.A./Ausbildungskandidat</b>	<b>Psychotherapeut*innen in Ausbildung</b>
Eindeutig nein Unklar	Nein
Eindeutig ja	Ja
<b>Praxis: Ost_West</b>	<b>Standort der Praxis in Ost- oder Westdeutschland</b>
Ostdeutschland	Ostdeutschland
Westdeutschland	Westdeutschland

## 4.4 Datenanalyse

Vor der Analyse erfolgte zunächst eine Plausibilitätsprüfung der eingegebenen Daten. Von den 1000 gezogenen Anträgen wurden zwei Anträge auf Grund fehlender Anträge und 32 Anträge auf Grund fehlender Informationen zur beantragten Behandlungsfrequenz von der statistischen Analyse ausgeschlossen. Bei 17 Anträgen lag ein Folgeantrag vor, diese wurden auf Grund der vorhandenen Informationen zur Behandlungsfrequenz in den Berechnungen mit einbezogen. Somit betrug die Stichprobe  $n = 966$ .

Es wurden absolute und relative Häufigkeiten, der Mittelwert und Median sowie die Standardabweichung bestimmt.

Mittels Chi-Quadrat-Test nach Pearson wurden mögliche Prädiktoren im Hinblick auf die Frequenzwahl im niedrig- und höherfrequenten Setting gegenübergestellt. Wenn der Erwartungswert der Felder kleiner als fünf betrug, wurde stattdessen ein Exakter Test nach Fischer verwendet.

Um mögliche Zusammenhänge der einzelnen Prädiktoren mit der Behandlungsfrequenz aufzuzeigen, folgten univariate logistische Regressionsanalysen. Abschließend wurde eine multivariate logistische Regressionsanalyse durchgeführt. Ziel war es, mögliches Confounding zu kontrollieren und den gemeinsamen Zusammenhang aller Prädiktoren mit der beantragten Behandlungsfrequenz zu ermitteln.

Alle Auswertungen erfolgten mittels des Statistikprogramm SPSS Statistics Version 27.0.1 von International Business Machines Corporation.

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe setzte sich zusammen aus  $n = 966$  Anträgen. 78 % der Anträge wurden von weiblichen Patient\*innen gestellt ( $n = 751$ ), in 22 % der Fälle wurden Anträge von männlichen Patient\*innen eingereicht. Die Altersspanne aller Patient\*innen lag zwischen 17 und 76 Jahren ( $M = 41$ , Median = 41,  $SD = 11$ , Abbildung 2).

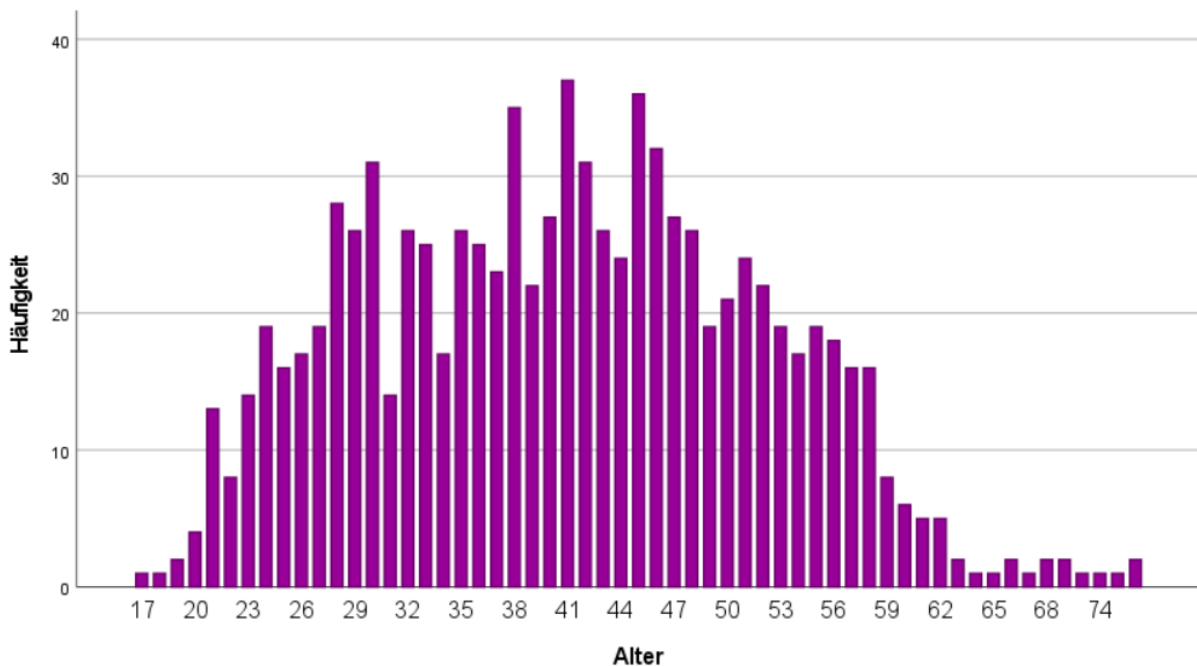


Abbildung 2: Alter der Patient\*innen

Bei der Betrachtung des Geburtslandes stammten 46 % der Antragssteller\*innen aus Deutschland und 2% aus dem Globalen Norden. 4 % gaben ein osteuropäisches Land, also ein Land der ehemaligen Sowjetunion, Rumänien, Jugoslawien oder ähnlichem, als Geburtsland an ( $n = 34$ ).

Bei der Frage nach dem Migrationshintergrund zeigte sich, dass 9 % der Antragssteller\*innen selber migriert waren ( $n = 83$ ), in 5 % der Fälle waren ausschließlich Verwandte, im Sinne der Eltern oder Großeltern, migriert ( $n = 50$ ; Tabelle 3).

Insgesamt verfügten knapp 39 % der Patient\*innen über ein (Fach-) Abitur, 22 % konnten die Mittlere Reife als höchsten Schulabschluss vorweisen. Rund 10 % hatten einen Hauptschulabschluss ( $n = 93$ ). Bei knapp 2 % wurde in den Anträgen von einem anderen Schulabschluss berichtet oder es lag kein Schulabschluss vor (Tabelle 3).

Hinsichtlich des höchsten beruflichen Abschlusses wiesen 28 % der Patient\*innen eine universitäre Berufsausbildung bzw. einen Fachhochschulabschluss vor. Die Mehrheit von 44 % hatte eine Lehre als höchsten beruflichen Abschluss absolviert (n = 429). Bei 12 % lag ein anderer bzw. kein beruflicher Abschluss vor (Abbildung 3, Tabelle 3).

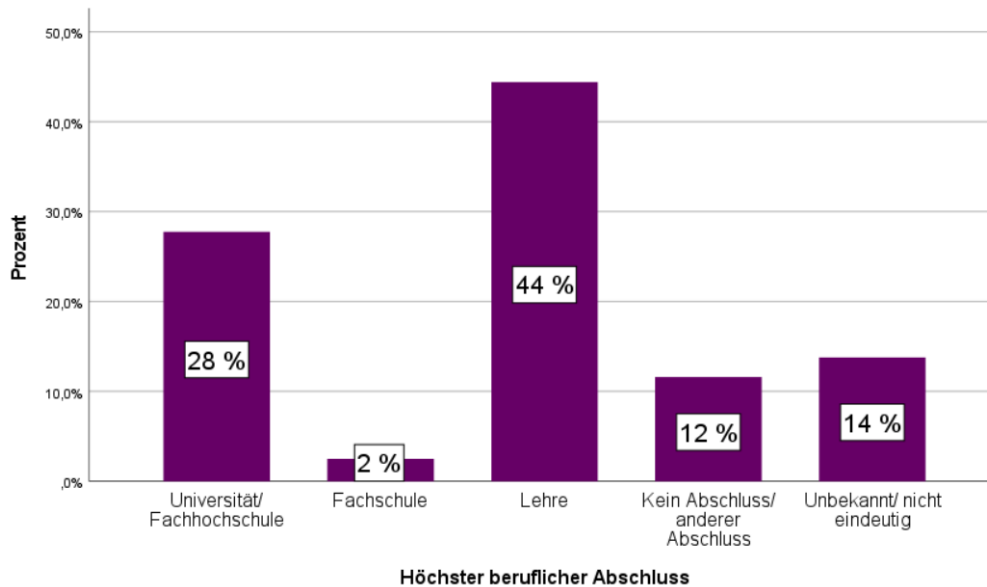


Abbildung 3: Höchster beruflicher Abschluss der Patient\*innen

Hinsichtlich des Erwerbsstatus zeigte sich, dass 49 % der Patient\*innen einer Vollzeit- bzw. Halbtagsbeschäftigung nachgingen oder eine Rente bezogen. Bei knapp 12 % wurde eine Erwerbslosigkeit beschrieben. Ungefähr 10 % befanden sich in Ausbildung oder absolvierten ein Studium (n = 94). Bei 17 % wurden entweder keine Angaben zum Erwerbsstatus gemacht oder der Status konnte anhand der Informationen nicht erhoben werden (Tabelle 3).

Tabelle 3: Charakteristika der Stichprobe

Variable	n (%)
<b>Geschlecht</b>	
Männlich	215 (22.3 %)
Weiblich	751 (77.7 %)

<b>Variable</b>	<b>n (%)</b>
<b>Alter</b>	
< 30- Jährige	180 (18.6 %)
30- 39- Jährige	258 (26.7 %)
40- 49- Jährige	297 (30.7 %)
50- 59- Jährige	195 (2.2 %)
60- 69- Jährige	28 (2.9 %)
> 70- Jährige	8 (0.8 %)
<b>Geburtsland</b>	
Deutschland	445 (46.1 %)
Globaler Norden	17 (1.8 %)
Globaler Süden	18 (1.9 %)
(Süd-) Osten	34 (3.5 %)
Unbekannt/ nicht eindeutig	452 (46.8 %)
<b>Migrationshintergrund</b>	
Kein Migrationshintergrund	358 (37.1 %)
Selber migriert	83 (8.6 %)
Verwandte migriert	50 (5.2 %)
Unbekannt/ nicht eindeutig	474 (49.2 %)
<b>Höchster Schulabschluss</b>	
(Fach-)Abitur	376 (38.9 %)
Mittlere Reife	212 (21.9 %)
Hauptschule	93 (9.6 %)
Anderer/Kein Abschluss	16 (1.7 %)
Kein Abschluss/ anderer Abschluss	269 (27.8 %)
<b>Höchster beruflicher Abschluss</b>	
Universitäts-/Fachhochschulabschluss	268 (27.7 %)
Fachschule	24 (2.5 %)
Lehre	429 (44.4 %)
Kein beruflicher Abschluss/ anderer beruflicher Abschluss	112 (11.6 %)

Variable	n (%)
<b>Höchster beruflicher Abschluss</b>	
Unbekannt/ nicht eindeutig	133 (13.8 %)
<b>Erwerbsstatus</b>	
Erwerbstätig oder in Altersrente	473 (49.0 %)
Erwerbslos	114 (11.8 %)
Studium/ Ausbildung	94 (9.7 %)
Geringe Erwerbstätigkeit oder Erwerbsminderungsrente	125 (12.9 %)
Unbekannt/ nicht eindeutig	160 (16.6 %)
<b>Krankschreibung</b>	
Nein	362 (37.5 %)
Ja	49 (5.1 %)
Unbekannt/ nicht eindeutig	555 (57.5 %)
<b>Suizidalität</b>	
Nein	858 (88.8 %)
Ja	108 (11.2 %)
<b>Geschlecht der Therapeut*innen</b>	
Männlich	308 (31.9 %)
Weiblich	642 (66.5 %)
Unbekannt/ nicht eindeutig	16 (1.7 %)
<b>Berufsgruppe der Therapeut*innen</b>	
Arzt*Ärztin	400 (41.4 %)
Psychologe*Psychologin	559 (57.9 %)
Beides	7 (0.7 %)
<b>Psychotherapeut*innen in Ausbildung</b>	
nein	291 (30.1 %)
ja	32 (3.3 %)
Unbekannt/ nicht eindeutig	643 (66.6 %)

Variable	n (%)
<b>Standort der Praxis in Ost-/Westdeutschland</b>	
Ostdeutschland	99 (10.2 %)
Westdeutschland	867 (89.8 %)

### Die F-Diagnosen

In den Anträgen wurde in 98 % der Fälle mindestens eine F-Diagnose laut ICD-10-GM beschrieben (n = 945). Davon wurde in 65 % der Fälle eine affektive Störung im Rahmen einer F30-F39 Erkrankung genannt (n = 628). 522 Mal wurde von einer neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störung in den Anträgen berichtet (Tabelle 4).

Tabelle 4: Häufigkeit der F-Diagnosen

F-Diagnose laut ICD-10-GM	Anzahl	Prozent
<b>F00-F09:</b> Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0	0 %
<b>F10-F19:</b> Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	30	3.1 %
<b>F20-F29:</b> Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	12	1.2 %
<b>F 30-F39:</b> Affektive Störungen	628	65.0 %
<b>F40-F49:</b> Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	522	54.0 %
<b>F50-F59:</b> Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	83	8.6 %
<b>F60-F69:</b> Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	169	17.5 %
<b>F70-F79:</b> Intelligenzminderung	2	0.2 %
<b>F80-F89:</b> Entwicklungsstörungen	2	0.2 %
<b>F90-F98:</b> Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	7	0.7 %

Hinweis: Ergibt keine 100%, da Mehrfachnennungen möglich sind

Bei insgesamt 395 Anträgen (41 %) wurde mehr als eine F-Diagnose angegeben, in 119 Fällen wurden zwei oder mehr F-Diagnosen genannt (12 %).

Bei der Verteilung hinsichtlich des beantragten Verfahrens zeigte sich, dass in 76 % der Fälle eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie beantragt wurde (n = 732). Knapp 24 % der Anträge entfielen auf eine analytische Psychotherapie (n = 234).

In den meisten Anträgen wurden Informationen zu den Patient\*innen von weiblichen Therapeut\*innen verfasst (n = 642), knapp ein Drittel der Patient\*innen wurden von männlichen Psychotherapeuten (n= 308) behandelt. Dabei handelte sich es in 58 % der Fälle um Psycholog\*innen, 41 % hatten ein Medizinstudium als Arzt bzw. Ärztin abgeschlossen. Bei sieben Anträgen lag sowohl ein Psychologie- als auch ein Medizinstudium als Grundausbildung bei den Therapeut\*innen vor (Abbildung 4).

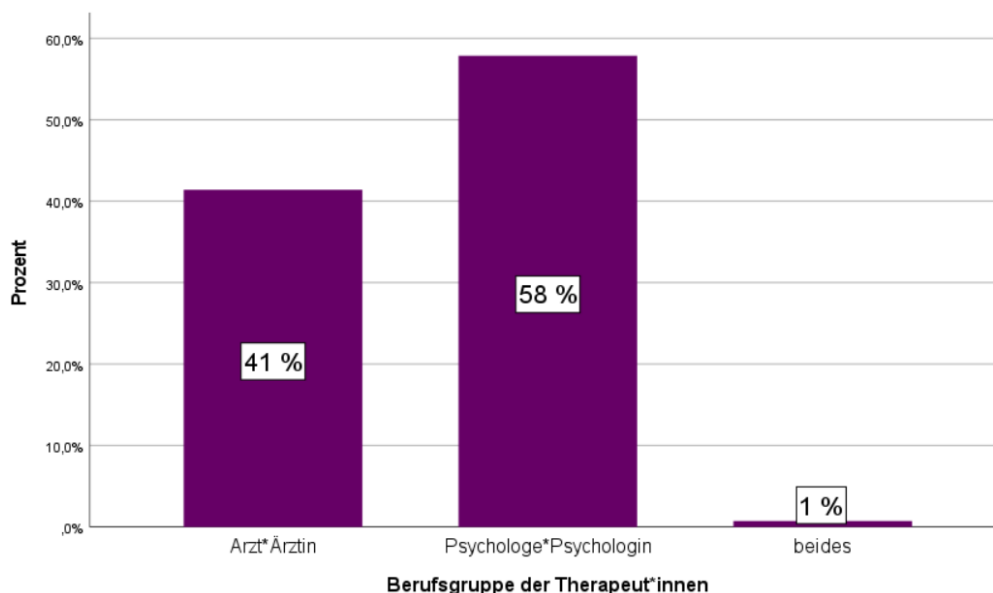


Abbildung 4: Berufsgruppe der Therapeut\*innen

In 10 % der Fälle wurde ein Antrag aus Ostdeutschland gestellt, 90 % aller Praxen lagen in Westdeutschland (n= 867).

## 5.2 Die Behandlungsfrequenz

Bei 72 % der Anträge wurde eine wöchentliche Frequenz von einer Stunde pro Woche beantragt (n = 691). In 53 Fällen wurde ein Antrag auf eine niedrigere Frequenz als ein Mal pro Woche gestellt, in 46 Fällen sollte drei Stunden pro Woche behandelt werden. Bei einem Fall wurde eine wöchentliche Frequenz von über drei Stunden pro Woche beantragt (Tabelle 5).

*Tabelle 5: Beantragte Behandlungsfrequenz*

<b>Behandlungsfrequenz</b>	<b>n (%)</b>
Seltener als 1 Stunde pro Woche	50 (5.2 %)
0,50 Stunden pro Woche	3 (0.3 %)
1 Stunde pro Woche	691 (71.5 %)
1,50 Stunden pro Woche	23 (2.4 %)
2 Stunden pro Woche	95 (9.8 %)
2,50 Stunden pro Woche	57 (5.9 %)
3 Stunden pro Woche	46 (4.8 %)
3,50 Stunden pro Woche	1 (0.1 %)
<b>Gesamt</b>	<b>966 (100 %)</b>

Insgesamt wurde bei 77 % der Anträge ein niedrigfrequentes Verfahren beantragt (n = 744), wohingegen in 22 % der Fälle ein höherfrequentes Verfahren (n = 222) geplant war (Abbildung 5).

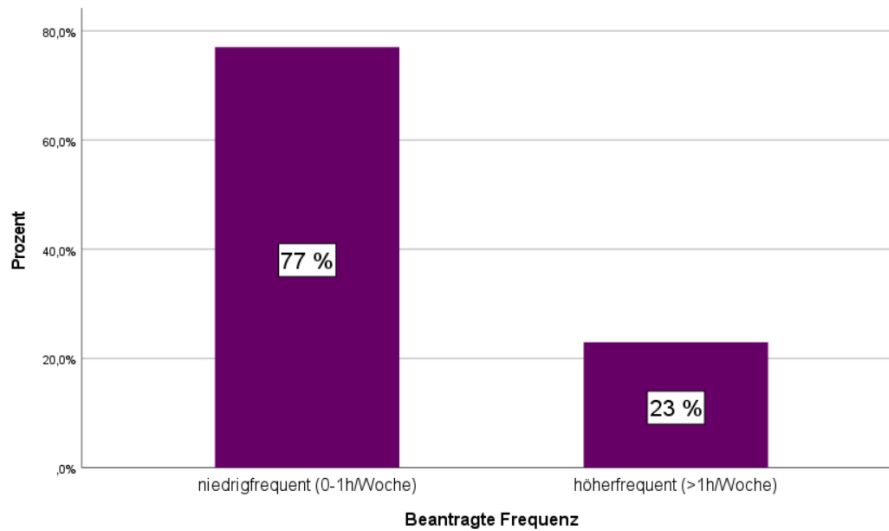


Abbildung 5: Anzahl der beantragten niedrig- oder höherfrequenten Behandlungen

Bei den 732 Anträgen für eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wurde in 98 % der Fälle (n = 716) eine niedrigfrequente Behandlungsfrequenz beantragt, dies entsprach einem Anteil von 74 % der gesamten Fälle (Abbildung 6). In 16 Fällen wurde ein Antrag auf eine höherfrequente tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gestellt.

Bei den 234 Anträgen für eine analytische Psychotherapie wurde mit 88 % vorwiegend eine höherfrequente Behandlung beantragt, dies entsprach 21 % der gesamten Fälle (Abbildung 6).

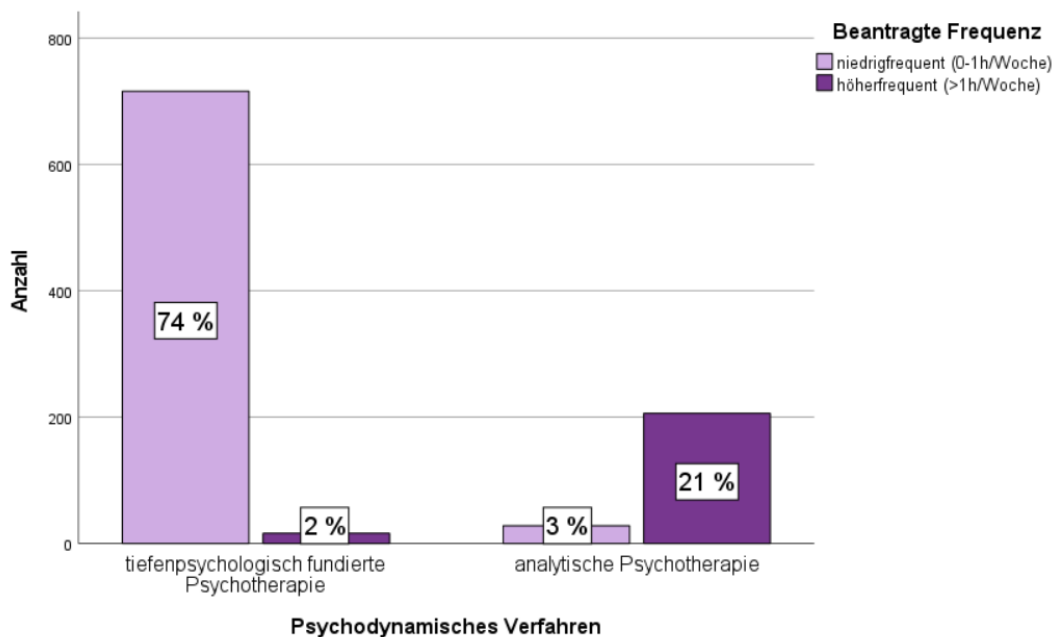


Abbildung 6: Behandlungsfrequenz je nach beantragtem Therapieverfahren

Die Behandlungsfrequenz je nach F-Diagnose

Bei der Aufschlüsselung der Behandlungsfrequenz nach F-Diagnosen zeigte sich, dass die niedrigfrequente Behandlung vor allem bei F10 und F20 Diagnosen beantragt wurde (Tabelle 6).

Tabelle 6: Behandlungsfrequenz nach F-Diagnosen

F-Diagnosen	Niedrigfrequent	Höherfrequent
<b>F00-F09:</b> Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	-	-
<b>F10-F19:</b> Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	28 (93.3 %)	2 (6.7 %)
<b>F20-F29:</b> Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	11 (91.7 %)	1 (8.3 %)
<b>F 30-F39:</b> Affektive Störungen	484 (77.1 %)	144 (22.9 %)
<b>F40-F49:</b> Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	408 (78.2 %)	114 (21.8 %)
<b>F50-F59:</b> Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	54 (65.1 %)	29 (34.9 %)
<b>F60-F69:</b> Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	106 (62.7 %)	63 (37.3 %)
<b>F70-F79:</b> Intelligenzminderung	1 (50.0 %)	1 (50.0 %)
<b>F80-F89:</b> Entwicklungsstörungen	1 (50.0 %)	1 (50.0 %)
<b>F90-F98:</b> Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	5 (71.4 %)	2 (28.6 %)

*Hinweis: Ergibt keine 100%, da Mehrfachnennungen möglich sind*

Bei den affektiven Störungen wurde in über zwei Drittel der der Fälle ein Antrag auf eine niedrigfrequente Behandlung gestellt, wohingegen bei 23 % eine höherfrequente Behandlung beantragt wurde. Eine ähnliche Verteilung zeigte sich bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen F40-F49 (Tabelle 6). Bei den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen wurde in 37 % der Fälle ein höherfrequentes Verfahren beantragt (Tabelle 6).

Unterschiede bei der beantragten Frequenz wurden auch bei den Schweregraden einer Erkrankung zum Beispiel anhand von Depressionen ersichtlich. Es zeigte sich, dass mit zunehmendem Schweregrad der Depression häufiger Anträge für eine niedrigfrequente Behandlung gestellt wurden (Tabelle 7). Bei leichter Depression wurden im Vergleich zur schweren Depression mehr höherfrequente Anträge gestellt (Tabelle 7).

*Tabelle 7: Behandlungsfrequenz je nach Schweregrad von Depressionen*

<b>Schweregrad der Depression</b>	Niedrigfrequent	Höherfrequent	Gesamt
leicht	46 (78.0 %)	13 (22.0 %)	59 (100 %)
mittel	276 (82.1 %)	60 (17.9 %)	336 (100 %)
schwer mit oder ohne psychotische Symptome	45 (84.9 %)	8 (15.1 %)	53 (100 %)
remittiert	0 ( 0.0 %)	1 (100 %)	1 (100 %)
<b>Gesamt</b>	<b>367 (81.7 %)</b>	<b>82 (18,3 %)</b>	<b>449 (100 %)</b>

### 5.3 Zusammenhang soziodemographischer Prädiktoren mit der Behandlungsfrequenz

#### Geschlecht der Patient\*innen

Höherfrequente Therapien wurden von 21 % der Frauen und 29 % der Männer beantragt (Tabelle 8). Die Wahrscheinlichkeit für die Beantragung einer höherfrequenten Therapie war bei Männern erhöht (OR 1.5; 95 %-KI 1.1 - 2.1;  $p = 0.02$ ; Tabelle 9)

#### Alter der Patient\*innen

Hinsichtlich der Altersverteilung zeigte sich, dass ältere Patient\*innen weniger häufig eine höherfrequente Therapie beantragten (Abbildung 7, Tabelle 8). Bei den unter 30-Jährigen beantragten 33 % der Patient\*innen eine höherfrequente Therapie, bei den 40- bis 49-Jährigen waren es 20 %. Bei den über 60- bis 69-Jährigen betrug der Anteil höherfrequenter Anträge 4 %, bei den über 70-jährigen Patient\*innen gab es keinen Antrag auf eine höherfrequente Therapie (Abbildung 7, Tabelle 8).

Bei der univariaten logistischen Regression zeigte sich keine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine höherfrequente Behandlungsfrequenz hinsichtlich des Alters (OR 1.0; 95 %-KI 0.9 - 1.0,  $p = <0.001$ ; Tabelle 9).

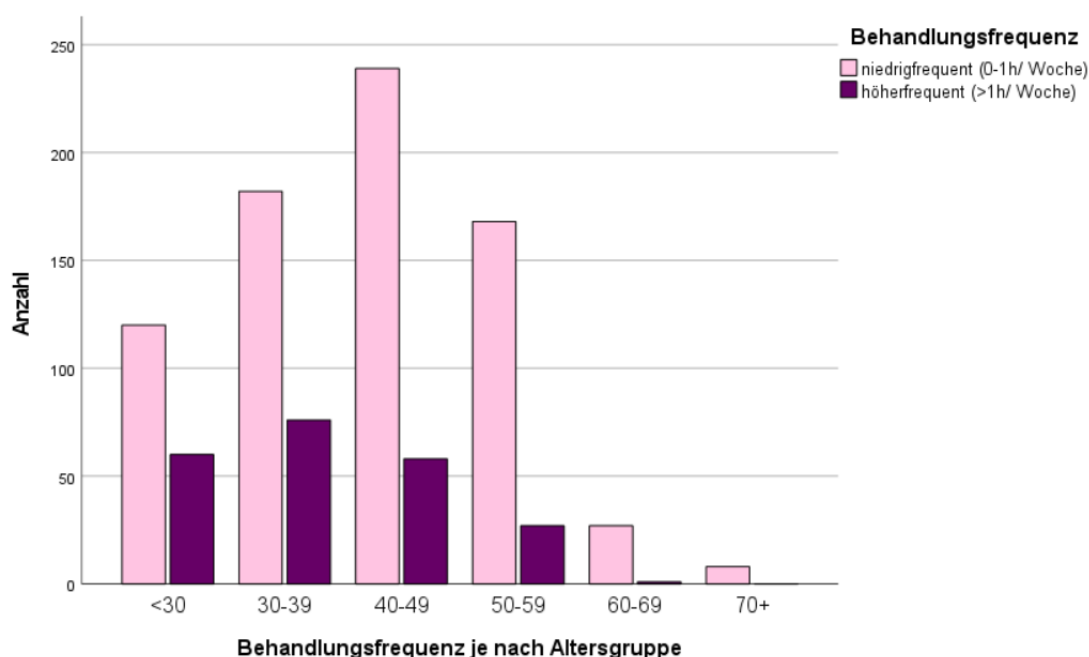


Abbildung 7: Behandlungsfrequenz je nach Altersgruppe

### Geburtsland der Patient\*innen

Patient\*innen, die in Deutschland geboren wurden, beantragten in 25 % der Fälle eine höherfrequente Therapie (Tabelle 8). Bei Angabe eines Geburtslandes im Globalen Norden, wurde in 18 % der Fälle ein höherfrequenter Antrag gestellt. Patient\*innen, die im (Süd-)Osten geboren wurden, unter anderem in Ost-Europa oder Ostasien, beantragten in 35 % der Fälle eine höherfrequente Therapie. Im Gegensatz dazu beantragten 11% der Patient\*innen, die im Globalen Süden geboren wurden, eine höherfrequente Therapie (Tabelle 8).

Bezüglich der Wahrscheinlichkeit zeigte sich ein erhöhtes Odds Ratio für die höherfrequente Behandlungsfrequenz bei einem Geburtsland im (Süd-)Osten (OR 1.6; 95 %-KI 0.8 - 3.3;  $p = 0.21$ ; Tabelle 9). Bei einem Geburtsland im Globalen Süden hingegen, reduzierte sich die Wahrscheinlichkeit für eine höherfrequente Behandlung um 60 % (OR 0.4; 95 %-KI 0.1 - 1.6;  $p = 0.19$ ; Tabelle 9).

### Migrationshintergrund der Patient\*innen

23 % der Patient\*innen, die selber migriert waren, beantragten eine höherfrequente Therapie (Tabelle 8). Im Vergleich dazu stieg die Anzahl auf 30 %, wenn die Patient\*innen nicht selbst sondern ihre Eltern oder Großeltern migriert waren (Tabelle 8).

Das Odds Ratio war bei Angabe eines eigenen Migrationshintergrundes nicht erhöht (OR 0.9; 95 %-KI 0.5 - 1.6,  $p = 0.75$ ; Tabelle 9). Bei positivem Migrationshintergrund der Verwandten stieg die Wahrscheinlichkeit für eine höherfrequente Behandlung kaum an (OR 1.3; 95 %-KI 0.7 - 2.5;  $p = 0.41$ ; Tabelle 9).

### Der höchste Schulabschluss der Patient\*innen

32 % der Patient\*innen mit einem (Fach-)Abitur als höchsten Schulabschluss beantragten eine höherfrequente Behandlung (Tabelle 8). Bei Patient\*innen mit Mittlerer Reife beantragten 15 % eine höherfrequente Therapie. Bei Angabe eines Hauptschulabschlusses als höchsten Schulabschluss beantragten 11 % eine höherfrequente Therapie (Tabelle 8). Wenn kein Abschluss vorlag bzw. ein anderer Schulabschluss wurde in 13 % der Fälle eine höherfrequente Therapie beantragt (Tabelle 8).

Bei der univariaten logistischen Regression zeigten sich unterschiedliche Wahrscheinlichkeiten für die höherfrequente Behandlung je nach Schulabschluss (Tabelle 9). Bei der Mittleren Reife halbierte sich die Wahrscheinlichkeit für eine höherfrequente

Behandlung (OR 0.4; 95 %-KI 0.2 - 0.6;  $p = <0.001$ ; Tabelle 9), bei einem Hauptschulabschluss reduzierte sie sich auf ein Drittel (OR 0.3; 95 %-KI 0.1 - 0.5;  $p = <0.001$ ; Tabelle 9). Ebenso zeigte sich bei keinem Schulabschluss bzw. einem anderen Schulabschluss eine geringere Wahrscheinlichkeit für die Beantragung einer höherfrequenten Behandlung (OR 0.3; 95 %-KI 0.1 - 1.3;  $p = 0.12$ ; Tabelle 9).

### Der höchste berufliche Abschluss der Patient\*innen

Patient\*innen, die als höchsten beruflichen Abschluss einen Universitäts- bzw. Fachhochschulabschluss erworben hatten, beantragten in 38 % der Fälle eine höherfrequente Behandlung. Bei Angabe eines Fachschulabschluss beantragten im Gegensatz dazu 4 % der Patient\*innen eine höherfrequente Therapie (Tabelle 8). Bei einer Lehre als höchsten beruflichen Abschluss lag die Quote bei 16 %. Lag kein Berufsabschluss bzw. ein anderer beruflicher Abschluss vor, so beantragten 22 % eine höherfrequente Therapie (Tabelle 8). Beim Vergleich der Odds Ratios zur Referenzkategorie des Universitäts-/ bzw. Fachhochschulabschlusses zeigte sich eine um 90 % geringere Wahrscheinlichkeit für eine höherfrequente Behandlung bei Vorliegen eines Fachschulabschluss (OR 0.1; 95 %-KI 0.0 - 0.5;  $p = 0.01$ ; Tabelle 9). Bei einer Lehre reduzierte sich die Wahrscheinlichkeit für eine höherfrequente Therapie auf 30 % (OR 0.3; 95 %-KI 0.2 - 0.4;  $p = <0.001$ ; Tabelle 9). Das Odds Ratio halbierte sich fehlendem Berufsabschluss bzw. bei Nennung eines anderen Berufsabschlusses (OR 0.5; 95 %-KI 0.3 - 0.8;  $p = 0.004$ ; Tabelle 9).

### Erwerbsstatus der Patient\*innen

Patient\*innen, die einer Vollzeit- bzw. Halbtagsbeschäftigung nachgingen oder eine Rente bezogen, beantragten in 22 % der Fälle eine höherfrequente Therapie (Tabelle 8). Bei einer Erwerbslosigkeit reduzierte sich der Anteil derer, die eine höherfrequente Therapie beantragten, auf 18 %. Bei Angabe eines Studiums oder einer Ausbildung beantragten 39 % der Patient\*innen eine höherfrequente Behandlung. Patient\*innen, die wenige Stunden pro Woche arbeiteten, im Haushalt tätig waren oder eine Erwerbsminderungsrente erhielten, beantragten in 17 % der Fälle eine höherfrequente Therapie (Tabelle 8). Bei der univariaten logistischen Regressionsanalyse zeigte sich, dass sich die Wahrscheinlichkeit für eine höherfrequente Behandlung bei Vorliegen einer Erwerbslosigkeit kaum veränderte (OR 0.8; 95 %-KI 0.5 - 1.3,  $p = 0.40$ ; Tabelle 9). Bei einem Studium oder einer Ausbildung als Erwerbsstatus stieg die Wahrscheinlichkeit für ein höherfrequentes

Verfahren hingegen deutlich an (OR 2.3; 95 %-KI 1.4 - 3.7;  $p = <0.001$ ; Tabelle 9). Eine reduzierte Beschäftigung bzw. eine Haushaltstätigkeit oder der Bezug einer Erwerbsminderungsrente ging mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für eine höherfrequente Therapie einher (OR 0.7; 95 %-KI 0.4 – 1.2;  $p = 0.21$ ; Tabelle 9).

#### Krankschreibung bei Patient\*innen

Patient\*innen, die aktuell krankgeschrieben waren, beantragten in 12 % der Fälle eine höherfrequente Behandlung, bei keiner Krankschreibung bzw. unbekanntem Status waren es im Gegensatz dazu 24 % (Tabelle 8).

Die Wahrscheinlichkeit einer höherfrequenten Therapie reduzierte sich um 50 % bei Vorliegen einer Krankschreibung (OR 0.5; 95 %-KI 0.2 - 1.1;  $p = 0.07$ ; Tabelle 9).

### **5.4 Zusammenhang krankheitsbezogener Prädiktoren mit der Behandlungsfrequenz**

#### Suizidalität

Patient\*innen, die über aktuelle Suizidgedanken oder -versuche berichteten, beantragten in 31 % der Fälle eine höherfrequente Therapie (Tabelle 8).

Bei der univariaten logistischen Regression zeigte sich eine über anderthalbfach erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine höherfrequente Behandlung bei Vorliegen aktueller Suizidgedanken oder -versuche (OR 1.6; 95 %-KI 1.0 – 2.4;  $p = 0.05$ ; Tabelle 9).

## **5.5 Zusammenhang Therapeut\*innen-bezogener Prädiktoren mit der Behandlungsfrequenz**

### Geschlecht der Therapeut\*innen

Hinsichtlich des Geschlechts der Therapeut\*innen zeigte sich, dass bei 28 % der Anträge auf eine höherfrequente Behandlung männliche Therapeuten als Behandler angegeben wurden (Tabelle 8). Bei 21 % der höherfrequenten Anträge waren weibliche Therapeutinnen zuständig (Tabelle 8).

Das Odds Ratio für die höherfrequente Behandlung zeigte sich in Bezug auf das Geschlecht bei weiblichen Therapeutinnen kaum verändert (OR 0.7; 95 %-KI 0.5 – 0.9;  $p = 0.01$ ; Tabelle 9).

### Berufsgruppe der Therapeut\*innen

Bei der Auswertung der Anträge zeigte sich, dass bei 22 % der höherfrequenten Anträge ein\*eine Arzt\*Ärztin als Therapeut\*in genannt wurde (Tabelle 8). Bei 24 % der höherfrequenten Anträge wurde ein\*eine Psychologe\*Psychologin als Therapeut\*in benannt. Bei 14 % der höherfrequenten Anträge wurde von einem\*einer Therapeut\*in berichtet, der\*die beide Grundausbildungen absolviert hatte (Tabelle 8).

Bei der univariaten logistischen Regression zeigte sich kein Unterschied bezüglich höherfrequenten Anträgen im Zusammenhang mit der einzelnen Berufsgruppe. Bei Vorliegen beider Grundausbildungen reduzierte sich die Wahrscheinlichkeit für die höherfrequente Behandlung (OR 0.6; 95 %-KI 0.1 – 5.0 ;  $p = 0.63$ ; Tabelle 9).

### Psychotherapeut\*innen in Ausbildung

Bei 32 Anträgen wurde von einer Psycholog\*in in Ausbildung (PiA) berichtet. Bei höherfrequenten Anträgen lag in 22 % eine Ausbildungssituation vor (Tabelle 8). Das Odds Ratio bei höherfrequenten Therapien zeigte sich hinsichtlich der Betreuung durch Ausbildungskandidat\*innen nicht verändert (OR 0.9; 95 %-KI 0.4 – 2.2;  $p = 0.88$ ; Tabelle 9).

Standort der Praxis in Ost- oder Westdeutschland

In 14 % der Fälle wurde ein Antrag für eine höherfrequente Behandlung durch Patient\*innen eingereicht, die in einer Praxis in Ostdeutschland behandelt wurden. In 24 % der höherfrequenten Anträge lag die Praxis in Westdeutschland (Abbildung 8, Tabelle 8).

Die Wahrscheinlichkeit für eine höherfrequente Behandlung verdoppelte sich bei Lage der Praxis in Westdeutschland (OR 1.9; 95 %-KI 1.1 – 3.4;  $p = 0.03$ ; Tabelle 9).

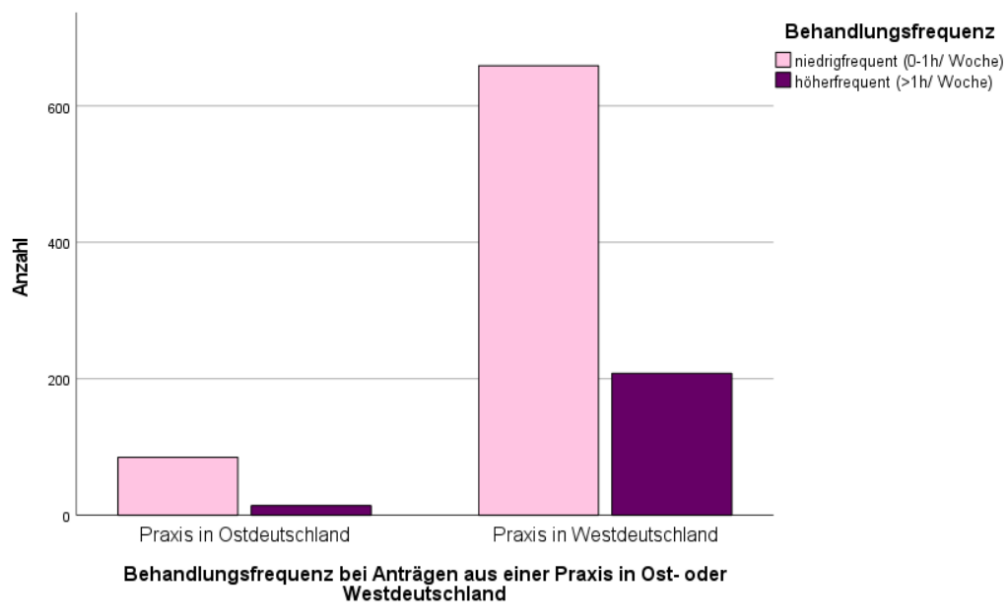


Abbildung 8: Behandlungsfrequenz bei Anträgen aus einer Praxis in Ost- oder Westdeutschland

Tabelle 8: Soziodemographische, krankheitsbezogene und Therapeut\*innen-bezogene Merkmale bei niedrig- und höherfrequenten Anträgen

Variable	Niedrigfrequent	Höherfrequent	Gesamt
<b>Geschlecht</b>			
Weiblich (Referenz)	591 (78.7 %)	160 (21.3 %)	751 (100 %)
Männlich	153 (71.2 %)	62 (28.8 %)	215 (100 %)
<b>Alter</b>			
< 30- Jährige	120 (66.7 %)	60 (33.3 %)	180 (100 %)
30 – 39- Jährige	182 (70.5 %)	76 (29.5 %)	258 (100 %)
40 – 49- Jährige	239 (80.5 %)	58 (19.5 %)	297 (100 %)
50 – 59- Jährige	168 (86.2 %)	27 (13.8 %)	195 (100 %)
60 – 69- Jährige	27 (96.4 %)	1 (3.6 %)	28 (100 %)
> 70- Jährige	8 (100 %)	0 (0.0 %)	8 (100 %)
<b>Geburtsland</b>			
Deutschland (Referenz)	332 (74.6 %)	113 (25.4 %)	445 (100 %)
Globaler Norden (inkl. EU-Länder, Schweiz, Norwegen, Nordamerika und Australien)	14 (82.4 %)	3 (17.6 %)	17 (100 %)
(Süd-) Osten	22 (64.7 %)	12 (35.3 %)	34 (100 %)
Globaler Süden	16 (88.9 %)	2 (11.1 %)	18 (100 %)
Unbekannt/ Nicht eindeutig	360 (79.6 %)	92 (20.4 %)	452 (100 %)
<b>Migrationshintergrund</b>			
Kein Migrationshintergrund (Referenz)	270 (75.4 %)	88 (24.6 %)	358 (100 %)
Selber migriert	64 (77.1 %)	19 (22.9 %)	83 (100 %)
Verwandte migriert	35 (70.0 %)	15 (30.0 %)	50 (100 %)
Unbekannt/ nicht eindeutig	375 (78.9 %)	100 (21.1 %)	475 (100 %)
<b>Höchster Schulabschluss</b>			
(Fach-) Abitur (Referenz)	255 (67.8 %)	121 (32.2 %)	376 (100 %)
Mittlere Reife	181 (85.4 %)	31 (14.6 %)	212 (100 %)
Hauptschulabschluss	83 (89.2 %)	10 (10.8 %)	93 (100 %)

Variable	Niedrigfrequent	Höherfrequent	Gesamt
<b>Höchster Schulabschluss</b>			
Kein Abschluss/ anderer Abschluss	14 (87.5 %)	2 (12.5 %)	16 (100 %)
Unbekannt/ nicht eindeutig	211 (78.4 %)	58 (21.6 %)	269 (100 %)
<b>Höchster beruflicher Abschluss</b>			
Universitäts-/ Fachhochschulabschluss (Referenz)	167 (62.3 %)	101 (37.7 %)	268 (100 %)
Fachschule	23 (95.8 %)	1 (4.2 %)	24 (100 %)
Lehre	362 (84.4 %)	67 (15.6 %)	429 (100 %)
Kein beruflicher Abschluss/ anderer beruflicher Abschluss	87 (77.7 %)	25 (22.3 %)	112 (100 %)
Unbekannt/ nicht eindeutig	105 (78.9 %)	28 (21.1 %)	133 (100 %)
<b>Erwerbsstatus</b>			
Erwerbstätig oder in Altersrente (Referenz)	369 (78.0 %)	104 (22.0 %)	473 (100 %)
Erwerbslos	93 (81.6 %)	21 (18.4 %)	114 (100 %)
Studium/ Ausbildung	57 (60.6 %)	37 (39.4 %)	94 (100 %)
Geringe Erwerbstätigkeit oder Erwerbsminderungsrente	104 (83.2 %)	21 (16.8 %)	125 (100 %)
Unbekannt/ nicht eindeutig	121 (75.6 %)	39 (24.4 %)	160 (100 %)
<b>Krankschreibung</b>			
Nein (Referenz)	701 (76.4 %)	216 (23.6 %)	917 (100 %)
Ja	43 (87.8 %)	6 (12.2 %)	49 (100 %)
<b>Suizidalität</b>			
Nein (Referenz)	669 (78.0 %)	189 (22.0 %)	858 (100 %)
Ja	75 (69.4 %)	33 (30.6 %)	108 (100 %)
<b>Geschlecht der Therapeut*innen</b>			
Männlich (Referenz)	222 (72.1 %)	86 (27.9 %)	308 (100 %)
Weiblich	510 (79.4 %)	132 (20.6 %)	642 (100 %)

Variable	Niedrigfrequent	Höherfrequent	Gesamt
<b>Berufsgruppe der Therapeut*innen</b>			
Arzt*Ärztin (Referenz)	312 (78.0 %)	88 (22.0 %)	400 (100 %)
Psychologe*Psychologin	426 (76.2 %)	133 (23.8 %)	559 (100 %)
Beides	6 (85.7 %)	1 (14.3 %)	7 (100 %)
<b>Psychotherapeut*innen in Ausbildung</b>			
Nein (Referenz)	719 (77.0 %)	215 (23.0 %)	934 (100 %)
Ja	25 (78.1 %)	7 (21.9 %)	32 (100 %)
<b>Praxis in Ost- oder Westdeutschland</b>			
Ostdeutschland (Referenz)	85 (85.9 %)	14 (14.1 %)	99 (100 %)
Westdeutschland	659 (76.0 %)	208 (24.0 %)	867 (100 %)

Tabelle 9: Zusammenhang soziodemographischer, krankheitsbezogener und Therapeut\*innen-bezogener Prädiktoren mit der Behandlungsfrequenz

		Konfidenzintervall			
		OR	OG	UG	p
<b>Geschlecht</b>	Weiblich (Referenz)	1.5	1.1	2.1	0.02
<b>Alter</b>	kontinuierlich	1.0	0.9	1.0	<0.001
<b>Geburtsland</b>	Deutschland (Referenz)	1.0	//	//	//
	Globaler Norden	0.6	0.2	2.2	0.47
	(Süd-)Osten	1.6	0.8	3.3	0.21
	Globaler Süden	0.4	0.1	1.6	0.19
	Unbekannt/ nicht eindeutig	0.8	0.5	1.0	0.07
<b>Migrationshintergrund</b>	Kein Migrationshintergrund (Referenz)	1.0	//	//	//
	Selber migriert	0.9	0.5	1.6	0.75
	Verwandte migriert	1.3	0.7	2.5	0.41
	Unbekannt/ nicht eindeutig	0.8	0.6	1.1	0.23
<b>Höchster Schulabschluss</b>	(Fach-) Abitur (Referenz)	1.0	//	//	//
	Mittlere Reife	0.4	0.2	0.6	<0.001
	Hauptschulabschluss	0.3	0.1	0.5	<0.001
	Kein Abschluss/ anderer Abschluss	0.3	0.1	1.3	0.12
	Unbekannt/ nicht eindeutig	0.6	0.4	0.8	0.003
<b>Höchster beruflicher Abschluss</b>	Universitäts-/Fachhochschulabschluss (Referenz)	1.0	//	//	//
	Fachschule	0.1	0.0	0.5	0.01
	Lehre	0.3	0.2	0.4	<0.001
	Kein beruflicher Abschluss/ anderer beruflicher Abschluss	0.5	0.3	0.8	0.004
	Unbekannt/ nicht eindeutig	0.4	0.3	0.7	<0.001

Erläuterung: OR = Odds-Ratio; KI = Konfidenzintervall; UG = untere Grenze; OG = obere Grenze; p = Signifikanzwert; n = 966.

		<b>Konfidenzintervall</b>			
		<b>OR</b>	<b>OG</b>	<b>UG</b>	<b>p</b>
<b>Erwerbsstatus</b>	Erwerbstätig oder in Altersrente (Referenz)	1.0	//	//	//
	Erwerbslos	0.8	0.5	1.3	0.40
	Studium/ Ausbildung	2.3	1.4	3.7	<0.001
	Geringe Erwerbstätigkeit oder Erwerbsminderungsrente	0.7	0.4	1.2	0.21
	Unbekannt/ nicht eindeutig	1.1	0.8	1.7	0.53
<b>Krankschreibung</b>	Nein (Referenz)	0.5	0.2	1.1	0.07
<b>Suizidalität</b>	Nein (Referenz)	1.6	1.0	2.4	0.05
<b>Geschlecht der Therapeut*innen</b>	Männlich (Referenz)	1.0	//	//	//
	Weiblich	0.7	0.5	0.9	0.01
	Unbekannt/ nicht eindeutig	0.9	0.3	2.7	0.80
<b>Berufsgruppe der Therapeut*innen</b>	Arzt*Ärztin (Referenz)	1.0	//	//	//
	Psychologe*Psychologin	1.1	0.8	1.5	0.52
	Beides	0.6	0.1	5.0	0.63
<b>Psychotherapeut*innen in Ausbildung</b>	Nein (Referenz)	0.9	0.4	2.2	0.88
<b>Standort der Praxis in Ost-/Westdeutschland</b>	Ostdeutschland (Referenz)	1.9	1.1	3.4	0.03

Erläuterung: OR = Odds-Ratio; KI = Konfidenzintervall; UG = untere Grenze; OG = obere Grenze; p = Signifikanzwert; n = 966.

## 5.6 Zusammenhang aller untersuchten Prädiktoren mit der beantragten Behandlungsfrequenz

Bezüglich des Geschlechts der Patient\*innen zeigte sich bei Männern eine um 50 % erhöhte Wahrscheinlichkeit für die höherfrequente Behandlung (OR 1.5; 95 %-KI 1.0 – 2.3;  $p = 0.05$ ; Tabelle 10).

Bei der Betrachtung des Alters der Patient\*innen gab es keine Hinweise auf einen Zusammenhang mit der Behandlungsfrequenz (Tabelle 10).

Beim Geburtsland der Patient\*innen stieg die Wahrscheinlichkeit für eine höherfrequente Behandlung, wenn die Patient\*innen im (Süd-)Osten, also zum Beispiel in Ost-Europa oder Ost-Asien, geboren waren (OR 2.0; 95 %-KI 0.4 – 10.4,  $p = 0.39$ ; Tabelle 10). Bei Angabe eines Geburtslandes im Globalen Süden reduzierte sich die Wahrscheinlichkeit für eine höherfrequente Behandlung (OR 0.2; 95 %-KI 0.0 – 2.3;  $p = 0.19$ ). Diese Ergebnisse waren statistisch nicht signifikant (Tabelle 10).

Es gab keinen Hinweis darauf, dass die Behandlungsfrequenz mit dem Migrationshintergrund zusammenhängen könnte (Tabelle 10).

Bei den Schulabschlüssen zeigte sich, dass sich die Wahrscheinlichkeit für eine höherfrequente Behandlung bei Vorliegen eines Hauptschulabschlusses halbierte (OR 0.5; 95 %-KI 0.2 – 1.2;  $p = 0.12$ ; Tabelle 10).

Bei den höchsten Berufsabschlüssen zeigte sich eine um 90 % reduzierte Wahrscheinlichkeit für die Beantragung einer höherfrequenten Therapie bei Vorliegen eines Fachschulabschlusses (OR 0.1; 95 %-KI 0.0 – 0.5;  $p = 0.01$ ). Bei allen anderen untersuchten Berufsabschlüssen reduzierte sie sich jeweils um 60 % (Tabelle 10). Diese Ergebnisse waren statistisch signifikant (Tabelle 10).

Es gab keine Hinweise darauf, dass die Behandlungsfrequenz mit dem Erwerbsstatus zusammenhängt (Tabelle 10).

Bei Vorliegen einer Krankschreibung reduzierte sich die Wahrscheinlichkeit für die höherfrequente Behandlung um 40 % (Tabelle 10).

Bei der Untersuchung des krankheitsbezogenen Faktors der Suizidalität schien es einen Zusammenhang mit der Behandlungsfrequenz zu geben. Bei Nennung aktueller

Suizidgedanken- oder versuche verdoppelte sich praktisch die Wahrscheinlichkeit für eine höherfrequente Behandlung (OR 1.9; 95 %-KI 1.1 – 3.1;  $p = 0.02$ ; Tabelle 10).

Hinsichtlich des Geschlechts der Therapeut\*innen zeigte sich kein Zusammenhang mit der Behandlungsfrequenz (Tabelle 10).

Bei der zu Grunde liegenden Berufsgruppe der Therapeut\*innen zeigte sich keine veränderte Wahrscheinlichkeit für die höherfrequente Behandlung bei ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeut\*innen. Bei Vorliegen beider Grundausbildung reduzierte sich die Wahrscheinlichkeit für eine höherfrequente Behandlung (OR 0.6; 95 %-KI 0.1 – 5.4;  $p = 0.62$ ; Tabelle 10).

Lag eine Ausbildungssituation vor, reduzierte sich die Wahrscheinlichkeit für ein höherfrequentes Verfahren (OR 0.6; 95 %-KI 0.2 – 1.5;  $p = 0.25$ ; Tabelle 10).

Es zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der Lage der Praxis und der Behandlungsfrequenz. Die Wahrscheinlichkeit für eine höherfrequente Behandlung stieg auf mehr als das Doppelte an, wenn die Praxis in Westdeutschland lag (OR 2.4; 95 %-KI 1.3 - 4.5;  $p = 0.01$ ; Tabelle 10).

Tabelle 10: Zusammenhang aller untersuchten Prädiktoren mit der Behandlungsfrequenz

		Konfidenzintervall			
		OR	UG	OG	<i>p</i>
Geschlecht	Weiblich (Referenz)	1.5	1.0	2.3	0.05
Alter	kontinuierlich	1.0	0.9	1.0	<0.001
Geburtsland	Deutschland (Referenz)	1.0	//	//	//
	Globaler Norden	1.0	0.1	7.4	0.97
	(Süd-) Osten	2.0	0.4	10.4	0.39
	Globaler Süden	0.2	0.0	2.3	0.19
	Unbekannt/ nicht eindeutig	0.4	0.2	0.9	0.03

Erläuterung: OR = Odds-Ratio; KI = Konfidenzintervall; UG = untere Grenze; OG = obere Grenze;  $p$  = Signifikanzwert;  $n = 966$ .

		<b>Konfidenzintervall</b>			
		<b>OR</b>	UG	OG	<b>p</b>
Migrationshintergrund	Kein Migrationshintergrund (Referenz)	1.0	//	//	//
	Selber migriert	0.8	0.7	3.3	0.71
	Verwandte migriert	0.9	0.4	2.0	0.87
	Unbekannt/ nicht eindeutig	1.5	0.7	3.4	0.34
Höchster Schulabschluss	(Fach-) Abitur (Referenz)	1.0	//	//	//
	Mittlere Reife	0.7	0.4	1.3	0.30
	Hauptschule	0.5	0.2	1.2	0.12
	Kein Abschluss/ anderer Abschluss	0.7	0.1	3.4	0.65
	Unbekannt/ nicht eindeutig	1.1	0.7	1.9	0.63
Höchster beruflicher Abschluss	Universitäts-/Fachhoch- schulabschluss (Referenz)	1.0	//	//	//
	Fachschule	0.1	0.0	0.5	0.01
	Lehre	0.4	0.2	0.6	<0.001
	Anderer/ kein Abschluss	0.4	0.2	0.8	0.01
	Unbekannt/ nicht eindeutig	0.4	0.2	0.8	0.01
Erwerbsstatus	Erwerbstätig oder in Altersrente (Referenz)	1.0	//	//	//
	Erwerbslos	1.0	0.6	1.8	0.94
	Studium/Ausbildung	1.1	0.6	1.9	0.86
	Geringe Erwerbstätigkeit oder Erwerbsminderungsrente	1.2	0.7	2.2	0.55
	Unbekannt/ nicht eindeutig	1.7	1.0	2.7	0.05
Krankschreibung	Nein (Referenz)	0.6	0.3	1.6	0.34
Suizidalität	Nein (Referenz)	1.9	1.1	3.1	0.02

Erläuterung: OR = Odds-Ratio; KI = Konfidenzintervall; UG = untere Grenze; OG = obere Grenze; p = Signifikanzwert; n = 966.

Ergebnisse

		<b>Konfidenzintervall</b>			
		<b>OR</b>	UG	OG	<b>p</b>
Geschlecht der Therapeut*innen	Männlich (Referenz)	1.0	//	//	//
	Weiblich	0.8	0.6	1.1	0.22
	Unbekannt/ nicht eindeutig	0.9	0.2	3.3	0.84
Berufsgruppe der Therapeut*innen	Arzt*Ärztin (Referenz)	1.0	//	//	//
	Psychologe*Psychologin	1.1	0.8	1.6	0.56
	Beides	0.6	0.1	5.4	0.62
Psychotherapeut*innen in Ausbildung	Nein (Referenz)	0.6	0.2	1.5	0.25
Standort der Praxis in Ost-/Westdeutschland	Ostdeutschland (Referenz)	2.4	1.3	4.5	0.01

Erläuterung: OR = Odds-Ratio; KI = Konfidenzintervall; UG = untere Grenze; OG = obere Grenze; p = Signifikanzwert; n = 966.

## 6 Diskussion

### 6.1 Diskussion der Methodik

Vorteilhaft bei der Frage nach der Behandlungsfrequenz war in dieser retrospektiven Studie die Erhebung der Daten im Vorfeld, ohne dass zuvor explizit Informationen für diese Studie abgefragt wurden. Im Vergleich zu prospektiven Studien sind mögliche Fehlerquellen wie Umgebungsfaktoren und sich verändernde Settings (Erekson et al., 2022) hinsichtlich des gewählten Studiendesigns weniger wahrscheinlich. Da die Daten bereits pseudonymisiert vorlagen, war der Datenschutz jederzeit gewährleistet. Nachteilig können im Rahmen des Studiendesigns Störfaktoren nicht sicher ausgeschlossen werden.

Die Zusammensetzung der Stichprobe stellt einen weiteren Diskussionspunkt der Studie dar. Hinsichtlich des Geschlechts zeigte sich bezüglich der Behandlungsfrequenz eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine höherfrequente Behandlung bei Männern. In dieser Studie stellten aber mehrheitlich weibliche Patient\*innen einen Antrag auf eine ambulante Psychotherapie. Die Zusammensetzung der Stichprobe ähnelte damit aber anderen Patient\*innenkollektiven, die ambulant psychotherapeutische Hilfe suchten oder in Anspruch nahmen (Hartmann & Zepf, 2004; Rommel et al., 2017). Auf die Allgemeinbevölkerung bezogen zeigte sich ebenfalls ein höherer Anteil der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen bei Frauen (Rommel et al., 2017). Um einer Verzerrung vorzubeugen wäre es deshalb sinnvoll in folgenden Studien die Behandlungsfrequenz nach vorheriger Randomisierung näher zu untersuchen.

Es zeigte sich kein Zusammenhang der Altersverteilung mit der Behandlungsfrequenz. Hinsichtlich des Alters der Stichprobe wurde ein Durchschnittsalter von 41 Jahren berechnet. Diese Zahl deckte sich mit dem Altersdurchschnitt vorheriger Studien (Hartmann & Zepf, 2004). Bei der genaueren Betrachtung der Altersverteilung fiel auf, dass vor allem der Anteil der über 50-Jährigen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, der in den letzten Jahren tendenziell anstieg (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2023), gering ausfiel. Der Anteil der über 65-Jährigen betrug nur knapp 4% in dieser Studie.

Insgesamt muss von einer geringeren Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen und damit einer Unterversorgung von älteren Patient\*innen ausgegangen werden (Maercker, 2003; Reimer et al., 2007). Um diesem Problem Rechnung zu tragen, wären gezieltere Untersuchungen in dieser Altersgruppe auch hinsichtlich der Behandlungsfrequenz in Zukunft wünschenswert.

Die Zusammensetzung der Stichprobe ausschließlich aus Patient\*innen mit diagnostizierten psychischen Erkrankungen sollte ebenfalls diskutiert werden. So wurden ausschließlich Menschen betrachtet, die aktuell einen Antrag für eine psychotherapeutische Behandlung gestellt hatten und somit in eine Behandlungsstichprobe fielen. Häufig wurden affektive oder neurotische bzw. somatoforme Störungen genannt, des Öfteren lagen mehrere psychiatrische Diagnosen vor. Ohne Randomisierung im Vorfeld ist eine Stichprobenverzerrung mit geringerer Repräsentativität für die Allgemeinbevölkerung nicht ausschließbar. Um dieser Stichprobenverzerrung entgegenzuwirken, wäre es sinnvoll in kommenden Studien die untersuchten Gruppen gleichmäßig aufzuteilen.

Die Untersuchung der Therapieverfahren zeigte, dass zum Beispiel knapp 98 % der Anträge für eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit einer niedrigfrequenten Behandlung einhergingen. Aufschlussreich war, dass bei 28 Anträgen für eine analytische Psychotherapie ein niedrigfrequentes Verfahren beantragt wurde. Weitere Gründe für die Wahl der Behandlungsfrequenz zum Beispiel im Rahmen einer qualitativen Auswertung hätten in dieser Dissertation zu weit geführt. Darüber hinaus lagen dieser Studie ausschließlich Anträge auf tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien oder analytische Psychotherapien vor. Die Verhaltenstherapie und die systemische Therapie waren in dem verwendeten Datensatz nicht vertreten. In folgenden Untersuchungen wäre es daher von Interesse, bei einer größeren Stichprobe das beantragte Therapieverfahren hinsichtlich der gewählten Behandlungsfrequenz näher zu analysieren.

Bei den Schweregraden von Depressionen zeigte sich im Hinblick auf die Behandlungsfrequenz, dass ein höherer Schweregrad nicht unbedingt mit einer höheren Behandlungsfrequenz einherging. In mehreren Studien wurde die Wirksamkeit von medikamentöser Therapie und Psychotherapie bei Depressionen untersucht (Huhn et al., 2014; Voderholzer & Barton, 2016). Gemäß der Leitlinie zu Depressionen soll bei rezidivierenden Verläufen oder schwerer Depression immer eine Kombination mit einer Pharmakotherapie erwogen werden (Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e.V. et al., 2022). Die Studien weisen immer wieder auf Unterschiede bei den durchgeführten ambulanten Psychotherapieverfahren und angewendeten Methoden hin (Huhn et al., 2014), welche Rolle die Behandlungsfrequenz in diesem Rahmen spielen könnte, wurde bislang nicht thematisiert. In folgenden Studien wäre es daher von Interesse, den Zusammenhang zwischen Schweregrad und Symptomlast einzelner psychiatrischer Syndrome anhand einer größeren Stichprobe in Bezug zur gewählten Behandlungsfrequenz

zu untersuchen. Das krankheitsbezogene Merkmale eine Rolle spielen könnten, zum Beispiel im Rahmen von Suizidalität, kann anhand der Ergebnisse vermutet werden.

Die zu Beginn festgelegte Definition von niedrig- und höherfrequenten Behandlungsfrequenzen und Erstellung der Zielvariable stellt einen weiteren strittigen Punkt der vorliegenden Dissertation dar. Laut Psychotherapie-Richtlinie sollen bis zu drei Behandlungsstunden pro Woche durchgeführt werden (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie [Psychotherapie-Richtlinie]. Gemeinsamer Bundesausschuss, i. d. F. v. 2024). Höhere Behandlungsfrequenzen pro Wochen müssen separat beantragt werden (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie [Psychotherapie-Richtlinie]. Gemeinsamer Bundesausschuss, i. d. F. v. 2024).

Die Definierung von niedrig- und höherfrequenten Behandlungen ist sehr variabel. Historisch gesehen wurde eine klassische höherfrequente Behandlung zum Beispiel von Freud durchgeführt, der vor ca. 100 Jahren noch bis zu sechsmal wöchentlich therapierte (Freud, 1913). Seit Jahren zeigt sich eine sukzessive Verringerung der wöchentlichen Frequenz, vereinzelt sprechen Therapeut\*innen bei zwei Terminen pro Woche bei einer analytischen Psychotherapie bereits von einer höherfrequenten Behandlung (Reisinger, 2008). In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist die Behandlungsfrequenz von einer Stunde pro Woche weit verbreitet, häufiger wird sogar eine niedrigere Frequenz gewählt, um eine längere Gesamtdauer der Therapie zu gewährleisten (Altmeyer, 2007). In der vorliegenden Studie wurde eine niedrigfrequente Behandlungsfrequenz definiert als eine Psychotherapie mit bis zu einer Stunde wöchentlich, alles darüber hinaus wurde als höherfrequente Behandlungsfrequenz zusammengefasst. Da die Extraktionsbögen mehrere Fragestellungen für das ganze Projekt umfassten, war die Frage nach der Frequenz nicht auf die vorliegende Fragestellung zur niedrig- oder höherfrequenten Behandlungsfrequenz zugeschnitten. Detaillierte Gründe für die Wahl der Behandlungsfrequenz wurden oft nicht genannt. Darüber hinaus muss angemerkt werden, dass bei der Datenextraktion die eindeutige Codierung der Frequenz vor allem bei wechselnden Settings ggf. erschwert war. Die Variabilität der Behandlungsfrequenz und deren Begründung konnten deshalb in der vorliegenden Studie nicht vollends dargestellt werden. In folgenden Untersuchungen wäre es sinnvoll, Gründe für die Wahl der Behandlungsfrequenz näher zu erfragen und auch die Variationen zum Beispiel mit zwei - wöchentlichen Abständen zu analysieren. Problematisch in diesem Zusammenhang ist das bestehende Antragswesen, da die Psychotherapeut\*innen keine Gründe für die gewünschte Behandlungsfrequenz angeben müssen. Zu diskutieren wäre auch die Frage nach der Unterscheidung der Behandlungsfrequenz je nach gewähltem Verfahren laut Psychotherapie-Richtlinie. Dafür müsste jedoch eine höhere Fallzahl vorliegen.

## 6.2 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Studie haben zusammenfassend gezeigt, dass es zwischen der Behandlungsfrequenz und den untersuchten Prädiktoren nur wenige statistisch signifikante Zusammenhänge gab. Einige Merkmale gingen jedoch mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für die höherfrequente Behandlung einher, hervorzuheben sind in dieser Studie unter anderem das Geschlecht der Patient\*innen, das Vorliegen von aktuellen Suizidgedanken- bzw. -versuchen und die Lage der Praxis der Therapeut\*innen.

Die schwierige Festlegung auf Faktoren wurde zuvor schon in mehreren Studien und Arbeitsgruppen festgestellt (Döll-Hentschker et al., 2006; Leuzinger-Bohleber et al., 2002). Zur besseren Unterscheidung kann dabei eine Kategorisierung der Prädiktoren in Patient\*innen-bezogene, Krankheits- und Therapeut\*innen-bezogene Prädiktoren erfolgen.

### 6.2.1 Patient\*innen-bezogene Prädiktoren

#### Geschlecht der Patient\*innen

Das Geschlecht der Patient\*innen scheint mit der beantragten Behandlungsfrequenz zusammenzuhängen. Insbesondere Männer beantragten in dieser Studie häufiger eine höherfrequente Behandlung.

Ursächlich dafür könnten zum einen die vorliegenden Diagnosen der Betroffenen darstellen. Vor allem bei Männern werden Persönlichkeitsstörungen wie Narzissmus oder paranoide bzw. schizoide Persönlichkeitsstörungen häufiger diagnostiziert (Klonsky et al., 2002). Die Indikation für eine analytische Psychotherapie mit höherer Frequenz wäre dementsprechend als Erklärung der Ergebnisse denkbar. Bei der vorliegenden Stichprobe wurden Persönlichkeitsstörungen jedoch mehrheitlich bei weiblichen Patient\*innen angegeben. Diese Ergebnisse sind vor dem Hintergrund zu bewerten, dass es sich vor allem um Erstanträge handelte. Die jeweiligen Störungen könnten daher im Verlauf der Therapie häufig detaillierter bzw. umfangreicher ausfallen und somit weitere Diagnosestellungen zur Folge haben.

Eine mögliche weitere Erklärung für die initial beantragte höherfrequente Behandlung bei Männern könnte die geringere Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen sein (Riffer et al., 2021). Auch nach vorheriger stationärer Behandlung zeigte sich eine geringere Inanspruchnahme von psychotherapeutischen ambulanten Leistungen bei Männern, weswegen Themen wie das Organisieren von Anschlusslösungen bereits früh im stationären Aufenthalt in den Vordergrund rücken könnten (Spahn et al., 2024). Möglicherweise wird im ambulanten Setting mit einer höherfrequenten Behandlung versucht, männliche Patienten

nach Überwindung des Erstkontaktes oder nach einer stationären Therapie in einer regelmäßigen und engmaschigeren Versorgung zu halten. Die Notwendigkeit hierfür zeigte sich zum Beispiel an höheren Suizidraten nach Entlassung aus einer psychiatrischen stationären Behandlung bei Männern (Olfson et al., 2016). Ob die Behandlungsfrequenz im Verlauf variierte oder sich verringerte, wurde im Rahmen dieser Dissertation nicht erhoben.

Die Auswertung weiterer Faktoren, wie familiäre Lebensumstände von Frauen und Männern, die eine häufigere Behandlungsfrequenz indirekt beeinflussen könnten, hätten den Rahmen dieser Dissertation überschritten.

Aufschlussreich wäre in diesem Zusammenhang eine Erhebung und Auswertung der geschlechterspezifischen Unterschiede im Hinblick auf die beantragte Behandlungsfrequenz. Dazu wäre jedoch eine größere Stichprobe nötig, ebenso müssten mögliche beeinflussende Faktoren hinsichtlich des Geschlechts und der beantragten Behandlungsfrequenz im Vorfeld gezielter abgefragt werden.

#### Alter der Patient\*innen

Hinsichtlich der Altersverteilung zeigte sich, dass mit steigendem Alter die höherfrequenten Anträge in absoluten Zahlen deutlich abnahmen. In der statistischen Auswertung fanden sich jedoch keine Unterschiede bezüglich des Alters bei niedrig- oder höherfrequenten Anträgen. Dies ist insbesondere im Hinblick auf möglichem *Ageism* in der Medizin, sprich einer Benachteiligung älterer Patient\*innen (Menning et al., 2020), positiv zu betrachten. Insgesamt sind Patient\*innen über 65 Jahren in Studien zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unterrepräsentiert, wodurch von einer Unterversorgung ausgegangen werden kann (Reimer et al., 2007).

In zukünftigen Studien wäre es sinnvoll Aspekte die hinsichtlich des Alters mit der Behandlungsfrequenz zusammenhängen könnten, wie zum Beispiel Mobilität, Krankheitsbewältigung etc., näher in den Fokus zu rücken. Methodisch wäre dabei eine prospektiv angelegte, randomisierte Studie im ambulanten Setting denkbar.

#### Geburtsland und Migrationshintergrund der Patient\*innen

In dieser Studie konnte kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Geburtsland und Behandlungsfrequenz ermittelt werden.

Bei der Betrachtung des Geburtslandes fiel aber auf, dass bei Patient\*innen, deren Geburtsland entweder in Osteuropa oder Ostasien lag, häufiger eine höherfrequente Behandlung beantragt wurde. Dieses Ergebnis kann vor dem Hintergrund der geschichtlichen Entwicklung der Psychotherapieverfahren, insbesondere der höherfrequenten Psychoanalyse,

interpretiert werden. Vor allem in Osteuropa zeigte sich nach „den politischen Veränderungen [...] zu Beginn der 90er Jahre [...] eine Renaissance“ (Tögel & Frommer, 2003, S. 9) der Psychoanalyse.

Bei Patient\*innen, die im Globalen Süden geboren wurden, reduzierte sich hingegen die Wahrscheinlichkeit für ein höherfrequentes Verfahren. In Schwellenländern ist der Zugang zu psychotherapeutischen Verfahren deutlich erschwert (Sonnenmoser, 2021). Da das Krankheitsverständnis und der kulturelle Hintergrund eine wesentliche Rolle spielen (Kostoula, 2022), könnte auch indirekt ein Zusammenhang mit dem Setting und der Behandlungsfrequenz vermutet werden.

Bezüglich des Migrationshintergrundes, zum Beispiel einer Migrationsbiografie der Patient\*innen, ihrer Eltern oder vorheriger Generationen, wurden annähernd gleich viele Anträge für niedrig- oder höherfrequente Verfahren gestellt. Es konnte kein Zusammenhang mit der Behandlungsfrequenz festgestellt werden. Dieses Ergebnis ist auf den ersten Blick überraschend, muss aber vor dem Hintergrund der insgesamt geringeren Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen von Migrant\*innen und der damit vermuteten Unterversorgung (Machleidt et al., 2007) eingeordnet werden. Die Tendenz, dass mit zunehmender Generation die höherfrequente Behandlung wahrscheinlicher wurde, könnte darauf hinweisen, dass die vermuteten Hürden für Patient\*innen mit Migrationshintergrund zu psychosozialen Versorgungsstrukturen (Baschin et al., 2012), im Verlauf bei zunehmender Integration sinken. Zu diskutieren wäre, ob bei weiterer Differenzierung der einzelnen Migrationsgeschichten ein Zusammenhang mit der Behandlungsfrequenz hergestellt werden könnte.

Da der kulturelle Hintergrund und das Krankheitsverständnis eine wichtige Rolle bei der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen spielt (Kostoula, 2022), sollte auch bezüglich des gewählten Settings mehr Augenmerk auf die Behandlungsfrequenz gelegt werden. Bei weiterführenden Studien wäre es von Interesse, die Herkunftsländer und Migrationsgeschichten über die Generationen hinweg zu erheben und sie im Anschluss daran hinsichtlich der gewählten Behandlungsfrequenz zu betrachten.

Soziodemographische Prädiktoren: Höchster Schulabschluss, höchster Berufsabschluss, Erwerbstätigkeit und Krankschreibung

Es scheint einen Zusammenhang zwischen soziodemographischen Faktoren und der Behandlungsfrequenz zu bestehen. Die Wahrscheinlichkeit für ein höherfrequentes Verfahren sank im Durchschnitt um 30 bis 50 % bei Vorliegen einer Mittleren Reife oder eines Hauptschulabschlusses. Bei Betrachtung des höchsten Bildungsabschlusses zeigte sich eine Reduzierung der Wahrscheinlichkeit für ein höherfrequentes Verfahren um bis 90 % bei einem Fachschulabschluss, bei einer abgeschlossenen Lehre reduzierte sie sich um 60 %.

Dass der höchste Schulabschluss eine entscheidende Rolle bei der Wahl des Psychotherapieverfahrens und der Dauer einer Psychotherapie spielen kann, wurde bereits 1999 von Rüger & Leibing festgestellt (Rüger & Leibing, 1999). Sie fanden heraus, dass bei über 50 % aller Anträgen für eine analytische Psychotherapie ein Abitur als höchster Schulabschluss vorlag. Nur knapp 13 % der Anträge entfielen auf Patient\*innen mit Hauptschulabschluss. Auch die Behandlungsdauer war unabhängig vom gewählten Verfahren bei Patient\*innen mit Abitur länger (Rüger & Leibing, 1999).

Bei der Frage nach dem Erwerbsstatus zeigte sich eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit für ein höherfrequentes Verfahren bei aktuellem Studium oder Absolvierung einer Lehre, welches sich mit den Ergebnissen von Rüger & Leibing deckte (Rüger & Leibing, 1999). Hierbei postulierten sie eine höhere Flexibilität für höherfrequente Verfahren vor allem bei Studierenden (Rüger & Leibing, 1999).

Bei einer Krankschreibung fiel auf, dass weniger häufig eine höherfrequente Behandlung beantragt wurde. Dass Fehltag auf Grund einer psychischen Erkrankung zunehmen, konnte in Studien festgestellt werden (Knieps & Pfaff, 2019). Im Rahmen dieser Dissertation wurde der Grund der Krankschreibung nicht erhoben. Somit ist unklar, ob auf Grund der psychischen Erkrankung ggf. sogar durch die Therapeut\*innen selbst eine Krankschreibung erfolgte oder ob eine andere Erkrankung vorlag. Die Annahme, dass auf Grund höherer zeitlicher Flexibilität bei einer Krankschreibung eine höhere Frequenz vorliegen könnte, konnte nicht bestätigt werden.

Bei weiteren Erhebungen wäre es interessant, den Erwerbsstatus und den Grund einer Arbeitsunfähigkeit bzw. auch einer laufenden Krankschreibung differenzierter zu erheben. Zum einen wäre es denkbar, dass während einer Erwerbslosigkeit durch geforderte Weiterbildungsmaßnahmen oder laufende Bewerbungsverfahren eine höhere Behandlungsfrequenz nicht möglich seien könnte. Bei einer Erwerbsminderungsrente könnte

zudem die Ursache der Berentung die Behandlungsfrequenz beeinflussen. Da psychische Erkrankungen 2021 die häufigste Ursache einer Erwerbsminderungsrente darstellten (Deutsche Rentenversicherung, 2021), wäre es in folgenden Studie von Interesse diesen Aspekt genauer zu beleuchten.

Andererseits zeigte sich, dass die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen auch durch finanzielle Faktoren beeinflusst wird (Kim & Cardemil, 2012; Sonnenmoser, 2012). Bei fehlendem Einkommen oder längerer Krankschreibung könnten dann praktische Fragen wie die Finanzierung von Bus- oder Bahntickets oder Autofahrten zur Therapie in den Mittelpunkt rücken.

Zusammenfassend lässt sich im Hinblick auf soziodemographische Faktoren festhalten, dass ein höherer Berufsabschluss in dieser Studie mit einer höheren Behandlungsfrequenz einherging. Vor allem bei Psychotherapie - Patient\*innen wurde in vorherigen Studien mehrfach ein sehr hoher Bildungsstand ermittelt (Rüger & Leibing, 1999; Singer et al., 2023).

Erklärend für eine niedrigere Frequenz bei geringerem sozioökonomischem Status könnten vor allem beeinflussende Lebensumstände sein. Sonnenmoser gab zu bedenken, dass bei niedrigem sozioökonomischem Status „oft nur wenig Möglichkeiten [bestehen], das Fahrgeld zur Praxis oder eine Kinderbetreuung während der Therapiesitzungen zu finanzieren“ (Sonnenmoser, 2012, S. 412). Laut Rüger & Leibing sei auch das Organisieren von zwei bis drei Terminen pro Woche für Patient\*innen, die zum Beispiel im Schichtsystem arbeiten, praktisch nicht umsetzbar (Rüger & Leibing, 1999). Bei höherem sozioökonomischen Status sei zudem die Flexibilität, die bei einer Behandlungsfrequenz von mehr als einer Stunde pro Woche herrschen müsse, oftmals größer (Rüger & Leibing, 1999). Diese Flexibilität zeigte sich in dieser Studie zum Beispiel anhand der verhältnismäßig vielen Anträgen für ein höherfrequentes Verfahren bei Student\*innen.

### 6.2.2 Krankheitsbezogene Prädiktoren

Es zeigte sich, dass Suizidalität in Form aktueller Suizidgedanken- oder versuchten mit einer erhöhten Behandlungsfrequenz einherging. Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund der empfohlenen engmaschigen Betreuung von Patient\*innen mit akuter Suizidalität im ambulanten Setting einzuordnen (Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e.V. et al., 2022). Bei der aktuellen Studie konnte die Entwicklung der Behandlungsfrequenz im Verlauf der Therapie nicht abgebildet werden. In folgenden Studien wäre es jedoch empfehlenswert Suizidalität und die Anpassung der Behandlungsfrequenz über den Verlauf der Therapie zu beobachten. Die Vermutung liegt nahe, dass zum Beispiel bei Verringerung der Symptomlast auch die Behandlungsfrequenz im Verlauf reduziert wird.

### 6.2.3 Therapeut\*innen-bezogene Prädiktoren

#### Geschlecht der Therapeut\*innen

Bei der Auswertung der Wahrscheinlichkeit für ein höherfrequentes Verfahren abhängig vom Geschlecht der Therapeut\*innen zeigte sich in dieser Studie kein Unterschied. Vor dem Hintergrund eines möglichen Gender Bias sowohl bei den Zielvereinbarungen vorab einer Therapie als auch im therapeutischen Prozess selbst (Schigl, 2021) ist dieses Ergebnis positiv zu bewerten. Die Bedeutung des Geschlechts der Therapeut\*innen in Psychotherapien wird seit Jahren diskutiert (Schigl, 2021; Sonnenmoser, 2014). Da das Thema jedoch weiterhin in der Psychotherapieforschung viel zu wenig Beachtung erhält (Schigl & Ahlers, 2023), wäre es wünschenswert in folgenden Studien die Behandlungsfrequenz hinsichtlich der Geschlechterrollen der Therapeut\*innen näher zu untersuchen. Auf Grund der individuellen Dynamik von therapeutischen Beziehungen entsteht die Frage, ob Kausalhypothesen überhaupt wünschenswert wären.

#### Grundausbildung der Therapeut\*innen und Ausbildungskandidat\*innen

Hinsichtlich der vorliegenden Grundausbildung der Psychotherapeut\*innen (ärztlich bzw. psychologisch oder beide Ausbildungen) zeigten sich in der Studie geringe Unterschiede bei der Behandlungsfrequenz. Dies ist insofern überraschend, da psychologische Psychotherapeut\*innen laut vorherigen Studien mehr Psychotherapien und nicht-

antragspflichtige Gespräche durchführten (Herpertz et al., 2011). Positiv hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass trotz unterschiedlicher Grundausbildung die Wahl des Settings und damit die Behandlung der Patient\*innen vergleichbar zu sein scheint. Nur wenn beide Grundausbildungen vorlagen oder sich eine Psychotherapeut\*in in Ausbildung befand, reduzierte sich die Wahrscheinlichkeit für die höherfrequente Behandlung um 40 %. Dies ist ggf. vor dem Hintergrund der insgesamt weniger durchgeführten höherfrequenten Behandlungen im Rahmen von analytischen Psychotherapien einzuordnen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2021a). Da die psychotherapeutische Ausbildung weiterhin von den Ausbildungskandidat\*innen mehrheitlich selber finanziert werden muss und Supervisionen ebenfalls kostenpflichtig sein können, könnte dies aber auch indirekt dazu führen, dass höherfrequente Therapien weniger häufig durchgeführt werden.

### Standort der Praxis in Ost- oder Westdeutschland

Sobald Patient\*innen in einer Praxis in Westdeutschland behandelt wurden, erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit für eine höherfrequente Behandlung deutlich. Mögliche Erklärungen hierfür lassen sich zum einen in der Versorgungsdichte der Praxen finden, da vor allem in Ostdeutschland der Anteil der Praxen und damit auch die Anzahl der Psychotherapeut\*innen geringer ist (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2013; Rommel et al., 2017). Da das Thema der Mobilität und der sozioökonomische Status im Rahmen einer Psychotherapie eine wesentliche Rolle zu spielen scheint (Kim & Cardemil, 2012; Sonnenmoser, 2012), könnte dies bei einer schlechteren Erreichbarkeit von Praxen auch für die beantragte Behandlungsfrequenz ausschlaggebend gewesen sein.

Darüber hinaus muss vor dem historischen Hintergrund der DDR auch die Entwicklung von Psychotherapieverfahren beachtet werden. So wurden in Ostdeutschland damals andere Vorstellungen von Psychotherapie-Theorien entwickelt und umgesetzt. Die analytische Psychotherapie mit höherfrequentem Setting war bis zum Fall der Mauer verboten. Die Vermutung liegt nahe, dass die spätere Etablierung der heute geltenden Verfahren laut Psychotherapie-Richtlinie und auch die Ausbildungen, Zulassungen und Niederlassungen von Psychotherapeut\*innen eine wesentliche Rolle spielen.

Detailliertere Zahlen vor allem der Psychotherapie-Angebote seit der Wende sind kaum zu ermitteln. Hinsichtlich der geschichtlichen Entwicklung wäre es in Folgestudien jedoch von Interesse, die Behandlungsfrequenz und die beeinflussenden Gründe hinsichtlich der geschichtlichen Entwicklung des Psychotherapie-Angebote in Ost- und Westdeutschland vergleichend zu untersuchen.

## 7 Fazit

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse dieser Studie, dass sowohl Patient\*innen-bezogene als auch Krankheits- und Therapeut\*innen-bezogene Faktoren mit der Wahl der Behandlungsfrequenz zusammenhängen können.

Die beantragte höherfrequente Behandlung bei Männern konnte vor dem Hintergrund der zu Grunde liegenden Diagnosen und auch einer geringen Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen eingeordnet werden. Es ist wünschenswert, das Thema der geschlechterspezifischen Medizin und damit auch Settings von Psychotherapien mehr in den Vordergrund zu rücken.

Der sozioökonomische Status wurde in dieser Studie als wesentlicher Faktor bei der Wahl der Behandlungsfrequenz identifiziert. So scheint vor allem der Schul- und Berufsabschluss mit der Wahl der Behandlungsfrequenz zusammenzuhängen. Bei Studierenden oder sich in Ausbildung befindlichen Patient\*innen konnte eine höhere Wahrscheinlichkeit für die höherfrequente Behandlung ermittelt werden.

Themen wie zeitliche und finanzielle Ressourcen konnten im Rahmen dieser Dissertation anhand der vorliegenden Daten nicht erhoben werden und scheinen doch wesentlich im Hintergrund das Setting zu beeinflussen. In Zukunft wäre es von Vorteil gezielter die persönlichen Ressourcen vorab zu identifizieren, um individuellere Psychotherapie-Settings zu gestalten.

Hinsichtlich der Symptome zeigte sich, dass bei Vorliegen aktueller Suizidalität die höherfrequente Behandlung wahrscheinlicher wurde. Dieses Ergebnis folgt den Empfehlungen zur Behandlung von Depressionen, da vor allem bei akuter Suizidalität engmaschiger behandelt werden soll. Bei anhaltend hohen Fallzahlen wird auch der Umgang mit akuter Suizidalität in Praxen immer wichtiger werden. Eine mögliche Stellschraube bei der engmaschigeren Betreuung stellt die Anpassung der Behandlungsfrequenz im Rahmen der Psychotherapie dar.

Bei den Therapeut\*innen-bezogenen Aspekten konnte ermittelt werden, dass die Lage der Praxis mit der Behandlungsfrequenz zusammenhing. Dies konnte vor allem vor dem Hintergrund der Entwicklung der Psychotherapie in Ost- und Westdeutschland erklärt werden. Aber auch Themen wie Versorgungsdichte und Erreichbarkeit von Praxen schienen in diesem Kontext eine mögliche Erklärung darzustellen. In Zukunft wäre es denkbar, dass Unterschiede

bezüglich der Behandlungsfrequenz und Lage der Praxis gezielter aufgearbeitet werden. Ziel wäre es, ein mögliches Ungleichgewicht aufzudecken und im Anschluss zu beheben.

Bezüglich der Behandlungsfrequenz konnte gezeigt werden, dass veränderte Settings einen Einfluss auf die Symptomlast und das Outcome einer Psychotherapie haben. Aber auch die Zufriedenheit von Patient\*innen wird maßgeblich mit beeinflusst. Mit dem Wissen dieses Zusammenhangs rückt auch das Thema der geeigneten Behandlungsfrequenz für den\*die jeweilige\*n Patient\*in in den Vordergrund. Dass die Wahl mit verschiedenen Faktoren zusammenhängt und ggf. spezifische Prädiktoren im Vorfeld definiert werden können, konnte in dieser Studie gezeigt werden.

In Zukunft wäre es wünschenswert, diesem Thema mehr Beachtung zu schenken. Zum einen müsste mehr Aufklärungsarbeit in der psychotherapeutischen Ausbildung geleistet werden. Zum anderen müssten weitere Folgestudien durchgeführt werden, um die vielseitig geforderte Qualitätssicherung auch hinsichtlich der Behandlungsfrequenz zu gewährleisten.

## 8 Zusammenfassung

In vorherigen Studien wurde die Frage nach der Wahl der Behandlungsfrequenz einer ambulanten Psychotherapie oft als komplexer Prozess beschrieben, Prädiktoren, die die Wahl beeinflussen, wurden bislang kaum wissenschaftlich untersucht. In dieser Dissertation liegt deshalb der Schwerpunkt auf Faktoren für die Wahl der Behandlungsfrequenz einer ambulanten Psychotherapie. Untersucht wurden unter anderem soziodemographische Aspekte, wie das Alter der Patient\*innen oder das Geschlecht, aber auch der Migrationshintergrund und der sozioökonomische Status. Bei den krankheitsbezogenen Aspekten sollte ein möglicher Zusammenhang aktueller Suizidalität mit der Behandlungsfrequenz untersucht werden. Bei den Therapeut\*innen-bezogenen Aspekten wurde ausgewertet, inwiefern die Berufsgruppe oder auch die Lage der Praxis mit der Wahl der Behandlungsfrequenz zusammenhing.

Aus den zur Verfügung gestellten 40.000 Anträgen auf Kostenübernahme einer ambulanten Psychotherapie wurden 1000 Anträge aus den Jahren 2001 bis 2017 randomisiert gezogen. Die personenidentifizierbaren Angaben der jeweiligen Patient\*innen und Psychotherapeut\*innen wurden geschwärzt, zeitgleich erfolgte dabei die Pseudonymisierung der Anträge mittels neu vergebener Identifikationsnummern. Im Anschluss erfolgte die Datenerhebung mittels Extraktionsbögen. Anhand von Kreuztabellen, einfacher und multipler Regressionsanalysen wurden mögliche Zusammenhänge mit Hilfe des Statistikprogramm SPSS untersucht und ausgewertet.

Es zeigte sich, dass von den  $n = 966$  Anträgen bei über 77 % ein niedrigfrequentes Verfahren mit bis zu einer Stunde pro Woche beantragt wurde. Bei 222 Fällen wurde hingegen ein höherfrequentes Verfahren mit über einer Stunde pro Woche beantragt. Hinsichtlich der Altersverteilung zeigten sich keine Unterschiede, von Männern wurde häufiger ein Antrag auf ein höherfrequentes Verfahren gestellt (OR 1.5; 95 %-KI 1.0 – 2.3;  $p = 0.05$ ).

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs der Frequenz mit dem Geburtsland zeigte sich, dass Patient\*innen aus dem Osten öfters pro Woche behandelt werden sollten (OR 2.0; 95 %-KI 0.4 – 10.4;  $p = 0.39$ ). Im Gegensatz dazu stellten Patient\*innen, die im Globalen Süden geboren wurden, weniger häufig ein Antrag auf eine höherfrequente Behandlungen (OR 0.2; 95 %-KI 0.0 – 2.3;  $p = 0.19$ ). Beim Migrationshintergrund ergaben sich keine Unterschiede bei der Behandlungsfrequenz.

Bei der Frage nach dem sozioökonomischen Status konnte ermittelt werden, dass Patient\*innen mit niedrigerem Schulabschluss, zum Beispiel einem Hauptschulabschluss, seltener höherfrequent behandelt werden sollten (OR 0.5; 95 %-KI 0.2 - 1.2;  $p = 0.12$ ). Eine veränderte Wahrscheinlichkeit für ein höherfrequentes Verfahren zeigte sich auch hinsichtlich des höchsten beruflichen Abschlusses. Im Gegensatz zu einem Universitäts- oder Fachhochschulabschluss beantragten Patient\*innen mit einer Lehre 60 % weniger häufig ein höherfrequentes Verfahren (OR 0.4; 95 %-KI 0.2 – 0.6;  $p = <0.001$ ). Beim Erwerbsstatus zeigten sich keine Hinweise auf einen Zusammenhang mit der Behandlungsfrequenz.

Bei Vorliegen einer Krankschreibung verringerte sich die Wahrscheinlichkeit für ein höherfrequentes Verfahren (OR 0.6; 95 %-KI 0.3 – 1.6;  $p = 0.34$ ).

Bezüglich krankheitsbezogener Aspekte konnte ermittelt werden, dass bei Vorliegen von aktuellen Suizidgedanken- oder versuchten häufiger höherfrequent behandelt werden sollte (OR 1.9; 95 %-KI 1.1 – 3.1;  $p = 0.02$ ).

Bei den Therapeut\*innen-bezogenen Variablen wurde sichtbar, dass das Geschlecht der Therapeut\*innen keinen Zusammenhang mit der Behandlungsfrequenz aufwies (OR 0.8; 95 %-KI 0.6 – 1.1;  $p = 0.22$ ). Bei Betrachtung der Berufsgruppe sank die Wahrscheinlichkeit für ein höherfrequentes Verfahren bei Vorliegen beider Grundausbildungen um 40 % (OR 0.6; 95 %-KI 0.1 – 5.4;  $p = 0.62$ ). Ähnlich verhielt es sich bei Psychotherapeut\*innen in Ausbildungssituationen (OR 0.6; 95 %-KI 0.2 – 1.5;  $p = 0.25$ ).

Die Lage der Praxis schien einen Zusammenhang mit der Behandlungsfrequenz zu haben. Bei Fällen, bei denen die Praxis in Westdeutschland lag, wurden häufiger Anträge auf eine höherfrequente Behandlung gestellt (OR 2.4; 95 %-KI 1.3 – 4.5;  $p = 0.01$ ).

Soziodemographische Unterschiede bei Patient\*innen, die eine ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmen, konnten in vorherigen Studien ausgearbeitet werden. Dass auch das Outcome bei verändertem Setting unterschiedlich sein kann, wurde ebenfalls untersucht. In dieser Studie sind vor allem das Geschlecht der Patient\*innen sowie soziodemographische Aspekte und die Lage der Praxis auf die Wahl der Behandlungsfrequenz hervorzuheben.

Dass häufiger höherfrequent bei Männern behandelt werden sollte, kann im Kontext der vorliegenden Störungen oder im Hinblick auf die geringere Inanspruchnahme bei gleichzeitigem Wunsch der engmaschigeren Betreuung erklärt werden.

Der Zusammenhang zwischen Schul- und Berufsabschluss mit der Inanspruchnahme von Psychotherapien aber auch den angewendeten Verfahren konnte bereits in früheren Studien aufgezeigt werden und dient ebenfalls als mögliche Erklärung für mehr höherfrequente Anträge bei höheren Bildungsabschlüssen. Bei den Unterschieden hinsichtlich des Geburtslandes auf die Behandlungsfrequenz spielen vermutlich kulturelle Einflüsse eine wesentliche Rolle. Die Lage der Praxis kann vor dem Aspekt der Versorgungsdichte und der geschichtlichen Entwicklung der DDR eingeordnet werden.

In weiteren Studien wäre es wünschenswert, die Behandlungsfrequenz und beeinflussende Faktoren anhand einer größeren Fallzahl zu untersuchen. Möglich wäre dann auch eine Unterscheidung der Frequenz je nach Therapieverfahren.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Wahl der Behandlungsfrequenz einer ambulanten Psychotherapie einem komplexen Entscheidungsprozess zwischen Patient\*in und Therapeut\*in unterliegt. Es scheint viele beeinflussende Faktoren zu geben, Versuche, diese Faktoren allseits zu umfassen, gelingen nicht. Auf Grund der hohen Bedeutung der Behandlungsfrequenz sowohl für die Patient\*innen als auch für die Therapeut\*innen sind Folgestudien hinsichtlich der Behandlungsfrequenz unumgänglich. Hinsichtlich hoher Fallzahlen, einer im Wandel befindlichen Gesellschaft und vielen politischen Diskussionen, sind flexiblere Settings mit dynamischen und wissenschaftlich ausreichend belegten Behandlungsfrequenzen notwendig.

## 9 Quellenverzeichnis

- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., Goldschmidt, S. & Brähler, E. (2009). Wer nimmt in Deutschland ambulante Psychotherapie in Anspruch? *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 59: 281–283.
- Altmeyer, S. (2007). *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch*. 96 Tabellen. 4. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e.V. et al. (2022). Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung. Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).
- Baschin, K., Ülsmann, D., Jacobi, F. & Fydrich, T. (2012). Inanspruchnahme psychosozialer Versorgungsstrukturen. *Psychotherapeut*, 57: 7–14. DOI: 10.1007/s00278-011-0884-6.
- Blüml, V. & Fischer-Kern, M. (2015). Die „Montagskruste“. *Forum der Psychoanalyse*, 31: 175–189.
- BPtK (2021). Keine Raster-Behandlung in der Psychotherapie: BPtK lehnt geplante Eingriffe in die Therapiehoheit im GVWG ab [Internet]. 05/2017 [zitiert am 03.10.2023]. URL: [https://api.bptk.de/uploads/20210517\\_pm\\_bptk\\_GVWG\\_Keine\\_Raster\\_Behandlung\\_in\\_der\\_Psychotherapie\\_166bd996d5.pdf](https://api.bptk.de/uploads/20210517_pm_bptk_GVWG_Keine_Raster_Behandlung_in_der_Psychotherapie_166bd996d5.pdf).
- Bridler, R., Orosz, A., Cattapan, K. & Stassen, H. H. (2013). In need of psychiatric help--leave a message after the beep. *Psychopathology*, 46: 201–205. DOI: 10.1159/000341729.
- Brujniks, S. J. E., Lemmens, L. H. J. M., Hollon, S. D., Peeters, F. P. M. L., Cuijpers, P., Arntz, A., Dingemans, P., Willems, L., van Oppen, P., Twisk, J. W. R., van den Boogaard, M., Spijker, J., Bosmans, J. & Huibers, M. J. H. (2020). The effects of once- versus twice-weekly sessions on psychotherapy outcomes in depressed patients. *The British Journal of Psychiatry*, 216: 222–230.
- Bundesregierung (2019). Antwort: Drucksache 19/11473. Sektorenübergreifende Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen [Internet]. 07/2019 [zitiert am 30.03.2024]. URL: <https://dserver.bundestag.de/btd/19/114/1911473.pdf>.
- Robert Koch-Institut (2021). *Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen - Bewerten - Handeln. Schwerpunktbericht Teil 1 - Erwachsene. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Cuijpers, P., Huibers, M., Ebert, D. D., Koole, S. L. & Andersson, G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 149: 1–13. DOI: 10.1016/j.jad.2013.02.030.
- Danckwardt, J. F. & Gattig, E. (1996). *Die Indikation zur hochfrequenten analytischen Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung: Ein Manual*. Stuttgart/Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (2019). Factsheet Psychiatrie: Zahlen und Fakten der Psychotherapie [Internet]. Zuletzt aktualisiert 01/2023 [zitiert am 25.01.2023]. URL: <https://>

[www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/154e18a8cebe41667ae22665162be21ad726e8b8/Factsheet\\_Psychiatrie.pdf](http://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/154e18a8cebe41667ae22665162be21ad726e8b8/Factsheet_Psychiatrie.pdf)

- Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) (2001). "... damit auch die Seele mitkommt ...": Klinische Beobachtungen und Fragen an die Praxis. Kassel: Deutsche Psychoanalytische Vereinigung.
- Deutsche Rentenversicherung (2021). Psychische Erkrankungen häufigste Ursache für Erwerbsminderung: Wenn die Seele streikt [Internet]. 11/2021 [zitiert am 10.03.2024]. URL: [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/DE/Presse/Pressemitteilungen/pressemitteilungen\\_archive/2021/2021\\_11\\_30\\_psych\\_erkrankungen\\_erwerbsminderung.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/DE/Presse/Pressemitteilungen/pressemitteilungen_archive/2021/2021_11_30_psych_erkrankungen_erwerbsminderung.html).
- Dieckmann, M., Haarstrick, R., Faber, F. R., Streeck-Fischer, A., Schmidt, M. H., Dahm, A. & Neher, M. (2018). Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 11. Aufl., München: Elsevier.
- Döll-Hentschker, S., Reerink, G., Schlierf, C. & Wildberger, H. (2006). Zur Einleitung einer Behandlung: Die Frequenzwahl. *PSYCHE*, 60: 1126–1144. DOI: 10.21706/ps-60-11-1126.
- Dorsch, F. & Wirtz, M. (2021). Dorsch - Lexikon der Psychologie. 20. Auflage. Bern: Hogrefe.
- Dührssen, A. (1962). Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin*, 8: 94–113.
- Erekson, D. M., Bailey, R. J., Cattani, K., Klundt, J. S., Lynn, A. M., Jensen, D., Merrill, B. M., Schmuck, D. & Worthen, V. (2022). Psychotherapy session frequency: A naturalistic examination in a university counseling center. *Journal of counseling psychology*, 69: 531–540.
- Erekson, D. M., Lambert, M. J. & Eggett, D. L. (2015). The relationship between session frequency and psychotherapy outcome in a naturalistic setting. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83: S. 1097–1107.
- Freud, S. (1913). Zur Einleitung der Behandlung. Gesammelte Werke, Band VIII.
- Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J. & Zielasek, J. (2013). Use of health care services by people with mental illness: secondary data from three statutory health insurers and the German Statutory Pension Insurance Scheme. *Deutsches Arzteblatt international*, 110: 799–808.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (i. d. F. v. 1987). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (i. d. F. v. 1992). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (i. d. F. v. 1996). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2016). Psychotherapie-Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie.

- Gemeinsamer Bundesausschuss (i. d. F. v. 2024). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie).
- Gödde, G. (2021). Entwicklungslinien und Perspektiven der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse*, 37: 343–360.
- Grobe, T. G., Steinmann, S. & Szecsenyi, J. (2020). Psychotherapie - veränderter Zugang, verbesserte Versorgung?, Berlin: BARMER.
- Hartmann, S. & Zepf, S. (2004). Verbesserung psychischer Allgemeinfunktionen durch Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 49: 27–36. DOI: 10.1007/s00278-003-0347-9.
- Hauten, L. & Jungclaussen, I. (2022). Ungeliebter Freund: Gutachterverfahren in der Psychotherapie. *Deutsches Ärzteblatt*, 3: 110-112.
- Helle, M. (2019). Basiswissen Psychologie: Psychotherapie. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Henkel, M., Zimmermann, J., Huber, D., Staats, H., Wiegand-Grefe, S., Taubner, S., Frommer, J. & Benecke, C. (2019). Patient characteristics in psychodynamic psychotherapies. *Psychoanalytic Psychology*, 36: 1–8.
- Herpertz, S. C., Herpertz, S., Schaff, C. et al. (2011). Studie zur Versorgungsforschung: Spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie, Bundesärztekammer [Internet]. 12/2011 [zitiert am 04.12.2023]. URL: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/\\_old-files/downloads/aerztliche-psychotherapie-herpertz.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/aerztliche-psychotherapie-herpertz.pdf).
- Huhn, M., Tardy, M., Spineli, L. M., Kissling, W., Förstl, H., Pitschel-Walz, G., Leucht, C., Samara, M., Dold, M., Davis, J. M. & Leucht, S. (2014). Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *JAMA psychiatry*, 71: 706–715. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.112.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2023). Global Health Data Exchange. [Internet]. 06/2022 [zitiert am 25.01.2023]. URL: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85: 77–87. DOI 10.1007/s00115-013-3961-y.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. et al. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 87: 88–90. DOI 10.1007/s00115-015-4458-7
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013). Statistische Information aus dem Bundesarztregister: Bundesgebiet insgesamt 2013 [Internet]. Zuletzt aktualisiert 12/2013 [zitiert am 06.08.2023]. URL: <https://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php>.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015). Statistische Information aus dem Bundesarztregister: Bundesgebiet insgesamt 2015 [Internet]. Zuletzt aktualisiert 12/2015 [zitiert am 13.07.2023]. URL: <https://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php>.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021a). An der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Berufsgruppen mit Richtlinien-Verfahren.

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021b). Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister [Internet]. 12/2021 [zitiert am 13.07.2023]. URL: [www.kbv.de/media/sp/2021-12-31\\_BAR\\_Statistik.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2021-12-31_BAR_Statistik.pdf).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022). QS-Verfahren Psychotherapie: Start voraussichtlich 2025 – bis dahin bleibt Gutachterverfahren [Internet]. 07/2022 [zitiert am 27.12.2023]. URL: [https://www.kbv.de/html/1150\\_59243.php](https://www.kbv.de/html/1150_59243.php).
- Kim, S. & Cardemil, E. (2012). Effective psychotherapy with low-income clients: The importance of attending to social class. *Journal of contemporary psychotherapy*, 42: 27–35.
- Klonsky et al. (2002). Gender role and personality disorders. *Journal of personality disorders*, 16: 464–476. DOI: 10.1521/pedi.16.5.464.22121.
- Knieps, F. & Pfaff, H. (2019). BKK Gesundheitsreport 2019. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kostoula, O. (2022). Psychotherapie im Migrationskontext. *Psychotherapie Forum*, 26: 129–135. DOI: 10.1007/s00729-022-00208-6.
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2023). Krankheitslast [Internet]. Zuletzt aktualisiert 01/2023 [zitiert am 25.03.2023]. URL: [https://www.lzg.nrw.de/ges\\_foerd/modellierung/krankheitslast/index.html](https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/modellierung/krankheitslast/index.html).
- Leuzinger-Bohleber, M., et al. (2002). "Forschen und Heilen" in der Psychoanalyse: Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Machleidt, W., Behrens, K., Ziegenbein, M. & Calliess, I. T. (2007). Integration von Migranten in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 34: 325–331. DOI: 10.1055/s-2007-986192.
- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M. A., Maske, U. E., Hapke, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Zielasek, J., Maier, W. & Wittchen, H.-U. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population--evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23: 289–303.
- Maercker, A. (2003). Alterspsychotherapie. *Psychotherapeut*, 48: 132–149. DOI: 10.1007/s00278-003-0290-9.
- Malinke, S. (2016) Sprechstunde, Akutversorgung und Stundenkontingente: Psychotherapie-Richtlinie. *Das Magazin des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)*, 7./8.: 29.
- Marks, S. (2018). Psychotherapy in Europe. *History of the human sciences*, 31: 3–12.
- Menning, E., Wurm, S., Thomas, C. (2020). Altersdiskriminierung in der Medizin: Sicht auf ältere Menschen hinterfragen. *Deutsches Ärzteblatt*, 117: A-1876/ B-1598.
- Multmeier, J. (2014). Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland: Eine Kohortenbetrachtung. *Psychotherapie Aktuell*, 2: 19–26.
- Multmeier, J. & Tenckhoff, B. (2014) Psychotherapeutische Versorgung: Autonome Therapieplanung kann Wartezeiten abbauen. *Deutsches Ärzteblatt* 12: 110-112.

- Neuhauser, H., Kuhnert R., Born, S. (2017). 12-Monats-Prävalenz von Bluthochdruck in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2: 57 – 63. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-007.
- Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Liu, S.-M., Gerhard, T. & Blanco, C. (2016). Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA psychiatry*, 73: 1119–1126. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.2035.
- Rabe-Menssen et al. (2021). Report Psychotherapie 2021. 2. Auflage. Berlin: Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.
- Razum et al. (2004). Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt*, 101: 2882–2887.
- Reimer et al. (2007). Psychotherapie- Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen, 3. Auflage. Heidelberg: Springer.
- Reisinger, E. (2008). Überlegungen zum analytischen Prozess im zweistündigen Setting. *Forum der Psychoanalyse*, 24: 147–160. DOI: 10.1007/s00451-008-0349-x.
- Riffer, F., Knopp, M., Burghardt, J. & Sprung, M. (2021). Geschlechtsspezifische Unterschiede in der psychotherapeutischen Versorgung. *Psychotherapeut*, 66: 511–517. DOI: 10.1007/s00278-021-00523-4.
- Ringler, M. (1995). Das Setting in der Psychotherapie. Lehrbuch der Psychosozialen Medizin: Grundlagen der Medizinischen Psychologie, Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinischen Soziologie. Wien, New York: Springer Verlag.
- Rommel A., Bretschneider J., Kroll, LE et al. (2017). Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen. Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *Journal of Health Monitoring*, 2: 3–23. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-111.2.
- Rüger, U. & Leibing, E. (1999). Bildungsstand und Psychotherapieindikation - Der Einfluß auf die Wahl des Behandlungsverfahrens und die Behandlungsdauer. *Psychotherapeut*, 44: 214–219. DOI: 10.1007/s002780050168.
- Schigl, B. (2021). Doing Gender im therapeutischen Prozess- eine Grundlage für Genderkompetenz in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 2: 120–125.
- Schigl, B. & Ahlers, C. (2023). Genderkompetenz: Leer- oder Lehrstelle?. *Psychotherapie Forum*, 27: 32–37. DOI: 10.1007/s00729-023-00226-y.
- Schneider, F. (2017). Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 2. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- 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?. *Der Nervenarzt*, 93: 1143–1149. DOI: 10.1007/s00115-022-01374-3.
- Singer, S., Maier, L., Paserat, A., Lang, K., Wirp, B., Kobes, J., Porsch, U., Mittag, M., Toenges, G. & Engesser, D. (2021). Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz vor und nach der Psychotherapiestrukturreform. *Psychotherapeut*, 67: 176–184. DOI: 10.1007/s00278-021-00551-0.
- Singer, S., Sievers, L., Scholz, I., Taylor, K., Blanck, J. & Maier, L. (2023). Who seeks psychodynamic psychotherapy in community-based practices? Patient characteristics

- examined in a large sample of applications for reimbursement of psychotherapy in Germany. *Psychodynamic Practice*, 29: 117–135.
- Sonnenmoser, M. (2012). Soziale Schicht und Psychotherapie: Kluft zwischen den Lebenswelten. *Deutsches Ärzteblatt*, 11: 412.
- Sonnenmoser, M. (2014). Einfluss des Psychotherapeuten auf den Therapieerfolg: Gut untersucht und doch unvorhersagbar. *Deutsches Ärzteblatt*, 13: 312.
- Sonnenmoser, M. (2021). Psychotherapie in Südafrika: Vielfältige Herausforderungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 20: 302.
- Spahn, C., Spangenberg, L., Teismann, T., Forkmann, T., Schönfelder, A., Schreiber, D., Paashaus, L., Stengler, K. & Glaesmer, H. (2024). Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie und ambulanter psychiatrischer Behandlung von Männern und Frauen nach stationärer Behandlung aufgrund eines Suizidversuchs oder akuter suizidaler Krise. *Psychiatrische Praxis*, 51: 99-103.
- Staehele, A. (2014). Vierstündigkeit zwischen Idealisierung und realistischer Einschätzung. *Forum der Psychoanalyse*, 30: 357–375.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2023). Durchschnittsalter der Bevölkerung in Deutschland bis 2022 | Statista [Internet]. 11/2023 [zitiert am 23.11.2023]. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1084430/umfrage/durchschnittsalter-der-bevoelkerung-in-deutschland/>.
- Strauß, B. & Kohl, S. (2009). Entwicklung der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung in europäischen Ländern. *Psychotherapeut*, 54: 457–463 DOI: 10.1007/s00278-009-0703-5.
- Strotzka, H. (1975). Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. München: Urban & Schwarzenberg.
- Strotzka, H. (1969). Psychotherapie und soziale Sicherheit. Bern, Stuttgart usw.: Huber.
- Strotzka, H. (1982). Psychotherapie und Tiefenpsychologie: Ein Kurzlehrbuch. Wien, New York: Springer-Verlag.
- Tiemens, B., Kloos, M., Spijker, J., Ingenhoven, T., Kampman, M. & Hendriks, G.-J. (2019). Lower versus higher frequency of sessions in starting outpatient mental health care and the risk of a chronic course; a naturalistic cohort study. *BMC psychiatry*, 19: 228.
- Tögel, C. & Frommer, J. (2003). Psychotherapie und Psychoanalyse in Osteuropa. Uchtspringe: Sigmund-Freud-Zentrum.
- van Dijk, D. A., Meijer, R. M., van den Boogaard, T. M., Spijker, J., Ruhé, H. G. & Peeters, F. P. M. L. (2023). Worse off by waiting for treatment? The impact of waiting time on clinical course and treatment outcome for depression in routine care. *Journal of Affective Disorders*, 322: 205–211.
- Voderholzer, U. & Barton, B. (2016). Langfristige Wirkung von Psychotherapie bei nichtchronischen Depressionen: Ein systematisches Review von Studien im Vergleich mit Pharmakotherapie. *Verhaltenstherapie*, 26: 108–115. DOI: 10.1159/000446674.

- Wiegand, H. F., Saam, J., Marschall, U., Chmitorz, A., Kriston, L., Berger, M., Lieb, K. & Hölzel, L. P. (2020). Challenges in the Transition from In-Patient to Out-Patient Treatment in Depression. *Deutsches Arzteblatt international*, 117: 472–479.
- Will, H. (2000). Die Frequenzdebatte in der klassischen Analyse – ein Rätsel mit Folgen. In: A.-M. Schlösser, K. Höhfeld (Hg.): *Psychoanalyse als Beruf*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Williams, M. E., Latta, J. & Conversano, P. (2008). Eliminating the wait for mental health services. *The journal of behavioral health services & research*, 35: 107–114.
- World Health Organization (2011). Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level [Internet]. 12/2011 [zitiert am 30.12.2023]. URL: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_9-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-en.pdf).
- Zepf, S., Mengele, U., Marx, A., Hartmann, S., (2001). *Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

## 10 Anhang

### Datenextraktionsbögen CRF (Teil 1 & 2) und QUANTAB (Teil 1&2)

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

wenn Dateiname anders als die Chiffre, dann hier eintragen:

<b>id ID Bericht</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Chiffre</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>id_fo_crf1</b> Datenextraktion durch	1 = Luisa Sievers      7 = Alexander Daniel      13 = Deborah Eng 2 = Julia Janke      8 = Daniel Wieland      14 = Ida Scholz 3 = Verena Negwer      9 = Lena Maier 4 = Lisa Dietsch      10 = Philipp Holzwig <input type="checkbox"/> 5 = Susanne Singer      11 = Valentina Burkart 6 = Lisa-Marie Linn      12 = Cora Tischner		
<b>PTV 2</b>			
<b>a01</b> (wenn der Therapeut die vorherigen Anträge eingescannt hat, bitte immer das aktuellste PTV nehmen)	<b>Antragsart</b>	1 = Kurzzeittherapie Erstantrag 2 = Kurzzeittherapie erneuter Antrag <input type="checkbox"/> 3 = Langzeittherapie Erstantrag 4 = Langzeittherapie Umwandlungsantrag 5 = Langzeittherapie Fortführungsantrag 6 = Langzeittherapie nicht näher bezeichnet	
<b>a02</b> Wenn Fortführungsantrag: Welche Nummer?	<input type="checkbox"/>		
<b>a03</b> Wenn kein Erstantrag (d.h. a01=2, 4, 5 oder 6): Datum des Vorgutachtens	steht unter „Bei Fortführung der Behandlung: Datum der Vorgutachten“  --- / --- / -----		
<b>a04</b> Wenn kein Erstantrag (d.h. a01=2, 4, 5 oder 6): <u>Vorantrag</u> ist bei unseren Dateien vorhanden	0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>		
<b>a05</b> Ablageort des Vorgutachtens	1 = in Voranträgen gefunden (also andere Dateien) <input type="checkbox"/> 2 = schon im Folgeantrag mit dabei (gleiche Datei)		

<b>a06</b> Folgeantrag/anträge in unseren Dateien vorhanden	notiere die Anzahl, wenn keine Folgeanträge, dann 0 (Gesamtanzahl, bei gleichem Therapeuten oder anderen) <input type="checkbox"/>
<b>Krankenkasse</b>	Wenn mehrere Orte eingetragen, dann <b>lokale</b> Dienststelle nehmen
<b>b01</b> Sitz der Krankenkasse (Ort)	bitte als Text hier eintragen, wie im Adressfeld eingetragen .....
<b>b02</b> Sitz der Krankenkasse (PLZ)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>TherapeutIn</b>	
<b>c01</b> Sitz der Praxis (Ort)	bitte als Text hier eintragen, wie im Stempel eingetragen .....
<b>c02</b> Sitz der Praxis (PLZ)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>c03</b> Praxis in Ost-/Westdeutschland	0 = Ostdeutschland 1 = Westdeutschland <input type="checkbox"/>
<b>c04</b> Geschlecht TherapeutIn	0 = männlich 1 = weiblich 9 = unbekannt / nicht eindeutig <input type="checkbox"/>
<b>c05</b> Berufsgruppe	0 = Arzt / Ärztin 1 = Psychologe / Psychologin 2 = beides 9 = unbekannt / nicht eindeutig <input type="checkbox"/>
<b>PatientIn</b>	
<b>dob</b> Geburtsdatum	Tag / Monat / Jahr -- -- / -- -- / -- -- -- --
<b>PTV 1</b>	
<b>ort</b> Wohnort des Patienten (Ort)	bitte als Text hier eintragen, wie im Adressfeld eingetragen .....
<b>plz</b> Wohnort des Patienten (PLZ)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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

## “Changing Psychodynamics”, IPA Study

### Case Report Form (CRF) – Teil 2

<b>id ID Bericht</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>id_fo_crf2</b> Datenextraktion durch	1 = Luisa Sievers Eng	7 = Alexander Daniel	13 = Deborah Eng	2 = Julia Janke Scholz	8 = Daniel Wieland	14 = Ida Scholz
	3 = Verena Negwer	9 = Lena Maier		4 = Lisa Dietsch	10 = Philipp Holzwig	<input type="checkbox"/>
	5 = Susanne Singer	11 = Valentina Burkart		6 = Lisa-Marie Linn	12 = Cora Tischner	
<b>PTV 2</b>						
<b>Krankenkasse</b>						
<b>b11</b> Krankenversicherung	1 = gesetzlich			2 = privat		<input type="checkbox"/>
<b>b12</b>	3 = Beihilfe			4 = sonstiges, nämlich .....		
<b>b13</b> wenn gesetzlich:	1 = AOK			2 = DAK		<input type="checkbox"/>
<b>b14</b>	3 = Techniker			4 = Barmer		
	5 = BKK oder IKK			6 = Knappschaft		
	7 = andere gesetzliche, nämlich .....					
<b>b15</b> wenn privat	1 = Hanse Merkur			2 = DKV		<input type="checkbox"/>
<b>b16</b>	3 = Debeka			4 = Allianz		
	5 = Signal Iduna			7 = andere private, nämlich .....		
<b>a10</b> Art der beantragten Therapie	0 = tiefenpsychologisch			1 = analytisch		<input type="checkbox"/>

<b>f01</b> 1. F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>f02</b> 2. F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>f03</b> 3. F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>f04</b> 4. F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>f05</b> 5. F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diagnosen als Text	So wie eingetragen	
<b>f11</b>	.....	
<b>f12</b>		
<b>f13</b>	.....	
<b>f14</b>		
<b>f15</b>	.....	

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

Anzahl befürwortet	wenn nicht befürwortet, dann 0 eintragen
Wenn Ablehnung, warum?	
<b>g11</b> nicht im Indikationsbereich	0 = nein, nicht angekreuzt 1 = ja, angekreuzt <input type="checkbox"/>
<b>g12</b> Psychodynamik nicht erkennbar	0 = nein, nicht angekreuzt 1 = ja, angekreuzt <input type="checkbox"/>
<b>g13</b> Wahl des Verfahrens lässt Behandlungserfolg nicht erwarten	0 = nein, nicht angekreuzt 1 = ja, angekreuzt <input type="checkbox"/>
<b>g14</b> Zielsetzung überschreitet Grenzen der kassenärztlichen Versorgung	0 = nicht erfüllt 1 = erfüllt <input type="checkbox"/>
<b>g15</b> Voraussetzungen beim Patienten oder Lebensumstände	0 = nein, nicht angekreuzt 1 = ja, angekreuzt <input type="checkbox"/>
<b>g16</b> Voraussetzungen beim Therapeuten nicht nachgewiesen	0 = nein, nicht angekreuzt 1 = ja, angekreuzt <input type="checkbox"/>
<b>g17</b> andere Gründe, die persönlich mitgeteilt werden	0 = nein, nicht angekreuzt 1 = ja, angekreuzt <input type="checkbox"/>

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

<b>PTV 1</b>	
<b>m20</b> Vor der jetzigen Behandlung wurde bereits Psychotherapie durchgeführt	0 = nein 1 = ambulant 2 = stationär 9 = unbekannt / nicht eindeutig <input type="checkbox"/>

<b>m21</b> Dauer der Behandlung	von  --- / --- / -----
<b>m22</b> Dauer der Behandlung	bis  --- / --- / -----
<b>m23</b> Rentenantrag gestellt	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt / nicht eindeutig <input type="checkbox"/>

## QUANTAB

<b>id</b> ID Bericht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>id_q</b> Datenextraktion durch	1 = Luisa Sievers      7 = Alexander Daniel    13 = Deborah Eng. 2 = Julia Janke      8 = Daniel Wieland    14 = Ida Scholz 3 = Verena Negwer    9 = Lena Maier 4 = Lisa Dietsch      10 = Philipp Holzwig <input type="checkbox"/> 5 = Susanne Singer    11 = Valentina Burkart 6 = Lisa-Marie Linn    12 = Cora Tischner
<b>a30</b> Seitenzahl des Berichts	bitte <span style="float: right;">eintragen</span> (gemeint ist nur der Bericht selbst, also nicht die PTV-Formulare) <input type="checkbox"/>
<b>a40</b> Therapeut ist Psychotherapeut in Ausbildung / Ausbildungskandidat	0 = nein bzw. nicht <span style="float: right;">erwähnt</span> 1 = ja <input type="checkbox"/>

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

### Psychische Erkrankungen wie im Bericht angegeben

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

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

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

**Somatische Erkrankungen**

bitte als ICD verschlüsseln, wenn nicht vom Therapeuten erfolgt.  
 Wenn mehr als 2 Diagnosen: die ersten beiden nehmen

<b>i01</b> Erste Diagnose nach ICD-10	Zweistellig mit Buchstaben, z. B. C 50	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>i02</b> Zweite Diagnose nach ICD-10	Zweistellig mit Buchstaben, z. B. C 50	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>i03</b> Erste Diagnose als Text	so wie im Text angegeben	..... .....
<b>i04</b> Zweite Diagnose als Text		..... .....

**Inanspruchnahme psychiatrischer und psychosomatischer Versorgung**

<b>I01</b> War oder ist in <u>ambulanter psychiatrischer</u> Behandlung	0 = nein, nie 1 = ja, derzeit <input type="checkbox"/> 2 = ja, früher, aber nicht derzeit 9 = unbekannt / nicht eindeutig
<b>I02</b> Nimmt gegenwärtig Psychopharmaka ein	0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/> 9 = unbekannt / nicht eindeutig
<b>Wenn gegenwärtig Psychopharmaka, welche?</b>	
<b>I03</b> Antidepressiva <i>Beispiele: Citalopram, Sertralin, Escitalopram, Venlafaxin</i>	0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/> 9 = unbekannt / nicht eindeutig
<b>I04</b> Anxiolytika und Hypnotika <i>Beispiele: Valium (Diazepam), Tavor (Lorazepam)</i>	0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/> 9 = unbekannt / nicht eindeutig
<b>I05</b> Analgetika <i>Beispiele: ASS, Ibuprofen, Spalt, Thomapyrin, Vivimed, Tramadol, Fentanyl</i>	0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/> 9 = unbekannt / nicht eindeutig
<b>I07</b> Antipsychotika <i>Beispiele: Seroquel, Risperidon, Olanzapin</i>	0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/> 9 = unbekannt / nicht eindeutig
<b>I06</b> andere Psychopharmaka	0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/> 9 = unbekannt / nicht eindeutig
<b>I10</b> (Teil-)Stationäre <u>psychiatrische</u> Behandlung in der Vergangenheit	0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/> 9 = unbekannt / nicht eindeutig
<b>I11</b> (Teil-)Stationäre <u>psychosomatische</u> Behandlung in der Vergangenheit	0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/> 9 = unbekannt / nicht eindeutig

**Vorangegangene psychotherapeutische Versorgung**

<b>m00</b> War vor jetziger Behandlung in ambulanter <u>psychotherapeutischer</u> Behandlung <b>(dies schließt Voranträge bei einem Umwandlungs- oder Fortführungsantrag <u>nicht</u> ein)</b>	0 = nein, nie 1 = ja, beim gleichen Therapeuten 2 = ja, bei anderem Therapeuten <input type="checkbox"/> 9 = unbekannt / nicht eindeutig
<b>Wenn ja:</b>	

<b>m01</b> Verfahren der letzten Behandlung	0 = tiefenpsychologisch 1 = analytisch 2 = Verhaltenstherapie 9 = unbekannt	<input type="checkbox"/>
<b>m02</b> Verfahren der vorletzten Behandlung	0 = tiefenpsychologisch 1 = analytisch 2 = Verhaltenstherapie 9 = unbekannt	<input type="checkbox"/>
<b>m04</b> Dauer der letzten Behandlung	Dauer in Monaten	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>m05</b> Sitzungszahl der letzten Behandlung	Anzahl Sitzungen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>m06</b> Frequenz der letzten Behandlung	0 = seltener als einstündig 1 = einstündig 2 = zweistündig 3 = dreistündig 4 = vier- oder mehrstündig 7 = wechselnd 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
<b>m07</b> Zeit seit Ende der letzten Behandlung	Zeit in Monaten	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**Geschwister**

<b>n10</b> Anzahl Geschwister gemeint sind die Geschwister <u>zusätzlich</u> zum Pat	leibliche und soziale Geschwister zusammen 99 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>n11</b> Rangplatz in Geschwisterreihenfolge	Patient ist das .....te Kind der (leiblichen) Mutter. 99 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="text"/> <input type="text"/>

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

<b>e01</b> Beruf(e) der Mutter während der Kindheit wenn keine Angaben im Bericht dazu, dann bitte „unbekannt“ hinschreiben	.....
<b>e02</b> Beruf(e) des Vaters während der Kindheit wenn keine Angaben im Bericht dazu, dann bitte „unbekannt“ hinschreiben	.....
<b>e03</b> Haben sich die Eltern (dauerhaft) getrennt bzw. scheiden lassen?	0 = nein 1 = <input type="checkbox"/> ja 9 = unbekannt / nicht eindeutig
<b>e04</b> wenn ja:	ggf. selbst ausrechnen <input type="text"/> <input type="text"/>

Wie alt war PatientIn da?	
<b>e05</b> Mutter verstorben?	0 = nein, Mutter lebt noch 1 = ja, Mutter verstorben 9 = unbekannt / nicht eindeutig <input type="checkbox"/>
<b>e06</b> wenn Mutter verstorben: Wie alt war PatientIn da?	ggf. selbst ausrechnen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>e07</b> Vater verstorben?	0 = nein, Vater lebt noch 1 = ja, Vater verstorben 9 = unbekannt / nicht eindeutig <input type="checkbox"/>
<b>e08</b> wenn Vater verstorben: Wie alt war PatientIn da?	ggf. selbst ausrechnen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>e09</b> aufgewachsen bei wenn mehrere Optionen zutreffend, kodiere wo Patient überwiegend aufgewachsen ist	0 = leiblichen Eltern 1 = Pflegeeltern / Adoptiveltern 2 = Großeltern 3 = im Heim 4 = sonstiges 9 = unbekannt / nicht eindeutig <input type="checkbox"/>

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

<b>e10</b> In der Partnerschaft	0 = nein 1 = ja 9 = unklar/nicht erwähnt <input type="checkbox"/>
<b>e11</b> In der Familie (außerhalb Partnerschaft)	0 = nein 1 = ja 9 = unklar/nicht erwähnt <input type="checkbox"/>
<b>e12</b> Außerhalb der Familie	0 = nein 1 = ja 9 = unklar/nicht erwähnt <input type="checkbox"/>

<b>n02</b> Partnerschaft	0 = ohne Partner 1 = fester Partner 2 = wechselnde Partner 9 = unbekannt / nicht eindeutig <input type="checkbox"/>
<b>n03</b> PartnerIn verstorben?	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt / nicht eindeutig <input type="checkbox"/>

<b>k01 Elternschaft</b>	0 = hat keine Kinder 1 = hat leibliche Kinder / (Partnerin) ist schwanger 2 = hat soziale Kinder / Adoptivkinder / Pflegekinder 3 = hat leibliche und soziale Kinder 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
<b>k02 wenn Kinder: Anzahl</b>	alle Kinder zusammen (leibliche und soziale)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>k03 Wie viele davon leben derzeit im Haushalt des Patienten/der Patientin?</b>	wenn unbekannt, dann 99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>k04 Kinderwunsch</b>	0 = möchte keine (weiteren) Kinder 1 = möchte (weitere) Kinder 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
<b>d02 Erwerbstätigkeit</b>	1 = ja, ganztags oder mindestens halbtags 3 = ja, weniger als halbtags 4 = nein, Hausfrau / Hausmann 5 = nein, in Ausbildung / Studium 6 = nein, erwerbslos 7 = nein, Erwerbsminderungsrente 8 = nein, Altersrente 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
<b>d04 aktuell krankgeschrieben</b>	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
<b>d03 Berufsausbildung</b>	1 = Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung) 2 = Fachschule (Meister-, Technikerschule) 3 = Fachhochschule, Ingenieurschule 4 = Universität, Hochschule 6 = andere Berufsausbildung 7 = keine Berufsausbildung 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
<b>r05 Höchster Schulabschluss</b>	0 = keinen Schulabschluss 1 = Hauptschule 2 = Realschule /Mittlere Reife 3 = POS (Polytechnische Oberschule) 4 = Fachhochschulreife 5 = Abitur / EOS (Erweiterte Oberschule) 6 = anderen Schulabschluss 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
<b>r01 Migrationshintergrund</b>	0 = nicht migriert 1 = selbst migriert 2 = Eltern migriert, selbst jedoch nicht	<input type="checkbox"/>

	<p>3 = Großeltern migriert, Eltern und selbst jedoch nicht</p> <p>9 = unbekannt / nicht eindeutig</p>
<b>r02 Geburtsland</b>	<p>0 = Deutschland</p> <p>1 = Land der europäischen Union (EU-15), Schweiz, Norwegen</p> <p>2 = „Ostblock“ (SU, Jugoslawien, Rumänien usw.)</p> <p>3 = Naher und Mittlerer Osten <input type="checkbox"/></p> <p>4 = Süd- und Südostasien</p> <p>5 = Ostasien</p> <p>6 = Subsahara Afrika</p> <p>7 = Nordamerika, Australien</p> <p>8 = Mittel- und Südamerika</p> <p>9 = unbekannt / nicht eindeutig</p>
<b>r03 Wenn nicht in Deutschland geboren, wo?</b>	<p>.....</p>
<b>r04 Wenn in Deutschland geboren, wo? (bezogen auf das Gebiet)</b>	<p>0 = Westdeutschland</p> <p>1 = Ostdeutschland / DDR <input type="checkbox"/></p> <p>2 = ehemalige Ostgebiete (Ostpreußen usw.)</p> <p>9 = unbekannt / nicht eindeutig</p>

QUANTAB, IPA Study, Version 2021\_03\_19

## QUANTAB – Teil 2

id ID Bericht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
id_q2 Datenextraktion durch	5 = Susanne Singer    19 = Sabrina Riedl    22 = Jelena Simic 17 = Jenni Seitz    20 = Lukas Götz <input type="checkbox"/> 18 = Michael Simrock    21 = Ramona Böhme
a41 Therapeut ist in Ausbildung / Ausbildungskandidat	0 = eindeutig    nein 1 = eindeutig ja (z. B. Anschreiben Institut dabei Supervisor erwähnt) <input type="checkbox"/> er 9 = unklar → Nachsehen im ungeschwärzten Bericht nötig
d20 Konsilbericht ist enthalten	0 =    =    nein 1 = ja, und (zumindest zum Teil) leserlich <input type="checkbox"/> 2 = ja, aber nicht leserlich

## Aktuelle Psychotherapie

m30 Frequenz der Therapie für das <u>jetzt geplante</u> Kontingent	0 = seltener als einstündig 1 = einstündig <input type="checkbox"/> 2 = zweistündig 3 = dreistündig 4 = vier- oder mehrstündig 9 = unbekannt / nicht eindeutig
<b>Wenn ein Range angegeben wird, dann bitte den mittleren Wert nehmen (z. B. bei 1-2 wird 1,5 eingetragen, bei 2-4 eine 3)</b>	
m31 <b>Wenn Fortführungs- oder Umwandlungsantrag:</b> Frequenz der Therapie <u>zu Beginn</u> der Behandlung	0 = seltener als einstündig 1 = einstündig <input type="checkbox"/> 2 = zweistündig 3 = dreistündig 4 = vier- oder mehrstündig 8 = trifft nicht zu (ist Erstantrag) 9 = unbekannt / nicht eindeutig
<b>Wenn ein Range angegeben wird, dann bitte den mittleren Wert nehmen (z. B. bei 1-2 wird 1,5 eingetragen, bei 2-4 eine 3)</b>	
m32 Setting	0 = liegend 1 = sitzend <input type="checkbox"/> 2 = wechselnd liegend/sitzend 9 = unbekannt / nicht erwähnt
m40 <b>Wenn tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP):</b> Wird Analytische Psychotherapie als Alternative diskutiert?	0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja 8 = trifft nicht zu (ist AP)

<p><b>m41 Wenn tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP):</b></p> <p>Welche Gründe werden für tiefenpsych. fundierte Psychotherapie genannt?</p>	<p>0 = keine Gründe angegeben <input type="checkbox"/></p> <p>1 = AP nicht indiziert</p> <p>2 = keine AP-Therapeuten vor Ort</p> <p>3 = Pat. möchte keine AP</p> <p>4 = Beibehalten der bisherigen Frequenz</p> <p>5 = Pat. kann es zeitlich nicht einrichten</p> <p>6 = Therapeut selbst hat keine Kapazitäten</p> <p>7 = sonstige</p> <p>8 = trifft nicht zu (ist AP)</p>
<p><b>m42</b></p>	<p>bitte die sonstigen Gründe hier aufschreiben:</p>
<p><b>m50 Wenn analytische Psychotherapie (AP):</b></p> <p>Wird tiefenpsych. fundierte Psychotherapie als Alternative diskutiert?</p>	<p>0 = nein <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p> <p>8 = trifft nicht zu (ist TP)</p>
<p><b>Wenn analytische Psychotherapie (AP):</b></p> <p><b>m51</b> Welche Gründe werden für Analytische Psychotherapie genannt?</p>	<p>0 = keine Gründe angegeben <input type="checkbox"/></p> <p>1 = TP nicht indiziert</p> <p>2 = keine TP-Therapeuten vor Ort</p> <p>3 = Pat. möchte keine TP</p> <p>4 = Beibehalten der bisherigen Frequenz</p> <p>7 = sonstige</p> <p>8 = trifft nicht zu (ist TP)</p>
<p><b>m52</b></p>	<p>bitte die sonstigen Gründe hier aufschreiben:</p>
<p><b>m60</b> Werden in dem Bericht Träume d. Pat. erwähnt/zitiert?</p>	<p>0 = nein <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja, erwähnt</p> <p>2 = ja, zitiert</p>

## Theoretische Grundlegung

Welcher der folgenden Begriffe wird mindestens 1x verwendet? (vor allem im Abschnitt „Psychodynamik“ suchen)

	0= nein, 1 = ja
t01 unbewusst / vorbewusst	<input type="checkbox"/>
t02 Über-Ich	<input type="checkbox"/>
t03 Regression / regrediert	<input type="checkbox"/>
t04 Falsches Selbst	<input type="checkbox"/>
t05 Holding / Halten	<input type="checkbox"/>
t06 Containing / contained / containen	<input type="checkbox"/>
t07 Rêverie / träumerisches Gewahrsein	<input type="checkbox"/>
t08 Alpha-Funktion / Beta-Elemente	<input type="checkbox"/>
t09 Seelischer Rückzug/Rückzugsorte	<input type="checkbox"/>
t10 Pathologische Organisation	<input type="checkbox"/>
t11 oral/anal/genital/phallisch/ödipal (triebtheoretisch gemeint)	<input type="checkbox"/>
t12 libidinös / Besetzung	<input type="checkbox"/>
t13 Objekt / Objektbeziehung	<input type="checkbox"/>
t14 Repräsentanz(en)	<input type="checkbox"/>
t15 Bindung	<input type="checkbox"/>

## Soziale Umstände

n20 Hat Pat. Schulden / starke finanzielle Belastungen? (objektive Situation)	0 = nein 1 = <input type="checkbox"/> ja 9 = unbekannt / nicht eindeutig / nicht erwähnt
n21 wenn ja: seit wann?	seit xxxx Monaten (ggf. selbst ausrechnen) 999 = unbekannt / nicht eindeutig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
n22 Äußert Pat. finanzielle Sorgen / Angst vor Verarmung? (subjektive Situation)	0 = nein 1 = <input type="checkbox"/> ja 9 = unbekannt / nicht eindeutig / nicht erwähnt
n23 Wird in dem Bericht erwähnt, dass der Patient jemals das Gesetz übertreten hat?	0 = keine Gesetzesübertretungen 1 = ja, 1x im Leben des Patienten 2 = ja, mehrfach im Leben des Patienten 9 = unbekannt / nicht eindeutig / nicht erwähnt
n24 War der Patient im Gefängnis? (nach Beurteilung)	0 = nein, nicht im Gefängnis 1 = ja, 1x 2 = ja, mehrfach 9 = unbekannt / nicht eindeutig / nicht erwähnt
n25 Werden schwere körperliche Erkrankungen von Familienmitgliedern erwähnt? (schwer = lebensbedrohlich oder stark einschränkend)	0 = bei niemandem 1 = Kind / Kinder 2 = Partner 3 = Eltern

	<p>4 = mehrere Familienmitglieder</p> <p>9 = unbekannt / nicht eindeutig / nicht erwähnt</p>
<b>n26</b> Anzahl der Enkel	<p>alle Enkel zusammen (leibliche und soziale), Anzahl eintragen <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>00 = keine</p> <p>99 = unbekannt</p>
<b>n27</b> Wird Antraget, dass der Patient einsam sei / sich einsam fühlt?	<p>0 = nein, (fühlt sich) nicht einsam <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja <input type="checkbox"/></p> <p>9 = unbekannt / nicht eindeutig / nicht erwähnt</p>
<b>n28</b> Wird über gute soziale Beziehungen (Freundschaften oder familiäre Kontakte) Antraget? (mind. 1 gute Beziehung)	<p>0 = nein, keine guten Beziehungen <input type="checkbox"/></p> <p>1 = jetzt nicht, aber früher</p> <p>2 = ja, jetzt und früher</p> <p>9 = unbekannt / nicht eindeutig / nicht erwähnt</p>

**Geburt**

<b>u01</b> Angaben zur Geburt des Pat. enthalten?	0 = nein → weiter mit Frage <b>r10</b> 1 = ja	<input type="checkbox"/>
<b>u02</b> Zeitpunkt der Geburt	1 = normal ( + / - 2 Wochen vor errechnetem Termin) 2 = Frühgeburt 3 = „späte“ Geburt 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
<b>u03</b> „Leichtigkeit“ der Geburt	0 = leicht 1 = normal 2 = schwer 4 = sonstige (z. B. Anwendung geburtsmedizinischer Maßnahmen) 9 = unbekannt / nicht thematisiert	<input type="checkbox"/>
<b>u04</b>	<b>wenn sonstige: welche?</b>	
<b>u05</b> Ort der Geburt	0 = Krankenhaus 1 = zu Hause, Hausgeburt 2 = Geburtshaus 3 = Arztpraxis 4 = in Fahrzeugen (Auto, Schiff, Bahn etc.) 6 = sonstiges, nämlich ..... 9 = unbekannt / nicht thematisiert	<input type="checkbox"/>

**Migrationsbiographie**

<b>r10</b> Geburtsland der Mutter	0 = Deutschland 1 = Land der europäischen Union (EU-15), Schweiz, Norwegen 2 = „Ostblock“ (SU, Jugoslawien, Rumänien usw.) 3 = Naher und Mittlerer Osten 4 = Süd- und Südostasien 5 = Ostasien 6 = Subsahara Afrika 7 = Nordamerika, Australien, Ozeanien 8 = Mittel- und Südamerika 9 = unbekannt / nicht eindeutig 10 = Ausland, nicht näher bezeichnet	<input type="checkbox"/>
<b>r10_txt</b> Bitte hier das Land als Text eintragen:	.....	

<b>r11</b> Geburtsland des Vaters	0 = Deutschland 1 = Land der europäischen Union (EU-15), Schweiz, Norwegen 2 = „Ostblock“ (SU, Jugoslawien, Rumänien usw.) 3 = Naher und Mittlerer Osten <input type="checkbox"/> 4 = Süd- und Südostasien 5 = Ostasien 6 = Subsahara Afrika 7 = Nordamerika, Australien, Ozeanien 8 = Mittel- und Südamerika 9 = unbekannt / nicht eindeutig 10 = Ausland, nicht näher bezeichnet	
<b>r11_txt</b> Bitte hier das Land als Text eintragen:	.....	
<b>r12</b> Gibt es in der Familie eine Fluchtgeschichte?	0 = nein → weiter mit r19 <input type="checkbox"/> 1 = ja 9 = unbekannt / nicht eindeutig / nicht erwähnt	
<b>Wenn ja: wer ist geflohen?</b>	0 = nein 1 = ja 9 = unklar	wenn ja, aus welchem Land?
<b>r13</b> Patient selbst	<input type="checkbox"/>	<b>r13_txt</b>
<b>r14</b> Eltern / ein Elternteil	<input type="checkbox"/>	<b>r14_txt</b>
<b>r15</b> Großeltern / ein Großelternteil	<input type="checkbox"/>	<b>r15_txt</b>
<b>r16</b> Tante / Onkel	<input type="checkbox"/>	<b>r16_txt</b>
<b>r17</b> Geschwister	<input type="checkbox"/>	<b>r17_txt</b>
<b>r18</b> Kinder des Patienten	<input type="checkbox"/>	<b>r18_txt</b>

## Partnerschaft und Sexualität

<p><b>r19 Wenn aktuell fester Partner*in: wo wurde diese*r geboren?</b></p> <p>Wenn kein fester Partner, dann frei lassen</p>	<p>0 = Deutschland</p> <p>1 = Land der europäischen Union (EU-15), Schweiz, Norwegen</p> <p>2 = „Ostblock“ (SU, Jugoslawien, Rumänien usw.)</p> <p>3 = Naher und Mittlerer Osten <input type="checkbox"/></p> <p>4 = Süd- und Südostasien</p> <p>5 = Ostasien</p> <p>6 = Subsahara Afrika</p> <p>7 = Nordamerika, Australien, Ozeanien</p> <p>8 = Mittel- und Südamerika</p> <p>9 = unbekannt / nicht eindeutig</p> <p>10 = Ausland, nicht näher bezeichnet</p>
<p><b>r19_txt Bitte hier das Land als Text eintragen:</b></p>	<p>.....</p>
<p><b>v01 Trennungswunsch vom aktuellen Partner</b></p>	<p>0 = nein → weiter mit v10 <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p> <p>8 = trifft nicht zu, derzeit ohne Partner</p> <p>9 = unbekannt / nicht eindeutig</p>
<p><b>wenn Trennungswunsch: warum wird die Trennung nicht vollzogen?</b></p>	
<p><b>v02 psychische Gründe (Angst vor Einsamkeit o.ä.)</b></p>	<p>0 = nein <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p> <p>9 = unbekannt / nicht eindeutig / nicht erwähnt</p>
<p><b>v03 wirtschaftliche Gründe</b></p>	<p>0 = nein <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p> <p>9 = unbekannt / nicht eindeutig / nicht erwähnt</p>
<p><b>v04 familiäre Gründe (z. B. gemeinsame Kinder)</b></p>	<p>0 = nein <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p> <p>9 = unbekannt / nicht eindeutig / nicht erwähnt</p>
<p><b>v05 Kulturelle / religiöse Gründe</b></p>	<p>0 = nein <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p> <p>9 = unbekannt / nicht eindeutig / nicht erwähnt</p>
<p><b>v06 Patient oder Partner pflegebedürftig</b></p>	<p>0 = nein <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p> <p>9 = unbekannt / nicht eindeutig / nicht erwähnt</p>
<p><b>v07 sonstige Gründe</b></p>	<p>0 = nein <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>

	9 = unbekannt / nicht eindeutig / nicht erwähnt	
<b>v10</b> Trennungen vom Partner in der Biographie	0 = nein 1 = ja, eine Trennung 2 = ja, mehrere Trennungen 9 = unbekannt / nicht eindeutig / nicht thematisiert	<input type="checkbox"/>
<b>v11 Bezogen auf die letzte Trennung: Wer hat sich getrennt?</b>	1 = Partner*in 2 = Patient*in selbst 8 = trifft nicht zu (keine Trennung thematisiert) 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
<b>v12 Bezogen auf die letzte Trennung: Wie war die Atmosphäre bei der Trennung?</b>	1 = einvernehmlich 2 = konfliktreich 8 = trifft nicht zu (keine Trennung thematisiert) 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
<b>v13 Bezogen auf die letzte Trennung: Was war der Grund für die Trennung?</b> <small>(wenn mehrere Gründe aufgeführt, kodiere den wichtigsten)</small>	1 = anderen Partner gefunden / Fremdgehen 2 = sich fremd geworden sein / Unzufriedenheit 3 = unerfüllter Kinderwunsch 4 = sich schützen vor Gewalt (verbal, sexuell oder körperlich) 5 = sonstige 8 = trifft nicht zu (keine Trennung thematisiert) 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>

<b>v20 Sexuelle Orientierung des Patienten</b>	0 = asexuell 1 = homosexuell / hat gleichgeschlechtliche Partner 2 = heterosexuell / hat gegengeschlechtliche Partner 3 = bisexuell 9 = unbekannt / nicht thematisiert	<input type="checkbox"/>
<b>v21 Sexuelle Identität des Patienten</b>	0 = cis-ident 1 = trans-ident 2 = non-binär 9 = unbekannt / nicht thematisiert	<input type="checkbox"/>
<b>v22 Zufriedenheit mit sexueller Aktivität</b> <b>(bezogen auf Häufigkeit, Qualität etc.)</b>	0 = unzufrieden 1 = zufrieden 9 = unbekannt / nicht thematisiert	<input type="checkbox"/>
<b>Erleben bei sexueller Aktivität:</b>		
<b>v23 lustvoll</b>	0 = nein 1 = ja 8 = trifft nicht zu, nicht sexuell aktiv 9 = unbekannt / nicht thematisiert	<input type="checkbox"/>
<b>v24 schambehaftet</b>	0 = nein 1 = ja 8 = trifft nicht zu, nicht sexuell aktiv 9 = unbekannt / nicht thematisiert	<input type="checkbox"/>
<b>v25 angstbesetzt</b>	0 = nein 1 = ja 8 = trifft nicht zu, nicht sexuell aktiv 9 = unbekannt / nicht thematisiert	<input type="checkbox"/>
<b>v26 gewaltsam</b>	0 = nein 1 = ja 8 = trifft nicht zu, nicht sexuell aktiv 9 = unbekannt / nicht thematisiert	<input type="checkbox"/>

**Transgenerationale Prozesse**

wenn

überall 9, kreuze hier an und gehe weiter zur nächsten Seite:

<b>Bitte jeweils eintragen für soziale und leibliche Familienmitglieder:</b>	_01 Mut ter	_02 Va ter	_03 Großm utter mütter licher seits	_04 Groß vater mütter licher seits	_05 Großm utter väter licher seits	_06 Groß vater väter licher seits	_07 (aktu eller) Partn er*in	_08 (frühe re) Partn er*in	_09 Ge schw ister	_10 Kin der	_11 weit ere
0 = nein, nie 1 = ja, aber nur früher 2 = ja, gegenwärtig (+/- früher)											
<b>w01</b> Depression											
<b>w02</b> Angsterkrankung											
<b>w03</b> Alkoholabhängigkeit / -missbrauch											
<b>w04</b> Abhängigkeit oder Missbrauch von Medikamenten											
<b>w05</b> Abhängigkeit oder Missbrauch von illegalen Substanzen											
<b>w06</b> Verhaltensbezogene Sucht											
<b>w07</b> Persönlichkeitsstörun g: Borderline											
<b>w08</b> Persönlichkeitsstörun g: sonstige oder nicht näher bezeichnet											
<b>w09</b> sexuelles Verhalten für Pat. verstörend oder übergriffig											
<b>w10</b> gewalttätig gegenüber Pat.											
<b>w11</b> gewalttätig gegenüber anderen Familienangehörigen											
<b>w12</b> kriminelles Verhalten (z. B. Diebstahl, Hehlerei), <i>außer w09 und w10</i>											
<b>w13</b> Psychosen bzw. bizarres Verhalten											
<b>w14</b> Androhung(en) von Suizid											
<b>w15</b> Suizidversuch(e)											
<b>w16</b> Suizid											

<b>w17</b> verstorben (hier nur 0 = nein, 1 = ja)											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Bericht aus Krankenhaus / Rehaklinik

<b>x01</b> Bericht/Entlassbrief aus Klinik ist beigefügt	0 = nein → <b>Ende</b> 1 = ja → weiter mit Frage v02	<input type="checkbox"/>
<b>x02</b> Von wann stammt der Bericht? (Wenn mehrere Anträge, kodiere den jüngsten)	Jahreszahl:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Medikamente des Pat. laut Bericht/Entlassbrief:</b>		
<b>x03</b> Antidepressiva <i>Beispiele: Citalopram, Sertralin, Escitalopram, Venlafaxin</i>	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
<b>x04</b> Anxiolytika und Hypnotika <i>Beispiele: Valium (Diazepam), Tavor (Lorazepam)</i>	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
<b>x05</b> Analgetika <i>Beispiele: ASS, Ibuprofen, Spalt, Thomapyrin, Vivimed, Tramadol, Fentanyl</i>	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
<b>x07</b> <i>Beispiele: Seroquel, Risperidon, Olanzapin</i>	<b>Antipsychotika</b> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>
<b>x06</b> andere Psychopharmaka <i>Beispiele: Lithium</i>	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt / nicht eindeutig	<input type="checkbox"/>

### Psychische Erkrankungen laut Bericht/Entlassbrief:

<b>x21</b> Erste F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>x22</b> Zweite F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>x23</b> Dritte F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>x24</b> Vierte F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>x25</b> Fünfte F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>x26</b> Sechste F-Diagnose nach ICD-10	F... (dreistellig, z. B. 34.1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Somatische Erkrankungen laut Bericht/Entlassbrief:**

Wenn mehr als 2 Diagnosen: die ersten beiden nehmen

<p><b>i11</b> Erste Diagnose nach ICD-10</p>	<p>Zweistellig mit Buchstaben, z. B. C 50</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p><b>i12</b> Zweite Diagnose nach ICD-10</p>	<p>Zweistellig mit Buchstaben, z. B. C 50</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p><b>i13</b> Erste Diagnose als Text</p> <p><b>i14</b> Zweite Diagnose als Text</p>	<p>so wie im Text angegeben</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

## 11 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen nahstehenden Menschen bedanken, ohne deren tatkräftige Mithilfe und Unterstützung diese Dissertation niemals zustande gekommen wäre.

Mein besonderer Dank gilt zunächst Frau Prof. Dr. Susanne Singer, die mich durch Ihre herzliche und positive Art immer ermutigt hat, diese Dissertation zu verfassen. Für Ihre hervorragende Betreuung, trotz räumlicher Distanz, mit vielfältigen Ideen und Anregungen bin ich sehr dankbar.

Vielen Dank auch an Herrn Prof. Dr. med. Ludwig Heuss für seine Bereitschaft zur Begutachtung dieser Dissertation. Neben seinem medizinischen Wirken ist er auch menschlich gesehen ein wahres Vorbild.

Für die vielfältige Unterstützung danke ich darüber hinaus meiner Arbeitsgruppe. Ohne die gemeinsamen Besprechungen, aufbauenden Worte und langen Abende der Diskussion, wäre ich nie so weit gekommen.

Zum Abschluss möchte ich meiner Mutter und meiner Schwester danken, die während meiner Ausbildung und des langen Wartens auf das Studium immer an mich geglaubt haben. Auch während des Berufsstarts und vieler Stunden Arbeit an dieser Dissertation habe ich wegen Ihnen nie den Mut oder die Motivation verloren.

## **12 Tabellarischer Lebenslauf**