

Aus der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit an der Medizinischen Fakultät Mannheim
(Direktor: Prof. Dr. med. Christian Schmahl)

**Psychodynamische Psychotherapieverfahren
bei unterschiedlichen Rahmenbedingungen –
Beihilfeberechtigte und gesetzlich Krankenversicherte
im Vergleich**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des medizinischen Doktorgrades
an der
Medizinischen Fakultät Mannheim
der Ruprecht-Karls-Universität
zu Heidelberg

vorgelegt von
Hanno Sönke Dagobert Ullrich
aus Frankfurt am Main

2020

Dekan: Prof. Dr. med. Sergij Goerd

Referent: Prof. Dr. med. Klaus Lieberz

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis	VIII
Symbolverzeichnis	XIV
Begriffserläuterungen	XV
Abstract	XVI
1 Einleitung	1
1.1 Relevanz von seelischer Gesundheit	1
1.1.1 Einheit von Seele, Körper und Geist	1
1.1.2 Epidemiologie	2
1.1.3 Volkswirtschaftliche Belastung	2
1.1.4 Therapieforschung	4
1.1.5 Versorgung innerhalb des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland	7
1.2 Beamtentum und Beihilfe	10
1.2.1 Beamte im öffentlichen Dienst in Deutschland: Definition und Statistik	10
1.2.2 Geschichte des Beamtentums	10
1.2.3 Rechtliche Grundlagen des Beamtentums	10
1.2.4 Krankheitskosten und Beihilfe	11
1.2.5 Beihilfeberechtigte	13
1.3 Ambulante Psychotherapie	14
1.3.1 Gesetzlicher Rahmen in Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Beihilfe	14
1.3.2 Richtlinien-Psychotherapie (RLPT) als Leistung der GKV	14
1.3.3 Beihilfevorschriften zu psychotherapeutischen Behandlungen	15
1.3.4 Versorgungsforschung	17
1.3.5 Versorgungswirklichkeit in GKV	18
1.3.6 Versorgungswirklichkeit in Beihilfe	19
1.4 Zielsetzung	21
2 Methodik	22
2.1 Stichprobe	22
2.1.1 Datenerhebung	22
2.1.2 Studientyp	22
2.1.3 Statistische Kenngrößen der Stichprobe	23
2.1.4 Ein- und Ausschlusskriterien für Stichprobe	24
2.1.5 Ethikvotum	24

2.2	Zielparameter.....	25
2.2.1	Dokumentationssystem der MARS	25
2.2.2	Soziodemographische Basisdaten des Patienten.....	26
2.2.3	Klinische Daten des Patienten	26
2.2.4	Biographische Daten des Patienten	32
2.2.5	Angaben zum Therapeuten.....	34
2.2.6	Angaben zum Therapieantrag.....	34
2.3	Statistische Auswertung.....	35
3	Ergebnisse.....	41
3.1	Stichprobe.....	41
3.2	Soziodemographische Basisdaten des Patienten.....	42
3.3	Klinische Daten des Patienten	55
3.4	Biographische Daten des Patienten	74
3.5	Angaben zum Therapeuten.....	86
3.6	Angaben zum Therapieantrag.....	88
3.7	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	90
4	Diskussion.....	91
4.1	Einleitung	91
4.2	Diskussion der angewandten Methoden	91
4.2.1	Studiendesign.....	91
4.2.2	Messmethodik	94
4.2.3	Statistik	95
4.3	Limitationen der Untersuchung	97
4.4	Interpretation der Ergebnisse	99
4.4.1	Soziodemographische Basisdaten des Patienten.....	100
4.4.2	Klinische Daten des Patienten	111
4.4.3	Biographische Daten des Patienten	120
4.4.4	Angaben zum Therapeuten.....	125
4.4.5	Angaben zum Therapieantrag.....	127
4.5	Vergleich der wichtigsten Ergebnisse mit der Literatur.....	130
4.5.1	Charakterisierung der Eigenschaften von privat krankenversicherten Studienpopulationen	130
4.5.2	Charakterisierung der Versorgung von privat krankenversicherten Studienpopulationen	130
4.5.3	Soziodemographie beeinflusst seelische Gesundheit.....	131
4.5.4	Einfluss des Versorgungszweigs auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung.....	131
4.6	Schlussfolgerungen	133
4.6.1	Ergebnisse dieser Studie	133
4.6.2	Bedeutung für Patienten und Gesundheitssystem	134
4.6.3	Direkte Empfehlung für die gesetzgeberische und versorgungswissenschaftliche Praxis.....	136

4.7	Ausblick auf Verbesserungsmaßnahmen in der psychosomatischen Versorgung.....	138
4.7.1	Probleme in der Versorgungsrealität	138
4.7.2	Zielsetzung von Verbesserungsmaßnahmen	139
4.7.3	Value-Based Healthcare (VBHC) als Lösungsansatz	139
4.7.4	Ergebnismonitoring (<i>engl. outcome measurement</i>) in Psychotherapie	145
4.7.5	Auf dem Weg zu Patientenzufriedenheit und effizienter Versorgung.....	147
5	Zusammenfassung	148
A	Literaturverzeichnis.....	I
B	Eigene Publikation.....	XX
C	Lebenslauf	XXI
D	Danksagung	XXII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung E 1: Versichertenstruktur in der privaten Krankheitsvollversicherung 2010 (in absoluten Zahlen)	8
Abbildung E 2: Versichertenstruktur in der privaten Krankheitsvollversicherung 2010 nach Geschlecht und Alter (in Prozent).....	8
Abbildung M 3: Flowchart: der χ^2 - Test für Unabhängigkeit bei nominalskalierten Variablen	35
Abbildung 4: Flowchart zur Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien an Stichprobe	41
Abbildung 5: Geschlecht des Patienten in Bezug zu Tabelle 8.....	42
Abbildung 6: Alter des Patienten in Bezug zu Tabelle 9.....	43
Abbildung 7: Wohnort des Patienten in Bezug zu Tabelle 14	48
Abbildung 8: höchster Schulabschluss (zusammengefasst)	49
Abbildung 9: höchster Berufsabschluss (zusammengefasst)	51
Abbildung 10: ICD-10-Hauptdiagnose des Therapeuten (klassiert nach ICD-10- Diagnosegruppen) in Bezug zu Tabelle 32; ausgenommen sind „keine ICD- 10-Diagnose“	68
Abbildung 11: BSS: Sozialkommunikativer Beeinträchtigungsgrad (SoKo) in Bezug zu Tab elle 34.....	71
Abbildung 12: GAF II (maximale GAF (über mind. eine Woche), während des letzten Jahr es vor Behandlungsbeginn) in Bezug zu Tabelle 36.....	73
Abbildung 13: Familiengenes: „Risiko-Index (0-685)“ in Bezug zu Tabelle 37	74
Abbildung 14: Mittelwert des „BSS Summenscore“ im Verhältnis zu klassierter Risikoeins chätzung anhand des „Risiko-Index (0-685)“	75
Abbildung 15: Verlust des Vaters in Bezug zu Tabelle 38	78
Abbildung 16: Verlust der Mutter in Bezug zu Tabelle 39	78
Abbildung 17: Schwere seelische Erkrankung des Vaters in Bezug zu Tabelle 40	81
Abbildung 18: Schwere seelische Erkrankung der Mutter in Bezug zu Tabelle 41	81
Abbildung 19: Schwere körperliche Erkrankung: Vater vs. Mutter in Bezug zu Tabelle 42 und Tabelle 43.....	83
Abbildung 20: Heimaufenthalt/ Internat	84
Abbildung 21: Stief-/ Halbgeschwister: Ja/ Nein.....	85
Abbildung 22: Geschlecht des Therapeuten in Bezug zu Tabelle 44.....	86
Abbildung 23: Arzt/ Psychologe in Bezug zu Tabelle 45.....	87
Abbildung 24: Beantrage Therapie: Tfp/ AP in Bezug zu Tabelle 47	89

Tabellenverzeichnis

Tabelle E 1: § 19 – Bundesbeihilfeverordnung (BBhV): Psychoanalytisch begründete Verfahren (Unterschiede zwischen 2014 und 2018 sind hinterlegt). Diese Aufwendungen für psychoanalytisch begründete Verfahren waren/ sind für Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, beihilfefähig.	16
Tabelle M 2: Beeinträchtigungseinschätzung in der MARS anhand des modifizierten Beeinträchtigungs-Schwere-Summenscores (BSS) (0-12)	31
Tabelle M 3: Einschätzung der Funktionsbeeinträchtigung in der MARS anhand der Global Assessment of Functioning Scale II (GAF- II)	32
Tabelle M 4: klassierte Risikoeinschätzung anhand des „Risiko-Index (0-685)“	34
Tabelle M 5: Interpretation von p-Wert-Niveau	38
Tabelle M 6: Interpretation von Effektmaßen ϕ , V nach Cohen (1988)	39
Tabelle M 7: Interpretation von Effektmaß Cohen's d nach Cohen (1988)	39
Tabelle 8: Geschlecht des Patienten	42
Tabelle 9: Alter des Patienten	43
Tabelle 10: Aktueller Familienstand (zusammengefasst)	44
Tabelle 11: Aktuelle Partnersituation.....	45
Tabelle 12: Kinder Ja/ Nein.....	46
Tabelle 13: Anzahl leibliche Kinder.....	46
Tabelle 14: Wohnort des Patienten.....	47
Tabelle 15: höchster Schulabschluss	49
Tabelle 16: höchster Berufsabschluss	50
Tabelle 17: letzter (oder zuletzt ausgeübter) Beruf: (nach Qualifikation aufgeteilt sowie Selbstständige).....	52
Tabelle 18: Jetzige berufliche Situation. Sonstiges: Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente (auf Dauer oder Zeit) / Witwen- / Witwerrente/ geschützt beschäftigt/ anderweitig ohne berufliche Beschäftigung	53
Tabelle 19: Art der Symptomatik (psychisch).....	56
Tabelle 20: Art der Symptomatik (funktionell-psychosomatisch).....	56
Tabelle 21: Art der Symptomatik: Suizidalität akut.....	57
Tabelle 22: Art der Symptomatik: Suizidalität früher.....	58
Tabelle 23: Art der Symptomatik: Sucht (tendenzen).....	59
Tabelle 24: Art der Symptomatik (somatisch).....	60
Tabelle 25: Vorbehandlungen: Ja/ Nein, einmalig/ mehrfach	61

Tabelle 26: Art der Vorbehandlung: ambulant/ stationär, psychotherapeutisch/ psychiatrisch	62
Tabelle 27: Art der ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlung: Therapiedauer	63
Tabelle 28: Art der ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlung: TfP/ AP/ VT.	64
Tabelle 29: Art der ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlung: Einzel/ Gruppe	65
Tabelle 30: gegenwärtiger Therapeutenwechsel	66
Tabelle 31: Problemrelevante Lebensbereiche.....	67
Tabelle 32: ICD-10-Hauptdiagnose des Therapeuten (klassiert nach ICD-10-Diagnosegruppen).....	69
Tabelle 33: Häufigste psychische ICD-10-Hauptdiagnosen des Therapeuten (klassiert nach ICD-10-Diagnosesubkategorien)	70
Tabelle 34: Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS).....	71
Tabelle 35 modifizierter Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS).....	72
Tabelle 36: Global Assessment of Functioning Scale (GAF)	73
Tabelle 37: Familiengnese: „Risiko-Index (0-685)“	74
Tabelle 38: Verlust des Vaters	77
Tabelle 39: Verlust der Mutter	77
Tabelle 40: Schwere seelische Erkrankung des Vaters.....	80
Tabelle 41: Schwere seelische Erkrankung der Mutter	80
Tabelle 42: Schwere körperliche Erkrankung des Vaters	83
Tabelle 43: Schwere körperliche Erkrankung der Mutter	83
Tabelle 44: Geschlecht des Therapeuten	86
Tabelle 45: Therapeutenberuf: Arzt/ Psychologe	87
Tabelle 46: Art des Antrags	88
Tabelle 47: Beantragte Therapie: TfP/ AP	89
Tabelle 48: Beantragte Therapie: Einzel/ Gruppe	90

Abkürzungsverzeichnis

95 %-CI	95 %-iges Konfidenzintervall (<i>engl. confidence interval</i>)
Abb.	Abbildung
AP	Analytische Psychotherapie
APA	Amerikanische Psychiater-Vereinigung (<i>engl. American Psychiatric Association</i>)
AU-Tage	Arbeitsausfalltage
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZP	ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BÄK	Bundesärztekammer
BBG	Bundesbeamtengesetz
BBhV	Bundesbeihilfeverordnung
BBhVVwV	Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung
BeamtStG	Beamtenstatusgesetz
BGBI	Bundesgesetzblatt
BHF	Beihilfe/ Beihilfeberechtigte(r)
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BRD	Bundesrepublik Deutschland
bspw.	beispielsweise
BSS	Beeinträchtigungs-Schwere-Score
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht

bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
CA	Neoplasie/ Karzinomkrankung
COPD	chronisch obstruktive Lungenerkrankung (<i>engl. Chronic Obstructive Lung Disease</i>)
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie
d. h.	das heißt
DKPM	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin
DKV	Deutsche Krankenversicherung
DMP	Disease Management Programme
DSM-IV	Diagnostisches und Statistisches Manual für seelische Erkrankungen (<i>engl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>) der Amerikanischen Psychiater-Vereinigung
dt.	deutsch
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ehem.	ehemaliger, ehemalige
engl.	englisch
ePA	elektronische Patientenakte

ET	Einzeltherapie
et al.	et alii
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EU	Europäische Union
FA/ FÄ	Facharzt/ Fachärztin/ Fachärzte
FH	Fachhochschule
GAF	GAF- Skala (Globale Erfassung des Funktionsniveaus, <i>engl. Global Assessment of Functioning Scale</i>)
GAV	Gutachterverfahren
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Grundgesetz
GKL	Gutachter-Kriterien-Liste
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung/ gesetzlich Krankenversicherte(r)
GMBI	Gemeinsames Ministerialblatt
GT	Gruppentherapie
HH	Hansestadt Hamburg [Bundesland]
Hrsg.	Herausgeber
i. d. R.	in der Regel
ICD	International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (<i>dt. Internationale Klassifikation von Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen</i>)

ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>engl. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
IQA	Interquartilsabstand
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHK	koronare Herzkrankheit
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
KZT	Kurzzeittherapie
LZT	Langzeittherapie
M	Mittelwert (<i>engl. means</i>)
MARS	Mannheimer Richtlinien-Psychotherapie Studie
MD	Mittlere Differenz (<i>engl. mean deviation</i>)
MED	Median
METS	metabolisches Syndrom
GMBL	Gemeinsames Ministerialblatt
MKS	Mannheimer Kohortenstudie
Mon.	Monat(e)
n	Fallzahl der Stichprobe
o. n. A.	ohne nähere Angaben
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
p	p-Wert
P	Punkte

PKV	Private Krankenversicherung/ Privat Krankenversicherte(r)
PP	Psychologische Psychotherapeuten
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
PsychThGAusbRefG	Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz
PT	Psychotherapie
PT-R	Psychotherapie-Richtlinie
RCT	randomisierte kontrollierte Studie (<i>engl. randomised controlled trial</i>)
RVO	Reichsversicherungsordnung
s.	siehe
s. a.	siehe auch
s. o.	siehe oben
s. u.	siehe unten
SD	Standardabweichung (<i>engl. standard difference</i>)
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	so genannt
SoKo	Sozialkommunikativer Beeinträchtigungsgrad des BSS (Beeinträchtigungs-Schwere-Score)
Tab.	Tabelle
TfP	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
u. a.	unter anderem/ n
v. a.	vor allem
VBHC	<i>engl. Value-Based Healthcare</i>
Vgl.	Vergleich

vs. versus (*dt. gegenüber*)

VT Verhaltenstherapie

z. zu(m)

z. B. zum Beispiel

z. Vgl. zum Vergleich

Symbolverzeichnis

=	gleich
$\geq ; \leq$	größer gleich; kleiner gleich
$> ; <$	größer; kleiner
%	Prozent
\times	Multiplikationszeichen
	Betrag
d	Cohen's d
χ^2	Chi-Quadrat
ϕ	Phi-Koeffizient
δ	relevanter Unterschied
V	Cramer's V

Begriffserläuterungen

Beamtinnen/ Beamte	Bedienstete, die – auf Lebenszeit, Zeit, Probe, Widerruf – durch eine Ernennungsurkunde in das Beamtenverhältnis berufen worden sind.
Richterinnen/ Richter	Berufsrichterinnen und -richter im Sinne des Deutschen Richtergesetzes, die sowohl bei Gerichten als auch Behörden (z. B. Ministerien) tätig sind; auch zu "Richtern auf Probe" ernannte Gerichtsassessoren. Nicht zu den Richterinnen und Richtern zählen: Richter an Gemeindegerichten sowie Richter kraft Auftrags und Staatsanwälte, die statusmäßig Beamte sind.
sonstiger Anspruch auf Krankenversorgung	besteht, wenn unabhängig von einer bestehenden gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung gesundheitsbezogene Leistungen von einem anderen Kostenträger in Anspruch genommen werden können. Dies ist zum Beispiel bei Beamten und Beamtinnen mit Beihilfeanspruch oder bei Polizisten mit Anspruch auf Heilfürsorge der Fall.

Abstract

Einleitung: Psychotherapie-Richtlinien (PT-R) und Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) unterscheiden sich in wenigen wesentlichen Vorgaben. Ziel dieser Arbeit ist es, die Eigenschaften und die Versorgung von Beihilfeberechtigten¹ in ambulanter Langzeit-Psychotherapie zu charakterisieren.

Methode: In einer administrativ-epidemiologischen Querschnittsstudie wurden Beihilfeberechtigte (n = 203) und gesetzlich Krankenversicherte (n = 916) miteinander verglichen. Der Datenerhebung dienten Erst- und Umwandlungsberichte der psychodynamischen Verfahren in der antragspflichtigen ambulanten Psychotherapie zu dem Untersuchungszeitraum von Mai 2007 bis Juni 2012.

Ergebnisse: Beihilfeberechtigte Patienten unterscheiden sich von gesetzlich krankenversicherten Patienten. Beihilfeberechtigte sind älter, höher gebildet, sozial eingebundener, biographisch weniger vorbelastet, sowie oftmals nicht in Vorbehandlung gewesen. Es gibt starke Hinweise darauf, dass die klinische Symptomatik, die Suizidalität sowie die Krankheitsschwere (gemessen mittels BSS) in der Beihilfe niedriger ausgeprägt sind. Sie werden meist von ärztlichen Psychotherapeuten im Einzelsetting in tiefenpsychologisch fundierter Langzeit-Psychotherapie behandelt.

Diskussion: Die Ergebnisse aus der naturalistischen Beobachtung deuten darauf hin, dass Beihilfeberechtigte, die eine Behandlung nach der BBhV beantragen, seelisch gesünder sind und anders versorgt werden. Die Rahmenbedingungen beeinflussen in erheblichem Maße die Versorgungsrealität. Die Psychotherapie-Richtlinien und Beihilfevorschriften sollten die Versorgungsrealität berücksichtigen und folglich entweder aneinander angepasst werden oder sich evidenzbasiert voneinander unterscheiden.

¹Im Folgenden werden aus Gründen der leichteren Lesbarkeit Personengruppen in einer neutralen Form (Patienten, Therapeut, Gutachter et al.) bezeichnet, wobei immer sowohl weibliche als auch männliche sowie diverse Personen gemeint sind.

1 Einleitung

1.1 Relevanz von seelischer Gesundheit

1.1.1 Einheit von Seele, Körper und Geist

Dass der Gesundheit der Seele ein ebenso hoher Stellenwert eingeräumt wird wie der des Körpers, entspricht schon den ganzheitlichen Vorstellungen von Hippokrates. Denn seelische Gesundheit hat positive Auswirkungen auf die Lebensqualität, die soziale und berufliche Teilhabe, gesundheitsbewusstes Verhalten und die körperliche Gesundheit.

Beeinträchtigungen von seelischer Gesundheit folgen dem Prinzip des Kontinuumgedankens – der beschreibt, dass es keine klare Trennlinie zwischen gesund und krank gibt (Antonovsky, 1993, 1997). Seelische Leiden reichen von leichten Einschränkungen des seelischen Wohlbefindens bis zu schweren psychischen Störungen. Depression, Angststörung und Suchterkrankungen sind Krankheitsbilder, die keine Seltenheit darstellen.

Die Versorgung psychischer Störungen wird bei hoher Lebenserwartung und Chronizität zunehmend relevanter. Die Lebenserwartung steigt in Deutschland und weltweit stetig an, so dass das Leben mit einer Krankheit und der Umgang damit immer zentraler werden. In Deutschland verursachen psychische Störungen am zweithäufigsten Lebensbeeinträchtigungen (*engl. years lived with disability (YLD)*) (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2017). Am häufigsten werden Lebensbeeinträchtigungen durch muskuloskelettale Beschwerden verursacht – hier ist die Evidenz für psychosomatische Einflüsse auf muskuloskelettale Beschwerden wiederum stark (DGPM et al., 2017; Ramond et al., 2010; Van Tulder et al., 1997).

In diesem Kapitel wird die Relevanz von seelischer Gesundheit thematisiert. Aufgrund der weiten Verbreitung psychischer Störungen und der damit verbundenen hohen Kosten durch lange Fehlzeiten, Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung ist seelische Gesundheit eine gesellschaftliche Herausforderung. Trotz guter Behandlungsmöglichkeiten und einem beachtlichen Forschungsstand sollte die Versorgung psychischer Störungen zielgerichteter, frühzeitiger und nachhaltiger werden.

1.1.2 Epidemiologie

Psychische Erkrankungen gelten weltweit als eine der größten gesellschaftlichen und gesundheitswissenschaftlichen Herausforderungen (Collins et al., 2011).

In der Mannheimer Kohortenstudie (MKS) (Franz et al., 2000; Lieberz, Franz, et al., 2011; Schepank, 1987; Schepank & Manz, 1990), einer Längsschnittuntersuchung über insgesamt 35 Jahre, ergab sich in der Allgemeinbevölkerung einer typischen deutschen Großstadt zu allen Erhebungszeitpunkten eine konstante Prävalenzrate von 25-30 % von psychogen bedingten Störungen in der Altersklasse zwischen 18-45 Jahren. Bei gleichbleibender Beschwerdelast zeigte sich dabei im Krankheitsverlauf der Betroffenen ein durchaus wechselhaftes Symptombild. Folgeuntersuchungen haben dieses seinerzeit überraschende und umstrittene Ergebnis wiederholt bestätigt. Allein in Deutschland erkranken pro Jahr vorübergehend über 18 Millionen Menschen an einer psychischen Störung, wie Umfragen aus dem Bundesgesundheitsurvey 1998 demonstrieren (12-Monatsprävalenz zwischen 27,7 % (Jacobi, Hofler, Siegert, et al., 2014) und 32,1 % (Wittchen & Jacobi, 2001)). Die Gesamtlebenszeitprävalenz für psychische Erkrankungen reicht von 25 % (Meyer et al., 2000) bis sogar über 75 % (Angst et al., 2016; Schaefer et al., 2017).

Psychische Erkrankungen haben neben den hohen Beeinträchtigungen auch abwendbar gefährliche Verläufe. Alle psychischen Erkrankungen (außer Retardierung und Demenz) erhöhen die Suizidalität (Harris & Barraclough, 1997), Depressionen erhöhen v. a. die kardiovaskuläre Mortalität (Barth et al., 2004; Schulz et al., 2000), aber bei depressiven Patienten steigen auch insgesamt die durch schwere Erkrankungen bedingten Tode (Mykletun et al., 2007).

1.1.3 Volkswirtschaftliche Belastung

Die volkswirtschaftlichen Kosten von psychischen Störungen sind in Europa sehr hoch (Olesen et al., 2012). Dies hängt mit der bislang nicht immer adäquaten Versorgung von psychischen Leiden zusammen, der symptomorientierten Fehlversorgung vorwiegend somatischer Beschwerden, den gesellschaftlichen Umständen, Stigmata und den Anforderungen der modernen Arbeitswelt.

Es gibt zwei Kostenquellen bei psychischen Störungen. Zum Ersten betrifft es gesundheitliche Ausgaben aufgrund der Chronizität der Erkrankungen (de Maat et al., 2007), kostspieliger Hospitalisationen und medizinischer Notfälle, vor allem in Hinsicht auf nicht-psychische Beschwerden (Baune et al., 2007). Zum Zweiten sinkt die Erwerbsleistung psychisch Erkrankter. Fehltag aufgrund von psychischen Störungen entstehen zwar nur durch wenige Arbeitnehmer (Techniker Krankenkasse., 2015), aber durch die lange Dauer der Erkrankungen weisen z. B. Depressionen eine der höchsten Arbeitsunfähigkeitsaufkommen auf (Wittchen and Jacobi (2001) nannten ca. 40 % aller Arbeitsunfähigkeitszeiten der letzten vier Wochen). Erwerbsminderungs- und Frühberentungen wegen psychischer Störungen haben sich zwischen 1993 bis 2017 mehr als verdoppelt, sodass sie mit 43 % die größte Diagnosegruppe für Erwerbsminderung darstellen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018; Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2015). Sowohl Gesundheitsausgaben als auch Sozialversicherungsleistungen sind bei psychischen Störungen enorm hoch.

Psychotherapie reduziert die o. g. volkswirtschaftlichen Kosten nachweislich. Gesundheitsökonomische Vorteile von Psychotherapie wurden in wenigen Studien prospektiv im Langzeitverlauf untersucht (Bateman & Fonagy, 2008; Dührssen & Jorswieck, 1965; Knekt et al., 2008). Sie zeigen, dass Psychotherapie zu besserer Arbeitsfähigkeit (längeren Beschäftigungszeiträumen), weniger Krankheitstagen, weniger Klinikaufhalten, weniger Konsultationen von Notaufnahmen, weniger Folgebehandlungen, weniger Polypharmazie und damit zu weniger Kosten für das Gesundheitssystem führen.

Psychotherapie, v. a. ambulante, kann trotz begrenzter personeller und finanzieller Ressourcen eine effiziente Versorgung gewährleisten. Für die Effizienz soll im deutschen Gesundheitssystem neben der Therapieforschung auch der rechtliche Rahmen Sorge tragen, weshalb in dieser Arbeit sowohl jene Forschung als auch die Rahmenbedingungen (Versicherungssysteme) zum Forschungsgegenstand werden.

1.1.4 Therapieforschung

Während die Wirksamkeit und Kosteneffizienz von psychodynamischer Psychotherapie bewiesen sind, gibt es bis zu diesem Zeitpunkt kaum Praxisstudien zur Behandlung in psychodynamischen Verfahren. Diese Arbeit stellt eine solche Praxisstudie dar, die Evidenz zur Versorgungsrealität einer speziellen Gruppe psychisch Erkrankter liefert.

Die herkömmliche Therapie psychischer Erkrankungen beruht auf zwei wirksamen Optionen (DGPM et al., 2015): Psychopharmaka und Psychotherapie. Bei der Psychotherapie gibt es wiederum zwei wissenschaftlich anerkannte Verfahren, nämlich die psychodynamischen und die verhaltenstherapeutischen Psychotherapieverfahren.

Während des letzten Jahrzehnts hat sich die empirische Evidenz für die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie stetig vergrößert (Connolly Gibbons et al., 2008; Gerber et al., 2011; Knekt et al., 2011; Shedler, 2010).

Der **Evidenzgrad psychodynamischer Psychotherapie** gemäß Nationaler Versorgungsleitlinie Depression (DGPM et al., 2015) wird aufgelistet und folgend detailliert beschrieben:

- TFP Kurzzeit Metaanalysen, RCTs
- TFP Langzeit Metaanalysen, RCTs
- AP RCTs, naturalistische Studien

Stationär ist psychodynamische Psychotherapie gut untersucht (Franz et al., 2015; Huber et al., 2009; Rudolf, 2004).

In **Kurzzeit**therapie (KZT) sind psychodynamische Psychotherapien gut evaluiert (Abbass et al., 2014; Connolly Gibbons et al., 2016; Svartberg et al., 2004; Zipfel et al., 2014). Eine KZT kann zwar Patienten mit akuten Belastungen gut behandeln, weil die momentane Funktionsfähigkeit schnell verbessert wird (Howard et al., 1986; Kopta et al., 1994). Einschränkend reicht aber eine KZT nicht aus bei Patienten mit chronischen Belastungen oder Persönlichkeitsstörungen (Kopta et al., 1994; Leichsenring et al., 2013). Eine Änderung der Persönlichkeit und Krankheit kann erst im Laufe einer längeren Therapiedauer vollzogen werden (Perry et al., 1999).

Psychodynamische **Langzeit**therapie (LZT) erlangt durch Metaanalysen steigende Evidenz (de Maat et al., 2013; Leichsenring et al., 2013; Leichsenring & Rabung, 2008, 2011; Smit et al., 2012). Da chronische Krankheitsverläufe hohe Kosten verursachen durch AU-Tage (de Maat et al., 2007), Hospitalisierungen und somatische Arztbesuche, beweisen zusätzliche Studien die Kosteneffizienz von psychodynamischer LZT (Dührssen & Jorswieck, 1965; Knekt et al., 2008; Soeteman & Kim, 2013).

Bei o. g. Evidenz handelt es sich um kontrollierte Forschungsbedingungen. Praxisstudien gibt es bisher selten (Herzog et al., 2012, S. 11-13; Rabe-Menssen et al., 2011), obwohl sie vom G-BA gefordert werden (Dahm, 2008). Die Wirksamkeit wird bisher nur demonstriert für bestimmte Störungsbilder (monosymptomatisch) und sorgfältig ausgewählte Patienten, die den polymorbiden Patienten in der Versorgungspraxis nicht entsprechen (ungenügende externe Validität). Es bleiben zudem viele Fragen zur Differentialindikation, prognostischen Einschätzung und Versorgungsrealität offen: Was wirkt wie? Welche Faktoren bestimmen den Erfolg? „What works for whom?“ Denn nur die Forschung unter Routinebedingungen kann die Versorgungsrealität beschreiben und zeigen, wie praxistauglich eine Psychotherapie, hier die psychodynamische LZT, ist (und welche Studienergebnisse auf die Praxis übertragen werden können) (Henningsen & Rudolf, 2000; Jacobson & Christensen, 1996).

Ein Review über naturalistische Studien von Altmann et al. (2016) konstatiert den klinischen und volkswirtschaftlichen Nutzen von **ambulanter Psychotherapie unter Routinebedingungen**. Die ambulante Psychotherapie reduziert nach den Autoren sowohl Symptome als auch Arbeitsunfähigkeitstage sowie Gesundheitskosten. Weiterhin wird oftmals das Therapieziel erreicht, ohne das Stundenkontingent notwendigerweise auszuschöpfen (eine Verlängerung gibt es nur bei besonders beeinträchtigten Patienten mit guter therapeutischer Beziehung) (Gallas et al., 2010). All diese Ergebnisse der ambulanten Psychotherapie sind bekannt. Es bleibt offen, durch welche Faktoren sie wirkt und wie sie effizienter gestaltet werden kann.

Welche Faktoren die ambulante psychodynamische Psychotherapie stark beeinflussen, ist aufgrund des Mangels an naturalistischen Praxisstudien unsicher. Allgemein hängt die Therapie nach Lambert (1992); Lambert and Ogles (2014) von vier Faktoren ab: Patientenmerkmale (40 %), Therapeutenmerkmale (20 %), unspezifische Wirkfaktoren (35 %), Therapietechnik

(5 %). Diese Arbeit betrachtet im Mittelpunkt ihrer naturalistischen Untersuchung demzufolge Patienten- und Therapeutenmerkmale in zwei verschiedenen Patientengruppen, um aus den Ergebnissen Hinweise für die psychotherapeutische Praxis abzuleiten. Nicht betrachtet werden in dieser Arbeit die unspezifischen Wirkfaktoren, da sie sehr schwer erfassbar sind (Laska et al., 2014), als auch die mit 5 % verhältnismäßig unbedeutende Therapietechnik.

Diese Arbeit ist ein weiterer Beitrag zur Psychodynamischen Forschung. Die Wirksamkeit von manualisierter Psychotherapie an Universitätsambulanzen wurde bisher gründlich bewiesen. Aber es gibt nur wenige Forschungsergebnisse über die Routinepraxis (Prozess- und Ergebnisqualität) der niedergelassenen Therapeuten (Rudolf & Rüger, 2013, S. 55), ohne von Kostenträgern finanziert zu sein (Rabe-Menssen et al., 2011). Als sich ergänzende Wirksamkeitsnachweise ist eine Kombination aus RCTs und naturalistischen Studien notwendig (Barlow, 1996; Schauenburg et al., 2009).

Die Routineversorgung zu untersuchen, erweist sich als schwer durchführbar. Therapeuten erklären Forschung zwar für sinnvoll (Felber & Margreiter, 2007), zeigen aber nur zu 10 % eine Bereitschaft, sich zu beteiligen (Rudolf, 2008). Die Therapeuten verweisen auf den prekären, geschützten Raum sowie Mehraufwand und dadurch Opportunitätskosten für sie (Kächele & Richter, 2008). Zunehmender wissenschaftlicher und berufspolitischer Druck hemmen psychodynamische Therapeuten zusätzlich (Taubner et al., 2012).

Wie ambulante psychodynamische Therapien in der tatsächlichen Praxis funktionieren und wie die Versorgungsrealität aussieht, wird **im Rahmen der Mannheimer Richtlinien-Psychotherapie-Studie (MARS)** untersucht (Lieberz et al., 2015; Lieberz et al., 2014; Lieberz et al., 2010; Lieberz et al., 2013; Lieberz & Seiffge, 2011). Als Datengrundlage (s. 2.1.1) dienen Therapieanträge aus dem Gutachterverfahren (GAV) (s. 1.3.2), sodass umfassende Informationen auf kostengünstigem Weg vorliegen, ohne auf die Forschungsmotivation von Therapeuten und Patienten angewiesen zu sein.

Welchen Rahmen das Versorgungssystem für die Routinepraxis vorgibt, wird folgend dargestellt.

1.1.5 Versorgung innerhalb des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland

Die ambulante psychodynamische Versorgung in Deutschland wird in dieser Arbeit betrachtet. Deutschland unterhält unbestreitbar das System mit der differenziertesten und umfangreichsten psychotherapeutischen Versorgung weltweit (Bijl et al., 2003; Meyer et al., 1991, S. 30). Wichtig ist festzuhalten, dass auf die Unterschiede der internationalen Gesundheitssysteme geachtet wird. Weil diese Betrachtung kein globales Szenario vorsieht, werden vorzugsweise deutsche, europäische und US-amerikanische Studien als Referenz genutzt. Die Versorgung bezieht sich in dieser Arbeit auf die erwachsene Bevölkerung. Forschungsergebnisse unter Realbedingungen können direkt zurück auf diese Realbedingungen selbst bezogen werden (Albani et al., 2004).

Deutschland hat das weltweit älteste soziale Krankenversicherungssystem. Es gibt Besonderheiten des dualen Krankenversicherungssystem bestehend aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung (GKV und PKV).

Ungefähr 90 % der Gesamtbevölkerung sind Mitglied in der GKV (Pflicht- oder Ersatzkasse). Die restlichen 10 % sind voll privat versichert oder über besondere Kostenträger wie Beihilfe (BHF), Sozialhilfeträger oder Bundeswehr. Von der PKV ist die Hälfte beihilfeberechtigt (Abbildung E 1, Abbildung E 2). Folglich haben 5 % der Gesamtbevölkerung einen Beihilfeanspruch und eine zusätzliche private Krankenversicherung (Verband der PKVen, 2011).

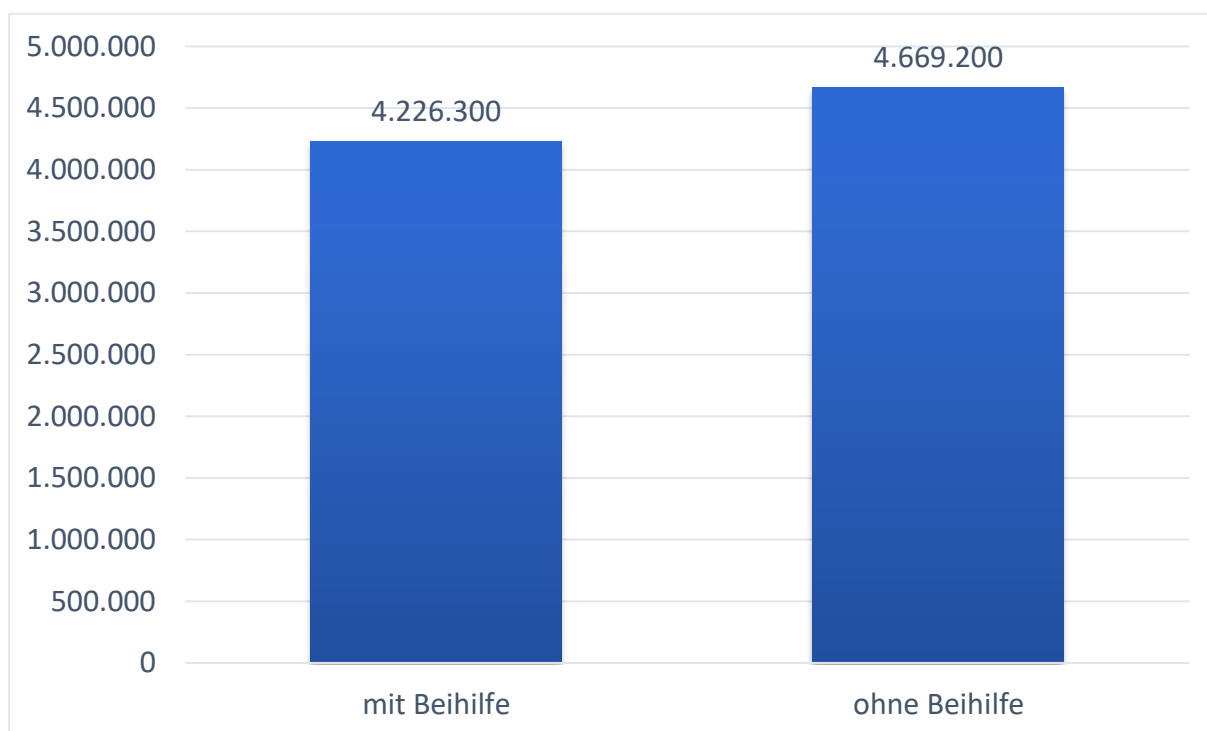


Abbildung E 1: Versichertenstruktur in der privaten Krankheitsvollversicherung 2010
(in absoluten Zahlen)

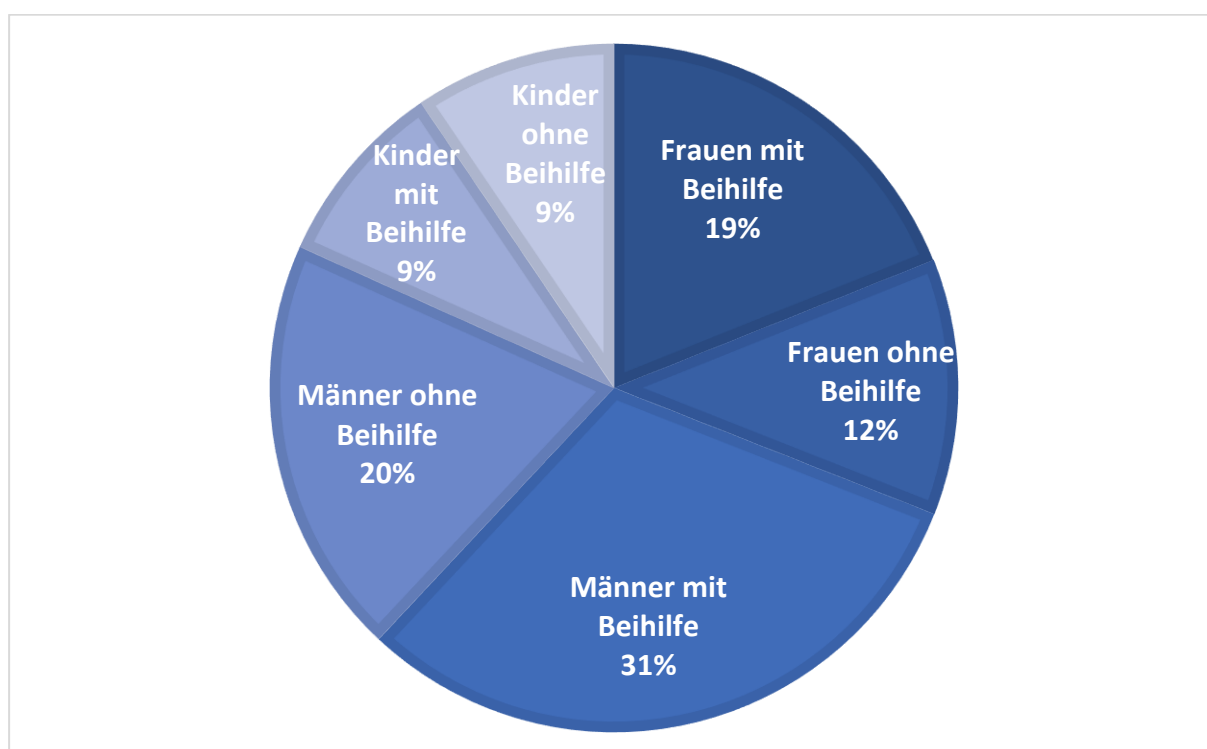


Abbildung E 2: Versichertenstruktur in der privaten Krankheitsvollversicherung 2010 nach
Geschlecht und Alter (in Prozent)

In der ambulanten Psychotherapie (v. a. den in der RLPT zugelassenen Psychotherapieverfahren) sind unter den Patienten die Verhältnisse der Kostenträger nicht analog. Es werden verhältnismäßig mehr PKV-Patienten psychotherapeutisch behandelt als GKV-Patienten, als dies nach der o. g. Verteilung der Kostenträger in der Allgemeinbevölkerung zu erwarten ist. Albani et al. (2010) fanden in einer Umfrage von 1212 Personen in ambulanter Psychotherapie heraus, dass bei 79 % der Befragten die Kosten vollständig von der GKV übernommen würden, bei 3 % vollständig von der PKV, bei 6,7 % teilweise von der PKV und bei 5,5 % teilweise von der Beihilfe. Selbstzahler waren 4 %. Um das versorgungswissenschaftliche und volkswirtschaftliche Ausmaß zu illustrieren, schätzen die Autoren die Inanspruchnahme der deutschen, erwachsenen Bevölkerung auf eine ambulante psychotherapeutische Behandlung auf 7 % (Albani et al., 2010).

Die reale Versorgung psychischer Störungen im dualen Krankenversicherungssystem ist noch nicht ausführlich beschrieben und wird in dieser Arbeit zum Forschungsgegenstand. Sie kann durch nachträgliche Erhebungen von Selbstangaben durch Fragebögen (o. g. Albani et al., 2010) lediglich grob eingeschätzt werden, wie das ähnliche Studiendesign der „Consumer Reports“-Studie (Seligman, 1995) und die sich daran anschließende Kontroverse (Brock et al., 1996; Hunt, 1996; Kotkin et al., 1996; Seligman, 1996) darlegen.

Die Kostenträger insistieren bei anhaltend hohen Prävalenzen und Behandlungsquoten psychischer Störungen auf eine effiziente Versorgung. Darum untersucht diese Arbeit die Eigenschaften der beiden Versorgungszweige Beihilfe und GKV, deren gesetzliche Rahmenbedingungen zu ambulanten psychodynamischen Verfahren und deren reale Versorgungsbedingungen. Mit den Feststellungen können Optimierungspotentiale für die Versorgung im dualen Krankenversicherungssystem entdeckt werden.

1.2 Beamtentum und Beihilfe

1.2.1 Beamte im öffentlichen Dienst in Deutschland: Definition und Statistik

Staatsrechtlich ist ein Beamter eine von einem Dienstherrn in ein öffentlich-rechtliches Dienst- und Treueverhältnis berufene Person. Im Folgenden bezieht sich die Darstellung auf Beamte im staatsrechtlichen Sinn.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es etwa 1,7 Millionen Beamte/ Beamtinnen und Richter/ -innen. Die genaue Anzahl der als Beamte und Richter Beschäftigten des öffentlichen Dienstes in Deutschland lag zum Zeitpunkt der Untersuchung (Stand 30.06.2010) bei **1,687 Mio.** (z. Vgl. aktuellere Daten vom 30.06.2017 mit **1,678 Mio.** sind damit nahezu unverändert (Statistisches Bundesamt, 2010c, S. 27; 2017, S. 25)).

1.2.2 Geschichte des Beamtentums

Das Berufsbeamtentum entstand in der Zeit der Feudalherrschaft. Landesherren banden ihre öffentlichen Diener auf Lebenszeit und erwarteten außergewöhnliche Treue. Im Gegenzug dazu schützte und alimentierte er den Diener und seine Familie.

Im 18. Jahrhundert wurden Beamte als Staatsorgan im Preußischen Recht verankert. Seitdem überdauerte das Berufsbeamtentum die konstitutionelle Monarchie des Deutschen Reiches, die parlamentarische Demokratie der Weimarer Republik und die Herrschaft des Nationalsozialismus.

Zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland erhielt das Berufsbeamtentum verfassungsrechtliche Stellung. Der Parlamentarische Rat verankerte das Beamtentum in Art. 33 GG, auf den im Folgenden eingegangen wird.

1.2.3 Rechtliche Grundlagen des Beamtentums

Der Zugang zum deutschen Berufsbeamtentum ist ein Grundrecht eines jeden deutschen Bürgers (Art. 33 Abs. 2 GG; s. 4.4.1 Soziodemographische Basisdaten des Patienten: *Bildungsni-veau*).

Im Rahmen der europäischen Integration können mittlerweile auch Ausländer (EU, Island, Norwegen, Liechtenstein, Schweiz) nach den geltenden Beamtengesetzen (BeamtStG; BBG) in Deutschland Beamte werden.

Bestimmte Funktionen sind jedoch kraft Gesetzes ausschließlich deutschen Staatsangehörigen vorbehalten sind. So bestimmen § 7 Abs. 2 BeamStG und § 7 Abs. 2 BBG übereinstimmend: „Wenn die Aufgaben es erfordern, darf nur eine Deutsche oder ein Deutscher im Sinne des Artikels 116 GG in ein Beamtenverhältnis berufen werden.“ Hierunter fallen bspw. Polizeivollzugsdienst, die Steuerverwaltung oder die Tätigkeiten als Rechtspfleger.

Neben der gesetzlichen Ausgestaltung des Beamtenverhältnisses, Treuepflicht, Alimentationsprinzip gibt es auch die **Fürsorgepflicht**: Ferner verpflichtet Art. 33 Abs. 5 GG den Gesetzgeber ebenfalls zu bestimmten Pflichten. Es besteht für den Dienstherrn zu dem Beamten ein besonders enges Fürsorgeverhältnis. Der Dienstherr muss seinen Beamten schützen und auf dessen Interessen Rücksicht nehmen.² Darauf beruht die Beihilfe.

1.2.4 Krankheitskosten und Beihilfe

Für Beamte besteht keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 6 Abs. 2 SGB V). Wie bei ihrem Beschäftigungsverhältnis gibt es auch bei der Krankenfürsorge eigenständige beamtenrechtliche Regelungen (nach dem Alimentationsprinzip). Der Dienstherr erstattet finanzielle **Beihilfeleistungen** im Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfall für:

- deutsche Beamte (auf Widerruf, auf Probe, auf Zeit oder auf Lebenszeit)
- Berufsrichter und Soldaten,
- Ruhestandsbeamte und Pensionäre (bis zu ihrem Tode),
- deren Kinder sowie deren Ehegatten bzw. eingetragene Lebenspartner,
- ebenso Waisen, Witwen, Witwer und Hinterbliebene aus einer eingetragenen Lebenspartnerschaft.

² BVerwGE 43, 154 (167); BVerwG, Urteil vom 04.12.1970 – I WD 10/69, (1970).

Art. 33 Absatz 5 GG beinhaltet, dass Grundlagen des Beamtenverhältnisses durch Gesetz geregelt werden. Eine dieser Grundlage betrifft die Beihilfeansprüche,³ die in der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)⁴ und die zu ihrer Ausführung erlassenen Verwaltungsvorschriften geregelt werden; bspw. für Bundesbeamte mittels der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung (BBhVVwV)⁵. Oben genannte Gesetze gelten für Bundesbeamte; an ihnen richtet sich aber auch das jeweilige Landesrecht für Landesbeamte aus.

Aufgrund der Fürsorgepflicht gewährt der Dienstherr notwendige und angemessene Aufwendungen in Krankheitsfällen entsprechend der sog. Bemessungssätze (festgelegt in der o. g. BBhV und BBhVVwV). Der Umfang der Erstattungsleistungen reicht von 50 % bis 80 % der Aufwendungen, je nach Familiensituation und Bundes- bzw. Landesrecht.

Den verbleibenden Teil der Krankheitskosten decken die Beihilfeberechtigten in der Regel durch eine private Kranken- und Pflegeversicherung (ggf. mit Beihilfeergänzungstarifen) ab. Falls der Beamte sich freiwillig gesetzlich krankenversichert, werden nur in seltenen Fällen Beihilfen gewährt für Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind (Sachleistungsprinzip der GKV). Der Beitrag zur GKV ist allein vom Beamten zu tragen, ohne dass der Dienstherr sich beteiligt. **Dadurch sind die Beihilfeberechtigten mehrheitlich privat krankenversichert.**

Ausnahmen: Ein Beihilfeanspruch gilt nur, sofern Letztere, (im Beihilferecht sog.) berücksichtigungsfähige Angehörige, nicht selbst sozialversicherungspflichtig sind. Von der Beihilfe ausgenommen sind aktive Soldaten, die stattdessen die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung in Anspruch nehmen. In einigen wenigen Ländern trägt der Dienstherr mittels der Heilfürsorge die Krankheitskosten bestimmter Gruppen von Beamten vollständig (z. B. bei Polizei und Feuerwehr). Für die Bundesbahn- und Postbeamten gelten die o. g. Beihilfavorschriften auch nicht; für ihre Krankenversorgung garantieren ihnen eigene Bundesbahnbeamten- und Postbeamten-Krankenkassen.

³ Vgl. auch BVerwGE 143, 363; BVerwG, Urteil vom 19.07.2012 – 5 C 1.12

⁴ Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) vom 13. Februar 2009 (BGBl. (Bundesgesetzblatt) I S. 326-389), zuletzt geändert durch Artikel 45 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652)

⁵ Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung (BBhVVwV) vom 14. Februar 2009 (GMBI. (Gemeinsames Ministerialblatt) S. 138-216), in der Fassung der Neufassung vom 26. Juni 2017 (GMBI. S. 530).

1.2.5 Beihilfeberechtigte

Es gibt schwache Evidenz zur psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung von Beihilfeberechtigten in Deutschland. Unbekannt sind sowohl die Eigenschaften der Personen als auch die Versorgung der Versicherungsgruppe (Kruse et al., 2012), da der Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV) keine ausführlichen Angaben zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung publiziert (Verband der PKVen, 2011).

Es ist fraglich, ob sich die Gruppenstrukturen der Beihilfeberechtigten und gesetzlich Krankenversicherten ähneln. In einer Studie wurde vermutet, Beihilfeberechtigte würden einen guten Querschnitt der Bevölkerung abdecken, da sie sich zusammensetzen aus verschiedenen Alters- und Besoldungsgruppen sowie Angehörigen (Niehaus, 2007). Die überschaubaren soziodemographischen Daten des Statistischen Bundesamtes lassen jedoch Geschlechts- und Altersunterschiede vermuten (Statistisches Bundesamt, 2011, S. 23-27), womit eine ausführliche Charakterisierung der Beihilfeberechtigten in dieser Arbeit notwendig wird.

Die Versorgung der Beihilfe in der ambulanten Psychotherapie in Deutschland wurde bisher für Kinder und Jugendliche (Zepf et al., 2003a) und Erwachsene (Zepf et al., 2003b) beschrieben. Dabei beeinflusste der Kostenträger offenbar den Zugang zu Psychotherapie und die Therapieform (kürzere Wartezeiten, höhere Behandlungsquoten, mehr Langzeittherapie, eher psychoanalytische begründete Verfahren).

Die Kassenzugehörigkeit leitet bei 51,2 % der Psychotherapeuten nach eigener Auskunft in einer bundesweiten Umfrage die Auswahl ihrer Patienten (Bowe, 1999). Weiterhin wurde in Patientenumfragen eine Überrepräsentation von PKV in der ambulanten Psychotherapie festgestellt (Albani et al., 2010). Vor diesem Hintergrund der „gefühlten“ Ungleichbehandlung muss objektiv evaluiert werden, ob sich die Versorgung der erwachsenen Beihilfeberechtigten tatsächlich unterscheidet.

1.3 Ambulante Psychotherapie

1.3.1 Gesetzlicher Rahmen in Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Beihilfe

Die zum Erhebungszeitraum der Studiendaten gültigen Psychotherapie-Richtlinien (PT-R) werden durch die 10. Auflage (aktuell: 11. Auflage) des Faber/ Haarstrick Kommentars zu den Psychotherapie-Richtlinien (Rüger, 2015) erläutert. Dieses Standardwerk dient in diesem Kapitel neben den gesetzlichen Bestimmungen als inhaltliche Grundlage über die ambulanten psychotherapeutischen Leistungen in Richtlinien-Psychotherapie (RLPT) und Beihilfavorschriften. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Psychotherapie-Richtlinien der GKV und den Beihilfavorschriften werden analysiert.

1.3.2 Richtlinien-Psychotherapie (RLPT) als Leistung der GKV

Seit etwa 50 Jahren zählt Psychotherapie zu dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (RVO-Kassen 1967; Ersatzkassen 1972). Die Psychotherapie-Richtlinien legen den gesetzlichen Rahmen fest für die Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung (Rüger, 2015). Diese Arbeit basiert auf den bis zum 01.04.2017 gültigen PT-R.

Nach §12 SGB V müssen die Leistungen der Gesundheitsversorgung in der GKV ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich gestaltet werden. §70 SGB V sichert eine bedarfsgerechte, gleichmäßige und fachgerechte Versorgung der Versicherten. Diesen Maßstäben verpflichtet sich der Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2011b) durch die Psychotherapie-Richtlinien gerecht zu werden.

Die Psychotherapie-Richtlinien überprüfen die o. g. Maßstäbe, indem grundsätzlich jede längerfristige Psychotherapie in Deutschland vorab vom Kostenträger genehmigt werden muss. Zur Unterstützung der Kostenträger wurde in diesem Rahmen beratend das sog. Gutachterverfahren (GAV) etabliert. Das GAV tritt zudem an die Stelle der in der vertragsärztlichen Versorgung sonst üblichen nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung von bereits durchgeführten Behandlungsmaßnahmen.

Der Ablauf des Gutachterverfahrens beginnt damit, dass der Patient zu Beginn der psychotherapeutischen Behandlung einen Antrag bei der Krankenkasse stellt. Der Therapeut begründet

die Behandlungsnotwendigkeit und Prognose in einem Bericht an den Gutachter. Gutachter sind von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) berufene Fachleute. Die Therapie kann dann aufgenommen und eventuell fortgeführt werden, wenn die Krankenkassen den Antrag befürworten (i. d. R. auf Grundlage der Stellungnahme des Gutachters).

Die Bewilligung im GAV orientiert sich an Kriterien (s. a. 2.2.3 [Gutachter-Kriterien-Liste/ GKL](#)), die in den Psychotherapie-Richtlinien festgelegt werden. Die Behandlungsschritte mit Sitzungsanzahlen sind vorgegeben (Tabelle E 1). Nach derzeit geltenden Richtlinien sind psychodynamische und verhaltenstherapeutische Verfahren zugelassen.

Zusammengefasst haben die Psychotherapie-Richtlinien zu einer qualitativ hochwertigen vertragsärztlichen Versorgung beigetragen (Dahm, 2008; Herzog et al., 2012, S. 105-107; Kächele & Strauß, 2008; Kruse et al., 2012; Rüger, 2015; Rüger & Bell, 2004), auch wenn sie aufgrund der sehr unterschiedlichen Interessenlagen der Vertragspartner nicht unumstritten sind.

1.3.3 Beihilfevorschriften zu psychotherapeutischen Behandlungen

§§ 18, 18a, 19 BBhV definieren die Vorschriften für Psychotherapie, insbesondere auch die Behandlungsformen psychoanalytisch begründeter Verfahren.

Das Antrags- und Genehmigungsverfahren der Beihilfe richtet sich seit der Neufassung des Bundesbeihilfe-Gesetzes 1985 beträchtlich an den Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung aus.

Es gab jedoch drei entscheidende Unterschiede, die einen möglichen Einfluss auf die Versorgung von Beihilfeberechtigten in der ambulanten Psychotherapie bewirken können.

- Erster Unterschied ist, dass keine Ausbildungskandidaten in der Beihilfe vorgesehen sind.
- Zweiter Unterschied ist, dass es keine Kurzzeittherapie in der Beihilfe gibt.
- Drittens entsprechen sich die vorgesehenen Behandlungskontingente bis auf einen einzigen Bewilligungsschritt (Tabelle E 1). In der analytischen Psychotherapie waren pro Bewilligungsschritt nur halb so viele Sitzungen im Regelfall vorgesehen (BHF 80 Leistungen vs. GKV 160 Leistungen).

*Tabelle E 1: § 19 – Bundesbeihilfeverordnung (BBhV): Psychoanalytisch begründete Verfahren (Unterschiede zwischen 2014 und 2018 sind hinterlegt).
Diese Aufwendungen für psychoanalytisch begründete Verfahren waren/ sind für Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, beihilfefähig.*

§ 19 - Bundesbeihilfeverordnung (BBhV): Psychoanalytisch begründete Verfahren					
Stand: Frühjahr 2014			Stand: 11.12.2018		
	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung		Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben					
Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen	Im Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen
Besondere Fälle	30 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen	In Ausnahmefällen	weitere 40 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
Wenn das Behandlungsziel in den genannten Sitzungen noch nicht erreicht worden ist	höchstens 20 weitere Sitzungen	höchstens 20 weitere Sitzungen			
2. analytische Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben:					
Im Regelfall	80 Sitzungen (vs. 160 Sitzungen in GKV)	40 Sitzungen (vs. 80 Sitzungen in GKV)	Im Regelfall	160 Sitzungen (wie GKV)	80 Sitzungen (wie GKV)
Bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin/des Therapeuten	80 weitere Sitzungen	40 weitere Sitzungen	In Ausnahmefällen	weitere 140 Sitzungen	weitere 70 Sitzungen
In besonderen Ausnahmefällen	nochmals 80 weitere Sitzungen	nochmals 40 weitere Sitzungen			
Wenn das Behandlungsziel in den genannten Sitzungen noch nicht erreicht worden ist	begrenzte Behandlungsdauer von bis zu 60 weiteren Sitzungen	begrenzte Behandlungsdauer von bis zu 30 weiteren Sitzungen			

Anmerkung zu Tabelle E 1: Diese o. g. Unterschiede galten zum Untersuchungszeitpunkt entsprechend der BBhV (Fassung von 2014). Die geltende BBhV (Stand Januar 2020) schließt weiterhin Ausbildungskandidaten und Kurzzeittherapie aus. Einzige Änderung an der BBhV seit dem Untersuchungszeitpunkt sind die Bewilligungsschritte.

Diese Bewilligungsschritte wurden zuvor in einer Strukturreform am 01.04.2017 in den Psychotherapie-Richtlinien der GKV umfassend geändert. Nun wurde die BBhV ebenfalls angepasst an die PT-R, sodass es nur noch zwei Bewilligungsschritte gibt (s. rechte Spalten Tabelle E 1). Der erste Schritt bleibt antrags- und gutachterpflichtig. Ob der zweite Schritt gutachterpflichtig sein muss, liegt in der RLPT im Ermessen der gesetzlichen Krankenkassen. Denn sie können über Fortführungsanträge alleinig entscheiden. Offen ist, ob dies auch für die Beihilfe gilt.

1.3.4 Versorgungsforschung

In den vergangenen Jahren hat die Versorgungsforschung allgemein an Bedeutung gewonnen. Der Stellenwert der Versorgungsforschung ist in der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin noch gering (Albani et al., 2004; Albani et al., 2010), obwohl andere Fachbereiche ihre Versorgungspraktiken und -prozesse bereits seit dem letzten Jahrzehnt wegen drohender Ressourcenknappheit evaluieren. Die Versorgungsforschung wird relevant, sobald die eigene Praxis vor Kostenträgern gerechtfertigt werden muss (s. 1.1.4 Therapieforschung).

Unter Routinebedingungen konnten ähnliche Prä-/ Post-Effektstärken für Psychotherapie nachgewiesen werden wie unter kontrollierten Wirksamkeitsstudien (s. 1.1.4). Hohe Effektstärken in naturalistischen Studien zwischen 0,97 (Steffanowski et al., 2011) und 1,0 (Wittmann & Steffanowski, 2011) bestätigten, dass die Wirksamkeit im Praxisalltag vergleichbar ist mit den Effektstärken zwischen 0,88 in einer RCT-Studie (Margraf, 2009) und 1,25 aus internationalen Metaanalysen (Leichsenring & Rabung, 2008).

Die Psychotherapieforschung beschäftigt sich neben dem Wirksamkeitsnachweis unter Routinebedingungen noch mit folgenden Themen:

Die Versorgungsforschung in der ambulanten Psychotherapie wurde bisher durch KBV, Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und Kostenträger unterstützt, bei letzteren vor allem die gesetzliche TK (Techniker Krankenkasse) (Wittmann et al., 2011) und die private DKV (Deutsche Krankenversicherung) (Puschner & Kordy, 2010). Untersucht wurden die durchschnittliche Therapiedauer (Gallas et al., 2008), die Qualifikation der Therapeuten und deren Diagnosen-Vergabe (Kruse et al., 2013), ökonomische Kosten-Nutzen Analysen (Wittmann et al., 2011) und die Bedarfsplanung (v. a. Wartezeiten (BPtK, 2018) und Versorgungsdichte (Robert Koch-Institut, 2015)).

1.3.5 Versorgungswirklichkeit in GKV

Patienten aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind bislang am besten beschrieben und untersucht worden. Diese Patientengruppe der GKV wird daher in dieser Arbeit als Kontrollgruppe ausgewählt.

In jedem Gesundheitssystem müssen Fehl-, Unter- und Überversorgung vermieden werden. Bei der Versorgung von psychischen Störungen und Substanzmissbrauch haben Bijl et al. (2003) im internationalen Vergleich festgestellt, dass in Deutschland 14,1 % der Patienten ohne spezifische Störungen behandelt werden (Überversorgung) und ein Drittel mit schweren psychischen Störungen gar keine Behandlung erhalten (Unterversorgung). Patienten, die dringend einen Psychotherapieplatz bräuchten, finden aus verschiedenen Gründen häufiger zeitnah keinen Therapeuten. Kruse et al. (2012) verweisen im Rahmen des Gutachtens „Zur ambulanten psychosomatischen/ psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland“ im Auftrag der KBV darauf, dass zwischen 35-90 % der Patienten sich in unzureichender Behandlung befinden (Alonso et al., 2007; Demyttenaere et al., 2004; Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), 2011a; Jacobi, Hofler, Siegert, et al., 2014; Wittchen & Jacobi, 2001). Altmann et al. (2016) bemängeln lange Wartezeiten für eine Therapie sowie eine Unterversorgung in ländlichen Regionen. Die BPtK (2018) fordert daher eine grundlegende Reform der Bedarfsplanung zur Reduzierung der Wartezeit und Anpassung der Versorgungsdichte Stadt/ Land. Allerdings ist bei all diesen Überlegungen zu berücksichtigen, dass nicht alle objektiv behandlungsbedürftigen Personen auch behandlungseinsichtig und be-

handlungswillig sind und dass es andererseits auch in der Psychotherapie Grenzen der Behandelbarkeit gibt. Zudem haben die von Multmeier and Tenckhoff (2014) veröffentlichten Daten seitens der KBV deutlich gemacht, dass zwei Drittel aller psychotherapeutischen Behandlungen im Rahmen einer Kurzzeittherapie stattfinden. Sei es, dass diese Patienten damit ausreichend behandelt sind, oder sei es, dass aus den verschiedensten Gründen eine weiterführende Behandlung weder vom Patienten noch vom Therapeuten weiterverfolgt wird. Bei alledem gilt es deshalb sorgfältig zwischen wissenschaftlich begründeten Indikationsstellungen und interessensgeleiteter Berufspolitik zu unterscheiden.

Bisher entwickelten sich die Psychotherapie-Richtlinien ständig weiter und wurden geändert (Dahm, 2008). In Anbetracht einer anonymen und zunehmend technologisierten Gesundheitsversorgung werden in Zukunft soziale Aspekte der Medizin zunehmend wichtiger – und damit auch die ambulante psychotherapeutische Versorgung. Daher wird bei Mangel an Ärzten und Therapeuten eine Ressourcenallokation zunehmend relevanter. Bei der zukünftigen Evaluation der Psychotherapie-Richtlinien sollten nicht ausschließlich Daten über GKV-Patienten berücksichtigt werden, da die begrenzten therapeutischen Ressourcen ebenfalls von privat Krankenversicherten in Anspruch genommen werden.

1.3.6 Versorgungswirklichkeit in Beihilfe

Es gibt Wissensdefizite hinsichtlich der Eigenschaften und Versorgung von Patienten, insbesondere Beihilfeberechtigten und privat Krankenversicherten (im Vergleich zu der oben beschriebenen 1.3.5 Versorgungswirklichkeit in GKV).

Es gibt über 4 Mio. Menschen mit Beihilfeanspruch in Deutschland, wovon etwa 7 % (Albani et al., 2010) eine ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmen (s. 1.1.5). Wie die PT-R gründen die Beihilfevorschriften (BBhV) auf Evidenz aus der Versorgung in der GKV (Grande et al., 2006; Grobe et al., 2007; Scheidt et al., 1998; Scheidt et al., 1999), obwohl sich die Patienten beider Versorgungszweige (GKV oder PKV) (Zepf et al., 2003a, 2003b) in den Charakteristika der Patienten unterscheiden dürften.

Es gibt bisher sehr wenige naturalistische Psychotherapiestudien zu den verschiedenen Versorgungszweigen in Deutschland. Die TRANS-OP-Studie ist einmalig in der Untersuchung einer privat krankenversicherten Studienpopulation (Gallas et al., 2008; Gallas et al., 2010; Puschner & Kordy, 2010; Puschner et al., 2004; Puschner et al., 2007; Puschner et al., 2008). Die Autoren werteten naturalistische Daten von Patienten einer privaten Krankenversicherung, der DKV, aus. Aber die Auswertung erfolgte unter anderen Fragestellungen, ohne Vergleichsgruppe und maßgeblich mittels Daten aus Selbstangaben der Patienten.

Um weitere valide Ergebnisse über die Versorgungssituation aus Praxisstudien zu erhalten, wird die besondere Patientengruppe der Beihilfeberechtigten in dieser Arbeit untersucht. In dieser Arbeit stammen die Daten aus Therapeutenangaben (statt aus Selbstangaben) und die Patientengruppen bestehen aus Beihilfeberechtigten, die die Hälfte der privat Krankenversicherten ausmachen und diese daher gut repräsentieren, sowie einer Vergleichsgruppe der gesetzlich Krankenversicherten.

1.4 Zielsetzung

Diese Untersuchung ist im Rahmen der Mannheimer Richtlinien-Psychotherapie-Studie (MARS) entstanden. Sie vergleicht den Datensatz der Beihilfeberechtigten (BHF) mit dem von gesetzlich Krankenversicherten (GKV). Ziel dieser Arbeit ist es, Eigenschaften und die Versorgung von Beihilfeberechtigten in der ambulanten psychodynamischen Psychotherapie zu charakterisieren.

Kruse et al. (2013) schätzen in Ihrem Gutachten im Auftrag der KBV (Kassenärztlichen Bundesvereinigung) den Stand der Versorgungsforschung in Deutschland im Bereich der ambulanten Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Beschwerden als „noch unbefriedigend“ ein. Der Versorgungsbedarf ist nicht ausreichend gedeckt, man kann von Fehl-, Unter- und teilweise auch von Überversorgung ausgehen (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), 2011a; Jacobi, Hofler, Strehle, et al., 2014; Robert Koch-Institut, 2015; Wittchen & Jacobi, 2001). Differenzierte Analysen sind erforderlich, sodass besondere Bevölkerungsgruppen berücksichtigt werden. Beihilfeberechtigte sind aufgrund ihrer außergewöhnlichen Stellung in der psychotherapeutischen Versorgung (s. 1.3.3). nicht nur epidemiologisch aufschlussreich, sondern auch aus versorgungswissenschaftlicher Perspektive eine relevante Bevölkerungsgruppe, um Fragen zur seelischen Gesundheit und deren Behandlung zu erforschen.

Das gesamte Projekt ist deskriptiver Natur. Die Daten werden methodisch kontrolliert exploriert. Folgende Fragen sollen in dieser Arbeit beantwortet werden:

1. Besteht ein Unterschied in den Variablen zu den soziodemographischen Basisdaten des Patienten zwischen Beihilfe und GKV?
2. Besteht ein Unterschied in den Variablen zu den klinischen Daten des Patienten zwischen Beihilfe und GKV?
3. Besteht ein Unterschied in den Variablen zur Biographie des Patienten zwischen Beihilfe und GKV?
4. Besteht ein Unterschied in den Variablen zu den Angaben zum Therapeuten zwischen Beihilfe und GKV?
5. Besteht ein Unterschied in den Variablen zu den Angaben zum Therapieantrag zwischen Beihilfe und GKV?

Diese Variablen sowie die Methoden werden spezifiziert in folgendem Kapitel: 2 Methodik.

2 Methodik

2.1 Stichprobe

2.1.1 Datenerhebung

Diese Arbeit ist im Rahmen der Mannheimer Richtlinien-Psychotherapie-Studie (MARS) entstanden (Lieberz et al., 2015; Lieberz et al., 2014; Lieberz et al., 2010; Lieberz et al., 2013; Lieberz & Seiffge, 2011). Die MARS-Studie begann im Jahr 2007. Die erhobenen Daten basieren auf den an Prof. Dr. med. Klaus Lieberz als Gutachter und Obergutachter im Rahmen der RLPT und der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) zugesandten Therapieanträgen. Die Zuordnung der Psychotherapieanträge im Rahmen der kassenärztlichen und Beihilfe-Versorgung erfolgt ohne Präferenz für bestimmte Gutachter nach einem vorgegebenen Schlüssel. Es handelt sich sowohl um Beihilfegutachten als auch um (Ober-) Gutachten für Erst- und Umwandlungsanträge in der GKV für psychodynamische (tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische) Therapieanträge.

Anträge aus dem Beihilfegutachterverfahren werden in dieser Arbeit zum ersten Mal ausgewertet. Sie wurden von Oktober 2008 bis Mai 2009 begutachtet und wurden aufgrund der relativ geringen Anzahl konsekutiv in die Analyse eingeschlossen. Als Vergleichsgruppe dienen Anträge aus der gesetzlichen Krankenversicherung, die zwischen Mai 2007 und Juni 2012 begutachtet und zufällig eingeschlossen wurden.

2.1.2 Studientyp

Es handelt sich um eine administrativ-epidemiologische Querschnittsstudie. Der Versorgungszweig (Beihilfe oder GKV) wird miteinander verglichen bezüglich soziodemographischer Basisdaten des Patienten, klinischer Daten des Patienten, biographischer Daten des Patienten, der Angaben zum Therapeuten und der Angaben zum Therapieantrag (s. 2.2).

Bei dieser Stichprobe wird der Versorgungszweig (Beihilfe oder GKV) als unabhängige Variable definiert, während die übrigen Daten über Patienten, Therapeuten und Anträgen als abhängige Variablen definiert werden. Das Querschnittsdesign kann dazu dienen, Unterschiede in den abhängigen Variablen (Daten über Patienten, Therapeuten und Anträgen) hinsichtlich der

unabhängigen Variablen (Beihilfe oder GKV) in der Stichprobe zu erkennen. Diese Unterschiede bieten erste heuristische Anhaltspunkte bei der Interpretation. Denn diese abhängigen Patienten- und Therapeutenvariablen haben einen Aussagewert über Indikation, klinischen Verlauf und Prognose (Puschner & Kordy, 2010; Puschner et al., 2008).

2.1.3 Statistische Kenngrößen der Stichprobe

Die betrachtete Grundgesamtheit sind Patienten in den ambulanten psychodynamischen Therapieverfahren (Stand 20.06.2012, letzter Bearbeitungszeitpunkt eines Gutachtens eines Therapieantrages).

Die Fallzahl der Stichprobe umfasst $n = 1208$, nach Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien (s. 2.1.4): $n = 916$ in GKV und $n = 203$ in Beihilfe (insgesamt $n = 1119$). Es handelt sich um ein unbalanciertes Studiendesign. Die Anzahl der Messungen n sind also nicht gleich verteilt für beide Gruppen.

Die Stichprobenauswahl begründet sich A) auf die Vorauswahl durch die Krankenkassen, die Therapieanträge dem Gutachter Prof. Dr. Klaus Lieberz zugeteilt haben. B) Die GKV-Gruppe im MARS-Projekt wurde im Hinblick auf verschiedene Fragestellungen (z. B. Gruppentherapie, Obergutachterverfahren, somatische Komorbiditäten u. a.) zusammengestellt. Eine repräsentative Auswahl aller GKV-Patienten konnte von vornherein nicht angestrebt werden, so dass hier bei der GKV-Gruppe von einem Studienbias ausgegangen werden muss.

Bei dem folgenden Vergleich zwischen Beihilfeberechtigten und gesetzlich Krankenversicherten kann aufgrund A) und B) nicht sicher davon ausgegangen werden, dass die Streuung in beiden Gruppen identisch ist. Man kann nicht sicher auf Varianzhomogenität schließen.

Bei intervallskalierten Variablen wird der allgemeine t-Test für heterogene Varianzen (auch Welch-Test genannt) durchgeführt (Welch, 1947). Nach Kubinger et al. (2009) gilt der Welch-Test generell auch als robuster als der Student's t-test, wenn man, wie in dieser Untersuchung, nicht sicher auf Varianzhomogenität schließen kann.

2.1.4 Ein- und Ausschlusskriterien für Stichprobe

In die Untersuchung werden nur Erst- und Umwandlungsanträge auf Langzeittherapie (LZT) eingeschlossen. Nicht berücksichtigt werden Anträge auf Kurzzeittherapie (KZT) und Anträge auf Fortführungstherapie. Widerspruchsanträge werden nur eingeschlossen, sofern es sich um widersprochene Ablehnung von Erst- oder Umwandlungsanträgen handelt, also Obergutachten. Sonstige Widerspruchsanträge (gegen Ablehnung der KZT- oder gegen Ablehnung der Fortführungsanträge) werden ebenfalls nicht berücksichtigt.

Begründung für Ein- und Ausschlusskriterien: Verglichen werden nur Patienten, deren Antrag am Beginn einer ambulanten Langzeittherapie gestellt wurde. Dieses Patientenkollektiv ist nicht vergleichbar mit Patienten in Kurzzeittherapien oder während ihrer Fortführungsanträge. Anträge für KZT sind eine Sonderform. Sie enthalten weniger umfassende Informationen über die Patienten. Fortführungsanträge gibt es erst nach 25, 50, 80, 160 oder 240 Stunden Therapie. Sie enthalten Informationen über Patienten mit fortgeschrittener Therapie und damit einer anderen Klinik des Patienten und anderen Antragsinhalten. Durch die Ein- und Ausschlusskriterien wird Vergleichbarkeit unter den eingeschlossenen Patienten gewährleistet.

Wenn die Art des Antrages unklar ist und es keine eindeutigen Zuordnungen zu entweder Erst- oder Umwandlungsanträgen gibt, werden die Anträge ebenfalls ausgeschlossen. Erneute Obergutachten werden auch ausgeschlossen, da es sich um widersprochene abgelehnte Fortführungsanträge handelt.

2.1.5 Ethikvotum

Die Patientendaten sind aus einer Aktenerhebung entstanden. Ein Ethikvotum ist nicht notwendig, da es in dieser Arbeit keinen direkten Patientenkontakt gibt, ausschließlich anonymisierte Daten aus Therapeutenberichten gehandhabt werden und keine zusätzlichen Untersuchungen (Röntgen, Blut etc.) veranlasst werden. Dadurch werden keine Patienten- oder Datenschutzrechte verletzt. Die geltenden Datenschutzrichtlinien werden eingehalten (§ 3 Abs. 6 BDSG; Erwägungsgrund 26 Verordnung (EU) 2016/679 (DSGVO)). Somit entfällt eine Beratungspflicht bei der Ethikkommission.

2.2 Zielparameter

2.2.1 Dokumentationssystem der MARS

Die Auswertung der Therapieanträge erfolgt mit einem im Rahmen der MARS-Studie entwickelten Dokumentationssystem.

Es umfasst folgende Bereiche, welche nachfolgend (s. 2.2.2- 2.2.6) genauer erläutert werden:

- A) Soziodemographische Basisdaten des Patienten
- B) Klinische Daten des Patienten
- C) Biographische Daten des Patienten
- D) Angaben zum Therapeuten
- E) Angaben zum Therapieantrag

Dieses Dokumentationssystem basiert erstens auf den von den ärztlichen und/ oder psychologischen Psychotherapeuten verfassten Berichten über die Patienten. Zweitens schließt es die Angaben des Therapeuten und der Krankenkasse aus den beiliegenden PTV-Formblättern oder den Formularen nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung (BBhVVwV) ein. Zudem werden die Informationen aus beiliegenden Arzt- und Krankenhausberichten berücksichtigt.

Das Dokumentationssystem wurde für die Therapieanträge entwickelt, um deren Fließtexte standardisiert darzustellen. Die erst genannten Berichte der Therapeuten zum Antrag wurden klassifiziert. Die von den Therapeuten als sicher und zuverlässig beschriebenen Informationen, die keiner subjektiven Verzerrung unterliegen, werden möglichst „harten“ Merkmalsausprägungen zugeordnet (z. B. Familienstand).

2.2.2 Soziodemographische Basisdaten des Patienten

Die soziodemographischen Basisdaten des Patienten beschreiben Geschlecht⁶, Alter, Nationalität, Migrationshintergrund, aktuellen Familienstand, aktuelle Partnersituation und Kinderanzahl (leibliche Kinder sowie Stief-/ Adoptivkinder).

Die Wohnsituation wird beschrieben durch Wohnort und die häuslichen Wohnverhältnisse.

Die Bildung des Patienten wird dargestellt durch höchsten Schulabschluss, höchsten Berufsabschluss und letzten (oder zuletzt) ausgeübten Beruf.

Um die aktuelle berufliche Beschäftigung zu erfassen und Hinweise über die Alltagskompetenz zu erhalten, werden jetzige berufliche Situation, Arbeitsunfähigkeit und laufendes Rentenverfahren betrachtet.

2.2.3 Klinische Daten des Patienten

Die klinischen Daten des Patienten beschreiben die Art der Symptomatik (psychisch, funktionell-psychosomatisch, Suizidalität akut, Suizidalität früher, Sucht (tendenzen), somatische Erkrankungen).

Die Therapiegeschichte wird zuerst mit der bisherigen Dauer der Gesamtbehandlung untersucht. Die Vorbehandlungen (Existenz, Häufigkeit, ambulant/ stationär, psychotherapeutisch/ psychiatrisch, TfP/ AP, ET/ GT), die begleitende psychopharmakologische Therapie und ein aktueller Therapeutenwechsel werden anschließend betrachtet.

Zusammenfassend werden die ICD-10-Diagnosen des Therapeuten (WHO, 1992) und Lebensbereiche, die durch die Erkrankung problemrelevant sein könnten, dargestellt.

Der Gutachter nimmt zu den Berichten der Therapeuten Stellung: Die Krankheitsschwere wird bewertet mit Hilfe des Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) (Schepank, 1995) sowie der Global Assessment of Functioning Scale (GAF- Skala) (Endicott et al., 1976).

⁶ Während der Datenerhebung wurden männliche und weibliche Geschlechtsausprägungen erfasst. Für einen Patienten konnte aus dem Autor unbekanntem Gründen keine Merkmalsausprägung erfasst werden. Das dritte Geschlecht findet keine Berücksichtigung, da es erst seit Dezember 2018 im Personenstandsrecht formaljuristisch eingeführt wurde und diesem Geschlechtseintrag nur marginale statistische Bedeutung zukommt.

Bericht des Therapeuten

Die symptomatischen Befunde, Vorbehandlungen und problemrelevanten Lebensbereiche können vielfältig sein und es können auch mehrere Ausprägungen gleichzeitig für einen Patienten zutreffen. Dadurch ergeben sich teilweise höhere Häufigkeiten in den einzelnen Merkmalen als die vollständige Patientenzahl.

Die F-Diagnosen nach der ICD-10-Klassifikation (WHO, 1992) beschreiben *Psychische und Verhaltensstörungen* in Kapitel V (F00-F99) mit den nachfolgenden Unterteilungen in Diagnosegruppen:

F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F49	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzminderung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Ausgewertet werden die vom Therapeuten angegebenen Hauptdiagnosen sowohl nach den einzelnen ICD-10-Gruppen als auch die fünf häufigsten ICD-10-Subkategorien je Versorgungszweig.

Stellungnahme des Gutachters und Kontrolle des Therapeutenberichts

In die Stellungnahme des Gutachters fließen eine Reihe von Kriterien zur bestmöglichen objektiven Beschreibung und Beurteilung des Antrags ein, z. B. dargestellt in der von einer Arbeitsgruppe der DGPT entwickelten Gutachter-Kriterien-Liste (s. u.).

In der MARS-Studie wird zudem vom Gutachter eine Objektivierung der Störung anhand der Global Assessment of Functioning Scale (GAF- Skala) und (zusätzlich zum GAV) des BSS-Ratings angegeben. GAF und BSS sollten zusammen benutzt werden, um das vollständige Spektrum psychischer Störungen zu beschreiben (Heuft & Lange, 2002). Beide Scores ergänzen sich, sodass sie bei vornehmlich psychischen Patienten wie in der ambulanten Psychotherapie (ohne Fokus auf körperlichen Symptomen) ein gutes Instrument darstellen (s. 4.2.2 *Messinstrumente für seelische Gesundheit*).

Letztere beide Scores werden als standardisierte Messinstrumente einbezogen in 2.2.3 Klinische Daten des Patienten. Als Fremdratingtools kontrollieren sie in dieser Studie die Einschätzung des Therapeuten.

Gutachter-Kriterien-Liste (GKL)

Die von einer Arbeitsgruppe der DGPT entwickelte Gutachter-Kriterien-Liste (GKL) hatte zum Ziel (Rudolf et al., 2002), das Gutachterverfahren in der RLPT empirisch zu validieren. Damit die Entscheidungen der Gutachter standardisiert und objektiviert werden, haben die Autoren entscheidende Kriterien festgelegt (s. u.). Des Weiteren, überprüften Rudolf and Jakobsen (2002) die Interrater-Reliabilität und interne Validität der GKL. Die Gutachter zeigen anhand der GKL eine hohe Übereinstimmung bei der Befürwortung/ Nichtbefürwortung der Kostenübernahme einer Therapie. Hiermit wurde ein Instrument in das GAV etabliert, das die Qualität der dezentralen Entscheidungsverfahren sichert.

Die GKL ist unterhalb aufgeführt:

- A) Psychodynamische Diagnostik
 - 1. Krankheitswertigkeit der Störung
 - 2. Biographie
 - 3. Diagnostische Einschätzung der Persönlichkeitsstruktur
 - 4. Berücksichtigung somatischer Anteile
 - 5. Psychodynamik
- B) Indikation und Prognose
 - 6. Erörterung der Differentialindikation
 - 7. Stimmigkeit des Behandlungsverfahrens und der Behandlungsplanung
 - 8. Prognostische Einschätzung im Blick auf die Behandlungskonzeption
 - 9. Prognostische Einschätzung angesichts des Verlaufs
 - 10. Wirtschaftlichkeit des Behandlungsplans

Gutachterliche Stellungnahme zur Kostenübernahme (Befürwortung bzw. Nichtbefürwortung).

Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)

Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (Schepank, 1995) ist ein Fremdrating, das einschätzt, inwieweit ein Patient durch seine psychogene Erkrankung beeinträchtigt ist und in welche Bereiche die Beeinträchtigung fällt. Es werden überwiegend Symptome psychosozialer Ursache (z. B. Spannungskopfschmerz) erfasst unter Einbeziehung der aktuellen Lebensumstände, der Entwicklung und Biographie des Patienten (Lieberz, Franz, et al., 2011, S. 9).

Geschulte Untersucher führen normalerweise ein halbstrukturiertes klinisches Interview durch, welches einfach handhabbar und außerordentlich robust ist (Lieberz, Franz, et al., 2011, S. 8). Der BSS zeigt bei entsprechendem Training eine gute Interrater-Reliabilität ($r = 0,72-0,99$) (Junkert-Tress et al., 1999; Schepank, 1987, 1995). Besonders der Summenscore gilt als aussagekräftig, da er alle drei Dimensionen vereint und sich damit als relativ resistent (Schepank & Manz, 1990) gegenüber der hohen Verlaufsvariabilität psychogener Symptome (Franz et al., 2000) beweist.

Der BSS orientiert sich überwiegend an der Symptomatik. Hierbei wird unterteilt in drei Dimensionen: Psychische, körperliche und sozialkommunikative Beeinträchtigung. In jedem Bereich werden nach der Anamneseerhebung durch den Untersucher je nach Schweregrad null bis max. vier Punkte (keine bis extrem ausgeprägte Symptomatik) vergeben, sodass der höchst erreichbare Summenscore bei zwölf Punkten liegt.

Je nach Summenwert gelten nach Schepank (1995) die Richtwerte:

- | | |
|--------------|--|
| 0-1 Punkte | optimale Gesundheit |
| 2-3 Punkte | leichte Störung |
| 4-5 Punkte | deutliche Störung (häufigster Summenscore bei ambulanten Patienten in der RLPT). Der Cut-off-Wert ist ≥ 5 , der auf eine psychogene Störung hinweist. |
| 6-7 Punkte | ausgeprägte, ziemlich schwer beeinträchtigende Erkrankung |
| 8-9 Punkte | außerordentlich schwere Erkrankung |
| 10-12 Punkte | schwerstgestörte Patienten mit Extremgraden psychischer Erkrankungen |

Nach Schepank (1995) wird eine Störung als krankheitswertig und behandlungsbedürftig angesehen, wenn der Beeinträchtigungs-Schwere-Summenscore den Cut-off-Wert von fünf Punkten erreicht.

In der MARS-Studie hat der klinisch erfahrene Gutachter Beeinträchtigungen der Patienten im Dokumentationssystem festgehalten, sofern diese in den Berichten der Therapeuten (oder beiliegenden Arzt- und Krankenhausberichten) beschrieben wurden. Als Prävalenzzeitraum wurde das letzte Jahr vor Therapieantrag festgelegt. Bei der Auswertung wurde im „modifizierten BSS“ in der MARS-Studie festgelegt, dass Summenscores von 0-5 als „leichte Beeinträchtigung“ galten und ab 7 und mehr als „schwere Beeinträchtigung“ (Tabelle M 2). Dieser Puffer zwischen leichter und schwerer Beeinträchtigung wurde bei der hier vorliegenden Fremdbeurteilung ohne halbstrukturiertes Interview vorgenommen, um eine sichere Trennschärfe zu erzielen.

Tabelle M 2: Beeinträchtigungseinschätzung in der MARS anhand des modifizierten Beeinträchtigungs-Schwere-Summenscores (BSS) (0-12)

Beeinträchtigung-Schwere-Summenscore	Beeinträchtigungseinschätzung
0-5	leicht
7-12	schwer

Global Assessment of Functioning Scale

Mit der Global Assessment of Functioning Scale (GAF- Skala) (American Psychiatric Association (APA), 1987; Endicott et al., 1976) wird das allgemeine Funktionsniveau eines Patienten eingeschätzt. Die GAF bildet die Achse V der multiaxialen Beurteilung der DSM-V-Klassifizierung ab (American Psychiatric Association (APA), 2013). Die GAF erfasst psychische, soziale und berufliche Funktionsbereiche. Dagegen sollen körperliche (oder umgebungsbedingte) Funktionsbeeinträchtigungen nicht einbezogen werden. Die Skala reicht von 1 bis 100, wobei 0 „keinen vorliegenden Informationen“ entspricht. Die GAF soll ein hypothetisches Kontinuum abbilden von der größtmöglichen Krankheit bis hin zur vollkommenen psychischen Gesundheit (Saß & Houben, 2001). Die Reliabilität schwankt mit $r = 0,54-0,90$ (zitiert nach Heuft & Lange, 2002).

GAF- Skalierung (Zwischenstufen sind möglich zwischen 0-100):

100	=	Optimale Funktion in allen Bereichen
90	=	Gute Leistungsfähigkeit in allen Bereichen
80	=	Höchstens leichte Beeinträchtigung
70	=	Leichte Beeinträchtigung
60	=	Mäßig ausgeprägte Störung
50	=	Ernsthafte Beeinträchtigung
40	=	Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
30	=	Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
20	=	Selbst- oder Fremdgefährlichkeit
10	=	Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit
0	=	Unzureichende Information

Im Dokumentationssystem der MARS wird die GAF- Skala für zwei Prävalenzzeiträume angegeben: die *GAF I* für die Einschätzung der letzten sieben Tage sowie die *GAF II* – der maximale GAF- Skalenwert, der im letzten Jahr vor Behandlungsbeginn über mindestens eine Woche aufgetreten ist (Tabelle M 3).

Tabelle M 3: Einschätzung der Funktionsbeeinträchtigung in der MARS anhand der Global Assessment of Functioning Scale II (GAF- II)

GAF II	Einschätzung der Funktionseinschränkung
100-70	leicht
50-10	stark

2.2.4 Biographische Daten des Patienten

Die biographischen Daten des Patienten werden durch den Risiko-Index (Dührssen & Lieberz, 1999) beurteilt. Der Risiko-Index erfasst bestimmte Erfahrungen in Kindheit und Jugend, die ein Risiko für die Ausbildung einer seelischen Erkrankung im Laufe des Lebens darstellen.

Der Risiko-Index sammelt ausdrücklich nur „harte“ Daten, die zuverlässig und sicher ausgesagt werden können und keinen subjektiven Verzerrungen unterliegen, also mit hoher Wahrscheinlichkeit als valide angegeben werden, wie bspw. Verlusterlebnisse in der Kindheit.

Ursprünglich wurde der gesamte Risiko-Index von der Berliner Arbeitsgruppe aus 101 Items gebildet. Für das MARS-Projekt wurde der Risiko-Index modifiziert und besteht aus 8 Items. Zusammengezählt ergeben die Punktzahlen dieser 8 Items die „Risikosumme (0-8)“. Die einzelnen Items werden mit einer festgelegten Gewichtung zum „Risiko-Index (0-685)“ berechnet (s. u.). Maximale Ausprägung hierbei sind 685 Punkte. Der so ermittelte Index stellt das Risiko für die Entwicklung einer späteren psychoneurotischen oder psychosomatischen Erkrankung dar und korreliert auch mit der Neurosensschwere (wie sie z. B. durch Dührssen and Lieberz (1999) mit Hilfe des Psychischen und Sozialkommunikativen Befundbogens (PSKB) nach Rudolf (1991) oder mit Hilfe des Gießener Beschwerdebogens (GEB) durch Lieberz and Schwarz (1987) erfasst werden kann).

Die Fragen im MARS-Dokumentationssystem leiten sich aus dem Risiko-Index ab. Insgesamt bilden diese Fragen 8 ausgewählte Items ab, die in mehrere Teile gegliedert sind: Zwei Fragen beziehen sich unmittelbar auf den Patienten (Heim/ Internat und Stief-/ Halbgeschwister) und jeweils drei Fragen auf Vater und Mutter (Verlust/ Trennung, körperliche Erkrankung, seelische Erkrankung).

Im MARS-Projekt werden folgende Variablen mit dahinterstehenden Gewichtungen in Punkten (*P*) aufgeführt:

Trennungen (> 6 Mon.) oder Verlust eines Elternteiles bis zum 15. Lebensjahr:

je Elternteil 160 P

Schwere Erkrankung (seelisch und körperlich) eines Elternteiles bis zum 15. Lebensjahr:

je Elternteil 130 P

Heim- oder Internatsaufenthalt:

80 P

Stief-/ Halbgeschwister (Ja/ Nein):

25 P

→ „Risiko-Index (0-685)“:

bis zu 685 Punkte

Die Risikoeinschätzung durch den „Risiko-Index (0-685)“ entspricht folgender Tabelle M 4:

Tabelle M 4: klassierte Risikoeinschätzung anhand des „Risiko-Index (0-685)“

Punkteverteilung „Risiko-Index (0-685)“	Risikoeinschätzung
0-140 (\triangleq 0-20%)	leicht
141-340 (\triangleq 20-50%)	mittel
340-685 (> 50%)	stark

2.2.5 Angaben zum Therapeuten

Die Angaben zum Therapeuten beschreiben das Geschlecht des Therapeuten und den Beruf des Therapeuten. Die berufliche Qualifikation wird unterteilt in eine medizinische und/ oder eine psychologische Ausbildung.

2.2.6 Angaben zum Therapieantrag

Die Angaben zum Therapieantrag beinhalten die Art des Antrags (Erst- oder Umwandlungsantrag), die Therapieform (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie/ TfP oder AP) und das Therapieformat (Einzel- oder Gruppentherapie/ ET oder GT).

2.3 Statistische Auswertung

Alle statistischen Rechnungen sowie die grafische Darstellung der Daten wurden mit der Software IBM SPSS 25.0 durchgeführt.

Auswahl der statistischen Testverfahren

Bei **nominalskalierten Variablen** wird der χ^2 -Test für Unabhängigkeit verwendet, um die Häufigkeiten der beiden Gruppen für die Ausprägung eines kategorialen Merkmales zu untersuchen. Die Auswahl der statistischen Rechnung und statistischen Kenngrößen erfolgt gemäß folgendem Schema (Abbildung M 3) systematisch (ausführliche Beschreibung s. u.):

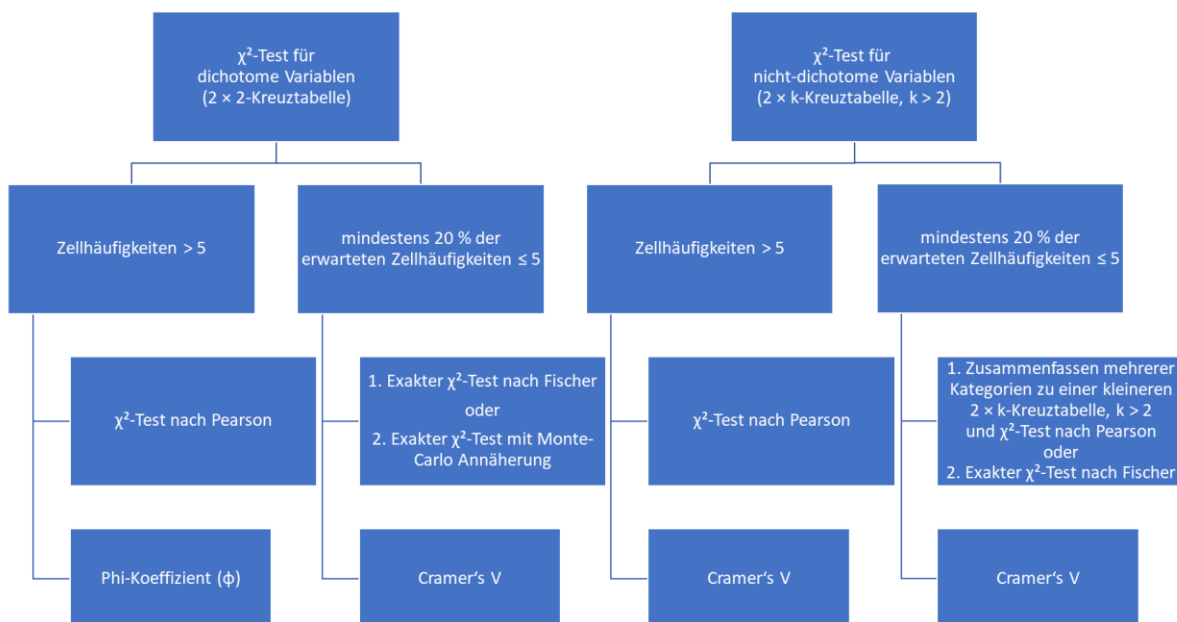


Abbildung M 3: Flowchart: der χ^2 -Test für Unabhängigkeit bei nominalskalierten Variablen

Wenn der χ^2 -Test für *dichotome Variablen* durchgeführt wird (bei Vorliegen einer 2×2 -Kreuztabelle), wird der χ^2 -Test nach Pearson gewählt.

Wenn für *dichotome Variablen* getestet wird (bei Vorliegen einer 2×2 -Kreuztabelle) und falls mindestens 20 % der erwarteten Zellhäufigkeiten ≤ 5 waren, wird 1. der Exakte χ^2 -Test nach Fischer durchgeführt oder 2. der Exakte χ^2 -Test mit Monte-Carlo Annäherung, falls der Exakte χ^2 -Test nach Fischer aufgrund begrenzter Speicherkapazität nicht durchführbar ist.

Wenn der χ^2 -Test für nicht-dichotome Variablen durchgeführt wird (bei Vorliegen einer $2 \times k$ -Kreuztabelle, $k > 2$), wird der χ^2 -Test nach Pearson gewählt.

Wenn für nicht-dichotome Variablen getestet wird (bei Vorliegen einer $2 \times k$ -Kreuztabelle, $k > 2$) und falls mindestens 20 % der erwarteten Zelhäufigkeiten ≤ 5 waren, wird 1. Versucht, mehrere Kategorien sinnvoll zusammenzufassen zu einer kleineren $2 \times k$ -Kreuztabelle ($k > 2$ oder $k = 2$) sowie die Analyse für χ^2 -Tests für (nicht-) dichotome Variablen (s. o. χ^2 -Test nach Pearson) durchzuführen, oder 2. der Exakte χ^2 -Test nach Fischer von der großen $2 \times k$ -Kreuztabelle ($k > 2$) ausgewertet (Mehta & Patel, 1983, S. 9).

Unter den Kreuztabellen werden wie in folgendem Beispiel diese statistische Kenngrößen angegeben:

$$\chi^2 (1) = 3,57; p = 0,028; \phi/V = 0,32^7$$

Bei **ordinalskalierten Variablen** wird ein Mann-Whitney-U-Test für zwei unabhängige Stichproben durchgeführt. Die Mediane werden verglichen.

In den Tabellen des Mann-Whitney-U-Tests werden wie in folgendem Beispiel diese statistische Kenngrößen angegeben:

$$\text{Mann-Whitney-U} = 93653,5; p = 0,016^8$$

⁷ χ^2 (Freiheitsgrade) = Teststatistik; p = Hinweis auf Unterschied; ϕ / Cramer's V = Effektstärke (Teststatistik und Effektstärke auf zwei Nachkommastellen gerundet, p-Wert auf drei Nachkommastellen).

⁸ Mann-Whitney-U = Teststatistik; p = Hinweis auf Unterschied (Teststatistik auf eine Nachkommastelle gerundet; p-Wert auf drei Nachkommastellen).

Bei **intervallskalierten Variablen** wird der ungepaarte, zweiseitige t-Test für heterogene Varianzen (auch Welch-Test genannt) durchgeführt (s. Begründung in 2.1.3). Da die Stichprobengröße dieser Arbeit mit $n > 200$ bedeutsam über $n \geq 30$ in jeder Gruppe liegt, ist die Stichprobenverteilung nach dem zentralen Grenzwertsatz annähernd normalverteilt. Eine Normalverteilung wird angenommen.

In den Tabellen werden für jede Gruppe die Mittelwerte (M) mit Standardabweichungen (\pm SD) angegeben. Als Differenzmaß sind die Mittelwertdifferenzen mit 95 %-igen Konfidenzintervallen (MD (95 %-CI [x_1 , x_2])) aufgeführt.

Unter den Tabellen der t-Tests für heterogene Varianzen (Welch-Tests) werden wie in folgendem Beispiel diese statistische Kenngrößen angegeben:

$$t(288,7) = -4,93; p < 0,001; |d| = 0,38^9$$

Bei schiefen Häufigkeitsverteilungen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, die Nullhypothese aufgrund starker Mittelwertdifferenz abzulehnen, ohne dass es einen wahren Unterschied zwischen beiden Gruppen gibt. Um dies zu verhindern, werden die Mediandifferenzen systematisch deskriptiv den Mittelwertdifferenzen gegenübergestellt. Bei deutlicher Abweichung von den Mittelwertdifferenzen, liegt der Verdacht auf eine schiefe Häufigkeitsverteilung und Ausreißer nahe. Bei Verdacht auf Ausreißer wird eine explorative Datenanalyse mittels Vergleiches von Boxplots durchgeführt.

Sofern nach visueller Inspektion der Boxplots für beide Gruppen bezüglich der Ausprägung eines Merkmales keine Normalverteilung angenommen werden kann, wird der Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung durchgeführt (Shapiro & Wilk, 1965). Er besitzt eine höhere Power als der Kolmogorov-Smirnov-Test (Razali & Wah, 2011). Wenn eine Normalverteilung abgelehnt wird, wird auf den robusteren Mann-Whitney-U-Test mit niedrigerer Power ausgewichen.

⁹ t (Freiheitsgrade) = Teststatistik; p = Hinweis auf Unterschied; Cohen's d = Effektstärke (Teststatistik, Differenzmaß, Effektstärke auf zwei Nachkommastellen gerundet, p -Wert auf drei Nachkommastellen).

p-Werte

Alle *p*-Werte sind deskriptiver Natur. Denn aufgrund der vielen deskriptiven, statistischen Tests gibt es ein multiples Testproblem.

Als höchstes akzeptables Niveau für den *p*-Wert¹⁰ wird ein $p < 0,05$ angesehen. Es bestehen die generellen Einteilungen in die drei folgenden Niveaus für den *p*-Wert (Tabelle M 5).

Tabelle M 5: Interpretation von p-Wert-Niveau

<i>p</i> -Wert		Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als
$p < 0,05$	starker Hinweis auf Unterschied	5 %
$p < 0,01$	sehr starker Hinweis auf Unterschied	1 %
$p < 0,001$	höchst starker Hinweis auf Unterschied	0,1 %

¹⁰ Das Niveau für den *p*-Wert wird beschrieben durch die Angabe genauer *p*-Werte (gerundet auf drei Nachkommastellen). Ein errechneter *p*-Wert von $p = 0,000$ wird nachfolgend mit $p < 0,001$ gekennzeichnet.

Effektstärken

Wenn eine sehr große Anzahl von Patienten pro Stichprobe erfasst wurde, können schon minimale Unterschiede bezüglich eines Merkmales zu p-Werten $< 0,05$ führen. Da signifikante Ergebnisse allerdings nicht immer mit einem relevanten Unterschied δ einhergehen, werden die Effektstärken zusätzlich angegeben.

Bei **nominalskalierten Variablen** werden als Effektmaße für die Stärke des Zusammenhangs der Phi-Koeffizient (ϕ) als auch Cramer's V angegeben. Der zu entdeckende Unterschied δ (beobachteter Effekt) wird bei Vierfeldertafeln mit dem Phi-Koeffizient (ϕ) für dichotome Variablen (bei Zellhäufigkeiten > 5) und mit Cramér's V für alle anderen Kreuztabellen angegeben.

Die Interpretation vom Phi-Koeffizienten (ϕ) $[-1; 1]$ und Cramér's V $[0; 1]$ erfolgt nach Cohen (1988, S. 79-80; Tabelle M 6).

Tabelle M 6: Interpretation von Effektmaßen ϕ , V nach Cohen (1988)

kleiner Effekt	wenig Hinweis auf relevanten Unterschied δ	$\phi, V = 0.1$
mittlerer Effekt	starker Hinweis auf relevanten Unterschied δ	$\phi, V = 0.3$
großer Effekt	sehr starker Hinweis auf relevanten Unterschied δ	$\phi, V = 0.5$

Bei **intervallskalierten Variablen** werden als Effektmaße 95 %-ige Konfidenzintervalle für Mittelwertdifferenzen oder Cohen's d angegeben.

Die Interpretation von Cohen's d $[-\infty; \infty]$ erfolgt nach Cohen (1988, S. 79-80; Tabelle M 7).

Tabelle M 7: Interpretation von Effektmaß Cohen's d nach Cohen (1988)

kleiner Effekt	schwacher Hinweis auf relevanten Unterschied δ	$ d \geq 0,2$
mittlerer Effekt	starker Hinweis auf relevanten Unterschied δ	$ d \geq 0,5$
großer Effekt	sehr starker Hinweis auf relevanten Unterschied δ	$ d \geq 0,8$

Erläuterungen zur Ergebnisdarstellung und zum Umgang mit fehlenden Daten

Die Prozentzahlen in den Ergebnistabellen beziehen sich auf die gesamte Patientenzahl in der untersten Zeile. Dadurch beziehen sich die linken beiden Spalten auf die jeweiligen einzelnen Stichprobengruppe (Beihilfe oder GKV) und die rechte Spalte auf die gesamte Stichprobe (beide Versorgungszweige).

Die Patienten mit fehlenden Angaben werden entweder mit der Merkmalsausprägung „unabklärbar“ bezeichnet oder bei dem jeweiligen statistischen Test der Variable mit der fehlenden Angabe nicht berücksichtigt. Im zweiten Fall können die übrigen Patientendaten aber bei statistischen Untersuchungen aller anderen Variablen wieder beachtet werden. Dadurch variiert die Stichprobengröße n zwischen den statistischen Tests. Sollten über 10 % der Merkmalsausprägungen der gesamten Stichprobe oder einer einzelnen Stichprobengruppe (Beihilfe oder GKV) „unabklärbar“ sein, kann der statistische Test zwar berechnet werden, aber die Ergebnisse müssen mit Vorsicht interpretiert werden, da sie möglicherweise nicht valide sind.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen werden detailliert beschrieben in folgendem Kapitel: 3 Ergebnisse.

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobe

Von 1208 vorliegenden Therapieanträgen werden nur Erst- und Umwandlungsanträge berücksichtigt. Dadurch werden 71 Fortführungsanträge, 13 Kurzzeittherapieanträge und 5 Anträge mit unklaren Angaben im Datensatz ausgeschlossen. Alle ausgeschlossenen Anträge stammen aus der GKV-Gruppe.

Von den eingeschlossenen 1119 Erst- und Umwandlungsanträgen sind 916 aus der GKV und 203 aus der Beihilfe (Abbildung 4).

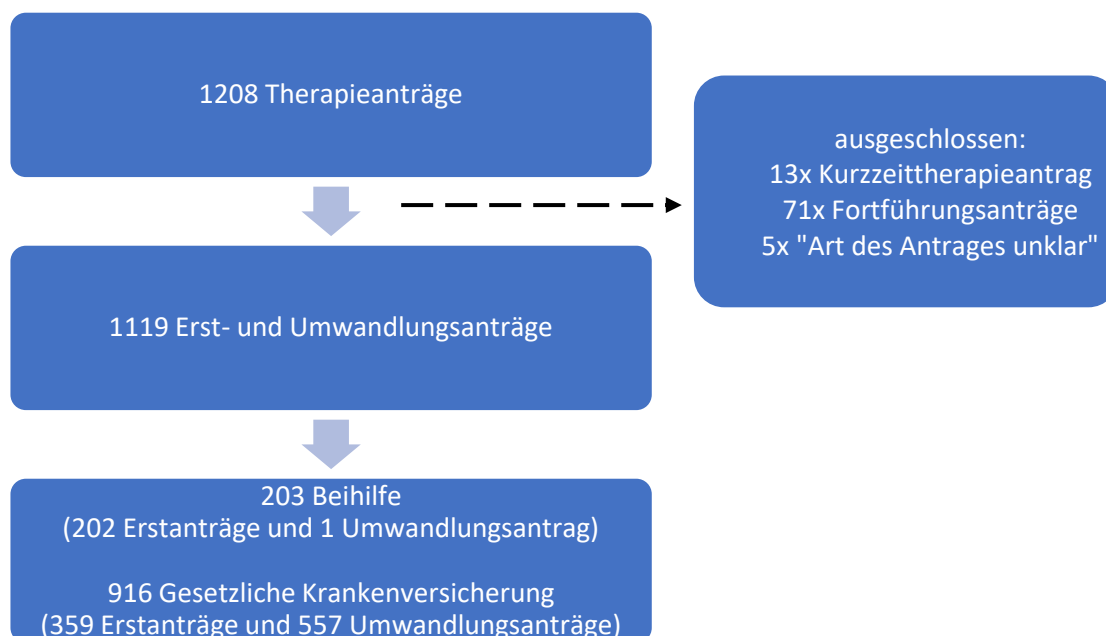


Abbildung 4: Flowchart zur Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien an Stichprobe

5 Anträge mit unklaren Angaben sind auf Widersprüche im Datensatz zurückzuführen. Es kann 5 × nicht eindeutig zugeordnet werden, ob es sich um einen KZT-/ Erst-/ Umwandlungs-/ Fortführungsantrag handelt. Darunter wurde bei der Datenerhebung 2 × die Art des Therapieantrages als „unklar“ kategorisiert. 1 × wurde ein erneutes Obergutachten ohne Präzisierung der Antragsart und 1 × ein Widerspruch ohne Präzisierung der Antragsart abgelehnt (also fehlende Daten). 1 × war durch einen Tippfehler bei der Datenerhebung unklar, ob es sich um einen Umwandlungsantrag handelt (im Datensatz wurde 11,0 statt 1,0 eingetippt für „Umwandlungsantrag“).

3.2 Soziodemographische Basisdaten des Patienten

Zuerst werden die soziodemographischen Angaben der Patienten zwischen gesetzlich Krankenversicherten und Beihilfeberechtigten verglichen.

In der Häufigkeitsverteilung des **Geschlechts des Patienten** der beiden Gruppen gibt es keinen p-Wert mit $p < 0,05$ (Tabelle 8). In der Beihilfe sind 67,0 % der Patienten weiblich, in der GKV sind es 73,6 %. Eine Tendenz zu mehr Männern in der Beihilfe zeichnet sich in Abbildung 5 ab (BHF 33,0 % vs. GKV 26,4 %). Für einen Patient in der GKV konnte kein Geschlecht ermittelt werden.

Tabelle 8: Geschlecht des Patienten

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Geschlecht des Patienten	männlich	Anzahl % innerhalb der Stichprobe	67 33,0%	242 26,4%	309 27,6%
	weiblich	Anzahl % innerhalb der Stichprobe	136 67,0%	673 73,6%	809 72,4%
Gesamt		Anzahl %	203 100,0%	915 100,0%	1118 100,0%

$$\chi^2 (1) = 3,57; p = 0,059; \phi = -0,06$$

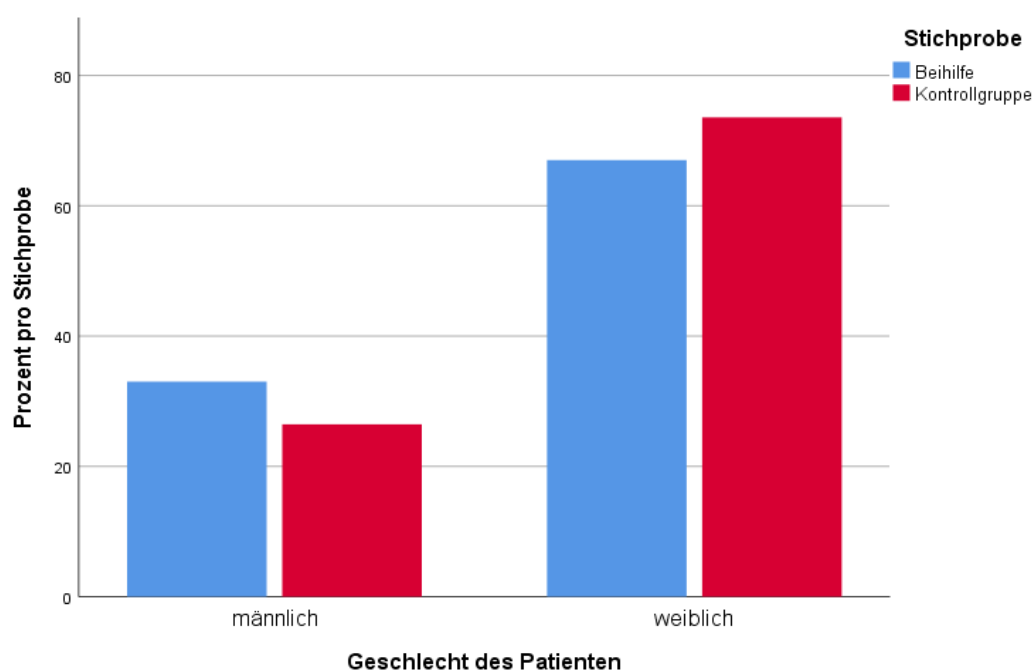


Abbildung 5: Geschlecht des Patienten in Bezug zu Tabelle 8

Bei dem Mittelwertvergleich des **Alters** der beiden Gruppen zeigen sich höchst starke Hinweise auf Unterschiede ($p < 0,001$) mit mittlerem Effekt ($|d| = 0,38$; Tabelle 9; Abbildung 6). Die Beihilfeberechtigten haben einen Mittelwert von 52,54 Jahren (GKV 47,96 Jahre). Sie sind im Mittel 4,58 Jahre älter als Patienten in der GKV. Die Mediane (MED) liegen bei 54 vs. 48 und die Interquartilsabstände (IQAs) bei 15 vs. 17. Für zwei Patienten in der GKV konnte kein Alter ermittelt werden.

Tabelle 9: Alter des Patienten

Alter in Jahren	Beihilfe		Kontrollgruppe (GKV)		Unterschied δ
	n	M \pm SD	n	M \pm SD	MD [95%-CI]
	203	52,54 \pm 12,09	914	47,96 \pm 11,49	4,58 [2,75; 6,41]

t (288,7) = -4,93; p < 0,001; |d| = 0,38

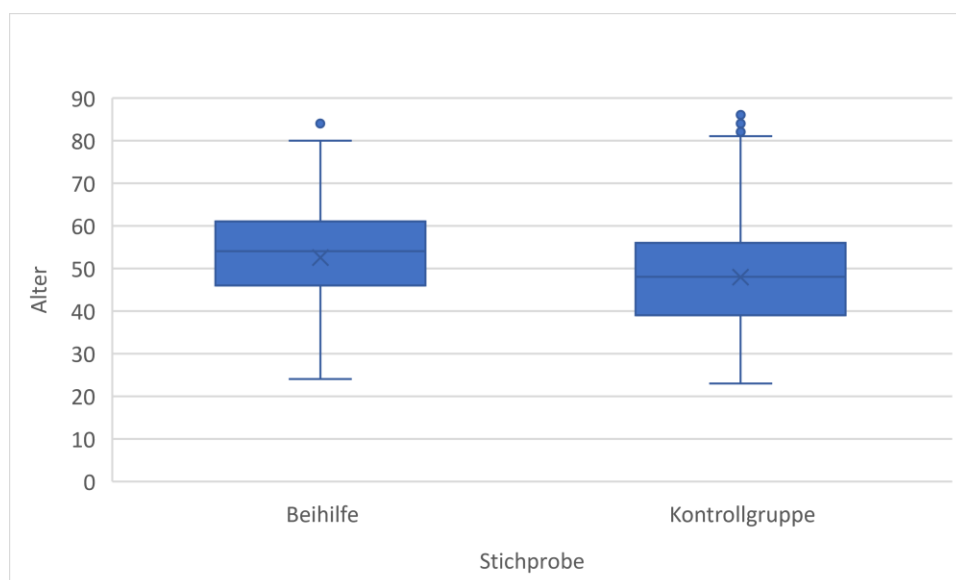


Abbildung 6: Alter des Patienten in Bezug zu Tabelle 9

Bezüglich **Nationalität** der beiden Gruppen gibt es keinen Hinweis auf Unterschied ($\chi^2 = 6,07$; $p = 0,253$; $V = 0,09$). 98,5 % der Beihilfeberechtigten besitzen die deutsche Staatsbürgerschaft gegenüber 93,7 % in der GKV. Diese Merkmalsausprägung liegt bei 26 Patienten nicht vor (BHF 2 vs. GKV 24).

Patienten in beiden Gruppen haben selten einen **Migrationshintergrund** (kein Migrationshintergrund: BHF 97,0 % vs. GKV 88,9 %). In der Beihilfe gibt es weniger Patienten mit Migrationshintergrund (BHF 2,0 % vs. GKV 10,8 %). Hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung ergibt der

p-Wert höchst starke Hinweise auf einen Unterschied, der Effekt ist mit Cramer's V = 0,12 klein ($\chi^2 = 21,27$; $p < 0,001$; $V = 0,12$).

Soziale Unterstützung

Bezüglich des **aktuellen Familienstandes (nicht zusammengefasst)** gibt es höchst starke Hinweise auf Unterschiede mit kleinem Effekt zwischen beiden Gruppen für alle Merkmalsausprägungen (ledig, verheiratet, getrennt lebend, geschieden, verwitwet, wiederverheiratet, mehrfach geschieden, unabklärbar) ($\chi^2 (2) = 56,96$; $p < 0,001$; $V = 0,23$). Die häufigste Merkmalsausprägung unter den Beihilfeberechtigten ist **erstmalig verheiratet** mit 48,3 % gegenüber 25,9 % in der GKV ($\chi^2 (1) = 22,13$; $p < 0,001$; $\phi = 0,14$). Die häufigste Merkmalsausprägung in der GKV ist **ledig** (BHF 23,2 % vs. GKV 40,8 %; $\chi^2 (1) = 39,31$; $p < 0,001$; $\phi = -0,19$).

Es wurden Variablen zum **aktuellen Familienstand (zusammengefasst)** zusammengefasst, um zu untersuchen, ob die Patienten „(wieder) verheiratet“ oder möglicherweise „alleinstehend“ sind. Die Ergebnisse zeigen höchst starke Hinweise auf Unterschiede bezüglich dieser zusammengefassten Variable (alleinstehend/ verheiratet; Tabelle 10).

Tabelle 10: Aktueller Familienstand (zusammengefasst)

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Aktueller Familienstand: alleinstehend/verheiratet	ledig, getrennt lebend, (mehrfach) geschieden, verwitwet	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	86 42,4%	605 66,0%	691 61,8%
	(wieder) verheiratet	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	112 55,2%	281 30,7%	393 35,1%
	nicht abklärbar	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	5 2,5%	30 3,3%	31 3,1%
Gesamt	Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%	

$\chi^2 (2) = 43,84$; $p < 0,001$; $V = 0,20$

Bei der Variable zur **aktuellen Partnersituation** ergeben sich höchst starke Hinweise auf Unterschiede (Tabelle 11).

Tabelle 11: Aktuelle Partnersituation

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Partnersituation	kurzfristig kein Partner	Anzahl	22	146	168
		% innerhalb von Stichprobe	10,8%	16,0%	15,0%
	langfristig/ dauerhaft kein Partner	Anzahl	37	200	237
		% innerhalb von Stichprobe	18,2%	21,9%	21,2%
	wechselnde Partner	Anzahl	0	28	28
		% innerhalb von Stichprobe	0,0%	3,1%	2,5%
	fester Partner (Ehepartner)	Anzahl	114	316	430
% innerhalb von Stichprobe		56,2%	34,5%	38,5%	
fester Partner (nicht Ehepartner)	Anzahl	27	196	223	
	% innerhalb von Stichprobe	13,3%	21,4%	19,9%	
nicht abklärbar	Anzahl	3	29	32	
	% innerhalb von Stichprobe	1,5%	3,2%	2,9%	
Gesamt		Anzahl	203	915	1118
		%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 (5) = 37,49; p < 0,001; V = 0,18$

Weiterhin betrachtet man, ob feste Partnerschaften in beiden Gruppen unterschiedlich verteilt sind. Bei der zusammengefassten Merkmalsausprägung **fester Partner: Ja/ Nein** ergeben sich mehr feste Partnerschaften in der Beihilfe (Ja: BHF 69,5 % vs. GKV 56,0 %) und weniger feste Partnerschaften in der GKV (Nein: BHF 29,1 % vs. GKV 49,9 %) ($\chi^2 (2) = 12,83; p = 0,002; V = 0,11$).

Beihilfeberechtigte in der Stichprobe haben eher und im Durchschnitt mehr Kinder. Hinsichtlich der Variable **Kinder: Ja/ Nein** unterscheiden sich die Häufigkeiten höchst stark ($p < 0,001$). 66,5 % der Beihilfeberechtigten haben Kinder gegenüber 50,9 % der gesetzlich Krankenversicherten (Tabelle 12).

Tabelle 12: Kinder Ja/ Nein

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Kinder ja/nein?	nein	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	65 32,0%	445 48,6%	510 45,6%
	ja	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	135 66,5%	466 50,9%	601 53,7%
	nicht abklärbar	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	3 1,5%	5 0,5%	8 0,7%
Gesamt		Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%

$$\chi^2 (2) = 19,58; p < 0,001; V = 0,13$$

Bei dem Mittelwertvergleich der **leiblichen Kinderanzahl** der beiden Gruppen zeigen sich höchst starke Hinweise auf Unterschiede ($p < 0,001$) und ein kleiner Effekt ($|d| = 0,27$; Tabelle 13). Die Beihilfeberechtigten haben einen Mittelwert von 1,24 Kindern, gegenüber 0,95 Kindern in der GKV. Die größten Werte sind 4 Kinder in der Beihilfe und 5 Kinder in der GKV. Der Median liegt in beiden Gruppen bei 2 Kindern. Für vier Patienten in der BHF und fünf in der GKV konnte keine leibliche Kinderanzahl ermittelt werden.

Tabelle 13: Anzahl leibliche Kinder

	Beihilfe		Kontrollgruppe (GKV)		Unterschied δ
	n	M \pm SD	n	M \pm SD	MD [95%-CI]
Leibliche Kinder	199	1,24 \pm 1,10	911	0,95 \pm 1,10	0,29 [0,13; 0,46]

$$t (291,2) = 3,43; p = 0,001; |d| = 0,27$$

Stief- und Adoptivkinderanzahl wurde zuerst mit einer Klassierung mit dem χ^2 -Test untersucht und zeigte keinen p-Wert $< 0,05$. Es gibt keinen Hinweis auf Unterschied ($\chi^2 = 1,12$; $p = 0,836$; $V = 0,04$). Die meisten Patienten in beiden Gruppen haben keine Stief-/ Adoptivkinder (BHF 97,5 % vs. GKV 97,4 %). In absoluten Zahlen haben 6 Beihilfeberechtigte (2,5 % der

Patienten) Stief-/ Adoptivkinder und 42 gesetzlich Krankenversicherte (2,6 % der Patienten) Stief-/ Adoptivkinder bei Stichprobengrößen von $n = 198$ vs. 909.

Der Mittelwertvergleich der **Stief- und Adoptivkinderanzahl** zeigt keine Hinweise auf Unterschiede ($t(452,9) = -0,90$; $p = 0,370$; $|d| = 0,07$). Beihilfeberechtigte haben einen Mittelwert von 0,030 Stief-/ Adoptivkindern vs. 0,046 Stief-/ Adoptivkindern bei gesetzlich Krankenversicherten.

Die **aktuelle Wohnsituation** der Patienten ist beeinflusst durch die Befunde über den Familienstand und die Partnersituation. Bei dem Vergleich der Häufigkeitsverteilung ergab sich kein p-Wert $< 0,05$ ($\chi^2 = 7,24$; $p = 0,272$; $V = 0,08$). Zu erwähnen sind die häufigsten Merkmalsausprägungen: in der Beihilfe leben 63,5 % im „eigenen Haushalt (Partner, Familie)“ gegenüber 55,8 % in der GKV. Danach ist die zweithäufigste Ausprägung in beiden Gruppen „eigener Haushalt (alleinlebend)“ mit 21,7 % in der Beihilfe und 25,9 % in der GKV. Für 133 Patienten (11,9 % gesamt) konnte die aktuelle Wohnsituation nicht abgeklärt werden.

Der **Wohnort** des Patienten befindet sich in beiden Stichproben eher in Großstädten (57,1 % insgesamt). 2,3 % der Patienten wohnen auf dem Land. Es gibt keine Hinweise auf Unterschiede (Tabelle 14; Abbildung 7).

Tabelle 14: Wohnort des Patienten

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Wohnort	Land	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	2 1,0%	24 2,6%	26 2,3%
	Stadt mit <10.000 Einwohnern	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	14 6,9%	59 6,4%	73 6,5%
	Stadt mit >10.000 Einwohnern	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	75 36,9%	306 33,4%	381 34,0%
	Stadt mit >100.000 Einwohnern	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	112 55,2%	527 57,5%	639 57,1%
Gesamt	Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%	

$\chi^2(3) = 2,74$; $p = 0,434$; $V = 0,05$

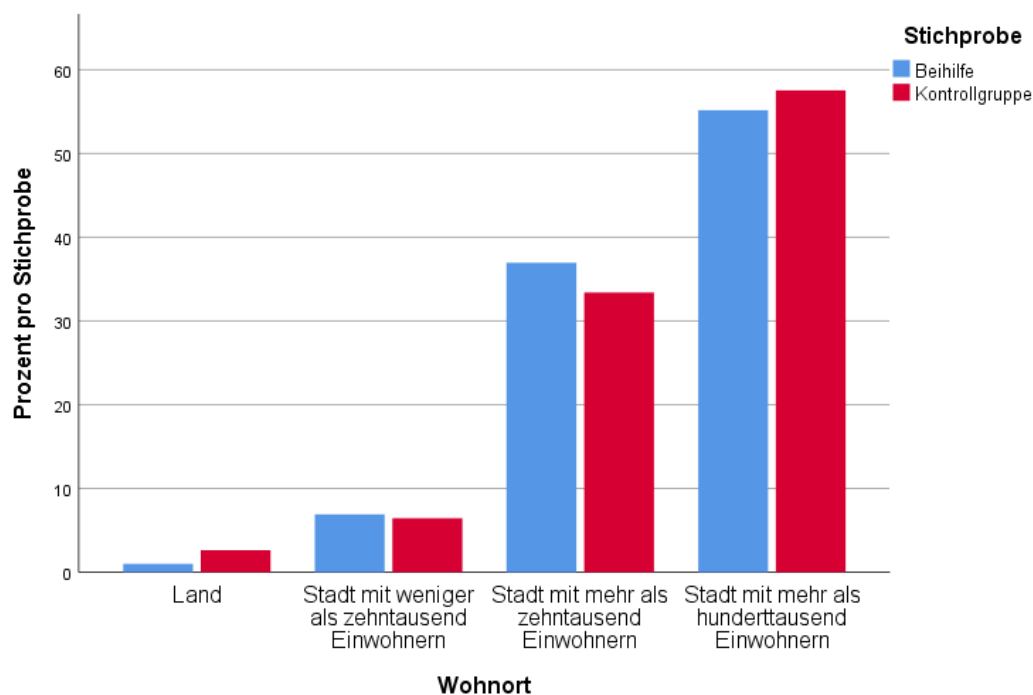


Abbildung 7: Wohnort des Patienten in Bezug zu Tabelle 14

(Aus-) Bildungsniveau

Die Variablen über die Bildung der Patienten umfassen höchsten Schulabschluss, höchsten Berufsabschluss, letzten (oder zuletzt ausgeübten) Beruf und die jetzige berufliche Situation.

Bezüglich des **höchsten Schulabschlusses** gibt es höchst starke Hinweise auf Unterschiede mit kleinem Effekt zwischen beiden Gruppen für alle Merkmalsausprägungen ($p < 0,001$; Tabelle 15).

Die häufigste Merkmalsausprägung in beiden Gruppen ist „Fachabitur/ Abitur“ (BHF 60,6 % vs. GKV 37,1 %). Unter den Beihilfeberechtigten befinden sich keine Patienten ohne Schulabschluss oder mit Sonderschulabschluss. Für 152 Patienten (13,6 % gesamt) konnte der höchste Schulabschluss nicht abgeklärt werden.

Tabelle 15: höchster Schulabschluss

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Höchster Schulabschluss	noch in der Schule	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	3 1,5%	1 0,1%	4 0,4%
	kein Schulabschluss	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	0 0,0%	20 2,2%	20 1,8%
	Sonderschulabschlus ss	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	0 0,0%	4 0,4%	4 0,4%
	Hauptschul- /Volksschulabschlus s	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	13 6,4%	192 21,0%	205 18,3%
	Realschulabschluss/ Mittlere Reife/Polytechnisch	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	43 21,2%	228 24,9%	271 24,2%
	Fachabitur/Abitur	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	123 60,6%	340 37,1%	463 41,4%
	unabklärbar	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	21 10,3%	131 14,3%	152 13,6%
Gesamt	Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%	

$$\chi^2 (6) = 58,24; p < 0,001; V = 0,23$$

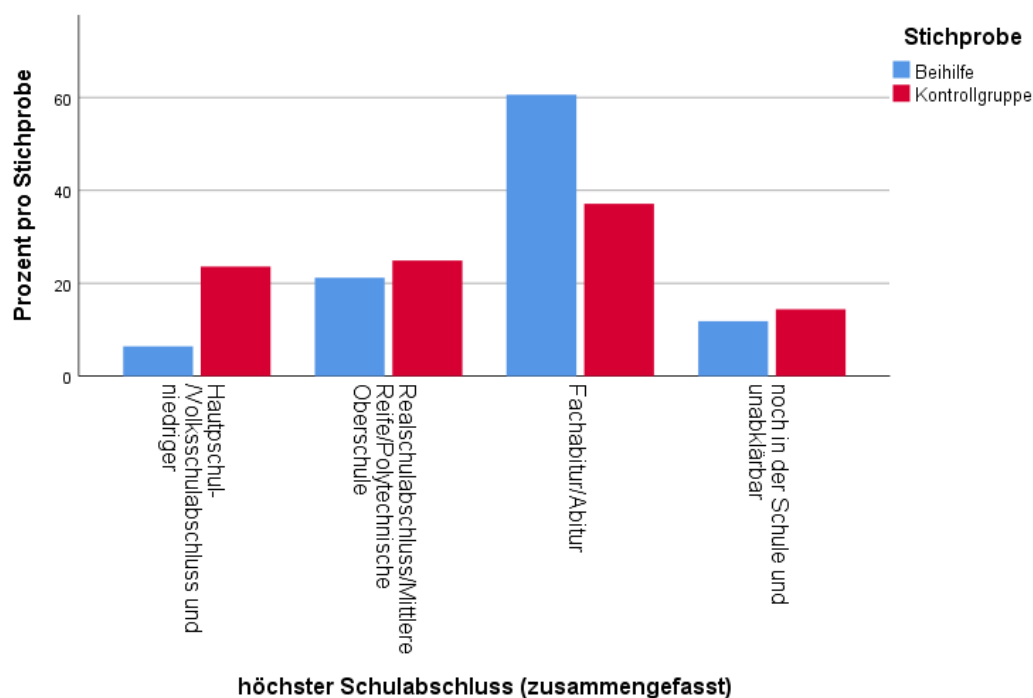


Abbildung 8: höchster Schulabschluss (zusammengefasst)

Es wurden Variablen zum **höchsten Schulabschluss (zusammengefasst)** vereint, um zu untersuchen, ob die Patienten einen „Haupt-/ Volksschulabschluss und niedriger“, „Mittlere Reife und Äquivalent“ oder „Fachabitur/ Abitur“ haben (Abbildung 8). Die Ergebnisse zeigen ebenfalls höchst starke Hinweise auf Unterschiede mit kleinem Effekt bezüglich dieser zusammengefassten Variablen ($\chi^2 (3) = 47,83$; $p < 0,001$; $V = 0,21$).

Bei der Variable zum **höchsten Berufsabschluss** ergeben sich höchst starke Hinweise auf Unterschiede mit mittlerem Effekt ($p < 0,001$; $V = 0,33$; Tabelle 16).

Tabelle 16: *höchster Berufsabschluss*

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
höchster Berufsabschluss	noch in der Berufsausbildung	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	14 6,9%	49 5,3%	63 5,6%
	Lehre/Fachschule	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	61 30,0%	470 51,3%	531 47,5%
	Meister	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	0 0,0%	4 0,4%	4 0,4%
	Fachhochschule/ Universität	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	105 51,7%	176 19,2%	281 25,1%
	ohne Berufsabschluss	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	1 0,5%	147 16,0%	148 13,2%
	Sonstiges	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	2 1,0%	7 0,8%	9 0,8%
	nicht abklärbar	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	20 9,9%	63 6,9%	83 7,4%
Gesamt	Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%	

$\chi^2 (6) = 119,85$; $p < 0,001$; $V = 0,33$

Beihilfeberechtigte haben einen „Fachhochschul-/ Universitätsabschluss“ in 51,7 % der Fälle (GKV 19,2 %). GKV-Patienten haben eine abgeschlossene „Lehre/ Fachschule/ Meisterausbildung“ in 51,7 % der Fälle (BHF 30,0 %). „Ohne Berufsabschluss“ ist ein einzelner Beihilfeberechtigter, hingegen 16,0 % der GKV-Patienten. Bei 83 Patienten (7,4 % insgesamt) war der höchste Berufsabschluss nicht abklärbar.

Zur übersichtlichen Darstellung als Diagramm wurden folgende vier Variablengruppen erstellt, die die deutlichsten Ergebnisse aus „Tabelle 16: höchster Berufsabschluss“ zeigen: „ohne Berufsabschluss“, „Lehre/ Fachschule/ Meister“, „Fachhochschule/ Universität“, „noch in der Berufsausbildung/ sonstiges/ unabklärbar“. Abbildung 9 nennt sich **höchster Berufsabschluss (zusammengefasst)**.

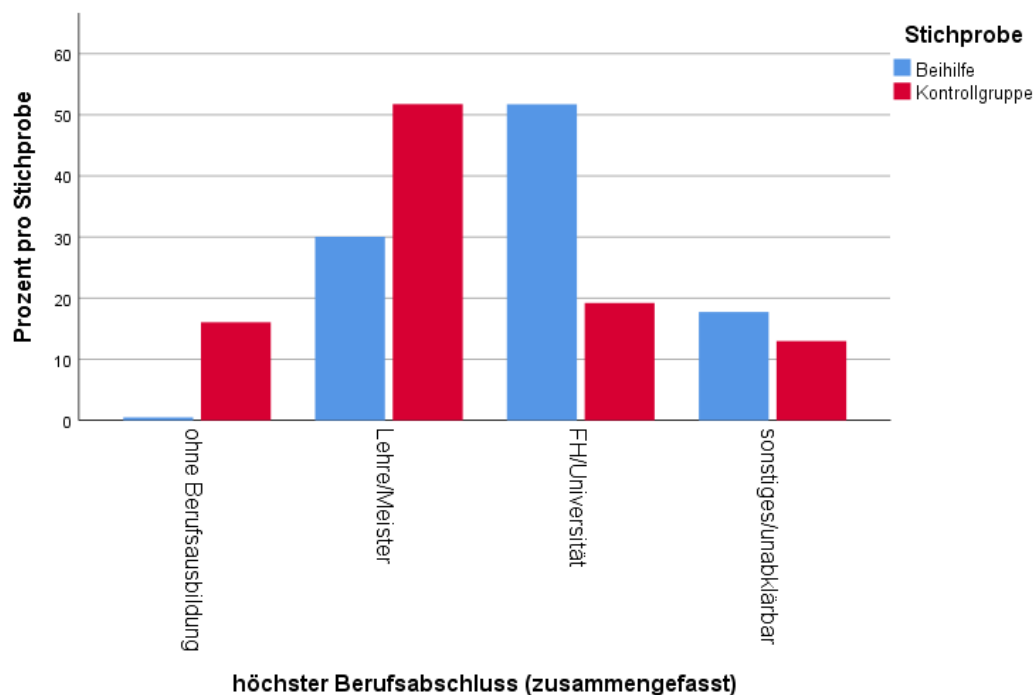


Abbildung 9: höchster Berufsabschluss (zusammengefasst)

Weiterhin wird betrachtet, ob der **letzte (oder zuletzt ausgeübte) Beruf: (nach Qualifikation aufgeteilt sowie Selbstständige)** in beiden Gruppen unterschiedlich verteilt sind (Tabelle 17). Es ergeben sich höchst starke Hinweise auf Unterschiede mit mittlerem Effekt ($V = 0,38$).

In der Beihilfe sind mehr „mittlere Angestellte/ Beamte“ (BHF 46,8 % vs. GKV 11,6 %) und weniger „einfache Angestellte/ Beamte“ als in der GKV (BHF 32,5 % vs. GKV 61,7 %).

Beihilfeberechtigte weisen bei „selbstständig“ sowie „nie erwerbstätig/ Hausfrau/ -mann“ halb so hohe Prozentwerte auf wie die GKV. „Sonstiges/ Studenten“ liegt insgesamt bei 7,7 %. Es gab 5,6 % fehlende Angaben im Mittel (BHF 3,0 % vs. 6,2 %).

Tabelle 17: letzter (oder zuletzt ausgeübter) Beruf: (nach Qualifikation aufgeteilt sowie Selbstständige)

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Letzter (oder zuletzt ausgeübter) Beruf: nach Qualifikation aufgeteilt & Selbstständige	einfacher Angestellter/ Beamter	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	66 32,5%	565 61,7%	631 56,4%
	mittlerer Angestellter/ Beamter	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	95 46,8%	106 11,6%	201 18,0%
	höher qualifizierter Angestellter/ Beamter im höheren Dienst	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	11 5,4%	16 1,7%	27 2,4%
	nie erwerbstätig/ Hausfrau/-mann	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	6 3,0%	57 6,2%	63 5,6%
	Selbstständig	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	3 1,5%	45 4,9%	48 4,3%
	nicht zutreffend (Student...)	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	16 7,9%	70 7,6%	86 7,7%
	unbekannt/ unklar	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	6 3,0%	57 6,2%	63 5,6%
	Gesamt	Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%

$\chi^2 (6) = 160,04; p < 0,001; V = 0,38$

Bei **letzter (oder zuletzt ausgeübter) Beruf – Zweitberuf** wurden bei drei Patienten Angaben gegeben und bei 99,7 % der Patienten keine Angaben gemacht. Auf eine statistische Aufschlüsselung wird daher verzichtet.

Bezüglich der **jetzigen beruflichen Situation** gibt es höchst starke Hinweise auf Unterschiede mit kleinem Effekt zwischen beiden Gruppen für alle Merkmalsausprägungen (Tabelle 18).

Die häufigste Merkmalsausprägung ist in beiden Gruppen „berufstätig (Voll- oder Teilzeit)“ mit 53,7 % bei Beihilfe gegenüber 46,8 % in der GKV. Wobei Beihilfeberechtigte eher Vollzeit arbeiten (BHF 44,8 % vs. GKV 35,6 %, $\chi^2 (2) = 6,20; p = 0,05; V = 0,07$) und zu weniger Teilzeit tendieren (BHF 4,9 % vs. GKV 8,1 %, $p = 0,13$).

„Arbeitslos gemeldet“ sind höchst viel mehr GKV-Patienten (10,4 %) als Beihilfeberechtigte (0,5 %). Beihilfeberechtigte sind häufiger im „Ruhestand“ mit 15,3 % (GKV 6,1 %). Für 154 Patienten (13,8 % insgesamt) konnte die jetzige berufliche Situation nicht abgeklärt werden (BHF 11,3 % vs. 14,3 %).

Tabelle 18: Jetzige berufliche Situation. Sonstiges: Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsrente (auf Dauer oder Zeit) / Witwen-/ Witwerrente/ geschützt beschäftigt/ anderweitig ohne berufliche Beschäftigung

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Jetzige berufliche Situation: arbeitslos, (nicht) berufstätig, Rente/Pension	berufstätig, Voll-/Teilzeit	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	109 53,7%	429 46,8%	538 48,1%
	nicht berufstätig, Hausfrau/-mann	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	3 1,5%	39 4,3%	42 3,8%
	Ausbildung, Wehr-/ Zivildienst/ Freiw. Soz.Jahr	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	15 7,4%	60 6,6%	75 6,7%
	arbeitslos gemeldet	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	1 0,5%	95 10,4%	96 8,6%
	Frührente/ Altersrente/ Pension	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	31 15,3%	56 6,1%	87 7,8%
	Sonstiges	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	21 10,3%	106 11,6%	127 11,3%
	unabklärbar	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	23 11,3%	131 14,3%	154 13,8%
	Gesamt	Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%

$\chi^2 (6) = 43,33; p < 0,001; V = 0,20$

Zuletzt wurden *sozialversicherungsrelevante Angaben* wie die Arbeitsunfähigkeit (und deren Länge) sowie das Vorkommen von laufenden Rentenverfahren betrachtet.

Die Untersuchung der Variable **Arbeitsunfähigkeit: Ja/ Nein** zeigt keinen p-Wert $< 0,05$. Es gibt keinen Hinweis auf Unterschiede ($\chi^2 (2) = 1,84; p = 0,399; V = 0,04$). Von den Beihilfeberechtigten sind 26 (12,8 %) arbeitsunfähig gegenüber 89 (9,7 %) der gesetzlich Krankenversicherten. Bei 86 Patienten (7,7 % insgesamt) war die Arbeitsunfähigkeit nicht abklärbar.

Die 115 arbeitsunfähigen Patienten (10,3 % insgesamt) wurden mit Hilfe eines Mittelwertvergleiches untersucht, um die **Länge der Arbeitsunfähigkeit in Wochen** angeben zu können. Es gibt bei 54,8 % (63 der 115 arbeitsunfähigen Patienten) keine Angaben über die genaue Wochenanzahl der Arbeitsunfähigkeit. Untersucht man die übrigen 45,2 % (BHF: $n = 14$; GKV: $n = 38$) findet man starke Hinweise auf Mittelwertunterschiede ($p = 0,019$). Die Mittelwerte der Beihilfe liegen bei 26,2 Wochen (GKV 59,9 Wochen).

Es gibt keinen Hinweis auf einen Unterschied hinsichtlich eines **laufendes Rentenverfahren** in den beiden Untersuchungsgruppen (Beihilfe 93,6% vs. GKV 93,4% kein Rentenverfahren) ($\chi^2 = 3,57$; $p = 0,279$; $V = 0,06$). Ein einzelner Beihilfeberechtigter (0,5 %) hat einen Rentenantrag gestellt sowie 2,1 % der gesetzlich Krankenversicherten. In der GKV nehmen drei Patienten (0,3 %) eine Zeitrente in Anspruch. Für 5,9 % der Patienten in der BHF und für 4,1 % der GKV konnte keine Merkmalsausprägung ermittelt werden.

3.3 Klinische Daten des Patienten

Die Art der Symptomatik, die Dauer der Erkrankung und die bisherige Therapiegeschichte wird genauer beschrieben. Lebensbereiche, die im Rahmen der Störung problemrelevant sein können, werden aufgeführt. Danach wird die Störung anhand der ICD-10-Klassifikation eingeordnet und die Krankheitsschwere wird bewertet mit Hilfe des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores (BSS) sowie der Global Assessment of Functioning Scale (GAF).

Anmerkung: Bei den folgenden, klinischen Merkmalsausprägungen handelt es sich meist nicht um Kreuztabellen, sondern um Übersichtstabellen (bspw. Tabelle 19), die mehrere voneinander unabhängige, dichotome χ^2 - Tests nach Pearson darstellen. Es werden also jeweils alle 203 Beihilfeberechtigten bzw. 916 GKV-Patienten untersucht. Die absoluten und Prozentzahlen beziehen sich auf die Ausprägung, die in der blau eingefärbten, zweiten Spalte von links bezeichnet ist. Dadurch können die aufsummierten (da unabhängigen) Prozentzahlen über 100 % ergeben.

Sofern es sich bei den Tabellen um Kreuztabellen und nicht um Übersichtstabellen handelt, werden die statistischen Kenngrößen wie bereits in 3.2 unter den Kreuztabellen aufgeführt (s.o.).

Symptomatik

Die Untersuchung der Variable **Art der Symptomatik (psychisch)** zeigt keinen p-Wert $< 0,05$ (Tabelle 19). Es gibt keine Hinweise auf Unterschiede. Bei 11 Patienten (1,0 % insgesamt) war die Art der Symptomatik (psychisch) nicht abklärbar.

Die häufigsten Symptome in beiden Gruppen waren „Depression“ (69,1 % insgesamt) und „Angst“ (51,3 % insgesamt). „Zwangssymptome“ sind selten (3,0 % insgesamt).

Tabelle 19: Art der Symptomatik (psychisch)

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben	statistische Kenngrößen je Merkmalsausprägung
			Beihilfe	Kontrollgruppe		
Art der Symptomatik (psychisch)	nicht zutreffend	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	18 8,9%	58 6,3%	76 6,8%	$\chi^2 (1) = 1,69; p = 0,194; \varphi = -0,04$
	Angst	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	92 45,3%	482 52,6%	574 51,3%	
	Depression	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	142 70,0%	631 68,9%	773 69,1%	$\chi^2 (1) = 0,09; p = 0,767; \varphi = -0,01$
	Zwang	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	6 3,0%	28 3,1%	34 3,0%	$\chi^2 (1) = 0,01; p = 0,939; \varphi < 0,01$
	Anderes	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	39 19,2%	146 15,9%	185 16,5%	$\chi^2 (1) = 1,29; p = 0,256; \varphi = -0,03$
	nicht abklärbar	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	1 0,5%	10 1,1%	11 1,0%	$\chi^2 (1) = 0,61; p = 0,434; \varphi = 0,02$
Gesamt	Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%		

Im Hinblick auf die **Art der Symptomatik (funktionell-psychosomatisch)** gibt es keine Hinweise auf Unterschiede (kein $p < 0,05$; Tabelle 20). Bei 29 Patienten (2,6 % insgesamt) war die Art der Symptomatik (funktionell-psychosomatisch) nicht abklärbar.

Die häufigsten Symptome in beiden Gruppen waren „Anderes“ (64,6 % insgesamt) und „Schmerz“ (24,5 % insgesamt).

Tabelle 20: Art der Symptomatik (funktionell-psychosomatisch)

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben	statistische Kenngrößen je Merkmalsausprägung
			Beihilfe	Kontrollgruppe		
Art der Symptomatik (funktionell- psychosomatisch)	nicht zutreffend	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	36 17,7%	176 19,2%	212 18,9%	$\chi^2 (1) = 0,24; p = 0,626; \varphi = 0,02$
	Herz-Kreislauf	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	26 12,8%	108 11,8%	134 12,0%	
	Magen-Darm	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	34 16,7%	123 13,4%	157 14,0%	$\chi^2 (1) = 1,52; p = 0,218; \varphi = -0,04$
	Schmerz	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	51 25,1%	223 24,3%	274 24,5%	$\chi^2 (1) = 0,05; p = 0,816; \varphi = -0,01$
	Anderes	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	138 68,0%	585 63,9%	723 64,6%	$\chi^2 (1) = 1,23; p = 0,267; \varphi = -0,03$
	nicht abklärbar	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	5 2,5%	24 2,6%	29 2,6%	$\chi^2 (1) = 0,02; p = 0,895; \varphi < 0,01$
Gesamt	Anzahl %	203 100,0%	914 100,0%	1117 100,0%		

Die Häufigkeitsverteilung von der **Art der Symptomatik: Suizidalität akut** der beiden Gruppen zeigt einen starken Hinweis auf Unterschied ($p = 0,044$; Tabelle 21).

Die meisten Patienten sind nicht akut suizidal (Nein: BHF 97,0 % vs. GKV 93,3 %). Bei Patienten der Beihilfe wird weniger häufig „akute Suizidalität“ diagnostiziert. In der Beihilfe gibt es im Vergleich zur GKV nur halb so viel Patienten mit „akuter Suizidalität“ (Ja: BHF 3,0 % vs. GKV 6,7 %).

Für einen Patient in der GKV konnte keine Angabe zur „Suizidalität akut“ ermittelt werden.

Tabelle 21: Art der Symptomatik: Suizidalität akut

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Art der Symptomatik: Suizidalität akut	nein	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	197 97,0%	854 93,3%	1051 94,0%
	ja	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	6 3,0%	61 6,7%	67 6,0%
Gesamt		Anzahl %	203 100,0%	915 100,0%	1118 100,0%

$$\chi^2 (1) = 4,06; p = 0,044; \phi = 0,06$$

Die Häufigkeitsverteilung von der **Art der Symptomatik: Suizidalität früher** der beiden Gruppen zeigt einen sehr starken Hinweis auf Unterschiede ($p = 0,001$; Tabelle 22). Das Item ist definiert als Suizidversuche in der Vorgeschichte.

Die meisten Patienten waren früher nicht suizidal (Nein: BHF 94,1 % vs. GKV 87,0 %). Bei Patienten in der Beihilfe wird weniger häufig „frühere Suizidalität“ diagnostiziert. In der Beihilfe gibt es im Vergleich zur GKV zwei Drittel weniger Patienten mit „früherer Suizidalität“ (Ja: BHF 3,9 % vs. GKV 12,1 %).

Diese Merkmalsausprägung liegt bei 12 Patienten (1,1 % insgesamt) nicht vor (BHF 4 vs. GKV 8).

Tabelle 22: Art der Symptomatik: Suizidalität früher

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Art der Symptomatik: Suizidalität früher	nein	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	191 94,1%	797 87,0%	988 88,3%
	ja	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	8 3,9%	111 12,1%	119 10,6%
	nicht abklärbar	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	4 2,0%	8 0,9%	12 1,1%
Gesamt	Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%	

$\chi^2 (2) = 13,26; p = 0,001; V = 0,11$

Der Vergleich zwischen „akuter vs. früherer Suizidalität“ demonstriert, dass es bei fast doppelt so vielen gesetzlich Krankenversicherten eine „frühere Suizidalität“ gegenüber einer „akuten Suizidalität“ gab. Bei der Beihilfe gibt es minimal mehr „frühere Suizidalität“ gegenüber der „akuten Suizidalität“.

Bezüglich der **Art der Symptomatik: Sucht (tendenzen)** gibt es starke Hinweise auf Unterschiede zwischen beiden Gruppen für fünf von acht Merkmalsausprägungen (nicht zutreffend, Nikotin, Cannabis, Essstörung, anderes; $p < 0,05$). Drei Merkmalsausprägungen (Alkohol, Medikamente, nicht abklärbar) zeigen keine Hinweise auf Unterschiede (kein $p < 0,05$).

Die häufigste Merkmalsausprägung in beiden Gruppen ist **nicht zutreffend** mit 66,5 % gegenüber 54,0 % in der GKV ($\chi^2 (1) = 10,49$; $p = 0,001$; $\phi = -0,10$).

In Tabelle 23 zeigen sich die häufigsten Sucht (tendenzen) bei „Essstörungen“ (BHF 8,4 % vs. GKV 17,6 %) und „Alkohol“ (BHF 7,4 % vs. GKV 9,9 %).

Süchte bei „Nikotin“, „Cannabis“, „Essstörung“ und „anderes“ sind bei Beihilfeberechtigten im Vergleich zu GKV deutlich niedriger. Süchte bei „Alkohol“ und „Medikamenten“ unterscheiden sich nicht zwischen beiden Gruppen.

Für 156 Patienten (13,9 % gesamt) konnte diese Merkmalsausprägung nicht abgeklärt werden (BHF 15,3 % vs. 13,6 %).

Tabelle 23: Art der Symptomatik: Sucht (tendenzen)

		Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben	statistische Kenngrößen je Merkmalsausprägung		
		Beihilfe	Kontrollgruppe				
Art der Symptomatik (Sucht(tendenzen))	nicht zutreffend	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	135 66,5%	495 54,0%	630 56,3%	$\chi^2 (1) = 10,49$; $p = 0,001$; $\phi = -0,10$	
	Nikotin	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	6 3,0%	61 6,7%	67 6,0%		$\chi^2 (1) = 4,05$; $p = 0,044$; $\phi = 0,06$
	Alkohol	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	15 7,4%	91 9,9%	106 9,5%		$\chi^2 (1) = 1,26$; $p = 0,263$; $\phi = 0,03$
	Medikamente	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	4 2,0%	40 4,4%	44 3,9%		$\chi^2 (1) = 2,53$; $p = 0,112$; $\phi = 0,05$
	Cannabis	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	2 1,0%	34 3,7%	36 3,2%		$\chi^2 (1) = 3,97$; $p = 0,046$; $\phi = 0,06$
	Essstörung	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	17 8,4%	161 17,6%	178 15,9%		$\chi^2 (1) = 10,52$; $p = 0,001$; $\phi = 0,10$
	anderes	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	1 0,5%	47 5,1%	48 4,3%		$\chi^2 (1) = 8,708$; $p = 0,003$; $\phi = 0,09$
	nicht abklärbar	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	31 15,3%	125 13,6%	156 13,9%		$\chi^2 (1) = 0,37$; $p = 0,545$; $\phi = -0,02$
Gesamt	Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%			

Körperliche Begleiterkrankungen wurden untersucht. Im Hinblick auf die **Art der Symptomatik (somatisch)** gibt es bis auf eine Ausnahme (s.u.) keine Hinweise auf Unterschiede (kein $p < 0,05$). Bei 20 Patienten (2,2 % insgesamt) war die Art der Symptomatik (somatisch) nicht abklärbar.

Am häufigsten haben Patienten in beiden Gruppen keine somatischen Symptome (nicht zutreffend: BHF 67,5 % vs. GKV 61,8 %).

Hinsichtlich der Merkmalsausprägung „Neoplasie (CA)“ gibt es sehr starke Hinweise auf Unterschied zwischen BHF und GKV ($p = 0,008$). „Neoplasien (CA)“ sind mit 2,5 % in der Beihilfe und 7,6 % in der GKV eine seltene Erkrankung unter diesen Patienten.

Tabelle 24: Art der Symptomatik (somatisch)

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben	statistische Kenngrößen je Merkmalsausprägung
			Beihilfe	Kontrollgruppe		
Art der Symptomatik (somatische Erkrankungen)	nicht zutreffend	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	137 67,5%	566 61,8%	703 62,8%	$\chi^2 (2) = 2,99; p = 0,224; V = 0,05$
	METS/KHK	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	6 3,0%	25 2,7%	31 2,8%	
	CA	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	5 2,5%	70 7,6%	75 6,7%	$\chi^2 (1) = 7,13; p = 0,008; \varphi = 0,08$
	COPD	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	1 0,5%	2 0,2%	3 0,3%	$\chi^2 (1) = 0,47; p = 0,494; \varphi = -0,02$
	Anderes	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	53 26,1%	53 26,1%	247 27,0%	$\chi^2 (1) = 0,06; p = 0,803; \varphi = 0,01$
	nicht abklärbar	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	3 1,5%	3 1,5%	20 2,2%	$\chi^2 (1) = 0,41; p = 0,521; \varphi = 0,02$
	Gesamt	Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%	

Die **somatischen ICD-10-Diagnosen** waren mit je einem Vorkommen unter den untersuchten Beihilfeberechtigten: E06.1 Subakute Thyreoditis, E11 Diabetes mellitus Typ 2, H91.2 Idiopathischer Hörsturz Akuter Hörverlust o. n. A., I10.9 Essentielle Hypertonie und I25.9 Chronische ischämische Herzkrankheit.

In der Gruppe der gesetzlich Krankenversicherten gab es folgende somatische ICD-10-Diagnosen am häufigsten: 19 Patienten haben die ICD-10-Diagnose C50.9 Bösartige Neubildung: Brustdrüse, 12 Patienten haben G35.9 Multiple Sklerose, jeweils 4 Patienten haben B18.2 Chronische Virushepatitis B und C49.9 Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe.

Bisherige Therapiegeschichte (Vorbehandlungen)

Die bisherige Dauer und Art der Gesamtbehandlung und das Erkrankungsstadium (akut, chronisch) werden folgend untersucht.

Hinsichtlich der **Vorbehandlung: Ja/ Nein, einmalig/ mehrfach** gibt es höchst starke Hinweise auf Unterschiede mit kleinem Effekt zwischen Beihilfe und GKV (Tabelle 25). Die meisten Patienten sind zum ersten Mal in psychotherapeutischer Behandlung (41,6 % gesamt), wobei Beihilfeberechtigte häufiger nicht vorbehandelt sind (BHF 54,7 % vs. GKV 38,6 %) und seltener mehrfach vorbehandelt sind (BHF 18,7 % vs. GKV 36,1 %).

Bei 27 Patienten (2,4 % insgesamt) war diese Merkmalsausprägung nicht abklärbar.

Tabelle 25: Vorbehandlungen: Ja/ Nein, einmalig/ mehrfach

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Vorbehandlung einmal-mehrfach	keine	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	111 54,7%	354 38,6%	465 41,6%
	einmal	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	49 24,1%	209 22,8%	258 23,1%
	mehrfach	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	38 18,7%	331 36,1%	369 33,0%
	unklar	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	5 2,5%	22 2,4%	27 2,4%
Gesamt		Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%

$\chi^2 (3) = 25,69; p < 0,001; V = 0,15$

Art der Vorbehandlung: ambulant/ stationär, psychotherapeutisch/ psychiatrisch wird untersucht (Tabelle 26). Als Referenz werden „Nicht-Vorbehandelte“ in der obersten Zeile aufgeführt; diese Patienten können die unteren Merkmalsausprägungen mit „Ja: [...]“ nicht annehmen.

Beihilfeberechtigte sind in allen vier Arten der Vorbehandlungen weniger häufig vorbehandelt wie gesetzlich Krankenversicherte:

Tabelle 26: Art der Vorbehandlung: ambulant/ stationär, psychotherapeutisch/ psychiatrisch

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben	unklar (gesamt in beiden Gruppen) je Variable "Nein/ Ja"	statistische Kenngrößen je Merkmalsausprägung
			Beihilfe	Kontrollgruppe			
Art der Vorbehandlungen: ambulant/ stationär, psychosomatisch/ psychiatrisch	Nein: keine	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	111 54,7%	354 38,6%	465 41,6%	27 2,4%	Aus folgenden Untersuchungen mit der Ausprägung "Ja:[...]" ausgenommen. "Nein: keine" wird nur als Referenz dargestellt.
	Ja: Ambulante Psychotherapie	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	57 28,1%	405 44,2%	462 41,3%	31 2,8%	
	Ja: Ambulant Psychiatrisch	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	19 9,4%	165 18,0%	184 16,4%	206 18,4%	$\chi^2 (2) = 17,92; p < 0,001; V = 0,13$
	Ja: Stationäre Psychosomatische-Psychotherapie	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	43 21,2%	244 26,6%	287 25,6%	35 3,1%	
	Ja: Stationär Psychiatrisch	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	13 6,4%	144 15,7%	157 14,0%	36 3,2%	$\chi^2 (2) = 17,03; p < 0,001; V = 0,12$
Gesamt aller Betrachteten		Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%		

Es ergeben sich höchst starke Hinweise auf Unterschiede ($p < 0,001$) zwischen BHF und GKV bezüglich der Inanspruchnahme von „ambulanter Psychotherapie“ und „stationär psychiatrischer Behandlung“.

Bezüglich „stationärer psychosomatischer-Psychotherapie“ gibt es keine Hinweise auf Unterschiede, aber die Tendenz zeichnet sich ab, dass BHF ebenfalls weniger oft behandelt worden waren. „Ambulant psychiatrisch“ waren Beihilfeberechtigte ebenfalls weniger oft behandelt worden, allerdings fehlen bei 206 Patienten (18,4 % insgesamt) Angaben zu dieser Variablen. Psychotherapeutische Vorbehandlungen sind häufiger als psychiatrische Vorbehandlungen; sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich.

Hinsichtlich der Variable **Art der ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlung: Therapiedauer** gibt es Hinweise auf Unterschiede der Häufigkeiten mit kleinem Effekt ($p < 0,001$; Tabelle 27). Die meisten Patienten in beiden Gruppen haben „keine Vorbehandlung“, deutlich mehr jedoch in der Beihilfe (BHF 69,5 % vs. GKV 53,8 %).

In den Beihilfeverfahren gibt es zwei Drittel weniger häufig KZT- und die Hälfte weniger LZT-Vorbehandlungen als in der GKV.

Diese Merkmalsausprägung konnte für 142 Patienten (12,7 % insgesamt) nicht eruiert werden.

Tabelle 27: Art der ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlung: Therapiedauer

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Art der ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlung: Therapiedauer	nicht zutreffend	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	141 69,5%	493 53,8%	634 56,7%
	Kurzzeittherapie	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	5 2,5%	67 7,3%	72 6,4%
	Langzeittherapie	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	28 13,8%	223 24,3%	251 22,4%
	Kurz- und Langzeittherapie	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	1 0,5%	10 1,1%	11 1,0%
	sonstiges	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	1 0,5%	8 0,9%	9 0,8%
	unklar	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	27 13,3%	115 12,6%	142 12,7%
Gesamt	Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%	

$$\chi^2(5) = 22,48; p < 0,001; V = 0,14$$

Die Häufigkeitsverteilung von der **Art der ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlung: TFP/ AP/ VT** der beiden Gruppen zeigt einen starken Hinweis auf Unterschiede mit kleinem Effekt ($p = 0,001$; Tabelle 28). Die meisten Patienten in beiden Gruppen haben keine Vorbehandlung, deutlich mehr jedoch in der Beihilfe (BHF 69,5 % vs. GKV 53,6 %).

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (13,6 % insgesamt) ist das häufigste Verfahren in Vorbehandlungen, darauf folgen Verhaltenstherapie (8,8 % insgesamt) und analytische Psychotherapie (4,4 % insgesamt). Patienten in der Beihilfe hatten weniger häufig Vorbehandlungen erlebt, und zwar von allen drei Grundorientierungen.

Diese Merkmalsausprägung konnte für 24 Patienten (11,8 %) in der Beihilfe und 148 Patienten (16,2 %) in der GKV nicht eruiert werden.

Tabelle 28: Art der ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlung: TFP/ AP/ VT

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Art der ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlung: TFP/AP/VT	nicht zutreffend	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	141 69,5%	491 53,6%	632 56,5%
	Verhaltenstherapie	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	12 5,9%	86 9,4%	98 8,8%
	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	23 11,3%	129 14,1%	152 13,6%
	Analytische Psychotherapie	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	2 1,0%	47 5,1%	49 4,4%
	Sonstiges	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	1 0,5%	15 1,6%	16 1,4%
	unklar	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	24 11,8%	148 16,2%	172 15,4%
Gesamt	Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%	

$$\chi^2(5) = 20,70; p = 0,001; V = 0,14$$

Die Untersuchung der Variable **Art der ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlung: Einzel/ Gruppe** zeigt höchst starke Hinweise auf Unterschiede (Tabelle 29).

In der Beihilfe gibt es sowohl weniger einzel- als auch gruppentherapeutische Vorbehandlungen als in der GKV. In beiden Gruppen gibt es unter den Vorbehandlungen deutlich häufiger Einzeltherapien gegenüber Gruppentherapien.

Bei 6 Patienten (3,0 %) in der Beihilfe und 46 Patienten (5,0 %) in der GKV konnte diese Variable nicht eruiert werden.

Tabelle 29: Art der ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlung: Einzel/ Gruppe

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Art der ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlung: Einzel/ Gruppe	nicht zutreffend	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	143 70,4%	492 53,7%	635 56,7%
	Einzel	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	53 26,1%	348 38,0%	401 35,8%
	Gruppe	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	0 0,0%	18 2,0%	18 1,6%
	Einzel und Gruppe	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	1 0,5%	4 0,4%	5 0,4%
	sonstiges	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	0 0,0%	8 0,9%	8 0,7%
	unklar	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	6 3,0%	46 5,0%	52 4,6%
Gesamt	Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%	

$$\chi^2(5) = 21,93; p < 0,001; V = 0,14$$

Bei der Merkmalsausprägung **begleitende Psychopharmakotherapie (aktuell)** wurden in den Therapieanträgen bei 42,5 % insgesamt (BHF 58,1 % vs. GKV 39,1 %) keine Angaben gemacht. Auf eine statistische Aufschlüsselung wird daher verzichtet.

Bei der Merkmalsausprägung **gegenwärtiger Therapeutenwechsel** gab es laut den Therapieanträgen bei 77,7 % insgesamt (BHF 89,2 % vs. GKV 75,2 %) keinen gegenwärtigen Therapeutenwechsel. Es gibt einen höchst starken Hinweis auf Unterschied mit kleinem Effekt (Tabelle 30).

Tabelle 30: gegenwärtiger Therapeutenwechsel

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
gegenwärtiger Therapeuten- wechsel	nein	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	196 96,6%	808 88,2%	1004 89,7%
	ja	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	4 2,0%	102 11,1%	106 9,5%
	unklar	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	3 1,5%	6 0,7%	9 0,8%
Gesamt		Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%

$\chi^2 (2) = 17,42; p < 0,001; V = 0,13$

Krankheitsschwere

Problemrelevante Lebensbereiche

Bezüglich **Problemrelevanten Lebensbereichen** gibt es höchst starke Hinweise auf Unterschiede zwischen beiden Gruppen für zwei von sieben Lebensbereiche („Selbstverantwortung“, „Gesundheitsverhalten“; $p < 0,001$) und starke Hinweise auf Unterschiede für weitere zwei von sieben Lebensbereichen („Beruf und Ausbildung“, „Partnerschaft“; $p < 0,05$). Die Merkmalsausprägung „Familie“ zeigte keine Hinweise auf Unterschiede (kein $p < 0,05$).

Die fehlenden Daten sind bei den Lebensbereichen „Freizeit“ (65,9 % insgesamt) und „Soziale Bedingungen“ (26,2 % insgesamt) so hoch, dass auf eine statistische Aufschlüsselung verzichtet werden muss.

Der häufigste problemrelevante Lebensbereich in beiden Gruppen ist die **Familie** mit 85,2 % in der Beihilfe gegenüber 83,2 % in der GKV ($\chi^2 (2) = 2,57$; $p = 0,276$; $V = 0,05$).

In Tabelle 31 zeigen sich die größten Unterschiede in den „problemrelevanten Lebensbereichen“ bei „Selbstverantwortung“ (BHF 33,0 % vs. GKV 51,9 %) und „Gesundheitsverhalten“ (BHF 25,1 % vs. GKV 49,5 %).

Beihilfeberechtigte sind im Vergleich zu GKV in allen problemrelevanten Lebensbereichen (außer dem ohnehin nicht-unterschiedlichen Lebensbereich „Familie“) weniger belastet.

Tabelle 31: Problemrelevante Lebensbereiche

Problemrelevante Lebensbereiche			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben	unklar gesamt (in beiden Gruppen) je Lebensbereich	statistische Kenngrößen je Merkmalsausprägung
			Beihilfe	Kontrollgruppe			
Problemrelevante Lebensbereiche	Beruf, Ausbildung	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	137 67,5%	657 71,7%	794 71,0%	101 9,0%	$\chi^2 (2) = 6,87$; $p = 0,032$; $V = 0,08$
	Partnerschaft	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	160 78,8%	796 86,9%	956 85,4%	81 7,2%	
	Familie	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	173 85,2%	762 83,2%	935 83,6%	106 9,5%	$\chi^2 (2) = 2,57$; $p = 0,276$; $V = 0,05$
	Freizeit	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	58 28,6%	288 31,4%	346 30,9%	737 65,9%	
	Soziale Bedingungen	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	32 15,8%	438 47,8%	470 42,0%	293 26,2%	$\chi^2 (2) = 70,69$; $p < 0,001$; $V = 0,25$
	Selbstverantwortung	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	67 33,0%	475 51,9%	542 48,4%	23 2,1%	
	Gesundheitsverhalten	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	51 25,1%	453 49,5%	504 45,0%	32 2,9%	$\chi^2 (2) = 39,92$; $p < 0,001$; $V = 0,19$
Gesamt	Anzahl %	202 100,0%	913 100,0%	1115 100,0%			

ICD-10-Diagnosen des Therapeuten

Bezüglich der **ICD-10-Hauptdiagnosen des Therapeuten** wurden die ICD-10-Diagnosegruppen zusammengefasst. Die Ergebnisse zeigen höchst starke Hinweise auf Unterschiede mit kleinem Effekt ($p < 0,001$; $V = 0,20$) bezüglich dieser zusammengefassten Variable (klassiert nach ICD-10-Diagnosegruppen; Tabelle 32).

Vollständige Angaben zur ICD-10-Diagnose wurden von den Therapeuten bei 64,5 % der Beihilfeberechtigten und 81,6 % der gesetzlich Krankenversicherten angegeben ($\chi^2 (1) = 28,48$; $p < 0,001$; $\phi = -0,16$).

Die häufigsten ICD-10-Diagnosegruppen (Abbildung 10) in beiden Stichproben sind „F 3 Affektive Störungen“ (BHF 31,0 % vs. GKV 39,4 %) und „F 4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (BHF 29,6 % vs. GKV 33,5 %).

„F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ sowie „F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ stellen kleine Subgruppen dar mit unter 5 % in beiden Stichproben.

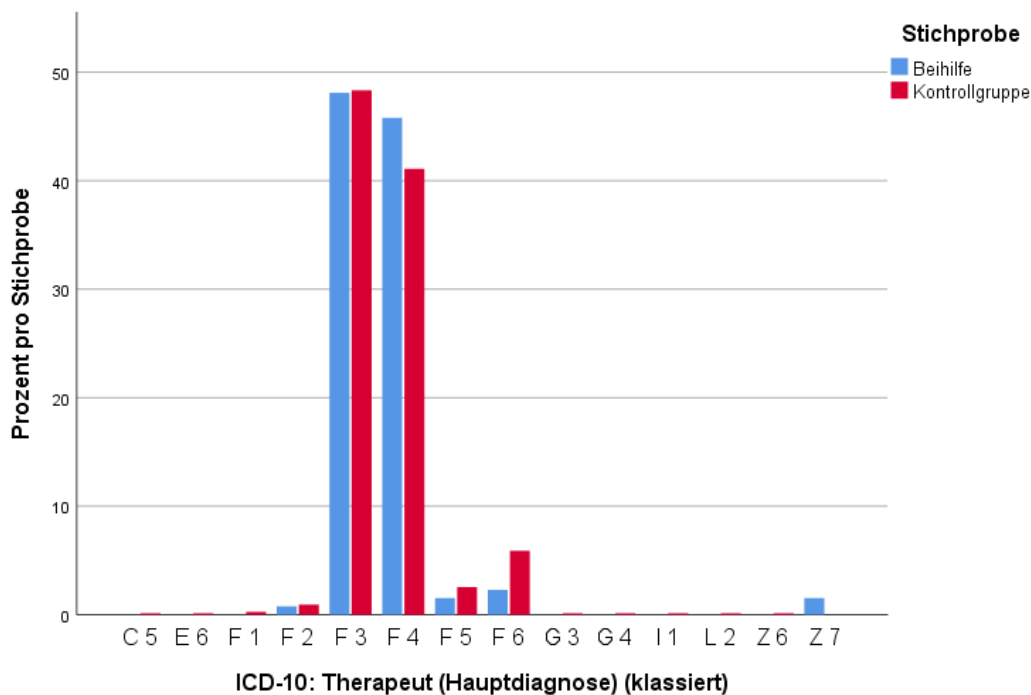


Abbildung 10: ICD-10-Hauptdiagnose des Therapeuten (klassiert nach ICD-10-Diagnosegruppen) in Bezug zu Tabelle 32; ausgenommen sind „keine ICD-10-Diagnose“

Tabelle 32: ICD-10-Hauptdiagnose des Therapeuten (klassiert nach ICD-10-Diagnosegruppen)

			Stichprobe		Gesamt
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
ICD-10: Therapeut (Hauptdiagnose) (klassiert)	keine ICD-10-Diagnose	Anzahl	72	169	241
		% innerhalb von Stichprobe	35,5%	18,4%	21,5%
C 5		Anzahl	0	1	1
		% innerhalb von Stichprobe	0,0%	0,1%	0,1%
E 6		Anzahl	0	1	1
		% innerhalb von Stichprobe	0,0%	0,1%	0,1%
F 1		Anzahl	0	2	2
		% innerhalb von Stichprobe	0,0%	0,2%	0,2%
F 2		Anzahl	1	7	8
		% innerhalb von Stichprobe	0,5%	0,8%	0,7%
F 3		Anzahl	63	361	424
		% innerhalb von Stichprobe	31,0%	39,4%	37,9%
F 4		Anzahl	60	307	367
		% innerhalb von Stichprobe	29,6%	33,5%	32,8%
F 5		Anzahl	2	19	21
		% innerhalb von Stichprobe	1,0%	2,1%	1,9%
F 6		Anzahl	3	44	47
		% innerhalb von Stichprobe	1,5%	4,8%	4,2%
G 3		Anzahl	0	1	1
		% innerhalb von Stichprobe	0,0%	0,1%	0,1%
G 4		Anzahl	0	1	1
		% innerhalb von Stichprobe	0,0%	0,1%	0,1%
I 1		Anzahl	0	1	1
		% innerhalb von Stichprobe	0,0%	0,1%	0,1%
L 2		Anzahl	0	1	1
		% innerhalb von Stichprobe	0,0%	0,1%	0,1%
Z 6		Anzahl	0	1	1
		% innerhalb von Stichprobe	0,0%	0,1%	0,1%
Z 7		Anzahl	2	0	2
		% innerhalb von Stichprobe	1,0%	0,0%	0,2%
Gesamt		Anzahl	203	916	1119
		%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 (14) = 42,83; p < 0,001; V = 0,20$

In Tabelle 33 sind die **häufigsten psychischen ICD-10-Hauptdiagnosen des Therapeuten (klassiert nach ICD-10-Diagnosesubkategorien)** aufgezeichnet. Folgende Hauptdiagnosen des Therapeuten sind an 1. Stelle: BHF F43.2 Anpassungsstörung vs. GKV F32.1 Mittelgradige depressive Episode; 2. Stelle: BHF F32.1 und GKV F.33.1 Rezidivierende depressive Störung; 3. Stelle: BHF F34.1 Anhaltende affektive Störung/ Dysthymie vs. GKV F43.2; 4. Stelle: BHF und GKV F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt.

Tabelle 33: Häufigste psychische ICD-10-Hauptdiagnosen des Therapeuten (klassiert nach ICD-10-Diagnosesubkategorien)

Rang	Stichprobe			
	BHF		GKV	
	ICD-10	% pro Gruppe	ICD-10	% pro Gruppe
1.	F43.2	11,9%	F32.1	11,8%
2.	F32.1	7,4%	F33.1	9,2%
3.	F34.1	6,9%	F43.2	8,7%
4.	F41.2	6,4%	F41.2	7,4%
5.	F33.1	3,9%	F34.1	6,4%

Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)

Bei den Teilen des **Beeinträchtigungs-Schwere-Scores (BSS)**, die *Körperlichen Beeinträchtigungsgrad* und *Psychischen Beeinträchtigungsgrad* bewerten, ergeben sich keine Hinweise auf Unterschiede mittels des Mann-Whitney-U-Tests (kein $p < 0,05$; Tabelle 34).

Im *Sozialkommunikativen Beeinträchtigungsgrad (SoKo)* (Spannweite: 0-4) liegt bei Beihilfe der Median (MED) bei 1 und bei der gesetzlichen Krankenversicherung bei 2. Es gibt höchst starke Hinweise auf Unterschiede ($p < 0,001$; Abbildung 11).

In der *Summe des BSS* (Spannweite: 0-12) liegt bei Beihilfe der Median (MED) bei 4 und bei der gesetzlichen Krankenversicherung bei 5. Es gibt höchst starke Hinweise auf Unterschiede ($p < 0,001$).

Tabelle 34: Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)

Prävalenzzeitraum: letztes Jahr			Stichprobe		p-Wert	Mann-Whitney-U-Teststatistik
			Beihilfe	Kontrollgrup		
BSS (Beeinträchtigungs- schwere-Score)	Körperlicher Beeinträchtigungsgrad (0-4)	MED ± IQA	2 ± 1	2 ± 1	0,860	93653,5
	Psychischer Beeinträchtigungsgrad (0-4)	MED ± IQA	2 ± 1	2 ± 0	0,070	99337,0
	Sozialkommunikativer Beeinträchtigungsgrad (0-4)	MED ± IQA	1 ± 1	2 ± 1	< 0,001	137274,0
	Summe (0-12)	MED ± IQA	4 ± 2	5 ± 2	< 0,001	128067,5
Gesamt		n	203	916		
		%	100,0%	100,0%		

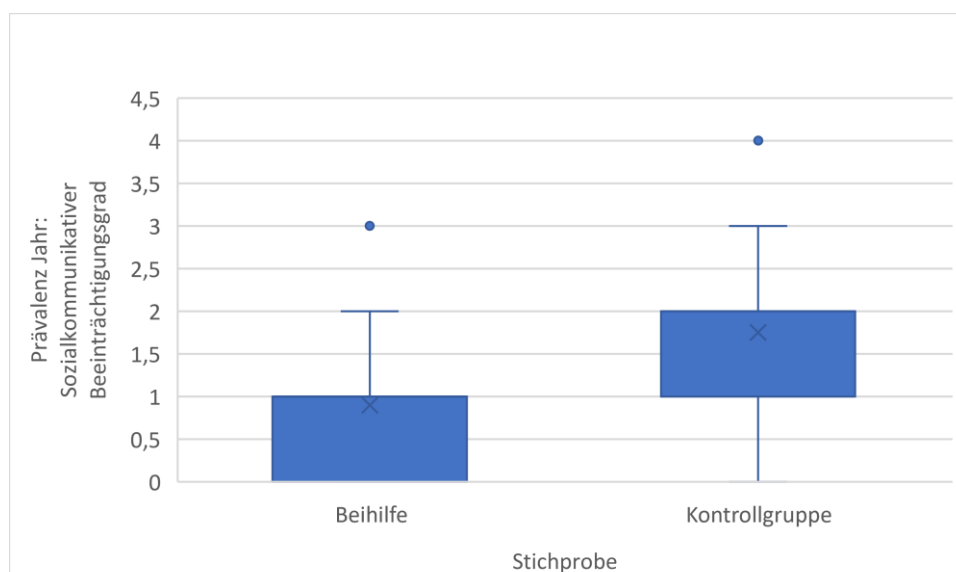


Abbildung 11: BSS: Sozialkommunikativer Beeinträchtigungsgrad (SoKo) in Bezug zu Tabelle 34

Unter der Annahme, dass die Ausprägungen der *Summe des BSS* nicht diskret, sondern stetig verteilt sind, wird der Student's t-Test angewandt. Bei der Beihilfe liegt der Mittelwert ($M \pm SD$) bei $4,20 \pm 1,43$ und bei der gesetzlichen Krankenversicherung bei $5,18 \pm 1,43$. Als Differenzmaß liegt die Mittelwertdifferenz (MD) bei 0,981 (95 %-CI [0,763; 1,199]). Es werden höchst starke Hinweise auf Unterschiede bestätigt ($t(1117) = -8,84; p < 0,001$).

Die Unterschiede sind robust (Tabelle 35). In der MARS-Studie wird durch dichotome Einteilung der modifizierte BSS scharf getrennt zwischen leichter und schwerer Beeinträchtigung (s. 2.2.3). Beihilfeberechtigte sind fast ausschließlich „leicht beeinträchtigt“, wohingegen die GKV-Patienten zu einem Fünftel „schwer beeinträchtigt“ sind. Es gibt weiterhin höchst starke Hinweise auf Unterschiede ($p < 0,001$).

Tabelle 35 modifizierter Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
BSS (Beeinträchtigungsschwere-Score)	leichte Beeinträchtigung (0-5)	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	172 95,0%	527 78,2%	699 81,8%
Summe	schwere Beeinträchtigung (≥ 7)	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	9 5,0%	147 21,8%	156 18,2%
Gesamt		Anzahl %	181 100,0%	674 100,0%	855 100,0%

$$\chi^2(1) = 27,12; p < 0,001; V = 0,18$$

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

In der **GAF I (in den letzten 7 Tagen)** liegt bei der Beihilfe der Median (MED) bei 60 und bei der gesetzlichen Krankenversicherung bei 60. Es gibt starke Hinweise auf Unterschiede ($p = 0,017$; Tabelle 36).

In der **GAF II (maximale GAF (über mindestens eine Woche), während des letzten Jahres vor Behandlungsbeginn)** liegt bei der Beihilfe der Median (MED) bei 60 und bei der gesetzlichen Krankenversicherung bei 60. Es gibt sehr starke Hinweise auf Unterschiede ($p = 0,001$; Abbildung 12).

Tabelle 36: Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

			Stichprobe		p-Wert	Mann-Whitney-U-Teststatistik
			Beihilfe	Kontrollgruppe		
GAF (Global Assessment of Functioning Scale)	in den letzten 7 Tagen	MED ± IQA	60 ± 10	60 ± 10	0,017	83567,0
	der maximale GAF (über mind. eine Woche), während des letzten Jahres vor Behandlungsbeginn	MED ± IQA	60 ± 10	60 ± 20		
Gesamt	n		203	916		
	%		100,0%	100,0%		

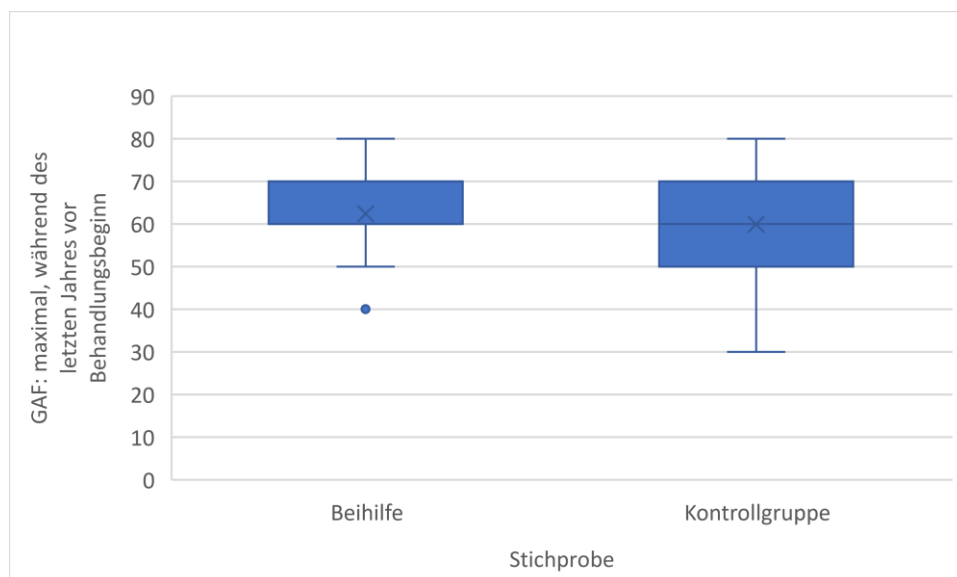


Abbildung 12: GAF II (maximale GAF (über mind. eine Woche), während des letzten Jahres vor Behandlungsbeginn) in Bezug zu Tabelle 36

3.4 Biographische Daten des Patienten

Die biographischen Daten des Patienten, genauer der „Risiko-Index (0-685)“ nach Dührssen and Lieberz (1999), werden zwischen beiden Gruppen verglichen. Der „Risiko-Index (0-685)“ umfasst die Merkmalsausprägungen Verlust eines Elternteiles (160 P), Erkrankung eines Elternteiles (130 P), Heimaufenthalt/ Internat (80 P) und Stief-/ Halbgeschwister (25 P).

Risiko-Index (0-685 P)

Der minimal mögliche Wert beträgt 0 und der maximal mögliche Index beträgt 685. Es gab in den Berichten des Therapeuten 1-8 fehlende Items bei 29,1 % der Beihilfeberechtigten und 33,0 % der GKV, sodass der „Risiko-Index (0-685)“ bei etwa 70 % der Patienten vollständig ermittelt werden konnte ($n = 758$; Tabelle 37; Abbildung 13).

Beim Vergleich der durchschnittlichen Risikobelastung erweisen sich die Beihilfeberechtigten gegenüber den gesetzlich Krankenversicherten als weniger belastet. Sowohl für den „Risiko-Index (0-685)“ als auch für die „Risikosumme (0-8)“ ergeben sich $p < 0,001$.

Tabelle 37: Familiengese: „Risiko-Index (0-685)“

Familiengese: Risiko-Index (0-685)	Beihilfe			Kontrollgruppe (GKV)			Unterschied δ
	n	M \pm SD	MED \pm IQA	n	M \pm SD	MED / IQA	MD [95%-CI]
	144	66,77 \pm 105,15	0 / 32,5	614	111,87 \pm 150,65	25 / 65	-45,10 [-71,12; -19,08]

$t(297,72) = -4,23; p < 0,001; |d| = 0,49$

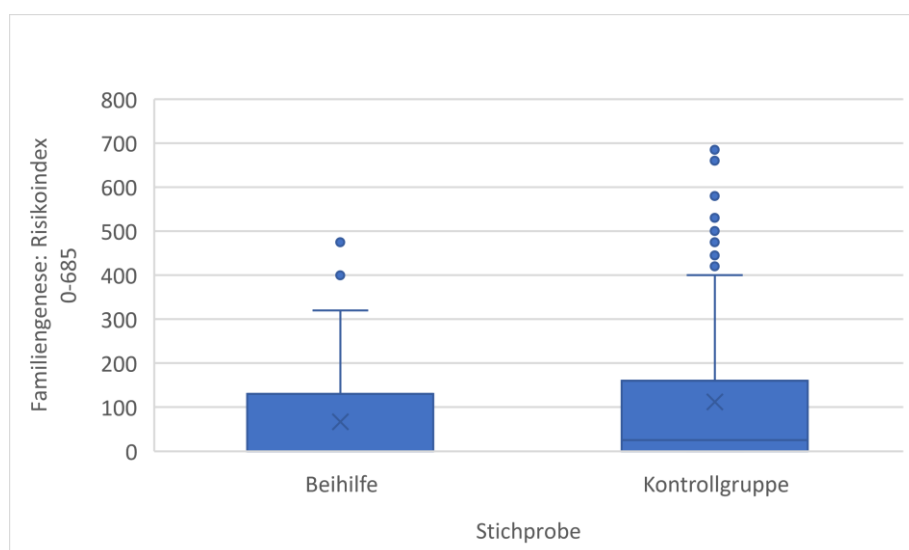


Abbildung 13: Familiengese: „Risiko-Index (0-685)“ in Bezug zu Tabelle 37

In Abbildung 14 wurde der „BSS-Summscore“ gegen die klassierte Risikoeinschätzung anhand des „Risiko-Index (0-685)“ (s. 2.2.4) aufgetragen. Mit steigender Risikoeinschätzung steigen auch die Mittelwerte des BSS-Summscores. In beiden Stichprobengruppen besteht eine Korrelation zwischen biographischen Belastungen und dem Beeinträchtigungs-Schwere-Summscore.

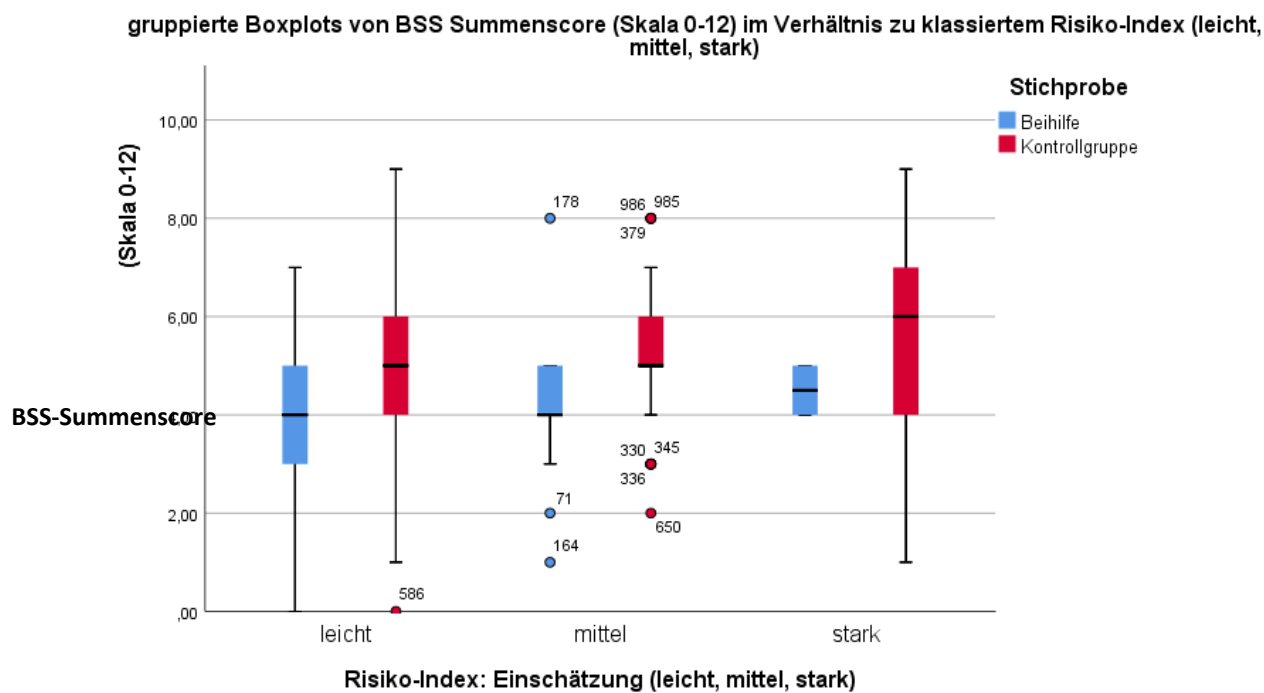


Abbildung 14: Mittelwert des „BSS Summscore“ im Verhältnis zu klassierter Risikoeinschätzung anhand des „Risiko-Index (0-685)“

Verlust eines Elternteiles (160 P)

Die meisten Patienten sind bis zum 15. Lebensjahr nicht von Ihren Eltern getrennt worden (kein Verlust des Vaters bei 67,0 % insgesamt und keine Trennung der Mutter bei 83,0 % insgesamt). Der Verlust des Vaters ist in beiden Gruppen häufiger als der Verlust der Mutter.

Patienten in der Beihilfe erleben weniger häufig einen **Verlust eines Elternteiles** (Tabelle 38; Tabelle 39; Abbildung 15; Abbildung 16). Bei Beihilfeberechtigten gibt es höchst starke bzw. starke Hinweise auf Unterschiede im Vergleich zu gesetzlich Krankenversicherten bei **Trennungen (> 6 Mon.) oder Verlust des Vaters bis zum 15. Lebensjahr** ($p < 0,001$) und bei **Trennungen (> 6 Mon.) oder Verlust der Mutter bis zum 15. Lebensjahr** ($p = 0,003$). In der Beihilfe gibt es im Vergleich zur GKV ein Drittel weniger Patienten mit Verlust des Vaters (BHF 19,7 % vs. GKV 32,9 %), und mehr als halb so viele Patienten mit Verlust der Mutter (BHF 7,4 % vs. GKV 16,3 %).

Der Verlust des Vaters konnte für 11 Patienten (5,4 %) in der Beihilfe und 17 Patienten (1,9 %) in der GKV nicht eruiert werden.

Der Verlust der Mutter konnte für 7 Patienten (3,4 %) in der Beihilfe und 19 Patienten (2,1 %) in der GKV nicht eruiert werden.

Tabelle 38: Verlust des Vaters

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Trennungen (>6Mon.) oder Verlust des Vaters bis zum 15.Lebensjahr	nein	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	152 74,9%	598 65,3%	750 67,0%
	ja	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	40 19,7%	301 32,9%	341 30,5%
	unbekannt	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	11 5,4%	17 1,9%	28 2,5%
Gesamt		Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%

$\chi^2 (2) = 20,15; p < 0,001; V = 0,13$

Tabelle 39: Verlust der Mutter

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Trennungen (>6Mon.) oder Verlust der Mutter bis zum 15.Lebensjahr	nein	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	181 89,2%	748 81,7%	929 83,0%
	ja	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	15 7,4%	149 16,3%	164 14,7%
	unbekannt	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	7 3,4%	19 2,1%	26 2,3%
Gesamt		Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%

$\chi^2 (2) = 11,41; p = 0,003; V = 0,10$

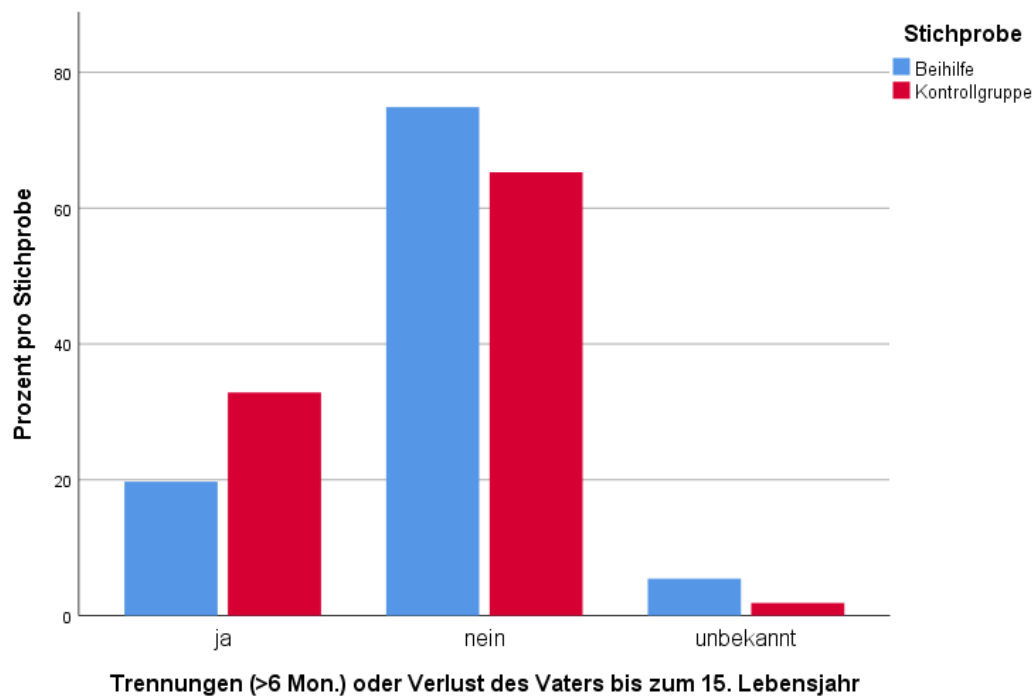


Abbildung 15: Verlust des Vaters in Bezug zu Tabelle 38

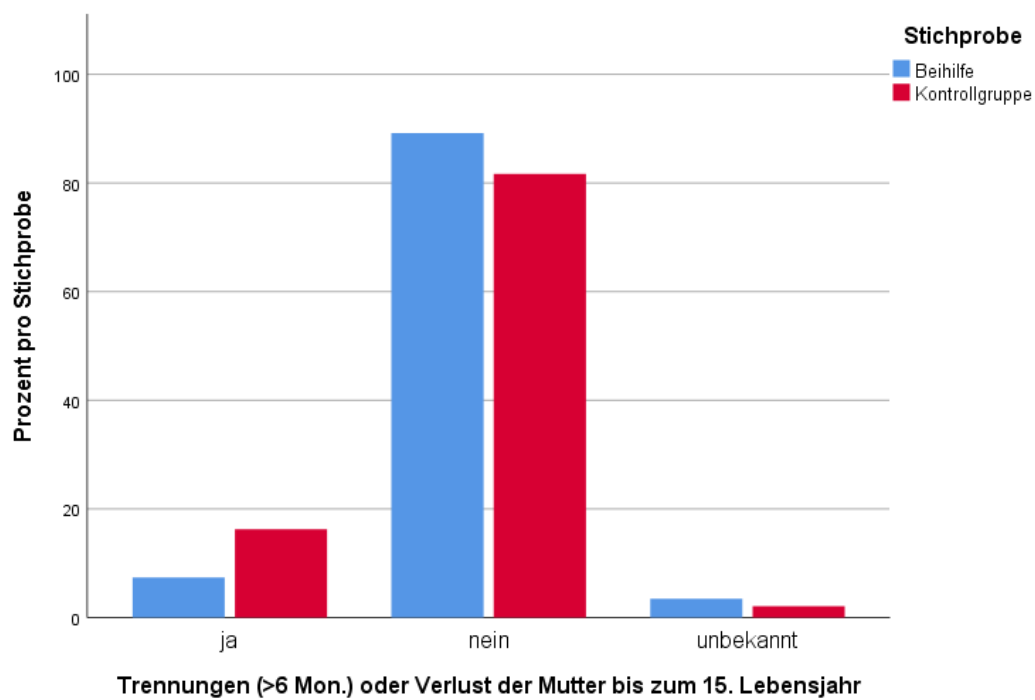


Abbildung 16: Verlust der Mutter in Bezug zu Tabelle 39

Krankheiten eines Elternteiles (seelisch und körperlich) (130 P)

Schwere seelische Erkrankung eines Elternteiles

Die Eltern der meisten Patienten sind bis zum 15. Lebensjahr des Patienten nicht seelisch erkrankt (keine seelische Erkrankung des Vaters bei 61,7 % insgesamt und keine seelische Erkrankung der Mutter bei 71,5 % insgesamt). Die seelische Erkrankung des Vaters ist in beiden Gruppen geringfügig häufiger als die seelische Erkrankung der Mutter.

Die Seelische Erkrankung des Vaters konnte für 33 Patienten (16,3 %) in der Beihilfe und 175 Patienten (19,1 %) in der GKV nicht eruiert werden.

Die Seelische Erkrankung der Mutter konnte für 30 Patienten (14,8 %) in der Beihilfe und 99 Patienten (10,8 %) in der GKV nicht eruiert werden.

Für die übrigen bekannten Merkmale gibt es bei Beihilfeberechtigten weniger häufig eine Seelische Erkrankung eines Elternteiles (Tabelle 40; Tabelle 41; Abbildung 17; Abbildung 18) Bei Beihilfeberechtigten gibt es höchst starke Hinweise auf Unterschiede im Vergleich zu gesetzlich Krankenversicherten bei **Schwere seelische Erkrankung des Vaters bis zum 15. Lebensjahr** ($p < 0,001$) und bei **Schwere seelische Erkrankung der Mutter bis zum 15. Lebensjahr** ($p < 0,001$). In der Beihilfe gibt es im Vergleich zur GKV mehr als halb so wenig Patienten mit seelischer Erkrankung des Vaters (BHF 10,8 % vs. GKV 21,7 %) und mit seelischer Erkrankung der Mutter (BHF 8,4 % vs. GKV 18,9 %).

Tabelle 40: Schwere seelische Erkrankung des Vaters

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Vater: Schwere seelische Erkrankung des Vaters bis zum 15. Lebensjahr	nein	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	148 72,9%	542 59,2%	690 61,7%
	ja	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	22 10,8%	199 21,7%	221 19,7%
	unbekannt	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	33 16,3%	175 19,1%	208 18,6%
Gesamt		Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%

$\chi^2 (2) = 15,78; p < 0,001; V = 0,12$

Tabelle 41: Schwere seelische Erkrankung der Mutter

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Mutter: Schwere seelische Erkrankungen der Mutter bis zum 15. Lebensjahr	nein	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	156 76,8%	644 70,3%	800 71,5%
	ja	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	17 8,4%	173 18,9%	190 17,0%
	unbekannt	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	30 14,8%	99 10,8%	129 11,5%
Gesamt		Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%

$\chi^2 (2) = 14,08; p = 0,001; V = 0,11$

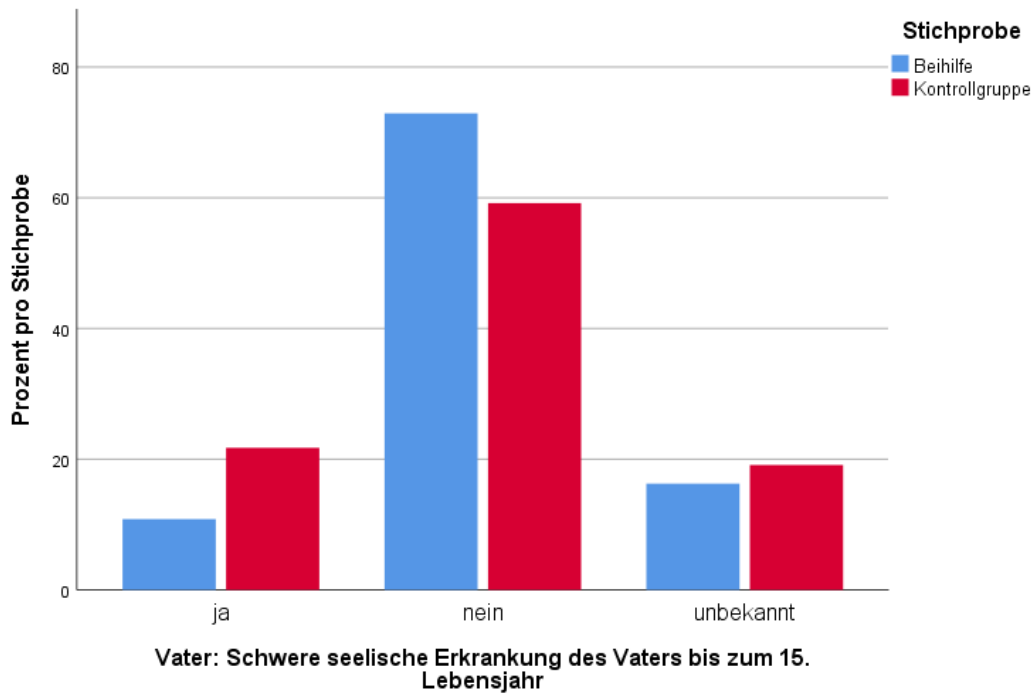


Abbildung 17: Schwere seelische Erkrankung des Vaters in Bezug zu Tabelle 40

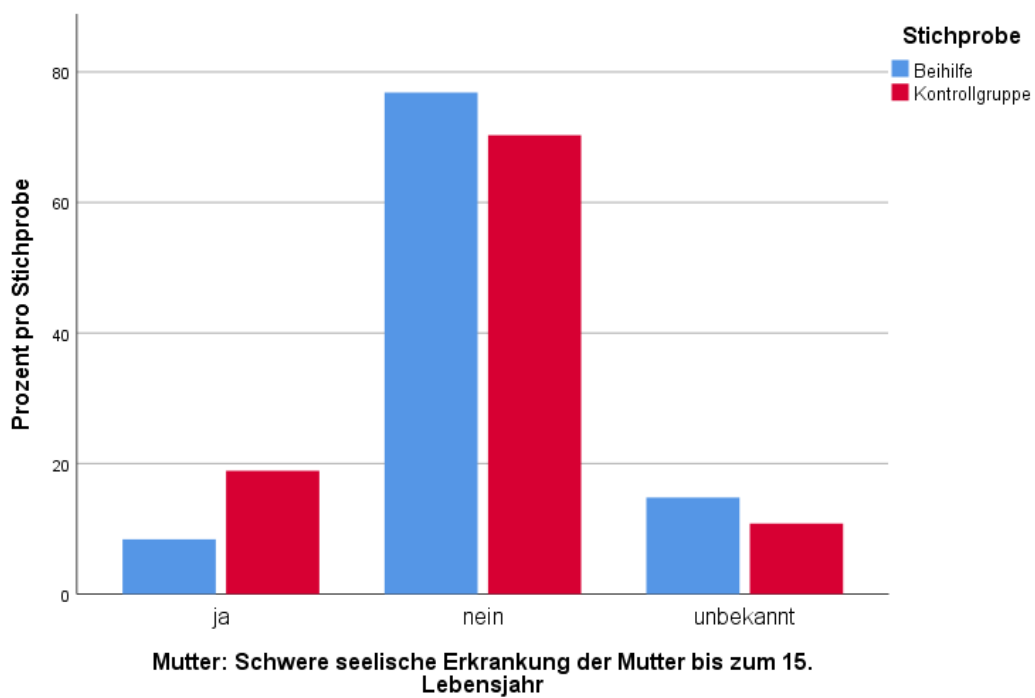


Abbildung 18: Schwere seelische Erkrankung der Mutter in Bezug zu Tabelle 41

Schwere körperliche Erkrankung eines Elternteiles

Die Eltern der meisten Patienten sind bis zum 15. Lebensjahr des Patienten nicht körperlich erkrankt (keine körperliche Erkrankung des Vaters bei 81,1 % insgesamt und keine körperliche Erkrankung der Mutter bei 90,5 % insgesamt; Tabelle 42; Tabelle 43; Abbildung 19). Die körperliche Erkrankung des Vaters ist in beiden Gruppen geringfügig häufiger als die körperliche Erkrankung der Mutter.

Die Körperliche Erkrankung des Vaters konnte für 149 Patienten (13,3 % insgesamt) in beiden Gruppen nicht eruiert werden.

Die Körperliche Erkrankung der Mutter konnte für 51 Patienten (4,6 % insgesamt) in beiden Gruppen nicht eruiert werden.

Die p-Werte geben keine Hinweise auf Unterschiede zwischen Beihilfe und GKV an:

***Schwere körperliche Erkrankung des Vaters bis zum 15. Lebensjahr* (p = 0,707) und *Schwere körperliche Erkrankung der Mutter bis zum 15. Lebensjahr* (p = 0,477).**

Im Vergleich mit den „schweren seelischen Erkrankungen eines Elternteiles¹¹“ (Tabelle 40; Tabelle 41; Abbildung 16; Abbildung 17) wird deutlich, dass die Eltern der Beihilfeberechtigten ungefähr doppelt so häufig seelisch krank sind (V 10,8 % und M 8,4 %) als körperlich krank (V 6,4 % und M 3,9 %), und dass die Eltern der gesetzlich Krankenversicherten ungefähr viermal so häufig seelisch krank sind (V 21,7 % und M 18,9 %) als körperlich krank (V 5,5 % und M 5,1 %).

¹¹ Abkürzungen auf dieser Seite: V \triangleq Vater; M \triangleq Mutter

Tabelle 42: Schwere körperliche Erkrankung des Vaters

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Vater: Chronische Krankheiten oder Behinderungen des Vaters bis zum 15.Lebensjahr	nein	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	166 81,8%	741 80,9%	907 81,1%
	ja	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	13 6,4%	50 5,5%	63 5,6%
	unbekannt	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	24 11,8%	125 13,6%	149 13,3%
Gesamt	Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%	

$$\chi^2 (2) = 0,70; p = 0,707; V = 0,02$$

Tabelle 43: Schwere körperliche Erkrankung der Mutter

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Mutter: Chronische Krankheiten oder Behinderung der Mutter bis zum 15.Lebensjahr	nein	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	183 90,1%	830 90,6%	1013 90,5%
	ja	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	8 3,9%	47 5,1%	55 4,9%
	unbekannt	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	12 5,9%	39 4,3%	51 4,6%
Gesamt	Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%	

$$\chi^2 (2) = 1,48; p = 0,477; V = 0,04$$

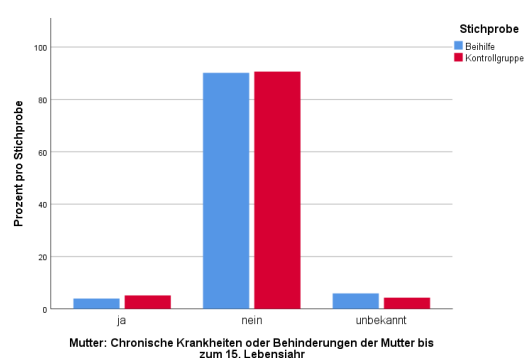
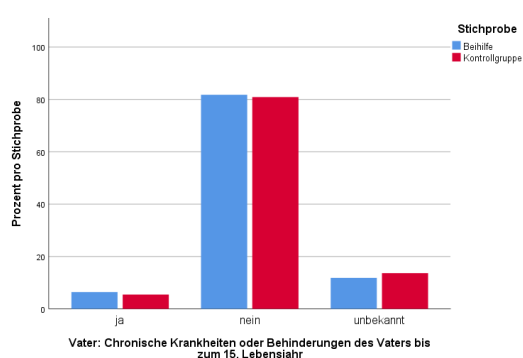


Abbildung 19: Schwere körperliche Erkrankung: Vater vs. Mutter in Bezug zu Tabelle 42 und Tabelle 43

Heimaufenthalt/ Internat (80P)

Patienten in beiden Gruppen hatten selten einen **Heim- oder Internatsaufenthalt** in der Kindheit und Jugend (kein Heimaufenthalt/ Internat: BHF 93,1 % vs. GKV 91,7 %). In der Beihilfe gibt es fast halb so wenige Patienten mit Heimaufenthalt/ Internat (BHF 3,9 % vs. GKV 7,4 %). Hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung ergibt der p-Wert starke Hinweise auf einen Unterschied ($\chi^2 (2) = 8,76$; $p = 0,013$; $V = 0,09$). Diese Merkmalsausprägung liegt bei 14 Patienten (1,3 % insgesamt) nicht vor (BHF 3,0 % vs. GKV 0,9 %).

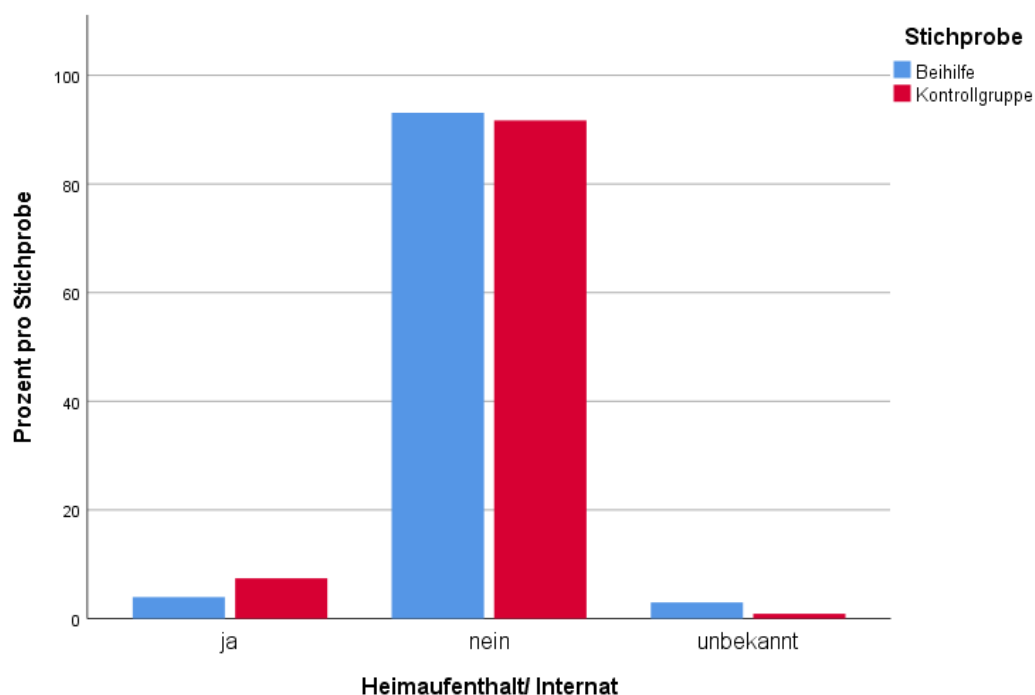


Abbildung 20: Heimaufenthalt/ Internat

Stief-/ Halbgeschwister (25 P)

Hinsichtlich der Variable **Stief-/ Halbgeschwister: Ja/ Nein** unterscheiden sich die Häufigkeiten nicht ($\chi^2 (2) = 3,17$; $p = 0,205$; $V = 0,053$). Die meisten Patienten in beiden Gruppen haben keine Stief-/ Halbgeschwister (Nein: BHF 82,8 % vs. GKV 79,9 %). In Abbildung 21 zeichnet sich eine Tendenz ab, dass es in der Beihilfe weniger häufig Stief-/ Halbgeschwister gibt als in der GKV (Ja: BHF 11,3 %/ 23 Patienten vs. GKV 15,7 %/ 144 Patienten):

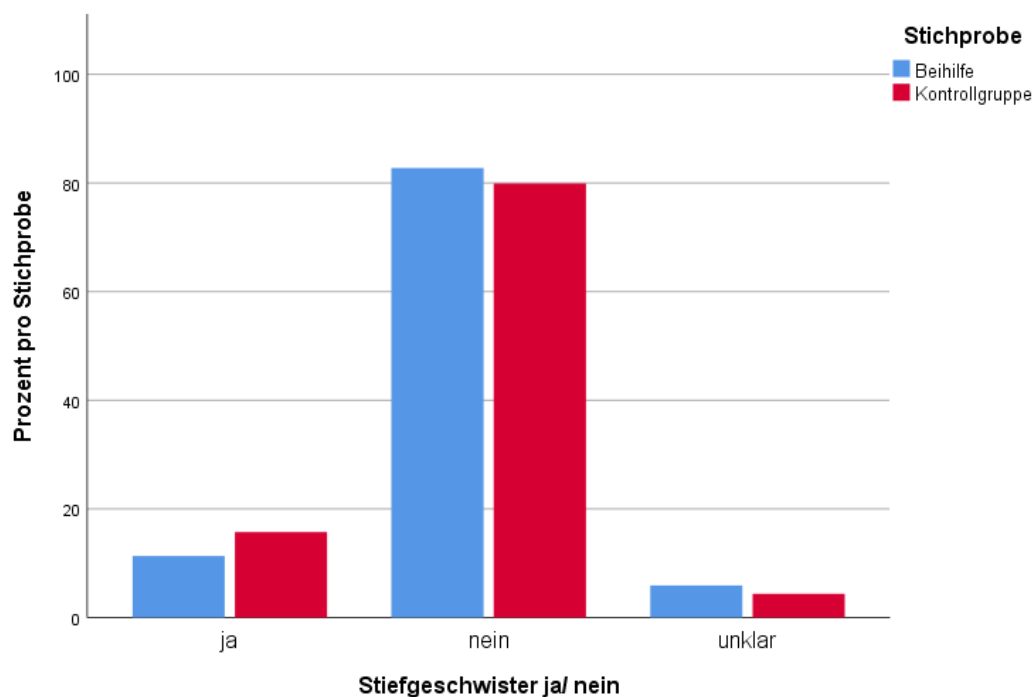


Abbildung 21: Stief-/ Halbgeschwister: Ja/ Nein

Für 12 Patienten (5,9 %) in der Beihilfe und 40 Patienten (4,4 %) in der GKV konnten keine Informationen über Stief-/ Halbgeschwister und Stief-/ Halbgeschwisteranzahlen ermittelt werden.

Der Mittelwertvergleich der **Stief-/ Halbgeschwisteranzahl** zeigt keine Hinweise auf Unterschiede ($p = 0,074$). Beihilfeberechtigte haben einen Mittelwert von 0,21 Stief-/ Halbgeschwistern vs. 0,33 Stief-/ Halbgeschwistern bei gesetzlich Krankenversicherten. Der Median liegt in beiden Gruppen bei 0 Stief-/ Halbgeschwistern.

3.5 Angaben zum Therapeuten

Das Geschlecht sowie die fachliche Qualifikation/Ausbildung der behandelnden Therapeuten wurden zwischen beiden Gruppen verglichen.

In der Häufigkeitsverteilung des **Geschlechts des Therapeuten** der beiden Gruppen gibt es keinen p-Wert mit $p < 0,05$ (Tabelle 44). Die Therapeuten der Beihilfeberechtigten sind zu 59,1 % weiblich, in der GKV sind es 61,2 %. Eine Tendenz zu mehr männlichen Therapeuten in der Beihilfe zeichnet sich in Abbildung 22 ab (BHF 40,4 % vs. GKV 37,4 %).

Tabelle 44: Geschlecht des Therapeuten

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Therapeut: Geschlecht	männlich	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	82 40,4%	343 37,4%	425 38,0%
	weiblich	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	120 59,1%	561 61,2%	681 60,9%
	unklar	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	1 0,5%	12 1,3%	13 1,2%
Gesamt		Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%

$\chi^2 (2) = 1,46; p = 0,482; V = 0,04$

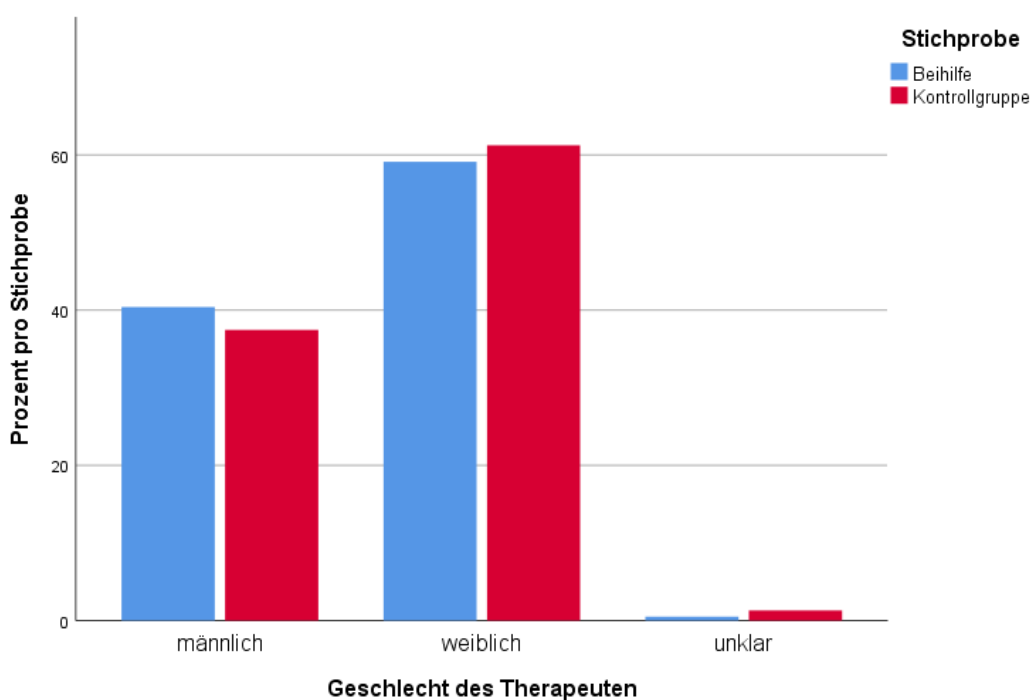


Abbildung 22: Geschlecht des Therapeuten in Bezug zu Tabelle 44

Hinsichtlich des **Therapeutenberufes: Arzt/ Psychologe** ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Häufigkeiten der einzelnen Merkmalsausprägungen dieser ungepaarten Stichproben so stark abweichen oder noch extremer, wenn sich die Berufsqualifikationen der Therapeuten tatsächlich nicht unterscheiden, kleiner als das zweiseitige p-Wert-Niveau von 5 % ($p < 0,001$). Es gibt einen höchst starken Hinweis auf einen Unterschied mit kleinem Effekt zwischen BHF und GKV ($p < 0,001$; Tabelle 45; Abbildung 23). Die Therapeuten der Beihilfeberechtigten sind eher „Arzt“ (BHF 68,8 % vs. GKV 51,0 %) und weniger häufig „Psychologe“ als in der GKV (BHF 30,7 % vs. GKV 48,3 %). Für einen Therapeuten eines Beihilfeberechtigten konnte keine Berufsbezeichnung ermittelt werden.

Tabelle 45: Therapeutenberuf: Arzt/ Psychologe

		Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben	
		Beihilfe	Kontrollgruppe		
Therapeutenberuf: Arzt Arzt/Psychologe	Anzahl	139	467	606	
	% innerhalb von Stichprobe	68,8%	51,0%	54,2%	
	Psychologe	Anzahl	62	442	504
	% innerhalb von Stichprobe	30,7%	48,3%	45,1%	
Arzt und Psychologe	Anzahl	0	7	7	
% innerhalb von Stichprobe	0,0%	0,8%	0,6%		
Anderes (KJP etc.)	Anzahl	1	0	1	
% innerhalb von Stichprobe	0,5%	0,0%	0,1%		
Gesamt	Anzahl	202	916	1118	
%		100,0%	100,0%	100,0%	

$\chi^2 = 25,84; p < 0,001; V = 0,16$

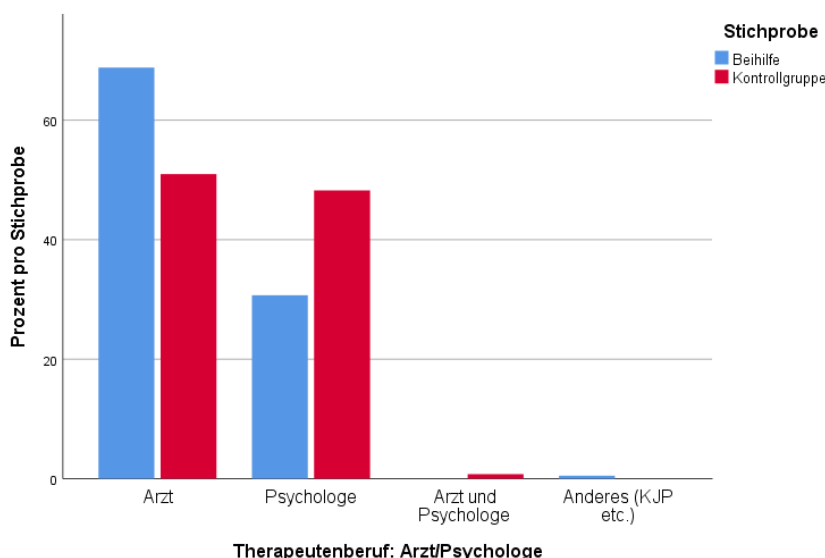


Abbildung 23: Arzt/ Psychologe in Bezug zu Tabelle 45

3.6 Angaben zum Therapieantrag

Zuletzt werden die Angaben zum Therapieantrag zwischen gesetzlich Krankenversicherten und Beihilfeberechtigten verglichen.

Die Häufigkeitsverteilung von der **Art des Antrags** der beiden Gruppen zeigt einen höchst starken Hinweis auf Unterschied mit mittlerem Effekt ($p < 0,001$; $\phi = 0,47$; Tabelle 46).

In der Beihilfe sind mit 99,5 % fast ausschließlich Erstanträge. Hingegen teilen sich die Antragsarten in der GKV auf zwischen 60,8 % Umwandlungsanträgen und 39,2 % Erstanträgen.

Tabelle 46: Art des Antrags

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Art des Antrags	Erstantrag	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	202 99,5%	359 39,2%	561 50,1%
	Umwandlungsantrag	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	1 0,5%	557 60,8%	558 49,9%
Gesamt		Anzahl %	203 100,0%	916 100,0%	1119 100,0%

$$\chi^2 (1) = 241,81; p < 0,001; \phi = 0,47$$

Die Untersuchung der Variable **Beantragte Therapie: Tfp/ AP** ergab einen p-Wert = 0,003 (Tabelle 47; Abbildung 23). Es gibt einen sehr starken Hinweis auf einen Unterschied ohne statistischen Effekt ($\phi = 0,09$).

Sowohl bei Beihilfeberechtigten als auch bei GKV-Patienten wird eher „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ (BHF 86,7 % vs. GKV 77,4 %) beantragt. Es befinden sich weniger Beihilfeberechtigte als gesetzlich Krankenversicherte in einer „analytischen Psychotherapie“ (BHF 13,3 % vs. GKV 22,6 %).

Für zwei Patienten in der GKV konnten keine Merkmalsausprägungen ermittelt werden.

Tabelle 47: Beantragte Therapie: Tfp/ AP

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Beantragte Therapie: TFP/AP	tiefenpsychologisch	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	176 86,7%	707 77,4%	883 79,1%
	analytisch	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	27 13,3%	207 22,6%	234 20,9%
Gesamt		Anzahl %	203 100,0%	914 100,0%	1117 100,0%

$\chi^2 (1) = 8,76; p = 0,003; \phi = 0,09$

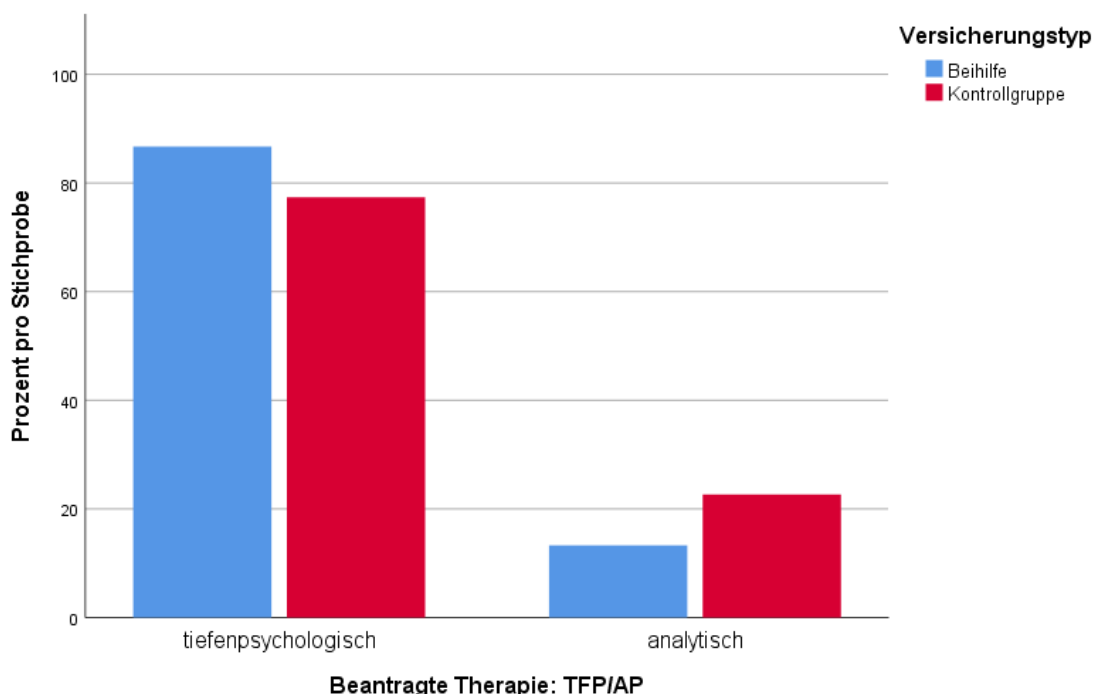


Abbildung 24: Beantrage Therapie: Tfp/ AP in Bezug zu Tabelle 47

Bei der Variable **Beantragte Therapie: Einzel/ Gruppe** ergeben sich höchst starke Hinweise auf Unterschiede (Tabelle 48).

Tabelle 48: Beantragte Therapie: Einzel/ Gruppe

			Stichprobe		Gesamt innerhalb beider Stichproben
			Beihilfe	Kontrollgruppe	
Beantragte Therapie: Einzel/Gruppe	Einzel	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	200 98,5%	761 83,3%	961 86,0%
	Gruppe	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	3 1,5%	148 16,2%	151 13,5%
	Einzel und Gruppe	Anzahl % innerhalb von Stichprobe	0 0,0%	5 0,5%	5 0,4%
Gesamt		Anzahl %	203 100,0%	914 100,0%	1117 100,0%

$$\chi^2 = 43,08; p < 0,001; V = 0,17$$

In der Beihilfe finden fast ausschließlich Einzeltherapien statt (BHF 98,5 % vs. GKV 83,3 %). Beihilfeberechtigte sind seltener in Gruppentherapie als GKV (BHF 1,5 % vs. GKV 16,7 %).

Für zwei Patienten in der GKV konnten keine Merkmalsausprägungen ermittelt werden.

3.7 Zusammenfassung der Ergebnisse

Zielsetzung war die Charakterisierung der Eigenschaften und der Versorgung von beihilfeberechtigten Patienten in der ambulanten psychodynamischen Behandlung.

Beihilfeberechtigte Patienten unterscheiden sich von gesetzlich krankenversicherten Patienten. Beihilfeberechtigte sind älter, höher gebildet, sozial eingebundener, biographisch weniger vorbelastet, ohne die Erfahrung einer Vorbehandlung. Sie werden meist von ärztlichen Psychotherapeuten im Einzelsetting in tiefenpsychologisch fundierter Langzeit-Psychotherapie behandelt.

Es gibt starke Hinweise darauf, dass die klinische Symptomatik, die Suizidalität sowie die Krankheitsschwere (gemessen mittels BSS und GAF) in der Beihilfe niedriger ausgeprägt sind.

4 Diskussion

4.1 Einleitung

Zum Zeitpunkt der Antragstellung auf ambulante psychodynamische Psychotherapie sind beihilferechtigte Patienten seelisch gesünder als gesetzlich Krankenversicherte. Folgend wird auf die Auswirkungen der Rahmenbedingungen (Versorgungszweig) auf die Psychotherapie (PT) eingegangen.

4.2 Diskussion der angewandten Methoden

4.2.1 Studiendesign

Das **Querschnittsdesign** hat zwei Vorteile. Erstens ist das Design effizient bei häufigen Erkrankungen bzw. Merkmalsausprägungen (z. B. psychisches Befinden bzw. die folgend interpretierten, häufigen Merkmalsausprägungen). Zweitens ist die Untersuchung multipler Erkrankungen und multipler Expositionen nach einer einzigen Datenerhebung möglich, was durch zahlreiche Tests in dieser Arbeit genutzt wurde.

Das **naturalistische Design** ist das bestmögliche, um die Versorgungsrealität abzubilden. Um die Realität zu erfassen, stammen die erhobenen Daten ausschließlich aus Therapieanträgen aus der Praxis. Man erhält so wirklichkeitsgetreue Ergebnisse, wie Therapeut und Patient in der realen, ambulanten PT kommunizieren, welche Themen besprochen werden und welche Behandlungen durchgeführt werden.

Ein Nachteil dieser Datenerhebung ist die fragliche Validität, da die Kontrolle der Daten eingeschränkt ist. Diese Untersuchung verlässt sich allein auf die Aussagen der Therapeuten. Die Stellungnahme des Gutachters (bis auf BSS) wird in der MARS-Studie nicht berücksichtigt, da die externe Validität nicht durch einen Zweitgutachter bestätigt werden kann.

Der ausschlaggebende Vorteil dieses naturalistischen Designs ist, dass die Therapie durch diese Forschungsarbeit nicht beeinflusst wurde. Eine Möglichkeit, die Aussagen der Therapeuten aus den Berichten zu objektivieren, wären ergänzende Patientenselbstfragebögen gewe-

sen. Damit einhergegangen wären aber bekannte Fehler psychometrischer Tests (bspw. soziale Erwünschtheit) und fehlende Doppel-Verblindung. Bei begrenzter Zeit und Geld der ambulanten Therapeuten wirft Hohage (2001) die Frage auf, ob der Ehrgeiz, objektive Daten mittels Tests zu generieren, nicht auf Kosten des persönlichen Gespräches geht und damit dem Patienten den Zugang zu seinen Problemen versperrt. Aus diesem Grund beeinflusst die MARS-Studie keine Therapien. Eine andere Möglichkeit, die auch in dieser Studie genutzt wurde, ist die Hinzuziehung weiterer Informationsquellen, wie z. B. Krankenkassenunterlagen, Arzt- und Klinikberichte, um den Informationsstand zu erweitern.

Es bleibt fraglich, wie man die ambulante Psychotherapie unter nicht-kontrollierten Realbedingungen optimal erforschen kann, möglichst ohne die Behandlung zu beeinflussen.

Erhebungszeitraum

Die hier untersuchten Daten von 2007 bis 2012 können unter Vorbehalt auf die heutige Versorgung immer noch angewendet werden, da sich seelische Belastungen und deren Verbreitung in der Erwachsenenbevölkerung seitdem wenig verändert haben (Robert Koch-Institut, 2015). Dies zeigte der Vergleich der Ergebnisse aus der GEDA (Gesundheit in Deutschland aktuell) zwischen den Jahren 2009, 2010 und 2012.

Kontroll-/ Vergleichsgruppe

Die umfassendste Untersuchung der seelischen Gesundheit von privat Krankenversicherten wurde von der Stuttgarter bzw. Heidelberger Forschungsstelle für Psychotherapie in der TRANS-OP Studie durchgeführt (Gallas et al., 2008; Gallas et al., 2010; Puschner & Kordy, 2010; Puschner et al., 2004; Puschner et al., 2007; Puschner et al., 2008). Allerdings gab es keine Vergleichsgruppe. Im Gegensatz dazu dienen in der MARS-Studie die GKV-Patienten als Vergleichsgruppe. Die GKV-Patienten sind eine gut charakterisierte Population in der RLPT und im MARS-Projekt. So kann diese Arbeit erstmals Unterschiede zwischen diesen beiden Versicherungengruppen aufzeigen.

Repräsentativität

Im Folgenden werden zwei Aspekte der Repräsentativität diskutiert. Vorweg muss eingeräumt werden, dass diese Untersuchung im Kern beabsichtigte, Anhaltspunkte für die Interpretation zu erhalten. Bei Studien unter Routinebedingungen ist die Repräsentativität nicht vorrangig, sondern über die reale Versorgungssituation Erkenntnisse zu gewinnen.

Erstens können keine validen Aussagen über die Grundgesamtheit der Beihilfe oder GKV getroffen werden, da es sich nicht um eine populationsbasierte Studie handelt, sondern es werden eher selektierte, hilfeschuchende Patientengruppen betrachtet.

Zweitens war es ebenfalls nicht Voraussetzung für diese Untersuchung, dass die betrachtete Grundgesamtheit aller Patienten in psychodynamischen Therapieverfahren in der Richtlinien-Psychotherapie repräsentiert wird. Es handelt sich um eine **nicht-repräsentative Stichprobe** aufgrund A) der Krankenkassenzuteilung der Therapieanträge an den Gutachter als auch B) durch einen Selektionsbias für vorhergehende Untersuchungen in dem MARS-Projekt und einer damit einhergehenden Schiefe-Verteilung innerhalb der GKV-Gruppe.

- A) Sowohl das hier untersuchte Beihilfe- wie auch GKV-Sample sind nicht repräsentativ, da dem Gutachter und Studienleiter (Prof. Dr. med. Lieberz) die Anträge durch die Zuordnungsprinzipien der Krankenkassen zugeteilt wurden. Es gibt keine geographische, soziodemographische oder klinisch gleichmäßige und damit repräsentative Verteilung unter den Anträgen. Daher kann die Repräsentativität angezweifelt werden. Die Krankenkassen verteilen diese Anträge nach einer eigenen Systematik (oft nach alphabetischer Sortierung).
- B) In vorhergehenden Untersuchungen in dem MARS-Projekt wurden in der GKV-Gruppe überdurchschnittlich viele Patienten in Gruppentherapie, im Obergutachterverfahren oder mit somatischen Komorbiditäten eingeschlossen, um eine genügende Power zu erzielen. Diese Subgruppen mussten in vorhergehenden Studien repräsentiert sein.

Durch diese zwei Gründe A) und B) können die Gruppen bezüglich vieler Merkmalsausprägungen verschieden verteilt sein. Falls die Verteilungen aufgrund A) und B) in beiden Gruppen unterschiedlich sein sollten, weil bspw. im Obergutachterverfahren und damit auch in der GKV-Gruppe besonders schwere Psychopathologien überrepräsentiert sind (Lieberz & Seiffge, 2011), wäre die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen miteinander eingeschränkt.

Schließlich ist die mangelnde Repräsentativität als Bias bei der Betrachtung und Interpretation dieser Studienergebnisse zu beachten. Allerdings ist ein anderes Studiendesign nicht möglich gewesen, da A) die Krankenkassenzuteilung ein systemimmanentes Problem und B) der Selektionsbias des MARS-Projektes ein studienimmanentes Problem darstellt. Die bestmöglichen Daten werden interpretiert.

4.2.2 Messmethodik

Die MARS-Studie orientiert sich an *Patienten- und Therapeutenvariablen* (s. 1.1.4, S. 6), da sie aus diesen objektiven Merkmalen Schlussfolgerungen ziehen möchte. Die MARS-Untersuchung vermutet dahinter aussagekräftige Prognosemarker und *outcome measures* für die Behandlungsplanung (z. B. im Rahmen des GAV).

Es ist derzeit in Metaanalysen unklar, welches ideale *outcome measures* sind (Kendrick et al., 2016). Nach den Ergebnissen der TRANS-OP-Studie (Puschner et al., 2008) sollten eher Patienten- und Therapeutenvariablen als Messinstrument für die Prognose (*outcome measures*) verwendet werden z. B. anstelle von der therapeutischen Beziehung, zu der aktuell viel geforscht wird. Diese Patienten- und Therapeutenvariablen können durch den Bericht des Therapeuten gut erfasst werden. Trotzdem wird diskutiert, in den probatorischen Sitzungen im Rahmen der RLPT psychometrische Tests von den Patienten ausfüllen zu lassen (Wittmann et al., 2011), da Beschwerden teilweise vom Untersucher nicht erfragt oder in der Ausprägung unterschätzt werden (Kunz, 2004). Hingegen zweifeln Kendrick et al. (2016) an dem Nutzen dieser Patientenselbstangaben. Bis auf weitere Evidenz verlässt sich die MARS-Studie auf die Aussagekraft der Patienten- und Therapeutenvariablen.

Womit Therapieindikation, Beeinträchtigungs-Schwere und Prognose am realistischsten gemessen werden können, bleibt Gegenstand weiterer Forschung.

Messinstrumente für seelische Gesundheit

Zur Ermittlung der psychischen Krankheitsschwere reichen die ein bis fünf ICD-Diagnosen nach dem dimensional Verständnis von Psyche im Sinne eines Kontinuums (mehr oder weniger; s. 1.1.1) nicht aus, um die Krankheitsschwere eindeutig abzubilden.

Stattdessen müssen daher BSS und GAF zusammen benutzt werden, um das vollständige Spektrum psychischer Störungen zu beschreiben (Heuft & Lange, 2002; Uhlenbrock et al., 2017). Die GAF-Skala beurteilt spezifischer die Struktur und bei relativ gut integrierter Ich-Struktur kann der BSS die Beeinträchtigung besser erfassen (Heuft, 2002). Aber bei körperlicher Beeinträchtigung oder schwerer Erkrankung können GAF-Skala und BSS keine validen Einschätzungen erlauben (Heuft & Lange, 2002). In der MARS-Studie lagen psychische bzw. psychosomatische Symptome bei 92,2 % bzw. 78,5 % vor, hingegen eine körperliche Symptomatik (als Komorbidität) bei 35 % der Antragsteller. In der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung befinden sich also vorwiegend psychisch und psychosomatisch beeinträchtigte Patienten. Daher ist davon auszugehen, dass diese Experten-Ratingtools zur Einschätzung der individuellen Beeinträchtigung in der ambulante PT valide genutzt werden können.

4.2.3 Statistik

Stichprobengröße n

Die Stichprobengröße $n = 1119$ ist groß genug, um statistisch valide Aussagen treffen zu können. Denn bei niedrigen n könnte man keinen validen χ^2 -Test für Unabhängigkeit machen, da man mit zu niedrigen n , die Nullhypothesen nicht verwerfen kann. Aber trotzdem könnte die Nullhypothese in Wirklichkeit falsch sein.

Darüber hinaus gibt die große Stichprobengröße n bei t-Tests eine gute Trennschärfe. Die große Fallzahl n führt dazu, dass die Konfidenzintervalle kleiner werden (weil die Standardabweichung sehr klein wird) und sich die Konfidenzintervalle weniger überschneiden.

Multiples Testproblem

Aufgrund der vielen deskriptiven, statistischen Tests gibt es ein multiples Testproblem. Alle p -Werte sind deskriptiver Natur. Das multiple Testproblem führt zu einem großen kumulierten α -Fehler. Da man nicht sicher aussagen kann, dass man nicht fälschlicherweise eine Nullhypothese ablehnt, kann man das Wort signifikant nicht immer ($\hat{=}$ also nie) benutzen. Man sieht dennoch bei der Interpretation eine Tendenz ($\hat{=}$ Hinweise auf Unterschiede).

Die Wahrscheinlichkeit, dass mindestens eine Nullhypothese fälschlicherweise abgelehnt wird, ist nicht mehr durch das Signifikanzniveau α kontrolliert, sondern kann sehr groß werden. Daher wurde sich für eine deskriptive Auswertung der Statistik entschieden, um möglichst viele Informationen aus dem Datensatz abzuleiten. Falls ein korrigiertes Signifikanzniveau mit Hilfe von einer α -Korrektur ermittelt worden wäre, hätten fast alle Hypothesen als nicht signifikant verworfen werden müssen (da sie über dem korrigierten α -Fehler gelegen hätten, obwohl unter dem 5 %-igen Signifikanzniveau). Daher wurde mit $\alpha = 5\%$ ein p-Wert-Niveau verwendet, das einen starken Hinweis auf Unterschied zwischen den Gruppen signalisiert.

Testverfahren

Den üblichen Konventionen folgend wurde bevorzugt der χ^2 -Test für Unabhängigkeit bei nominalskalierten Variablen, der Mann-Whitney-U-Test bei ordinalskalierten Variablen und ein t-Test bei intervallskalierten Variablen angewandt. Auf zwei Besonderheiten wird im Folgenden eingegangen.

Erstens wurde der Exakte χ^2 -Test nach Fischer in einigen Ausnahmen benutzt (Abbildung M 3). Dieser Test ist sehr konservativ. Da er die Nullhypothese oft nicht ablehnt, benutzt man ihn eher selten. Wenn er aber signifikant ist, dann ist es ein deutliches Ergebnis.

Zweitens wurde ein bestimmter t-Test (der sog. Welch-Test) statt des Student's t-test konsequent angewandt wegen folgender Überlegungen. Aufgrund der in A) und B) (s. 4.2.1 *Repräsentativität*) bezweifelte Repräsentativität konnte nicht sicher davon ausgegangen werden, dass die Streuung in beiden Gruppen identisch ist. Es konnte nicht sicher auf Varianzhomogenität geschlossen werden. Demgemäß wurde bei intervallskalierten Variablen der allgemeine t-Test für heterogene Varianzen (auch Welch-Test genannt) durchgeführt (Welch, 1947). Nach Kubinger et al. (2009) gilt der Welch-Test generell auch als robuster als der Student's t-test, wenn man nicht sicher auf Varianzhomogenität schließen kann.

4.3 Limitationen der Untersuchung

Der bereits bestehende Datensatz des MARS-Projektes wurde in den Jahren 2007-2012 erhoben (2.1.1). Die erhobenen Daten wurden von mehreren unabhängigen Personen eingegeben und kontrolliert (Prof. Dr. med. Klaus Lieberz im persönlichen Gespräch November 2019). Im Rahmen dieser Dissertation können dadurch möglicherweise entstehende Fehler nicht ausgeschlossen werden.

Die in dieser Arbeit vorgestellten Daten basieren auf den Therapeutenberichten innerhalb des GAV. Die **Validität** kann ohne psychometrische Tests oder Patientenselbstangaben nicht gesichert werden.

Da die Krankenkassen die Therapieanträge nach einer eigenen Systematik verteilen, gibt es keine geographische, soziodemographische oder klinisch gleichmäßige und damit repräsentative Verteilung unter den Anträgen. Daher kann die **Repräsentativität** (s. 4.2.1) nicht unbedingt garantiert werden (Lieberz et al., 2010).

Es ist möglich, dass einige Unterschiede nicht gezeigt werden können als Folge von insuffizienter statistischer Power. Dies ist eine methodische Einschränkung bei der Analyse von **archivierten Daten**.

Ein Nachteil von **Querschnittsstudien** kann sein, dass nur punktuell Prävalenzverhältnisse gemessen werden. Schließlich hat der Zeitpunkt der Untersuchung großen Einfluss auf die Untersuchungsergebnisse: In der epidemiologischen Literatur (Brenner & Blettner, 1996; Meinert et al., 1994) wird diskutiert, dass in mehreren Querschnittsstudien zu verschiedenen Zeitpunkten vollkommen unterschiedliche Tendenzen gefunden werden. Erstens sind manche Effekte eventuell zufällig zum Zeitpunkt der Datenerhebung vorhanden, obwohl es diese Effekte eigentlich nicht gibt oder sie vollkommen gegenteilig sind. Zweitens werden Latenzzei-

ten nicht berücksichtigt, da sich manche Erkrankungen oder klinische Zeichen zum Erhebungszeitpunkt noch gar nicht manifestiert haben. Vor allem psychische Erkrankungen variieren in ihrem Verlauf (Franz et al., 2000).

In dieser Arbeit wurde der **Zeitpunkt** während der probatorischen Sitzungen vor Beginn der Langzeitbehandlung gewählt, zum einen aus logistischen Gründen, zum anderen um ein möglichst unselektiertes, unvorbehandeltes Patientenkollektiv zu vergleichen.

Ob dieser Zeitpunkt, der aussagekräftigste Moment ist, um die seelische Gesundheit der Patienten abzuschätzen (ohne Erhebungen des bisherigen Verlaufs oder einer Katamnese), bleibt offen. Allerdings liegen zu dem in der MARS-Studie ausgewählten Untersuchungszeitpunkt unter naturalistischen Bedingungen durch das GAV bereits gebündelte Informationen vor (logistischer Vorteil für die Studiendurchführung). In Zukunft könnten Untersuchungen zu anderen Zeitpunkten die hier erlangten Ergebnisse verifizieren.

Mit einer explorativen Datenanalyse ist die **Kausalität** nicht beweisbar. Die Studie fand zu einem einzelnen Messzeitpunkt statt. Korrelationen zwischen Beihilfe und seelischer Gesundheit werden gezeigt. Aber es ist schwierig herauszufinden, ob Beihilfe oder seelische Gesundheit sich gegenseitig verursachen. Bspw. entstehen positive Selektionseffekte durch die Dienstunfähigkeitsuntersuchung vor der Beamtung, wodurch in der Gruppe der Beihilfeberechtigten weniger psychisch Erkrankte/ Gefährdete vertreten sind.

4.4 Interpretation der Ergebnisse

Die Ergebnisse (s. 3.7 Zusammenfassung der Ergebnisse) aus der naturalistischen Beobachtung deuten darauf hin, dass Beihilfeberechtigte, die eine Behandlung nach der BBhV beantragen, seelisch gesünder sind. Zusätzlich werden Beihilfeberechtigte anders versorgt.

Confounder

Unterschiedliche Ergebnisse zwischen den Versorgungszweigen bedeuten isoliert noch nicht, dass es tatsächliche Unterschiede zwischen Beihilfe- und GKV-Patienten gibt. Zwei Confounder können dazu geführt haben, dass die seelische Belastung der BHF-Patienten unterschätzt wird.

Der erste Confounder ist, dass der Graubereich der Unbehandelten in der Beihilfe vermutlich höher ist. Psychisch beeinträchtigte Beihilfeberechtigte können Stigmatisierung und berufliche Repressalien befürchten. Die Anonymität ist durch die Rahmenbedingungen nicht gewährleistet. Denn Beihilfezuständige in oder nah der eigenen Dienststelle des Patienten sind für die Bearbeitung der Therapieanträge zuständig. Folglich könnten Beihilfeberechtigte mit manifester klinischer Beeinträchtigung aus Angst vor Diskriminierungen die Suche nach psychotherapeutischer Hilfestellung vermeiden oder zumindest verzögern.

Der zweite Confounder ist, dass das Krankheitsbild einschließlich der zugeteilten Diagnosen in den Therapieanträgen der Beihilfe abgeschwächt wird, weil diese sensiblen Informationen auch an die Beihilfezuständigen gelangen. Da die wahre Diagnose gravierende Folgen haben kann (z. B. Zwangspensionierung), vergibt der Therapeut „weichere, schwächere“ Diagnosen, damit der Patient überhaupt eine Therapie in Anspruch nimmt. Dies veranschaulicht die häufigste ICD-10-Diagnose unter Beihilfeberechtigten: „F43.2 Anpassungsstörung“.

Missing data

Bei den meisten Variablen fehlen weniger als 10 % der Daten. Einzelne Variablen sind für psychodynamische Psychotherapie weniger relevant. Diese Variablen mit auffällig vielen unklärbaren Daten in beiden Gruppen werden folgend aufgelistet:

Begleitende Psychopharmakotherapie (aktuell) (42,5 % insgesamt), vollständiger ***„Risiko-Index (0-685)“*** (32,3 % insgesamt), ***ICD-10-Hauptdiagnosen des Therapeuten*** (21,5 % insgesamt), ***Art der Vorbehandlung: ambulant psychiatrisch*** (18,4 % insgesamt).

4.4.1 Soziodemographische Basisdaten des Patienten

Gemeinsame soziodemographische Merkmale beider Stichproben (Beihilfe und gesetzliche Krankenversicherung) und Vergleich zur Gesamtbevölkerung

Im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung in Deutschland Stand 2010 bzw. 2011 ergeben sich relevante Unterschiede zu den Stichproben dieser Arbeit, die es bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen gilt.

Die Stichprobengruppen dieser Arbeit (Patienten in Beihilfe und GKV) sind weiblicher, älter, deutscher, städtischer, gebildeter und eher verheiratet oder in Partnerschaft lebend als die Gesamtbevölkerung in Deutschland 2010 (s. u. Statistisches Bundesamt (Destatis), 2010, 2011, 2014, 2017).

Um bereits in der Gesamtpopulation existierende Gruppenunterschiede zwischen den beiden Versorgungszweigen zu identifizieren, werden die geläufigsten soziodemographischen Basismerkmale (Geschlecht, Alter) für die Gesamtpopulation der Beihilfeberechtigten und der GKV getrennt betrachtet:

Die beiden Gruppen ähneln der Gesamtbevölkerung, haben nichtsdestotrotz minimale Geschlechterungleichgewichte in entgegengesetzte Richtungen und besitzen minimal unterschiedliche Altersstrukturen.

Personen wurden 2011 befragt zu Alter und Geschlecht sowie Art des Versicherungsverhältnisses: In einer Stichprobe, dem repräsentativen Mikrozensus 2011 (Statistisches Bundesamt, 2011, S. 23-27), sind in der GKV 69.295 Personen insgesamt (36.523 Frauen vs. 32.772 Männer; Modalwert 45 - 49 Jahre) versichert und mit „sonstigem Anspruch auf Krankenversicherung“ (darunter hauptsächlich BHF) sind es 4.863 Personen insgesamt (2.270 Frauen vs. 2.594 Männer; Modalwert 55 - 59 Jahre).

Der Versorgungszweig Beihilfe charakterisiert sich trotz der Geschlechterausgeglichenheit noch durch einen leichten Männerüberschuss (nicht signifikant), die GKV hat einen leichten Frauenüberschuss. Die Altersmittelwerte ließen sich mit den zur Verfügung stehenden Alterskohorten nicht genau ermitteln. Die Modalwerte weisen dennoch darauf hin, dass die Grundgesamtheit der Beihilfeberechtigten schon allein älter ist als die gesetzlich Krankenversicherten.

Damit findet sich in beiden Grundgesamtheiten der in der MARS-Studie untersuchten Versorgungszweige (Beihilfe und GKV) eine eher schwache Repräsentation der Gesamtbevölkerung in Bezug auf den „sozialrechtlichen Status“, „Geschlecht“ und das „Alter“ (da sich in der Stichprobe der MARS-Untersuchung weiblichere und ältere Patienten befinden und mehr Patienten mit Beihilfe, als in der Gesamtbevölkerung zu erwarten wären).

Nichtsdestotrotz ähnelt die Stichprobe aber anderen Studienpopulationen von Patienten in ambulanter Psychotherapie (68 % weiblich vs. 32 % männlich bei Rüger and Leibing (1999)). Mit der Stichprobe dieser Arbeit kann u. a. anhand dieser Ähnlichkeit auf alle Patienten geschlossen werden, die eine Therapie im Gutachterverfahren beantragen.

Interpretation der Ergebnisse und Vergleich der soziodemographischen Merkmale beider Stichproben (Beihilfe und gesetzliche Krankenversicherung)

Geschlecht

Bei der Häufigkeitsverteilung der Geschlechter überwiegen in beiden untersuchten Gruppen die weiblichen Patienten. Die hier erlangten Daten zeigen, dass in der Beihilfe und GKV mehr Therapieanträge für weibliche Personen gestellt werden als für männliche. Insgesamt sind es 27,6 % männliche Patienten und insgesamt 72,4 % weibliche Patientinnen (z. Vgl. bestand die Gesamtbevölkerung in Deutschland im Jahr 2010 zu 49 % aus männlichen und zu 51 % aus weiblichen Personen (Statistisches Bundesamt, 2010b, S. 10)).

Frauen haben bei psychischen/ psychosomatischen Krankheiten eine höhere Prävalenz und Inzidenz, obwohl die Gesamtlebenszeitprävalenz für psychische Erkrankungen bei Männern und Frauen gleich hoch bei über 75 % liegt (Angst et al., 2016; Schaefer et al., 2017). Die höhere Prävalenz unter Frauen belegen neben den in dieser Arbeit erlangten Auswertungsergebnissen der MARS-Studie (s. 3.2) und damit der RLPT auch die Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen (Cía et al., 2018; Jacobi, Hofler, Siegert, et al., 2014; Kuehner, 2003; Lieberz, Franz, et al., 2011; Meyer et al., 2000; Pigott, 1999; Schepank, 1987; Schepank & Manz, 1990, S. 85): Frauen leiden häufiger unter Depressionen, Angststörungen, Somatisierung und Essstörungen, wohingegen Männer eher zu Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und anderen Drogen sowie dissozialem Verhalten neigen. Hingegen bei der Prävalenz und Inzidenz von

Psychosen gibt es eine uneinheitliche Studienlage: Früher wurde ein eher ausgeglichenes Geschlechterverhältnis berichtet (Häfner et al., 1994). Wohingegen neuere Studien eine erhöhte *risk ratio* von 1,4 für Männer beschreiben (Aleman et al., 2003; McGrath et al., 2008). Psychotische Störungen sind in der hier durchgeführten Untersuchung kaum vorhanden.

Allerdings werden kleiner werdende Geschlechtsunterschiede bei Major Depression und Substanzmissbrauch in jüngeren Kohorten in entwickelten Ländern wie Deutschland beschrieben, wie in einer weltweit durgeführten Studie, dem „Mental Health Survey“ der WHO (Seedat et al., 2009). Dies könne auf die fortschreitende Emanzipation von traditionellen Frauenrollen zurückgeführt werden (gemessen an besseren Bildungschancen für Frauen, mehr Berufstätigkeit von Frauen, Möglichkeiten zur Geburtenkontrolle und höherem Heiratsalter der Frauen). Jedoch möchten Frauen oft vielen Rollen gerecht werden. Vielfältige Rollen in Beruf, Partnerschaft und Familie können aber auch zu Rollenüberlastung mit negativem Einfluss auf die seelische Gesundheit führen (Glynn et al., 2009).

Wichtig festzuhalten ist, dass beide Geschlechter Therapieangebote unterschiedlich in Anspruch nehmen. Frauen sind eher bereit bei psychischem Leidensdruck, Hilfe aufzusuchen oder anzunehmen. Männer regeln „Probleme“ eher (mit sich) selbst (Riecher-Rössler & Bitzer, 2005).

Männer und Frauen weisen ein unterschiedliches Morbiditätsspektrum auf, unterscheiden sich aber nicht in der Gesamtbelastung von psychischen Störungen. Hinzu kommt das bereits beschriebene unterschiedliche Hilfesuchverhalten zwischen den Geschlechtern, was bei den Männern den Nachteil einer zusätzlichen Chronifizierung mit sich bringt. Zudem sind mit den heutigen psychotherapeutischen Methoden Männer therapeutisch schwerer erreichbar als Frauen (Lieberz, 2018).

In den Ergebnissen der MARS-Studie wurde trotz Überzahl der Frauen, eine Tendenz zu mehr Männern in der Beihilfegruppe als in der GKV gefunden (s. 3.2). Diese Tendenz kann dadurch erklärt werden, dass im Gegensatz zur Gesamtbevölkerung, die eher von der GKV-Gruppe repräsentiert wird, von den Beamten 2010 knapp über die Hälfte männlich war (Vgl. s.o. 4.4.1 und Statistisches Bundesamt (2011, S. 23-27)). Dieses Geschlechterungleichgewicht schlägt sich auch in den Untersuchungsergebnissen nieder. Zudem dürfte sich hier ein Alterseffekt niederschlagen.

Alter

Beihilfeberechtigte Patienten sind älter und damit seelisch gesünder. Unter ihnen gibt es mehr Pensionäre. Nach Jacobi, Hofler, Strehle, et al. (2014) ist die Prävalenz psychischer Störungen mit höherem Alter niedriger. Ein Confounder könnte also sein, dass Beihilfeberechtigte seelisch gesünder sind als gesetzlich Krankenversicherte, weil sie älter sind. Aus neurosenpsychologischer Sicht ist es eher so, dass mit dem Einlaufen in den „sicheren Hafen“ des Alters eine Verringerung der zwischenmenschlichen Lebensbelastungen und damit auch der Bewältigungsherausforderungen verbunden ist, was sich in der niedrigeren Rate von psychisch-psychosomatisch Kranken niederschlägt.

Unter Umständen ist das Alter aber auch kein Confounder. Denn die Prävalenz von Depression wurde auch in der HUNT-Studie ermittelt (Stordal et al., 2001). Im Gegensatz zu anderen epidemiologischen Studien ist die Prävalenz mit dem Alter gestiegen. Bei der HUNT-Studie handelt es sich um die bislang größte epidemiologische Stichprobe ($n = 62344$), die auf Depressionen untersucht wurde. Dieses zu anderen Studien widersprüchliche Ergebnis wurde mit dem Studiendesign erklärt: mittels Registerdaten erfasste man 63,7 % der männlichen und 71,7 % der weiblichen Bevölkerung zwischen 20 und 89 Jahren in einer Region in Norwegen. Durch dieses Privileg der fast vollständigen Datenerhebung konnte man somit ältere Versuchsteilnehmer rekrutieren, um ein ganzheitlicheres Abbild der Bevölkerung zu erhalten. Ob sich dies allerdings auf die hier untersuchte Gruppe von psychogenen Kranken (psychisch und psychosomatisch Beeinträchtigte) beziehen lässt, ist zweifelhaft, denn hier dürften z. B. Altersdepressionen eine gewichtige Rolle spielen, die zu einem nicht unerheblichen Anteil auch organischen Ursprungs sind oder jedenfalls stark mitbedingt sind.

Staatsangehörigkeit und Migrationshintergrund

Die untersuchten Patienten in Psychotherapie sind hauptsächlich deutsch und haben keinen Migrationshintergrund. Beihilfeberechtigte haben öfters die deutsche Staatsbürgerschaft, da Beamte meistens deutsch sind (s. 1.2.3). Der Mikrozensus 2011 ergab, dass 99 % der Beamten deutsch sind (Statistisches Bundesamt, 2011, S. 31).

Generell ist wahrscheinlich der bestimmende Faktor, dass Psychotherapie durch Sprache funktioniert, und die meisten Therapeuten in Deutschland hauptsächlich deutschsprachig

sind. Mosko et al. (2013) untersuchten Patienten in psychischer oder psychosomatischer Rehabilitation mit türkischem Migrationshintergrund. Die Autoren stellten Folgendes fest: 1. Psychotherapeuten mit Migrationshintergrund sind unterrepräsentiert, 2. Patienten mit Migrationshintergrund sind unterrepräsentiert, 3. Therapeuten sprechen oft nur Englisch oder Deutsch, 4. schwierige Zusammenarbeit aufgrund von interkulturellen Differenzen, 5. Migrationshintergrund ist ein negativer prädiktiver Vorhersagewert für Therapieerfolg.

Ausländische Nationalitäten und Migrationshintergründe sind in den hier erlangten Ergebnissen und damit mutmaßlich in der RLPT selten vertreten.

Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Deutschland sind sie unterrepräsentiert. Die hier erlangten Daten zeigen sowohl in der Beihilfe mit 1,0 % und in der GKV mit 4,7 % ausländischen Staatsangehörigkeiten niedrigere Anteile als in der Bevölkerung insgesamt (z. Vgl. bestand die Gesamtbevölkerung in Deutschland im Jahr 2010 zu 8,8 % aus Ausländern (Statistisches Bundesamt, 2014, S. 7). Z. Vgl. besaßen knapp 1 % der Beamten eine ausländische Staatsangehörigkeit (Statistisches Bundesamt, 2011, S. 32)).

Außerdem war der Migrationshintergrund in der Gesamtbevölkerung höher als in der Patientenpopulation dieser Arbeit. Die hier durchgeführten Untersuchungen zeigen, sowohl in der Beihilfe mit 2,0 % als auch in der GKV mit 10,8 % an Personen mit Migrationshintergrund, niedrigere Anteile als in der Bevölkerung insgesamt (z. Vgl. bestand die Gesamtbevölkerung in Deutschland im Jahr 2010 zu 18,3 % aus Personen mit Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt, 2010a, S. 24), und beinahe wie in dieser Untersuchung besaßen 3,2 % der Beamten einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt, 2011, S. 34)).

Soziale Unterstützung

Familie, Partnerschaft und Freunde wirken protektiv auf die seelische Gesundheit. Soziale Beziehungen und Gesundheit werden seit den 1970er Jahren evaluiert (Broadhead et al., 1983). Durch soziale Unterstützung kann die Lebensqualität erhöht (Antonucci & Akiyama, 1987) und das Risiko gesenkt werden, an einer Depression zu erkranken (Prince et al., 1997). Der Einfluss sozialer Beziehungen auf das Mortalitätsrisiko ist mit ähnlich großen Effektstärken wie weithin bekannte risikosenkende Einflussfaktoren wie Raucherentwöhnung, Alkoholabstinenz, Bewegung, Vermeidung von Übergewicht und Blutdruckeinstellung vergleichbar (Holt-Lunstad et al., 2010).

Familienstand und Partnerschaft

Beim aktuellen Familienstand zeigen sich Beihilfeberechtigte als eher verheiratet und weniger alleinstehend. Heirat, stabile Lebensverhältnisse und Werte stärken die psychische Gesundheit (Glynn et al., 2009). Bei alleinstehenden Personen (unverheiratet, getrennt lebend, geschieden) ist die Prävalenz einer Depression höher als bei Verheirateten (Stordal et al., 2001). Von Beihilfeberechtigten werden weniger Trennungen oder (mehrfache) Scheidungen genannt, jedoch mehr Verwitwungen und Wiederverheiratungen. Unter gesetzlich Krankenversicherten überwiegen die Ledigen (was alters- oder pathologiebedingt sein kann).

In der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt, 2010b, S. 21) zeigt sich wie in den Daten dieser Untersuchung, dass die Beihilfeberechtigten ein wenig öfter verheiratet sind und dass gesetzlich Krankenversicherte deutlich seltener verheiratet sind. Unter den Beihilfeberechtigten in dieser Untersuchung sind nur halb so viele Personen ledig wie in der Gesamtbevölkerung. Sowohl GKV als auch Beihilfeberechtigte sind beide öfter geschieden als die Gesamtbevölkerung.

Kinder

Die Kinderanzahl ist unter Beihilfeberechtigten höher. Gesetzlich Krankenversicherte sind öfter kinderlos oder haben weniger leibliche Kinder. Die höhere Kinderanzahl der Beihilfeberechtigten kann mit dem verheirateten Familienstand und der festen Partnerschaft zusammenhängen. Außerdem ist das höhere Alter ein Confounder, da die Beihilfeberechtigten mit höherem Alter mehr Kinder haben könnten.

Aktuelle Wohnsituation

Es gibt keine Unterschiede. In beiden Gruppen leben ca. 60 % im eigenen Haushalt mit Partner oder Familie und darauffolgend ca. 24 % alleine im eigenen Haushalt. Dies hängt zusammen mit den Ergebnissen aus dem aktuellen Familienstand und der Partnersituation. Des Weiteren sind „moderne“ Wohnformen wie WGs, Mehrgenerationenhäuser weniger angegeben.

Aktueller Wohnort

Die untersuchten Patienten leben in beiden Gruppen eher in Großstädten und seltener auf dem Land im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Deutschland. Dafür gibt es zwei Gründe.

Erstens, gibt es auf dem Land weniger Therapeuten und somit weniger Behandlungsplätze (Altmann et al., 2016). In Städten arbeiten mehr Therapeuten, dadurch gibt es dort mehr Behandlungsplätze. Das Angebot „regelt“ zwangsläufig die Nachfrage. Bemerkenswerterweise finden sich in Regionen mit psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten oder Universitätskliniken höhere Behandlungszahlen als auf dem Land (Kruse et al., 2012).

Zweitens, beeinträchtigt urbanes Leben die psychische Gesundheit. Dauerhafte urbane Stressexposition kann zu Großstadtneurotizismus, Vereinsamung oder Identitätsfragen führen. Schepank (1987); Schepank and Manz (1990) zeigten anhand epidemiologischer Daten, dass die Siebentagepunktprävalenz psychischer Krankheit von 25- bis 45- Jährigen aus der Großstadtbevölkerung gegenüber jenen aus der Landbevölkerung mit 26 % mehr als doppelt so hoch ist wie 11 % auf dem Land. Daneben wurden in einer systematischen Metaanalyse zur Inzidenz von Schizophrenie signifikant höhere ($p = 0,02$) Raten in urbaner Bevölkerung im Vergleich zu gemischt urban-ländlicher Bevölkerung gefunden (McGrath et al., 2004).

(Aus-) Bildungsniveau

Aufgrund des rechtlichen Rahmens war zu vermuten, dass Beamte ein höheres Bildungsniveau als die Allgemeinbevölkerung und damit das Gros der GKV-Patienten erreichen würden. Denn das Leistungsprinzip spielt bei der Vergabe öffentlicher Ämter gemäß Art. 33 Absatz 2 GG eine wichtige Rolle: „Jeder Deutsche hat nach seiner Eignung, Befähigung und fachlichen Leistung gleichen Zugang zu jedem öffentlichen Amte.“ Dieser Verpflichtung hat die Dienststelle nachzukommen. Innerhalb der Rechtswissenschaft soll das Prinzip der Bestenauslese gewährleistet¹²), dass möglichst fähige Bewerber zu Beamten staatlich ernannt werden (Jarass, 2014). Die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen diese Vermutung.

¹² BVerwGE 86, 244 (249); BVerwG, Urteil vom 15.02.1990 – I WB 36.88

Höchster Schulabschluss

Es lässt sich feststellen, dass die Beihilfeberechtigten ein noch höheres Bildungsniveau haben als die ohnehin schon positiv sozial selektierten gesetzlich Krankenversicherten (BHF 61 % Fachabitur/ Abitur gegenüber 37 % in der GKV). Das hohe Bildungsniveau unter psychodynamisch behandelten Patienten kann auf Reflexionsfähigkeit hinweisen und begünstigt die Therapiebereitschaft. Zudem ist das Bildungsniveau ein starker Prognoseindikator.

In der MARS-Studie wurde festgestellt, dass die meisten Patienten in der GKV mindestens mittlere Reife haben. Dadurch stellen diejenigen GKV-Patienten, die eine Psychotherapie beantragen, bereits eine positive soziale Selektion dar (mit 25 % Mittlere Reife und 37 % Fachabitur/ Abitur). Denn z. Vgl. gibt es in der Allgemeinbevölkerung laut Statistisches Bundesamt (2010d, S. 13) 4,1 % ohne allgemeinen Schulabschluss, 37,0 % mit Haupt-/Volksschulabschluss, 28,8 % mit Mittlerer Reife, 25,8 % mit Fachabitur/ Abitur.

Dass Psychotherapieangebote (v. a. psychodynamische) eher von Patienten mit Abitur angenommen werden, entspricht der Studienlage (Franz, 1997; Franz et al., 1999; Rüger & Leibing, 1999; Scheidt et al., 1998). Vor allem die Wahl des PT-Verfahrens (s. 4.4.5) wird nicht nur signifikant, sondern auch höchst relevant durch den Bildungsstand beeinflusst (von den in AP Behandelten waren nach Rüger and Leibing (1999) nur 13,2 % mit Hauptschulabschluss und 51,7 % mit Abitur, bei eigentlich umgekehrten Schulbildungs-Verhältnissen in der Allgemeinbevölkerung s. o.).

Höchster Berufsabschluss

Das hohe Ausbildungsniveau der Beihilfeberechtigten gegenüber GKV manifestiert sich hier. Die meisten Beihilfeberechtigten haben mit 51,7 % einen Fachhochschul/ Universitätsabschluss. Die meisten gesetzlich Krankenversicherten haben mit 51,3 % einen Berufsabschluss nach Lehre/ Fachschule.

Außerdem zeigt sich erneut das insgesamt höhere Bildungsniveau der in Psychotherapie Behandelten gegenüber der Gesamtbevölkerung (z. Vgl. gibt es in der Allgemeinbevölkerung laut Statistisches Bundesamt (2010d, S. 13) 27,9 % ohne beruflichen Abschluss, 58,2 % mit Lehre/ Fachschule, 13,7 % Fachhochschul/ Universitätsabschluss).

Letzter (oder zuletzt ausgeübter) Beruf: nach Qualifikation aufgeteilt sowie Selbstständige

Beihilfeberechtigte sind eher vertreten bei „höherem Dienst“ und „mittleren Beamten“ und GKV eher bei „einfachen Angestellten“. (z. Vgl. auch Qualifikationen des Personals des öffentlichen Dienstes (Statistisches Bundesamt, 2010c, S. 31): 23 % höherer Dienst, 54 % gehobener Dienst, 22 % mittlerer Dienst, 0,6 % einfacher Dienst).

Die hohe berufliche Qualifikation der Beamten baut auf den höchsten Schulabschlüssen sowie höchsten Berufsabschlüssen auf. Ergänzend dazu sind doppelt so viele in der GKV „nie erwerbstätig“ (BHF 3,0 % vs. GKV 6,2 %), ebenfalls aufbauend auf den nicht abgeschlossenen Schul- und Berufsausbildungen.

Methodisch wurde nach Qualifikation aufgeteilt. Selbstständigkeit wurde ausdrücklich berücksichtigt, obwohl Beihilfeberechtigte fast ausschließlich Beamte sind und nicht selbstständig. Um weiterhin ein korrektes naturalistisches Abbild zu erhalten und dabei die besondere arbeitsrechtliche Stellung der Beamten zu berücksichtigen, wurden die 4,9 % Selbstständige in der GKV-Gruppe nicht als Verzerrung gewertet und nicht von der Untersuchung ausgenommen. Z. Vgl. sind Selbstständige in der Gesamtbevölkerung auch eine Randgruppe mit 5,2 % (Statistisches Bundesamt, 2010e, S. 14). Die Selbstständigen-Quote soll berücksichtigt werden bei der Betrachtung der Prozentzahlen innerhalb der GKV Stichprobe (allerdings ist der Einfluss auf statistisch maßgebliche Verhältnisänderungen begrenzt aufgrund der niedrigen einstelligen Selbstständigen-Quote unter 5 %).

Jetzige berufliche Situation

Beihilfeberechtigte arbeiten in dieser Untersuchung eher in Vollzeit als GKV-Patienten. Es scheint unüblich, als Beamter in Teilzeit zu arbeiten. Bei den gesetzlich Krankenversicherten ist Teilzeit in freier Wirtschaft wahrscheinlich üblicher und tendenziell durch den höheren Frauenanteil in der GKV-Gruppe beeinflusst.

Die untersuchten gesetzlich Krankenversicherten sind zwanzigfach so oft arbeitslos gemeldet wie Beihilfeberechtigte (10,4 % vs. 0,5 %). Laut „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ (Robert Koch-Institut, 2015, S. 166 f.) weisen Menschen mit Arbeitslosigkeitserfahrung eher

ein verhaltensbezogenes Gesundheitsrisiko auf. Sie nehmen seltener an Präventionsmaßnahmen teil. Hingegen im geregelten Arbeitsumfeld wird der größte Teil der Bevölkerung von solchen Maßnahmen erreicht.

Bezüglich der Variable „arbeitslos gemeldet“ gibt es allerdings einen systemimmanenten Confounder. Arbeitslose werden immer in der GKV versichert (ein Arbeitsloser kann sich unmöglich in der Beihilfe versichern). Und als Beamter gibt es keine Arbeitslosigkeit, sondern Beamte werden frühzeitig in eine andere Dienststelle oder den Ruhestand versetzt.

Ein Sechstel der untersuchten Beihilfeberechtigten sind Pensionäre (in der GKV nur 6,1 %). Dies könnte auf den insgesamt besseren Gesundheitszustand der Beihilfe-Patienten zurück zu führen sein, die dann erst in höherem Alter möglicherweise auch multimorbid erkranken und dann in diesem Rahmen Hilfe und Unterstützung suchen. Es ist aber auch denkbar, dass durch viele frühzeitige Versetzungen in den Ruhestand oder durch die Angst vor Stigmatisierung in der Dienststelle, sich viele Beihilfeberechtigte erst als Pensionäre in psychotherapeutische Behandlung begeben. Denn wenn ein Beihilfeberechtigter eine Psychotherapie in Anspruch nimmt und arbeitsunfähig wird, wird sein Therapieantrag meistens in derselben Dienststelle bearbeitet, wo der Beamte angestellt ist. Die Anonymität fehlt. Berufliche Repressalien können von beihilfeberechtigten Patienten befürchtet werden.

Der Ruhestand kann eine plötzliche Sinnkrise oder Ermüdung bedeuten. Dave et al. (2008) verzeichneten einen Anstieg von 6-9 % an seelischen Störungen innerhalb der ersten 6 Jahre nach Eintritt in den Ruhestand. Als Erklärungsmodelle für die Verschlechterung der seelischen Gesundheit nannten sie weniger werdende soziale Kontakte, unfreiwilliger Eintritt in den Ruhestand und weniger physische Aktivität. Allerdings gibt es auch Erkenntnisse, dass die Stressreduktion durch neu gewonnene Freiheit entlastend wirken kann bei sehr strapazierenden Beschäftigungen. Überhaupt ist aus psychodynamischer Sicht mit dem Alter eher mit einer Verringerung der psychischen Krankheitsbelastung zu rechnen.

Darüber hinaus untersuchten Metaanalysen das Verhältnis von Einkommen und Gesundheit. Es gibt Assoziationen zwischen ungleichmäßiger Einkommensverteilung mit einem höheren Risiko, seine eigene Gesundheit als schlecht einzuschätzen (Selbstangabe, Fragebogen), und mit hoher Mortalität (Kondo et al., 2009). Nicht nur die körperliche Gesundheit wird durch den sozioökonomischen Status beeinflusst, sondern vor allem auch die seelische Gesundheit.

Ribeiro et al. (2017) fassten zusammen, dass Einkommensungerechtigkeit sich negativ auf seelische Gesundheit (*engl. mental health*) auswirkt, allerdings gab es nur kleine Effektstärken und eine heterogene Studienlandschaft. Von besonderer Bedeutung ist sicherlich das Aufwachsen in ärmlichen Verhältnissen, was ungünstige Startbedingungen ins Leben mit sich bringt, sich auf die kognitive Gehirnentwicklung auswirkt (Luby et al., 2013; Noble et al., 2015) und zumindest in Deutschland im weiteren Lebensverlauf kaum ausgeglichen werden kann (Lieberz, 2018). Von daher bringt es anhaltende gesundheitliche Belastungen mit sich (Rudolf & Motzkau, 1997) bis hin zu einer deutlich höheren Sterbequote unter diesen benachteiligten Bevölkerungsgruppen (Skalicka et al., 2009).

Arbeitsunfähigkeit

In beiden untersuchten Gruppen sind ca. 10,3 % arbeitsunfähig. „Nur“ ein Zehntel ist arbeitsunfähig, da die Therapien ambulant durchgeführt werden (nicht stationär) und dadurch in den meisten Fällen die Arbeitsfähigkeit erhalten ist.

Die Länge der Arbeitsunfähigkeit bleibt mittels der vorliegenden Daten unklar. Bei der limitierten statistischen Auswertung ergibt sich höchstens der Verdacht, dass Beihilfeberechtigte wahrscheinlich weniger lange arbeitsunfähig sein könnten.

Laufendes Rentenverfahren

Es gibt diesbezüglich keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Über 90 % der Patienten haben kein laufendes Rentenverfahren. Oft sind Therapeuten besonders aufmerksam, weil postuliert wird, dass Patienten in Rentenverfahren nicht gesund werden (Rentenneurose).

4.4.2 Klinische Daten des Patienten

Auf dem BSS und der GAF- Skala haben Beihilfeberechtigte signifikant niedrigere Werte, was für eine geringere Krankheitsschwere bei Beihilfeberechtigten spricht. Demnach werden durch diese Ergebnisse die Beihilfeberechtigten als seelisch gesünder eingeschätzt.

Die Beihilfeberechtigten sind weniger vorbehandelt als GKV-Patienten und haben weniger chronische Krankheitsverläufe. Die Suizidalität bei Beihilfeberechtigten wird niedriger angegeben als bei den gesetzlich Krankenversicherten.

Die psychische Symptomatik steht insgesamt im Vordergrund (> 90 %). Die Betrachtung der vom Therapeuten geschilderten Symptomatik bleibt aufgrund der diversen Berichterstattung unspezifisch und zeigt keine deutlichen Unterschiede zwischen den Gruppen. Ein tatsächlicher Gruppenunterschied ist also möglich und aufgrund o. g. Ergebnisse wahrscheinlich.

Als Erklärung für die Unspezifität der Symptomatik muss darauf hingewiesen werden, dass psychodynamische Diagnostik (ähnlich wie die biologisch orientierte Psychiatrie (Bohus et al., 1999)) schwer in ein Dokumentationssystem einzuordnen ist. Daher stellt organisierte Forschung der psychotherapeutischen Praxis in der Niederlassung eine Herausforderung in Vergangenheit und Zukunft dar. Nach Rudolf (2013) wird die Klinik des Patienten selten standardisiert und für außerhalb der Therapie stehende Personen deutlich beschrieben. Im weitesten Sinn wird die Mehrzahl aller Störungen als „depressiv“ verstanden, was sich auch bei den hier untersuchten Patienten bewahrheitet. Diagnosen mit schwererer Krankheitslast wie z. B. Persönlichkeitsstörungen sind unterrepräsentiert, geläufige Diagnosen wie z. B. eine Traumastörung sind überrepräsentiert, wie ein Vergleich der Diagnosekriterien mit der tatsächlich beschriebenen Symptomatik zeigte (Rudolf, 2014). Die oftmals empfohlene OPD (operationalisierte psychodynamische Diagnostik) ist ein wissenschaftliches Instrument, welches in umgrenzten und besonders trainierten Arbeitsgruppen zumeist im wissenschaftlichen oder stationären Bereich eingesetzt werden kann, da nur unter solchen Bedingungen mit hinreichender Reliabilität und Validität der Einschätzungen gerechnet werden kann. (AG OPD, 1996, 2006; Cierpka et al., 2007). Die OPD ist kein auf die Praxis übertragbares Modell, welches in die ambulante Versorgungsrealität implementiert werden könnte.

Symptomatik

Art der Symptomatik (psychisch)

Eine psychische Symptomatik (Depressionen, Ängste, Zwänge) steht gleichermaßen in beiden Gruppen bei ca. 92 % der Patienten im Vordergrund. Dass in beiden Gruppen bei 69 % depressive und 51 % ängstliche Symptome beschrieben werden, entspricht den häufigsten Diagnosen in der ambulanten psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung (Kruse et al., 2012; Kruse et al., 2013)

Einschränkend muss berücksichtigt werden, wie valide die Therapeutenberichte sind. Rudolf (2014) bemängelt die Inflation der depressiven und posttraumatischen Diagnosen ohne klinisches Korrelat. Vermutlich benutzen die Therapeuten den Begriff „depressiv“ unspezifisch. Diese Unlust des Therapeuten an Diagnostik vor der Behandlung begründet sich bereits in Freuds kritischer bis ablehnender Haltung gegenüber der Diagnostik (Freud, 1932). Der Schweregrad depressiver Störungen ist jedenfalls mit den aktuellen Klassifikationssystemen nicht verifizierbar und bedarf zusätzlicher Einschätzungen z. B. mittels des BSS.

Art der Symptomatik (funktionell-psychosomatisch)

Auch psychosomatische Beschwerden (ca. 80 %) sind in beiden Gruppen zu gleichen Teilen häufig vorkommend.

Art der Symptomatik: Suizidalität akut & früher

Obwohl in der ambulanten PT keine akut selbstmordgefährdeten Patienten behandelt werden, können latente Suizidgedanken durchaus in der ambulanten Praxis vorkommen (Harris & Barraclough, 1997). Hierbei zeigen sich die Beihilfeberechtigten halb so akut suizidal wie die GKV. Dies unterstützt die These, dass Beihilfeberechtigte weniger schwer erkrankt sind (nicht lebensbedrohlich).

Dass Beihilfeberechtigte außerdem weniger chronisch rezidivierend krank sind, zeigt sich daran, dass sie außerdem in der Vorgeschichte (frühere Suizidalität) dreimal weniger Selbstmordversuche hatten als GKV-Patienten.

Art der Symptomatik: Sucht (tendenzen)

Beihilfeberechtigte zeigen, unabhängig von der Substanz, geringere Sucht (tendenzen) als gesetzlich Krankenversicherte. Dieser Unterschied kann teilweise auf die gesundheitliche Eignung (und Drogenscreening) vor Ernennung der Beamten zurückgeführt werden (positive Selektion).

In beiden Gruppen zeigt ungefähr jeder zweite bis dritte Patient nach Fremdeinschätzung Sucht (tendenzen). Süchte sind häufige Symptome. Die in dieser Studie erfassten Prävalenzen sind allerdings im Vergleich zu der Gesamtbevölkerung gleich oder kleiner (Kraus et al., 2016).

Dies kann zum einen mit dem hohen Stigma von Suchterkrankungen zusammenhängen. Mit 13,9 % sind Suchttendenzen unabklärbar geblieben, was mit dem hohen Stigma dieser Symptomatik zusammenhängen kann und das Gesprächsthema in den ersten Sitzungen vermieden wird. Zum anderen sollen Süchte in höheren Bildungsgruppen, wie in der Stichprobe dieser Arbeit, wesentlich seltener verbreitet sein als in niedrigen Bildungsgruppen (Zeihner & Kuntz, 2017).

Art der Symptomatik (somatisch)

Körperliche Begleiterkrankungen gibt es bei einem Drittel der Patienten in beiden Gruppen. Die Gruppen unterscheiden sich bezüglich fast aller Merkmalsausprägungen nicht. Bei Vorliegen einer körperlichen Erkrankung sollte in weitergehenden Untersuchungen noch differenziert werden zwischen verhaltensbedingten Erkrankungen (oft z.B. toxische Leberschäden, Diabetes mellitus Typ 2, arterieller Hypertonus, KHK, METS, auch einige Karzinomerkrankungen) und verhaltensunabhängigen Erkrankungen (wie z. B. den meisten Karzinomerkrankungen). Auf jeden Fall ist eine schwere körperliche Erkrankung mit psychischen Anpassungsreaktionen verbunden. Diese scheinen in dieser Stichprobe regelmäßig vorzukommen.

Bisherige Therapiegeschichte (Vorbehandlungen)

Psychiatrische und psychotherapeutische Vorbehandlungen sind bei Beihilfeberechtigten seltener. Dadurch sind im Folgenden die p-Werte sehr klein. Es handelt sich nämlich von vorneherein nicht um vergleichbare Gruppen bzgl. der Vorbehandlungen, da die Dienstunfähigkeitsuntersuchung die Beihilfeberechtigten positiv selektiert und sie zwangsläufig weniger vorbehandelt sind.

Vorbehandlung: Existenz und Häufigkeit

Bei Beihilfeberechtigten handelt es sich oft um eine Erstbehandlung (über 50 % akut, nicht chronische Patienten). Beihilfeberechtigte sind selten mehrfach vorbehandelt gegenüber GKV-Patienten. Die GKV-Erkrankten sind also vergleichsweise chronischere Patienten. Dies spricht dafür, dass bisher noch nie behandelte beihilfeberechtigte Patienten psychisch gesünder sind. Allerdings gibt es zwei Einflussfaktoren, wodurch die Beihilfeberechtigten weniger vorbehandelt sein können. Erstens selektiert die gesundheitliche Eignung vor der Verbeamtung psychisch Vorerkrankte negativ vor. Zweitens können Stigmatisierungsängste zu einer (unvorteilhaften) Verschleppung der Behandlung und damit späterer Hilfesuche führen (weil z. B. der Psychotherapieantrag nah seiner eigenen Dienststelle bearbeitet wird). Zudem dürfte hier auch ein Geschlechtseinfluss wirksam werden, da Männer bekanntlich ohnehin ein anderes Hilfesuchverhalten als Frauen zeigen und insbesondere auch eher psychotherapieaversiv eingestellt sind.

Vorbehandlung: ambulant/ stationär, psychotherapeutisch/ psychiatrisch

Beihilfeberechtigte unterscheiden sich signifikant von GKV-Patienten bezüglich Vorbehandlungen. Denn die Beihilfeberechtigten haben weniger Vorbehandlungen.

Die häufigsten Vorbehandlungen sind in beiden Gruppen Psychotherapien (ambulant vor stationär). Weniger häufig sind psychiatrische Vorbehandlungen, was mit der hier erfassten Patientenpopulation und dem zugehörigen Morbiditätsspektrum zusammenhängen dürfte. Psychotherapie als solche ist in erster Linie ein ambulantes Verfahren, weil sie in der Regel längerfristig angelegt sein muss (außerhalb von Krisensituationen), um das Alltagsleben und seine krankheitsbedingten Einschränkungen zu erfassen und behandeln zu können.

Art der ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlung: Therapiedauer

Langzeittherapien scheinen den Kurzzeittherapien als Vorbehandlungen vorgezogen zu werden. Die ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlungen sind in beiden Gruppen meistens Langzeittherapien. Unter den Vorbehandlungen gibt es in der GKV seltener Kurzzeittherapien. In der BBhV sind Kurzzeittherapien sowieso nicht vorgesehen. Generell werden zwei Drittel der ambulanten GKV-Patienten eher in KZT behandelt (Multmeier & Tenckhoff, 2014), wobei die Gründe dafür ebenso unklar sind wie die Unterschiede zwischen den KZT-Behandelten und den in eine Langzeittherapie überführten Kranken.

Art der ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlung: TfP/ AP/ VT

Die Vorbehandlung vor einem psychodynamischen Therapieantrag ist am häufigsten tiefenpsychologisch fundiert. An zweiter Stelle folgt die Verhaltenstherapie. Analytische Psychotherapie ist selten eine Vorbehandlung, was an ihrer sehr guten Langzeit-Wirkung liegen kann (Huber et al., 2012; Zimmermann et al., 2015), sodass keine Nachbehandlung erforderlich wird. Zudem wäre in diesen wenigen Fällen zu erwarten, dass in einer neuerlichen Krisensituation der Patient auf seine langfristige Vorbehandlung und die dabei erworbenen Umstrukturierungen zurückgreifen kann, so dass allenfalls nochmals eine fokussierte TfP für notwendig gehalten und beantragt wird (wie dies zu ca. 50 % der analytisch vorbehandelten Patienten in beiden Gruppen zutrifft).

Art der ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlung: Einzel/ Gruppe

Unter den Vorbehandlungen sind Einzeltherapien gegenüber Gruppentherapien vorrangig vertreten (Vgl. BPtK, 2018, S. 28; Kruse et al., 2012, S. 56; Lieberz et al., 2014).

Begleitende Psychopharmakotherapie (aktuell)

Aus drei Gründen spielen Psychopharmaka in der ambulanten PT eine geringere Rolle und werden weniger ausführlich bis gar nicht in den Berichten erwähnt.

Erstens gibt es bei über 40 % insgesamt keine Angaben in den Berichten, weil die Therapeuten vermutlich Psychotherapie als Therapie der ersten Wahl einschätzen. Diese Einschätzung bestätigt eine Metaanalyse (Spielmans & Gerwig, 2014), die Vorteile für reguläre Psychotherapie

(bona fide definiert nach Wampold et al. (1997)) gegenüber Antidepressiva der zweiten Generation beschreibt.

Zweitens sind weniger Psychiater in der Stichprobe vertreten. Die meisten Therapeuten sind Psychologen, welche ausschließlich die Kompetenzen für Psychotherapie besitzen und weder über großes Interesse noch Expertise über Psychopharmakotherapie verfügen. In ambulanter Therapie gibt es leichtere Krankheitsbilder, die zunächst ohne Medikation mit alleiniger Psychotherapie wirksam behandelt werden können.

Drittens präferieren Patienten eine Psychotherapie gegenüber Psychopharmakotherapie (McHugh et al., 2013).

Krankheitsschwere

Problemrelevante Lebensbereiche

Beihilfeberechtigte sind im Vergleich zu GKV-Patienten in allen „problemrelevanten Lebensbereichen“ (außer dem ohnehin nicht-unterschiedlichen Lebensbereich „Familie“) weniger belastet. Dies deutet darauf hin, dass Beihilfeberechtigte über weniger problemrelevante Lebensbereiche verfügen, damit resilienter und seelisch gesünder sind.

Der häufigste „problemrelevante Lebensbereich“ ist in beiden Gruppen „Familie“ mit 83,6 % insgesamt. Familien- und Partnerschaftsprobleme lösen bei Frauen (ergo der hier untersuchten Stichprobe und der Risikogruppe) doppelt so häufig wie bei Männern Krankheiten aus, wenn sich Geschlechtsunterschiede durch eine traditionelle Rollenverteilung ergeben (Rudolf, 2002).

Die größten Unterschiede finden sich bei „Selbstverantwortung“ (BHF 33,0 % vs. GKV 51,9 %) und „Gesundheitsverhalten“ (BHF 25,1 % vs. GKV 49,5 %). Diese Ergebnisse sprechen für ein gesünderes Verhalten der Beihilfeberechtigten, da sie mehr Selbstfürsorge und Prävention betreiben.

ICD-10-Hauptdiagnosen des Therapeuten

Erwartungsgemäß sind F 3 und F 4 die häufigsten ICD-10-Diagnosegruppen in beiden Stichproben (Albani et al., 2008; Albani et al., 2010; Gallas et al., 2008; Kruse et al., 2013; Robert Koch-Institut, 2015).

Der Aussagewert der ICD-10-Diagnosen ist erstens eingeschränkt aufgrund der Daten als auch zweitens wegen der folgend aufgeführten kontroversen Krankheitsmodelle psychischer Störungen.

Erstens sind die Daten zu 20-35 % unvollständig. Generell kann gesagt werden, dass für viele Patienten von den Therapeuten keine Diagnosen nach ICD-10-Klassifikation angegeben wurden. Dem u. g. psychodynamischen Krankheitsverständnis wird die ICD-Klassifikation nicht gerecht, weshalb der Widerstand der Psychotherapeuten bei der Diagnosestellung von Unmut geprägt ist.

Zweitens gibt es bei der Diagnostik von psychischen Störungen eine Diskussion um rein symptom- oder störungsorientierte (wie ICD-10) und ätiologisch begründete Klassifikationen

(Hohage, 2001). Ätiologisch begründete Psychotherapie verknüpft Symptome mit Ursachen (Biographie, Entwicklung), und berücksichtigt den Leidensdruck, auch wenn nicht alle Kriterien für eine ICD-10-Kategorie zutreffen. Es ergibt keinen Sinn eine ICD-10-Störung zu behandeln ohne Leidensdruck oder Dysfunktionalität. Aus psychotherapeutischer Sicht sollten daher nur dann Normabweichungen der Persönlichkeit behandelt werden, wenn sie in bestimmten Lebensabschnitten dysfunktional werden und Symptome hervorrufen. Das Vorliegen einer ICD-Diagnose als solche impliziert auch noch keine Störung von Krankheitswert mit entsprechender Behandlungsbedürftigkeit. Dazu bedarf es weiterer Untersuchungsverfahren wie z. B. dem BSS.

Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)

Beihilfeberechtigte sind weniger schwer beeinträchtigt. Signifikante Unterschiede finden sich im sozialkommunikativen BSS und im Summenscore. Der Summenscore gilt als aussagekräftig, da er alle drei Dimensionen vereint und sich damit als relativ resistent erweist (Schepank & Manz, 1990). Der Sozialkommunikative Beeinträchtigungsgrad (Soko) hat eine hohe prognostische Aussagekraft (Uhlenbrock et al., 2017) und erfasst schwerere persönlichkeitsstrukturelle Auffälligkeiten und Störungsbilder wie z.B. Kontakt- und Kommunikationsstörungen, Arbeitsstörungen und Suchtverhalten. Der Soko stellt von daher einen maßgeblichen Teil der Beeinträchtigungs-Schwere dar. Zudem ist hervorzuheben, dass in dieser Untersuchung externe Informationsquellen wie z. B. Arzt- und Krankenhausberichte hinzugezogen wurden, um insbesondere auch sozialkommunikative Störungen angemessen beurteilen zu können. Diese Zusatzinformationen sind deshalb besonders wertvoll, weil mit den Berichten der Therapeuten ein strategisches Indikationsziel verfolgt werden könnte. Dabei werden dann insbesondere schwerere persönlichkeitsstrukturelle Beeinträchtigungen ausgeblendet oder nicht erfasst, um im GAV die beantragte Therapievariante z. B. einer TfP nicht zu gefährden.

In der MARS-Studie wurden die Cut-off-Werte des BSS dichotom eingeteilt, um eine sichere Trennschärfe zu erzielen (s. 2.2.3). Damit sind die Unterschiede in der Fremdbeurteilung auch ohne halbstrukturiertes Interview einigermaßen robust.

Die subjektiv wahrgenommene *soziale Unterstützung* (s. 4.4.1) hat einen größeren Einfluss als ein strukturell solides soziales Netzwerk (Grav et al., 2012; Lett et al., 2009). Daher können die im Rahmen der MARS von den Patienten in den ersten Therapiesitzungen angegebenen Daten

als valide Marker angesehen werden, die das Gefühl von sozialer Eingebundenheit beschreiben und Hinweise auf die Krankheitsbewertung und -schwere geben.

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Eine Bewertung des allgemeinen Funktionsniveaus ist Bestandteil der DSM-V (American Psychiatric Association (APA), 2013), um psychische, soziale und berufliche Funktionsbereiche zu berücksichtigen.

Beihilfeberechtigte sind funktionsfähiger. Sie sind vor allem seltener schwer funktionsbeeinträchtigt. Da es keine verbindlichen Cut-off-Werte gibt (Strauß & Schumacher, 2004, S. 143-149), wird der signifikante p-Wert als entscheidendes Kriterium angewandt.

4.4.3 Biographische Daten des Patienten

Beihilfeberechtigte sind weniger biographisch vorbelastet als gesetzlich Krankenversicherte.

Relevanz und Fehleranfälligkeit von biographischen Daten

Die Relevanz von biographischen Daten, aber auch die Fehleranfälligkeit retrospektiver Aussagen, werden in folgend genannter Literatur thematisiert.

Dass der Fachbereich gegenwärtig dazu tendiert, Symptome zu klassifizieren, mittels Testbatterien psychometrische Werte zu messen und störungsspezifische Manuale zu konzipieren, problematisieren Lieberz, Herrmann, et al. (2011). Die Autoren fordern, den Kontext der Patienten zu verstehen, insbesondere den prägenden biographischen. Denn wenn Therapeut und Patient den Zusammenhang besser verstehen, können sie auch das Krankheitsbild verstehen und in eben diesen Kontext einordnen (Rudolf, 2014, S. 89-95).

Denn aus der Biographie leitet sich das psychodynamische Störungsmodell ab. Mithilfe der biographischen Daten können Therapeuten und Gutachter die Indikationsstellung, Therapieplanung und Prognose einschätzen und überprüfen (Dieckmann et al., 2018). Die biographischen Daten aus den Therapeutenberichten ermöglichten es in dieser Untersuchung, relevante Unterschiede zwischen den verschiedenen versicherten Patienten darzustellen. Der Wegfall des eigenen Gliederungspunkts „Biographische Informationen“ im Gutachterverfahren, seit der Reform der PT-Richtlinien 2017, kann zu einem erhöhten Aufkommen schematisch verfasster Psychodynamiken/ Verhaltensanalysen führen sowie zu einem Qualitätsverlust der Berichte, wie viele Gutachter kritisch thematisieren (Jungclaussen & Hauten, 2019; Lieberz, 2018). Zukünftige Untersuchungen im Rahmen der naturalistischen Psychotherapieforschung könnten durch eine Vernachlässigung der biographischen Dimension erschwert werden.

In den USA wurde in einer Kohortenstudie ($n = 19.000$, nach Einschlusskriterien $n = 8.506$) gezeigt, dass nachteilige Kindheitserfahrungen (*engl. adverse childhood events = ACEs*) in der Allgemeinbevölkerung sowohl häufig sind, als auch gesundheitsschädigend (Afifi et al., 2008; Anda et al., 2006; Felitti et al., 1998). Demnach entstehen riskantes Gesundheitsverhalten,

psychische und körperliche Erkrankungen eher, wenn es in der Kindheit Erfahrungen von Kindesmissbrauch, häuslicher Gewalt und/ oder anderen familiären Dysfunktionen gegeben hat. In Familien mit alkoholsüchtigen Eltern scheinen diese traumatischen Kindheitserfahrungen gehäuft vorzukommen (Anda et al., 2002).

Belastende Kindheitserfahrungen haben einen prädiktiven Aussagewert zu der Entwicklung von psychischen Störungen und der Krankheitschwere. Außerdem sind ACEs mit höherer Morbidität und Mortalität assoziiert (Campbell et al., 2016).

Es wurden sogar molekularbiologische gemeinsame Effekte vom Mausmodell in post-mortem Studien auf den Menschen übertragen (McGowan et al., 2009). Dabei wirkt sich elterliche Fürsorge auf die epigenetische Expressionsregulation von hippokampalen Glukokortikoid-Rezeptoren aus (Weaver et al., 2005). Eine hohe Dichte an Glukokortikoid-Rezeptoren kann unter Stress durch ein verbessertes Feedback, die Cortisolausschüttung hemmen. Dies führt zu einer sinkenden Stresssensitivität und damit zu einem sinkenden Depressionsrisiko.

Allerdings haben Kalmakis and Chandler (2015) in einem systematischen Review festgestellt, dass 41 von 42 Studien zu ACEs auf Selbstangaben in Fragebögen beruhen. Recall Bias, der Effekt der sozialen Erwünschtheit und neurotische Dispositionen könnte bei Selbstangaben dazu führen, dass die Kindheit als belastender dargestellt würde, als sie tatsächlich war (Reuben et al., 2016). Daher sollten retrospektive Erhebungen über Kindheit und Jugend mit Hilfe objektiver Maßstäbe gemessen werden, wie es der Risiko-Index anstrebt.

Risiko-Index

Die biographische Anamnese des Therapeuten weist oft Lücken auf (Rüger et al., 1996). Deshalb fokussiert sich der Risiko-Index explizit nur auf „harte“, mit großer Sicherheit als valide einzuschätzende Angaben über die Kindheit und Jugend. In der MARS-Studie werden im „Risiko-Index (0-685)“ folgende Angaben (auch Patientenselbstangaben) betrachtet, die objektivierbar sind:

Verlust eines Elternteiles

Die Informationen sind nahezu vollständig. Beihilfeberechtigte und GKV unterscheiden sich mit hoher „Sicherheit“ signifikant. Beihilfeberechtigte verlieren zu 7 bzw. 20 % ein Elternteil (Mutter bzw. Vater) und in der GKV zu 16 bzw. 33 %.

Beide Patientengruppen verlieren eher den Vater als die Mutter. In den Kriegsjahrgängen dürften kriegsbedingte Verluste der Väter überwiegen, während in den späteren Generationen die zunehmende Häufigkeit von anderweitig bedingten Trennungen bzw. Scheidungen zu diesem Ergebnis beitragen. Dies mag daran liegen, dass die Mütter bis heute bei der Trennung der Eltern häufiger das Sorgerecht für das Kind erhalten. Lieberz, Herrmann, et al. (2011) stellen dazu auf der Basis der Daten der Mannheimer Kohortenstudie (MKS) Folgendes fest: „Ein Vaterdefizit lässt über die Generationen reichende Folgewirkungen erkennen. Sei es die Tatsache, dass „vaterlose“ Töchter dazu neigen, in ihrem späteren Erwachsenenleben Beziehungen zum anderen Geschlecht eher „aufzukündigen“ und als alleinerziehende Mütter die Vaterlosigkeit an die Kinder weiterzureichen. Oder sei es die Tatsache, dass Jungen nach allen vorliegenden Untersuchungen im Kindesalter eine weitaus höhere (administrative) Prävalenz hinsichtlich psychischer Störungen oder Verhaltensstörungen zeigen, aber im Erwachsenenalter im Versorgungssystem dann nur eine untergeordnete Rolle spielen. Aus „auffälligen Jungen“ werden allerdings nicht immer „unauffällige Väter“, und diese weisen kein sehr stark ausgeprägtes Hilfesuchverhalten in Krisensituationen auf. Auf diesem Wege könnte sich die väterliche Psychopathologie, unbeeinflusst von einem hervorragend ausgebauten psychotherapeutischen Versorgungssystem, nahezu ungehindert in die nächste Männer-Generation fortpflanzen.“

Beihilfeberechtigte verlieren halb so häufig die Mutter wie gesetzlich Krankenversicherte. Fast 90 % der Beihilfeberechtigten können also auf eine Beziehung zur Mutter als sicheres Objekt und als Basis für eine stabile seelische und körperlich gesunde Entwicklung zurückgreifen.

Krankheiten eines Elternteiles

Die Güte dieser Variablen zur „Krankheit eines Elternteiles“ ist nicht so gut wie bei „Verlust eines Elternteiles“, da die Anzahl der unbekanntenen Angaben hoch ist (zwischen 4 und 19 %). Dies birgt die Gefahr, dass gemessene Unterschiede nicht den wahren Unterschieden entsprechen.

Schwere seelische Erkrankung eines Elternteiles

Seelische Erkrankungen der Eltern beeinträchtigen die seelische Gesundheit der Patienten (Mattejat et al., 2000). Unter Beihilfeberechtigten hatte jeder zehnte einen psychisch beeinträchtigten Elternteil, unter gesetzlich Krankenversicherten sogar jeder fünfte.

Wichtig festzuhalten ist, dass Beihilfeberechtigte seltener Bezugspersonen mit psychischen Störungen hatten – was wiederum eine Auswirkung auf die eigene Gesundheit des Beihilfeberechtigten hat. Folglich wird weniger von psychisch beeinträchtigten Eltern durch Vererbung und Umweltbedingungen an die Patienten weitergegeben.

Darüber hinaus gibt es bei dieser Variablen einen Definitionsbias, da „schwere Erkrankung“ nicht eindeutig definiert und eingegrenzt ist.

Schwere körperliche Erkrankung eines Elternteiles

Im Vergleich zu o. g. seelischen gibt es wesentlich weniger körperliche Erkrankungen eines Elternteiles. In beiden Patientengruppen hat nur jeder 20. Patient einen körperlich beeinträchtigten Elternteil. Von daher ist wahrscheinlich der Einfluss auf die seelische Gesundheit der Patienten geringer einzuschätzen.

Heimaufenthalt/ Internat

Heimaufenthalte sind eine Seltenheit. Mit Sicherheit lässt sich sagen, dass in beiden Gruppen Patienten höhere Häufigkeiten (3,9 % respektive 7,4 %) als der Bevölkerungsdurchschnitt vorweisen ($< 0,4$ %; Statistisches Bundesamt zitiert nach Süddeutsche Zeitung (25.09.2012)).

Beihilfeberechtigte scheinen weniger Heim-/ Internatsaufenthalte vorzuweisen als gesetzlich Krankenversicherte. Mit einiger Wahrscheinlichkeit hängt die Tatsache eines Heim-/ Internatsaufenthaltes vorwiegend vom Zerbrechen der elterlichen Beziehung ab. Die Auswirkungen einer solchen Erfahrung sind schwer abzuschätzen, sie können weitere Verunsicherungen mit sich bringen, sie können aber auch durch Herausnahme aus einem brüchigen Umfeld zu einer Stabilisierung beitragen. Zudem ist damit zu rechnen, dass in einem nicht unbeträchtlichen Teil dieser Fälle, derartige Aufenthalte passagerer Natur sind. Nach Neuordnung und Konsolidierung der sozialen Situation könnte eine Rückkehr in das familiäre Umfeld erfolgen, sei es zu einem Elternteil, den Großeltern oder nahen Verwandten. Allerdings ist die Zahl der unabklärbaren Merkmalsausprägungen so hoch, dass das p-Wert-Niveau mit Vorsicht zu betrachten ist.

Stief-/ Halbgeschwister

Stief-/ Halbgeschwister sind keine Seltenheit (ca. 11-16 %). Beihilfeberechtigte haben tendenziell seltener Stief-/ Halbgeschwister und wenn dann weniger.

Auch diese Variable deutet auf zerrüttete Familienstrukturen hin. Die Patienten wuchsen eher in Patchworkfamilien auf und die Beziehung der Eltern war offenbar (zumeist über längere Zeit) konfliktanfällig und trennungsgefährdet. Die Auswirkungen von Stief-/ Halbgeschwistern auf den Patienten können positiv (Spielpartner, Freunde, Nähe zu fremden Kindern) und negativ sein (Konkurrenz, Eifersucht, Entfremdung).

Als Erwachsene entsprechen Beihilfeberechtigte vermutlich auch durch ihre biographische Prägung eher dem traditionellen Familienbild (entsprechend der Erkenntnisse aus 4.4.1 *Familienstand* und *Partnerschaft*).

4.4.4 Angaben zum Therapeuten

Geschlecht des Therapeuten

Es gibt keine signifikanten Unterschiede. In beiden Gruppen sind ca. 60 % der Therapeuten weiblich und ca. 40 % männlich. Dies spiegelt die Geschlechterverteilung in der vertragsärztlichen Versorgung wieder (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2011): 2010 gab es unter 17.308 psychologischen Psychotherapeuten 69,4 % Frauen und unter 5.420 ärztlichen Psychotherapeuten gab es 63,1 % Frauen. Entsprechend waren die Psychotherapeuten in einer Studie unter Routinebedingungen auch zu 58 % weiblich (Scheidt et al., 1998).

Patienten lassen sich bevorzugt von gleichgeschlechtlichen Therapeuten behandeln (Lieberz, 2018). Damit trägt der Patient schon durch die Therapeutenwahl wesentlich zum Therapieverlauf und -ergebnis bei (Lieberz et al., 2013). Womit sich allerdings die Präferenz nach einem gleichgeschlechtlichen Therapeuten erklären lässt, ist bis heute unklar. Empirische Untersuchungen dazu liegen jedenfalls bis heute erstaunlicherweise nicht vor.

Die Geschlechterverteilung der Therapeuten kann bei der Indikationsstellung auch eine Rolle spielen und die Geschlechterverteilung der Patienten beeinflussen. So untersuchte Rudolf (2002) fast 2.000 ambulante und stationäre Psychotherapie-Patientinnen und -Patienten. Dabei stellte er fest, dass die Therapeuten bei Frauen die ausgeprägtesten psychopathologischen Befunde sahen, und dass Therapeutinnen bei Männern eher geringere Symptomausprägungen beschrieben. Den Therapeutinnen und Therapeuten erschienen Männer also eher weniger krank und Frauen vergleichsweise eher kränker („Unterdiagnostik“ s. 4.4.1 *Geschlecht*).

Männer sind nach vorliegenden epidemiologischen Untersuchungen (Lieberz, Franz, et al., 2011) im Bereich der psychischen und psychosomatischen Störungen im Erwachsenenalter auch im Langzeitverlauf gesünder einzuschätzen als Frauen, sie zeigen zudem ein anderes Morbiditätsspektrum und ein geringeres Hilfesuchverhalten. Dies führt dazu, dass Männer im derzeitigen psychotherapeutischen Versorgungssystem unterrepräsentiert sind. Zudem wäre zu diskutieren, ob die derzeitigen psychotherapeutischen Hilfsangebote zu wenig auf Männer zugeschnitten sind und die Zugangsschwelle zu einer der heute zugelassenen Therapieverfahren zu hoch ist.

Diese systemimmanenten Tendenzen müssen bei der differentiellen Indikation Beachtung finden.

Therapeutenberuf

Es ist bemerkenswert, dass signifikant mehr Ärzte (68,8 %) und weniger Psychologen (30,7 %) die beihilfeberechtigten Patienten behandelten im Vergleich zu den gesetzlich Krankenversicherten (51,0 % vs. 48,3 %). Denn im Gegensatz dazu besitzen in der vertragsärztlichen Versorgung über 75 % der Psychotherapeuten eine psychologische Grundausbildung und weniger als 25 % eine ärztliche (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2011).

Die Ergebnisse dieser Untersuchung scheinen die Realität in der Versorgung von Beihilfeberechtigten wiederzugeben. So gab das „federführende Bundesministerium“ 2011 an, dass 47.500 Anträgen auf Prüfung der Beihilfefähigkeit für psychotherapeutische Behandlungen gestellt wurden. 50 % davon bezogen sich auf psychoanalytisch begründete Verfahren. Diese würden in 60 % der Fälle von ärztlichen Psychotherapeuten beantragt und in 40 % von psychologischen Psychotherapeuten (zitiert nach Rüger, 2015, S. 180 in Kommentar Psychotherapie-Richtlinien).

Um die ambulante psychosomatische und psychotherapeutische Versorgungssituation in Deutschland zu beschreiben, werteten Kruse et al. (2013) Querschnitts- und Routinedaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aus dem Jahr 2008 aus. Hiernach versorgen die involvierten Fachgruppen (FÄ für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik, Hausärzte sowie psychologische Psychotherapeuten) ihre Patienten in unterschiedlichem Ausmaß. Einfluss auf die Versorgung haben sowohl der Ausbildungsgang, der Grundberuf sowie die therapeutische Orientierung des Behandlers als auch die Behandlungserwartungen, die der Patient durch freie Arztwahl an den jeweiligen Behandler stellt.

Ambulante Psychotherapie und hier insbesondere die antragspflichtigen Leistungen sind die Domäne der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte, FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychosomatik sowie der psychologischen Psychotherapeuten (Kruse et al., 2012, S. 63 f.). Die Auswertung ergab auch, dass Ärzte eher psychodynamisch orientiert seien, Psychologen eher verhaltenstherapeutisch.

Die Gründe für die Versorgung der Beihilfeberechtigten sind vermutlich historisch bedingt und unterliegen seit dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG 1998) einem Wandel. Früher hat die Beihilfe Wert daraufgelegt, dass die beihilfeberechtigten Patienten von Ärzten psychotherapeutisch behandelt werden. Mittlerweile entsprechen die Voraussetzungen der BBhV denen

aus der RLPT (Rüger, 2015; s. 1.3.3), sodass eine Gleichberechtigung der Berufsgruppen erfolgt ist. Es ist deshalb zu erwarten, dass im Laufe der nächsten Jahre auch hinsichtlich der Berufsgruppen eine Angleichung erfolgen und sich eine ähnliche Relation zwischen Ärzten und Psychologen ergeben wird, wie in der RLPT.

4.4.5 Angaben zum Therapieantrag

Art des Antrags

Die Beihilfavorschriften sehen keine Kurzzeittherapien vor. Dadurch erklärt sich die sehr hohe Anzahl an Erstanträgen unter Beihilfeberechtigten (99,5 %). Dieser Anteil an Erstanträgen ist für die Richtlinien-Psychotherapie untypisch hoch. In der RLPT wurde in einem GEK-Report (Grobe et al., 2007) nämlich gezeigt, dass es sich bei 54 % aller ambulant durchgeführten Therapien um Kurzzeittherapien handelt (vs. 37 % aller Anträge als Erst- oder Umwandlungsanträge für Langzeittherapie).

Da ein Antrag auf KZT nach BBhV nicht möglich ist, müssen die Therapeuten systembedingt immer zunächst Erstanträge stellen. Dieses systemimmanente Problem führt vermutlich dazu, dass für Beihilfeberechtigte, die eine Indikation für eine KZT hätten, stattdessen zunächst ein Erstantrag nach BBhV gestellt wird und dann das Behandlungskontingent nicht ausgeschöpft wird.

Demgegenüber sind unter den untersuchten gesetzlich Krankenversicherten ca. 60 % Umwandlungsanträge (vs. 40 % Erstanträge). Lieberz et al. (2010) erklärten die hohe Anzahl an Umwandlungsanträgen damit, dass Therapeuten damit die Möglichkeit des nicht begutachtungspflichtigen KZT-Verfahrens nutzen. Durch die KZT ist der Therapiebeginn flexibler gestaltbar, die Motivation der Patienten kann überprüft werden, die Indikation sowie das therapeutische Bündnis gefestigt werden. Allerdings bedeutet die hohe Anzahl an Umwandlungen auch, dass der Therapieerfolg in den ersten 25 Sitzungen nicht erlangt wird und aufgrund des anhaltenden Symptomdrucks die Therapie in eine LZT umgewandelt werden muss.

Beantragte Therapie: Tfp/ AP

Analytische Psychotherapie wurde in der Beihilfe weniger beantragt. Dies ist bemerkenswert, da sich die gebildeteren (s. 4.4.1) Beihilfeberechtigten häufiger auch in AP befinden könnten

(Franz, 1997; Franz et al., 1999; Rüger & Leibing, 1999; Scheidt et al., 1998). Vermutlich scheitert die Realisierung des Behandlungsplans aber oft an den finanziellen Umständen. Beihilfepatienten sind in der Regel zusätzlich privat krankenversichert (s. 1.2.4), wobei diese Versicherungen selten den Leistungsumfang einer AP umfassen und für den Patienten mit nicht unerheblichen persönlich zu tragenden Zusatzkosten verbunden wäre. Da weite Teile der Bevölkerung Ängste davor haben, bestimmte Gesundheitsleistungen von der Krankenversicherung nicht bewilligt zu bekommen (Brechtel et al., 2016), kann es bei Beihilfeberechtigten aus ökonomischen Gründen (begrenzte Zuzahlungen seitens der PKV) zu einer Vermeidung oder verspäteten Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen führen.

Weiterhin wären drei Gründe zu erwägen. Erstens, zum Zeitpunkt der Untersuchung waren die Bewilligungsschritte für analytische Psychotherapie in der BBhV begrenzter als in der RLPT (Behandlungskontingente: 80 statt 160 Sitzungen; s. Tabelle E 1). Dadurch gab es bei der BHF (über die Jahre immer) weniger attraktive Anreize als bei den größeren Bewilligungsschritten in der GKV, eine analytische Psychotherapie zu beantragen. Zweitens muss bei den „gesünderen“ Beihilfeberechtigten, für die nur eine Kurzzeittherapie indiziert wäre, nach BBhV auch ein Langzeittherapieantrag gestellt werden, weshalb für diese Patientengruppe eher ein TfP- als ein AP-Antrag gestellt wird. Drittens, werden Beihilfeberechtigte verhältnismäßig häufig von Ärzten behandelt (Confounder; s. 3.5). Nach Rüger and Bell (2004) hatten Ärzte nur in ca. 30 % eine analytische Weiterbildung, und können daher oftmals ausschließlich eine TfP anbieten. Solche systemischen Rahmenbedingungen können also deutlichen Einfluss auf die Indikationsstellung, die Therapieplanung und damit auch auf das Therapieergebnis nehmen.

Beantragte Therapie: Einzel/ Gruppe

In dieser Untersuchung wurden signifikant weniger Gruppentherapien für Beihilfeberechtigte beantragt. Es ist bekannt, dass in der GKV hauptsächlich Einzeltherapien durchgeführt werden und Gruppentherapie sowohl bei Patienten (da nicht aller Augenmerk auf dem Patienten selbst liege) als auch bei den Therapeuten (anstrengendere Arbeit bei den Sitzungen trotz keiner höheren Vergütung, fehlende Gruppenzusatzausbildung) unbeliebt ist (Lieberz et al., 2014). Die Beihilfeberechtigten befinden sich beinahe ausschließlich in Einzelpsychotherapien. In der GKV sind ebenfalls hauptsächlich Einzeltherapien, aber immerhin ca. 16 % werden in einer Gruppenpsychotherapie behandelt. Dieser sehr hohe Anteil an Gruppentherapien in

der RLPT weist darauf hin, dass es einen ausgeprägten Zuweisungsbias geben muss, d. h. dass dem Gutachter in ungewöhnlich hohem Ausmaß Gruppentherapieanträge zur Begutachtung zugeschickt worden sind. Denn bekanntlich führen Gruppentherapien auch in der RLPT bis heute ein eher bescheidenes Dasein und machen bei den psychodynamischen Verfahren lediglich zwischen 2-3% der Anträge aus (Lieberz et al., 2014).

Beihilfeberechtigte wollen vielleicht bevorzugt in einer Einzelbehandlung als in einer Gruppe behandelt werden (da nicht aller Augenmerk auf dem Patienten selbst liegt; „Einzelkind will nicht mit Geschwistern teilen und rivalisieren“). Bereits Rüger and Leibing (1999) zeigten, dass mit höherer Schulbildung auch die allgemein schon geringe Präferenz zur Gruppenpsychotherapie sinkt zugunsten von Einzeltherapien. Sie fragten sich, ob die Indikation für eine Gruppenpsychotherapie sich darauf begründet, dass in den unteren Bildungsschichten häufiger eine interaktive Intelligenz vorliege. Oder ob sich Menschen mit höherer Bildung aufgrund ähnlicher Lebenswege familiärer/ intimer verbunden fühlen, sodass sich Psychotherapeuten und höher gebildete Patienten im gegenseitigen Einverständnis für eine intensivere Einzeltherapie entscheiden. Wenn man sich in Erinnerung ruft, dass Beihilfeberechtigte eine höhere Schulbildung und Berufsausbildung genossen haben, ist der hier vorgefundene hohe Anteil an Einzeltherapie unter Beihilfeberechtigten mit der Studienlage kongruent.

Beihilfeberechtigte können sich das vermutete „Privileg“ einer privaten Einzeltherapie von ihren Therapeuten wünschen. Denn privat Versicherte sind gegenüber gesetzlich Krankenversicherten mündigere Patienten (aufgrund höherer (Aus-) Bildung) und haben ein größeres Mitspracherecht (aufgrund des privaten bzw. durch Beihilfe privilegierten Versicherungsstatus), sofern sie ihre Präferenzen gegenüber den Therapeuten stärker durchsetzen können. Sie schätzen eine individualisierte Behandlung als effektiver ein.

Außerdem erwarten Beihilfeberechtigte (Beamte, Lehrer, öffentlich exponierte Personen) einen diskreten Umgang mit ihren Beschwerden (in einer Gruppentherapie ist man nicht ausschließlich auf die Schweigepflicht des Therapeuten angewiesen, sondern muss auch auf die Diskretion der anderen Teilnehmer vertrauen).

Zusammengefasst üben die Rahmenbedingungen starken Einfluss auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung aus.

4.5 Vergleich der wichtigsten Ergebnisse mit der Literatur

4.5.1 Charakterisierung der Eigenschaften von privat krankenversicherten Studienpopulationen

In dieser Studie wurden die Beihilfeberechtigten in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung valide charakterisiert, wie der Vergleich zu der Studienpopulation der TRANS-OP-Studie zeigt, die psychotherapeutisch behandelte Patienten aus der PKV untersucht hatte (Gallas et al., 2008; Gallas et al., 2010; Puschner & Kordy, 2010; Puschner et al., 2004; Puschner et al., 2007; Puschner et al., 2008). Deren Stichprobe bestand ebenfalls aus hoch (aus-) gebildeten Personen, wovon die meisten einen Universitätsabschluss besaßen. Es gab eine hohe Prozentzahl männlicher Patienten im Vergleich zu anderen Studien. Desgleichen gab es mehr verheiratete als ledige Personen. Die überwiegenden ICD-10-Diagnosen waren ebenfalls aus den Kategorien F3 und F4, wobei Verhaltensstörungen mit organischen Komponenten oder Persönlichkeitsstörungen selten auftraten.

4.5.2 Charakterisierung der Versorgung von privat krankenversicherten Studienpopulationen

Im Unterschied zu der TRANS-OP-Studie findet sich bezüglich der Therapieform (TfP/ AP) in dieser MARS-Untersuchung unter Beihilfeberechtigten mit 13,3 % AP (vs. TfP) eine deutlich niedrigere Quote als unter den PKV-Patienten der TRANS-OP-Studie mit 25,3 %. Zepf et al. (2003b) zeigten auch im Unterschied zur MARS-Studie eine Quote der AP unter „PKV/ Beihilfe/ Selbstzahlern“ von mindestens 21,4 %. Die Benachteiligung der AP durch die BBhV (s. 4.4.5) kann diesen auffälligen Befund erklären. Insgesamt muss nach dieser Studienlage wohl davon ausgegangen werden, dass unklar ist, ob Beihilfepatienten hinsichtlich der AP eher einer Unterversorgung oder einer Überversorgung unterliegen.

Der zeitliche Unterschied zwischen den Erhebungszeitpunkten der TRANS-OP-Studie (1998-2000) und der MARS-Studie (2007-2012) lässt auch an eine Beeinflussung durch den steigenden Stellenwert der Verhaltenstherapie denken, so dass sich das Indikationsspektrum in diesem Zeitraum verbreitert hat (zuungunsten der AP). Jedoch gibt es im Gegensatz zur TRANS-OP-Studie in der MARS-Studie eine Kontrollgruppe der GKV, die gegenüber der Beihilfe signifikant höhere, fast doppelt so große Häufigkeiten der AP aufweist. Durch diese Kontrolle als

Relation kann bestätigt werden, dass Beihilfeberechtigte signifikant seltener analytisch therapiert werden.

4.5.3 Soziodemographie beeinflusst seelische Gesundheit

Der Anspruch auf Beihilfe ist nur einer bestimmten Bevölkerungsgruppe vorbehalten (s. 1.2.4). Jene Beihilfeberechtigte besitzen einen hohen sozioökonomischen Status, eine hohe (Aus-) Bildung, wenig biographische Belastungen, ein stabiles soziales Umfeld und ein sicheres Beschäftigungsverhältnis. Diese stabilisierenden, protektiven Eigenschaften sind starke Confounder und prognostische Marker, die sich positiv auf die seelische Gesundheit auswirken (s. 4.4.1). Dass die Beihilfeberechtigten in dieser Untersuchung seelisch gesünder sind als die gesetzlich Krankenversicherten muss also vor dem soziodemographischen Hintergrund betrachtet werden.

4.5.4 Einfluss des Versorgungszweigs auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung

Wie der Kostenträger Beihilfe/ PKV die Therapeuten bei der Indikationsstellung beeinflussen kann, zeigten Zepf et al. (2003b) in einer bundesrepräsentativen Umfrage zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Erwachsenen. Die Autoren zeigten den Einfluss von Kostenträgern auf den Zugang zu Psychotherapie und auf die Therapieform (kürzere Wartezeiten, höhere Behandlungsquoten, mehr Langzeittherapie, eher psychoanalytische begründete Verfahren).

Die Stichprobenverteilung von Beihilfe- und RLPT-Anträgen in der MARS-Studie (Beihilfe 18,1 % vs. GKV 81,9 %) entspricht in etwa der Verteilung der o. g. bundesrepräsentativen Umfrage zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (Zepf et al., 2003b), die unter Behandelten eine Verteilung von 12,8 % „Selbstzahler/ Beihilfe/ Privatversicherung“ vs. 87,2 % „Primär-/ Ersatzkassen (= GKV)“ beschrieb. Die Verteilung der Versicherten in der BRD liegt bei ungefähr 5 % Beihilfeberechtigten, 5 % anderen privat Krankenversicherten und 90 % gesetzlich Krankenversicherten (s. 1.1.5). Da beide (MARS und Zepf) Stichproben nur mit Einschränkungen auf die Gesamtpopulation der ambulant psychotherapeutisch Behandelten

(GKV und PKV) hochgerechnet werden können, lässt sich zumindest unter Vorbehalt vermuten, dass es eine Diskrepanz zwischen allen Versicherten und den sich in ambulanter PT befindlichen Versicherten gibt. Privatversicherte haben kürzere Wartezeiten auf Probesitzungen oder Therapien und sind in der PT überrepräsentiert (Zepf et al., 2003b). Die Autoren schlussfolgerten, dass die Honorierung Anreize schafft und eine Überversorgung der privat Krankenversicherten bedingt. Allerdings haben diese Anreize im Laufe der letzten Jahre deutlich abgenommen und zum jetzigen Zeitpunkt werden Psychotherapien in der GKV besser bezahlt als unter Beihilfe-/ PKV-Bedingungen. Dass die Beihilfeberechtigten in der hier durchgeführten Untersuchung weniger seelische Beeinträchtigungen aufweisen, ist plausibel. Es ist jedenfalls nicht von der Hand zu weisen, dass die **Indikationsstellung oft eher am Versorgungszweig statt an der klinischen Symptomatik, der Beeinträchtigungsschwere, dem Persönlichkeitsstrukturniveau und an der notwendigen Behandlungsbedürftigkeit ausgerichtet ist.**

Rahmenbedingungen beeinflussen Versorgung maßgeblich

Vorschriften aus der BBhV (rechtliche Rahmenbedingungen) zeichnen sich in den Ergebnissen ab (v. a. 3.6 Angaben zum Therapieantrag). Nach BBhV sind keine KZT vorgesehen, es werden also statt einer KZT eine niedrigschwellige TfP beantragt (als Erstantrag), im Verhältnis auch weniger AP und wahrscheinlich auch weniger Gruppentherapie.

Dass die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen die Versorgungspraxis maßgeblich steuern, wurde bereits in vorhergehenden Untersuchungen in der MARS-Studie festgestellt. Rechtliche Rahmenbedingungen (z. B. PT-R) fordern von den Therapeuten, die Therapieplanung (Ziel, Zeitaufwand, Methode, klinische Voraussetzung des Patienten) den Gutachtern im GAV vorzulegen (Rudolf & Rüger, 2001). Der Einfluss der klinischen Indikation auf Art des Therapieantrages (Erst-/ Umwandlungsantrag) (Lieberz et al., 2010), auf die Therapieform (AP/ TfP) (Lieberz et al., 2015) oder das Therapieformat (ET/ GT) (Lieberz et al., 2014) ist gering gegenüber dem Einfluss der rechtlichen (PT-R) und strukturellen (Wohnort/ Psychotherapeutedichte, Qualifikation der Therapeuten) Rahmenbedingungen. Finanzielle Rahmenbedingungen schaffen Anreize, wie das Beispiel aus früheren Zeiten verdeutlicht, als diagnostische Leistungen aus finanziellen Gründen von den probatorischen Sitzungen in eine Kurzzeittherapie verlagert wurden (Lieberz et al., 2010). Die von den PT-R abweichenden Rahmenbedingungen der Beihilfe (BBhV) führen dazu, dass Beihilfeberechtigte anders versorgt werden.

4.6 Schlussfolgerungen

Diese Studie befasst sich explizit mit der seelischen Gesundheit von Beihilfeberechtigten in der ambulanten Psychotherapie. In diesem Kapitel wird erörtert, was die Ergebnisse dieser Studie für Patienten und Gesundheitssystem bedeuten und welche direkten Empfehlungen für die Praxis daraus resultieren. Darüber hinaus werden Schwachstellen der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland genannt und Optimierungspotentiale diskutiert.

4.6.1 Ergebnisse dieser Studie

- i. In dieser naturalistischen Querschnittsstudie wurde gezeigt, **dass sich die ambulante psychodynamische Psychotherapie der Beihilfeberechtigten und der gesetzlich Krankenversicherten unterscheiden**: sowohl in den soziodemographischen, klinischen und biographischen Patientendaten als auch in der Zusammensetzung der Therapeuten und der beantragten Therapieart.

In der hier durchgeführten Studie wurden die Beihilfeberechtigten in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung zwar valide charakterisiert, wie der Vergleich zeigt zu der Studienpopulation der TRANS-OP-Studie, die psychotherapeutisch behandelte Patienten aus der PKV untersucht hatte (Puschner & Kordy, 2010). Aber auch wenn die Beihilfeanträge in dieser Studie konsekutiv eingespeist wurden, kann nicht unbedingt davon ausgegangen werden, dass eine hinreichende Repräsentativität erreicht worden ist.

- ii. Die Ergebnisse aus der naturalistischen Beobachtung deuten darauf hin, **dass Beihilfeberechtigte, die eine Behandlung nach der BBhV beantragen, seelisch gesünder sind**. Beihilfeberechtigte haben geringere Beeinträchtigungs-Schwere-Scores (BSS) (BSS-Summe: 4,20 vs. 5,18) sowie weitere stabilisierende Ressourcen (soziales Umfeld, hohes (Aus-) Bildungsniveau, hoher sozio-ökonomischer Status, weniger biographische Belastungen, Erstmanifestation bzw. keine Krankheitsvorgeschichte, weniger Multi- oder Komorbiditäten).

Die positive Selektion der Beihilfeberechtigten muss berücksichtigt werden (Beamte müssen als Ernennungsvoraussetzung die gesundheitliche Eignung erfüllen):

Es lässt sich feststellen, dass die Beihilfeberechtigten ein noch höheres (Aus-) Bildungsniveau haben als die ohnehin schon positiv sozial selektierten gesetzlich Krankenversicherten (BHF 61 % Fachabitur/ Abitur gegenüber 37 % in der GKV; s. 4.4.1 *Höchster Schulabschluss*).

Als Erklärungsmöglichkeiten für die Unterschiede zwischen Beihilfe und GKV ergeben sich, dass ein abgeschlossener Schulabschluss und noch dazu ein möglichst hoher Schulabschluss oft die Voraussetzung für eine Verbeamtung sind. Es gibt de facto keine Verbeamtung ohne Schulabschluss. Der Staat verbeamtet kaum Hauptschüler. Da die meisten Beamten im gehobenen oder höheren Dienst beschäftigt sind (s. 4.4.1 *letzter (oder zuletzt ausgeübter) Beruf*; Vgl. auch Statistisches Bundesamt (2010c, S. 31)), werden in diesen Stellen Beamte mit einer hohen Schulausbildung eingestellt.

- iii. **Zusätzlich werden Beihilfeberechtigte anders versorgt.** Sie beantragten meistens eine Behandlung im Einzelsetting in tiefenpsychologisch fundierter Langzeit-Psychotherapie, die von ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt wurde. Unter Beihilfeberechtigten wurden weniger Gruppentherapie und analytische Psychotherapie beantragt. Sie werden nach BBhV nicht von Ausbildungskandidaten behandelt. In der BBhV ist eine Kurzzeittherapie (da Ländersache, nur in HH anders) nicht vorgesehen.

Es ist davon auszugehen, dass aus historischen Gründen (früher durften nur Ärzte die Anträge im Rahmen der BBhV stellen) in diesen retrospektiven Daten die Beihilfeberechtigten eher von Ärzten und in TfP behandelt werden. Durch das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) wurde 1998 ein Entwicklungsprozess in der psychotherapeutischen Versorgung eingeleitet, sodass sich das Verhältnis der Berufsgruppen und Therapieform in Zukunft weiterhin ändern wird (s. 4.4.4 *Therapeutenberuf*). Die untersuchte Stichprobe wird nicht longitudinal verfolgt und beschreibt daher einen Augenblick eines sich entwickelnden Prozesses.

4.6.2 Bedeutung für Patienten und Gesundheitssystem

Die Ergebnisse dieser Arbeit werden höchstwahrscheinlich beeinflusst von zwei Faktoren. Erstens werden die Ergebnisse beeinflusst durch Regelungen des Beschäftigungsverhältnisses von Beamten und durch allgemeine Rahmenbedingungen der Krankenfürsorge (s. u. iv.).

Zweitens werden die Ergebnisse beeinflusst durch die Beihilfevorschriften zu psychotherapeutischen Behandlungen (s. u. v.).

- iv. Es gibt **Regelungen, die speziell nur bei Beamten und anderen Beihilfeberechtigten vorkommen** im Gegensatz zu Gegebenheiten in der GKV. Die Dienstunfähigkeitsuntersuchung vor Verbeamtung soll garantieren, dass die Beschäftigten möglichst gesund und resilient sind. Da alle Beamten diese Voraussetzung erfüllen, findet man unter allen Beamten wenige seelische Störungen oder Vulnerabilitäten.
Falls jedoch ein Beihilfeberechtigter psychisch leidet, besteht die Gefahr, dass er Hilfe aus Angst vor Stigmatisierung innerhalb der Dienststelle oder vor Zwangspensionierung weniger in Anspruch nimmt. Therapieanträge können von Beihilfezuständigen in oder nah der eigenen Dienststelle des Patienten bearbeitet werden. Diese Stigmatisierungsgefahr könnte zusammen mit der de facto gegebenen finanziellen Unterversicherung der Beihilfeberechtigten (begrenzte Zuzahlungen seitens der PKV) zu einer Verzögerung der Behandlungsaufnahme und damit zu einer Chronifizierung der Beschwerden beitragen. In dieser Arbeit wird aufgezeigt, dass recht viele Pensionäre eine Psychotherapie in Anspruch nehmen, obwohl psychische Störungen normalerweise eher in der noch arbeitenden Bevölkerung auftauchen. Dies könnte die These erhärten, dass Beihilfeberechtigte soziale Stigmata und berufliche Repressalien befürchten (da sich bei den Pensionären somatische Erkrankungen und chronifizierte Beschwerden nicht häufiger auftreten).
- v. Die Ergebnisse dieser Studie (s. o. iii.) lassen vermuten, dass **Rahmenbedingungen (Gesetze wie z. B. Bundesbeihilfevorschriften, Kostenträger, finanzielle Ressourcen) maßgeblich entscheidend sind für die Versorgungsrealität von beihilfeberechtigten Patienten.**

Der psychotherapeutische Behandlungsprozess von beihilfeberechtigten Patienten wird durch verschiedene Faktoren sowohl gefördert als auch behindert:

Einerseits hatte die Absicherung einer privaten Krankenversicherung zum Zeitpunkt der jetzigen Untersuchung einen positiven Einfluss auf die Schnelligkeit der Terminvergabe und damit einen leichteren Zugang zu Therapien. Außerdem sind bei Beihilfeberechtigten günstigere Voraussetzungen für eine PT (z. B. (Aus-) Bildung) gegeben. Aus dem Versichertenstatus ergibt sich eine positive Selektion.

Andererseits wirken Stigmatisierungs- und Diskriminierungseffekte in die Gegenrichtung. Selbst- und Fremdstigmatisierung, die Furcht vor beruflichen Repressalien und die Widrigkeit mangelnder Kostenerstattung der beantragten Leistungen stellen versorgungstechnische Bürden für die beihilfeberechtigten Patienten dar.

Summa summarum liegen therapieförderliche Faktoren bei Beihilfepatienten vor. Sie bringen bessere Ausgangsbedingungen für eine Psychotherapie durch ihren Versichertenstatus (v. a. PKV) mit. Es wirken bei ihnen aber auch entgegengesetzt Stigmatisierungs- und Diskriminierungseffekte. So scheinen Beihilfeberechtigte sicherlich im dualen Krankenversicherungssystem nicht nur privilegiert, sondern zugleich in ihrer psychotherapeutischen Versorgung auch eingeschränkter zu sein.

4.6.3 Direkte Empfehlung für die gesetzgeberische und versorgungswissenschaftliche Praxis

- vi. Die Psychotherapie-Richtlinien und Bundesbeihilfevorschriften sollten die Versorgungsrealität berücksichtigen, gewissenhaft evaluiert werden und sich folglich entweder evidenzbasiert voneinander unterscheiden oder aneinander angepasst werden (wie konsequenterweise geschehen, als die Bewilligungsschritte für AP bei der Fassung der BBhV vom 11.12.2018¹³) angepasst wurden).
- vii. Der Graubereich der Unbehandelten ist wie bei allen psychischen Erkrankungen auch in der Beihilfe eine Herausforderung. Punktuell unter Behandelten sind zwar Beihilfeberechtigte seelisch gesünder als gesetzlich Krankenversicherte. Trotzdem kann die Inanspruchnahme von Psychotherapie gering sein, z. B. weil Beihilfeberechtigte vor mangelnder Kostenerstattung der beantragten Leistungen oder vor Stigmatisierung in der Dienststelle bangen. Ob sich psychische Störungen bei Beihilfeberechtigten eher unter dem Deckmantel somatischer oder funktioneller Erkrankungen zeigen, kann in Zukunft erörtert werden.
- viii. Weitere Studien werden benötigt, um Prognosemarker für psychotherapeutische Behandlungen zu verstehen. Dennoch zeigt diese Studie Fehlversorgung auf und leistet

¹³ Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) vom 13. Februar 2009 (BGBl. I S. 326-389), geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387)

damit einen Beitrag, damit in Zukunft eine umfassendere Differentialindikation in der ambulanten Psychotherapie zu effizienter Allokation von therapeutischen Ressourcen führen kann.

Es handelt sich bei Beihilfeberechtigten um eine besondere Patientengruppe. Um die wirksame Qualitätskontrolle durch das Gutachterverfahren (oder eine andere Form der Qualitätssicherung) zu verbessern, sollten die BBhV an die Verfahren der GKV angeglichen werden sowie neu implementierte und aktuell diskutierte Verbesserungsmaßnahmen evaluiert werden (Ergebniseinschätzung der Therapeuten in Abschlussberichten, Patientenselbsteinschätzung bei Behandlungsbeginn und -ende, routinemäßige Verwendung der Gutachter-Kriterien-Liste, *critical incident report system (CIRS)*, integrierte Versorgungsmodelle, sektorenübergreifende digitale Vernetzung, Verzahnung von stationärer und ambulanter PT, Informationsaustausch mittels einer sicheren elektronischen Gesundheitsakte, Telemedizin; „*digital health*“-Monitoring und Langzeit-*follow-up* von psychotherapeutisch behandelten Patienten, um personalisierte *pathways* und eine individuell zugeschnittene und optimale Versorgung von psychischen Erkrankungen zu erreichen).

4.7 Ausblick auf Verbesserungsmaßnahmen in der psychosomatischen Versorgung

4.7.1 Probleme in der Versorgungsrealität

Schlechte Versorgung (Diskrepanz zwischen Bedarf und Versorgung, strukturelle Defizite)

Psychische und psychosomatische Erkrankungen stellen in Deutschland eine gesellschaftliche Herausforderung dar (Herzog et al., 2012).

Zum einen gibt es eine Diskrepanz zwischen Bedarf und Versorgung. In der psychotherapeutischen Regelversorgung werden Populationen mit höherem sozio-ökonomischen Status überproportional versorgt, während bildungsfernere und sozial schwache Personen eher vernachlässigt werden, obwohl in niedrigeren Bildungsschichten die Prävalenz psychischer Erkrankungen höher ist (Schepank, 1987). Damit wird deutlich, dass es mehr niedrigschwellige Angebote für Personen geben muss, die bisher noch keinen Zugang zu psychotherapeutischen Behandlungsangeboten wahrgenommen haben.

Zum anderen sind strukturelle Defizite (Altmann et al., 2016) festzustellen, sodass die ungünstige Ausgangslage noch weiter verschärft wird: Z. B. lange Wartezeiten, eine manifeste Unterversorgung in ländlichen Regionen, unverhältnismäßige bürokratische Aufgaben für Behandler und mangelhafter sektorübergreifender Informationsaustausch. Die Wartezeiten auf einen ambulanten Therapieplatz in der RLPT liegen trotz neuer PT-R (vom 1. April 2017) und Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde (= niedrigschwelliger Zugang) weiterhin zwischen vier und fünf Monaten (BPtK, 2018; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009).

Hohe Kosten

Psychische und psychosomatische Störungen führen zu volkswirtschaftlichen Belastungen, wenn Behandlungskosten und Arbeitsunfähigkeit nicht begrenzt werden. Die Behandlungskosten von Patienten mit chronischen psychischen Störungen sind doppelt bis dreimal so hoch wie von psychisch gesunden Patienten; den Großteil der erhöhten Kosten kann man somatischen Behandlungen zuschreiben anstelle von psychischen (Melek et al., 2018).

4.7.2 Zielsetzung von Verbesserungsmaßnahmen

Als Ziele von Neustrukturierungsmaßnahmen im Gesundheitssystem sollte man sowohl die Zufriedenheit (vor allem der Patienten) verbessern als auch gleichzeitig die Kosten eindämmen oder sogar senken.

4.7.3 Value-Based Healthcare (VBHC) als Lösungsansatz

Implementierung von VBHC in Gesundheitssysteme im Allgemeinen

Value-Based Healthcare bezeichnet die patientenzentrierte, wert(e)orientierte Planung, Steuerung, Monitoring, Anpassung und Bewertung des Gesundheitswesens. Dabei richtet sich das Gesundheitssystem an denjenigen Werten (Behandlungsergebnissen) aus, die für die Patienten oder Bevölkerungsgruppen relevant sind. Value (*engl. für Wert*) beschreibt das Verhältnis von patientendienlichem outcome (*engl. für Ergebnis*) und den dabei eingesetzten finanziellen Ressourcen.

Porter and Guth (2012) stellen den Patienten in den Mittelpunkt jeder Maßnahme und benennen sechs Schritte in Richtung VBHC in Deutschland: 1. Organisation von patientenzentrierter statt ärztezentrierter Versorgung 2. Kontinuierliche Kosten- und *outcome*-Messung für jeden Patienten 3. Spezialisierte, interdisziplinäre Zentren (*engl. integrated practice unit – IPUs*) 4. Flächendeckende, überregionale Exzellenzbereiche mit hohen Patientenvolumina 5. Informations-Technologieplattform zur Vernetzung von Leistungserbringern über getrennte Einrichtungen 6. Erstattung durch pauschale Zahlungen (*engl. bundled payments*) für definierte Versorgungszeiträume und intersektorale „Versorgungszyklen“ (*engl. care cycles*). Damit trennt sich VBHC von dem System der Leistungsvergütung (*engl. fee-for-service*), welches falsche Anreize setzt, sodass eher mehr Therapie bezahlt wird als gut wirkende Therapie.

Die Diskussion darüber, Vergütung nur bei Therapieerfolg zu leisten, bedeutet für die psychotherapeutische Praxis eine zweiseitige Angelegenheit. Zum einen wäre es eine Chance, die Validität, Reproduzierbarkeit und Wirkung von Psychotherapie auch gegenüber anderen Leistungserbringern zu behaupten. Da auch psychotherapeutische Verfahren wie alle anderen ärztlichen Leistungen kein Selbstzweck sind, müssen sie sich ebenso marktwirtschaftlichen Prinzipien nicht entsagen. PT sollte pauschale Zahlungen (*engl. bundled payments*) als Chance begreifen, das Qualitätsmanagement an neuen oder besseren Kriterien auszurichten (trotz

der Schwierigkeit, dass jeder therapeutische Prozess sich voneinander unterscheidet und sich hochindividuell gestaltet).

Zum anderen gestaltet sich die *outcome* Messung und vor allem die Bewertung einer Therapie schon seit Anbeginn der Psychotherapie als komplex und bis dato weitestgehend nicht vorhersagbar. Daher würde dies auch eine hohe Verantwortung und finanzielles Risiko für Psychotherapeuten bedeuten, deren Erstattungsleistungen unmittelbar an den therapeutischen Prozess gekoppelt wären. Dieser Lenkungsmechanismus erscheint zwar sinnvoll bei hochstandardisierbaren Leistungen im somatischen Bereich, würde der Natur der individuell angepassten PT aber diametral widersprechen.

Im Folgenden werden einige innovative Konzepte für die psychotherapeutische/ psychosomatische Versorgung beschrieben:

Hausärzte/ Primärmedizin

Hausärzten kommt eine Schlüsselstellung in der Primärversorgung psychischer Krankheiten zu. Beinahe 70 % der Patienten mit psychischen oder psychosomatischen Beschwerden im ambulanten Bereich wenden sich an den Allgemeinmediziner oder werden von Fachärzten anderer somatischer Disziplinen behandelt (Albani et al., 2010; Grabe et al., 2005; Larisch et al., 2013; Wittchen & Jacobi, 2001). Hausärzte sind langjährige Begleiter der Patienten (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM), 2012; Independent Commission for the Royal College of General Practitioners and the Health Foundation, 2011). Sie kennen besonders umfassend die Lebensgeschichte, das soziale Umfeld und das gesundheitliche Befinden des Patienten. In der Lotsenfunktion stellen sie oft die Weichen für psychotherapeutische Behandlungen (in dem Terminservice- und Vorsorgegesetz (TSVG) vom 11. Mai 2019 finden sie neben den Terminservicestellen nicht nur eine ergänzende, sondern sogar führende Rolle bei der Terminvermittlung). Die Schlüsselstellung der Primärmedizin kann zur Erkennung/ Linderung/ Heilung psychischer Krankheit führen.

In einer VBHC ordnet der Allgemeinmediziner den Patienten einem sorgfältig ausgewählten interprofessionellen Versorgungsteam zu (*engl. care-coordinated team*). Gemeinsam nutzen alle Anbieter der koordinierten Versorgung intersektoral eine elektronische Patientenakte

(ePA). Die Koordination wird für den Hausarzt übersichtlicher und zielgerichteter, für Versorger wird der Zugang zu den Patienteninformationen leichter zugänglich und für den Patienten wird seine Behandlung transparenter. Ein solcher Datenaustausch reduziert redundante Pflege, medizinische Leistungen und damit verbundene Kosten.

VBHC in der Psychosomatischen Versorgung

Der Facharzt (FA) für Psychosomatik und Psychotherapie kann neben einer geregelten Sprechstunde auch im Sinne der VBHC in Kliniken, MVZs oder Versorgungszyklen eine integrierende, psychosoziale Verbindungsstelle wahrnehmen. In der Betreuung somatischer Krankheiten hängt seelische Gesundheit eng mit *outcomes* zusammen (Baumhauer & Bozic, 2016). Daher sollte mit PROM (*patient-reported outcomes*) frühzeitig nach psychischen Komorbiditäten gescreent werden. Dann kann der FA für psychosomatische Medizin die Versorgung von psychischen Komorbiditäten übernehmen, die durch organische Defizite hervorgerufen werden oder funktionelle Beschwerden verursachen.

Über die effizienteste Dosis von Psychotherapie (Howard et al., 1986), also die Behandlungsdauer (Sitzungsanzahlen), gibt es widersprüchliche Forschungsergebnisse. Therapieeffekte werden für bestimmte Störungsbilder bei kurzer (Zipfel et al., 2014) Behandlungsdauer beschrieben und für andere Störungsbilder bei längerer (Gallas et al., 2010) Behandlungsdauer (s. 1.1.4). Es bedarf daher einer Verbesserung der Patientensteuerung insofern, dass der jeweilige Patient, je nach Krankheitsbild, Schweregrad der Störung, Chronifizierung etc., die für ihn aktuell vielversprechendste Therapie erhält. Dies ist im Bereich der Psychotherapie allerdings schwer zu realisieren, jedenfalls schwieriger als im Bereich der somatischen Medizin. Zudem ist dabei aus psychodynamischer Sicht noch nicht berücksichtigt, dass der Therapeut selbst eine entscheidende Variable in diesem Behandlungsprozess ist und erheblichen Einfluss auf Verlauf und *outcome* der Behandlung nimmt. Die Interaktion zwischen Patient und jeweiligem Therapeut entscheidet letztlich über das Behandlungsergebnis (Lambert & Ogles, 2014), welches insbesondere im Bereich der Psychotherapie ein relatives sein wird und bleiben wird, da es entscheidend auch von der Ausgangslage des Patienten abhängig ist.

Die sprechende Medizin sollte sich in VBHC bemühen, die Lebensqualität für den Patienten zu steigern und gleichzeitig Ressourcen für das System zu schonen. Denn beides stellt *Value* für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft dar.

Integrierte Versorgung (bisherige Probleme & Lösungskonzepte)

Alle medizinischen Fachbereiche sollten den Menschen in den Mittelpunkt stellen, z. B. indem zwischenmenschlicher persönlicher Kontakt in der Gebührenordnung angemessener vergütet wird. Der hohe Versorgungsbedarf an behandelbaren und behandlungsbedürftigen psychischen Krankheiten könnte somit bis zu einem gewissen Grad gedeckt und gesenkt werden.

Derzeit gibt es im fachärztlichen, hausärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungssektor Potential, gemeinsam Diagnosen zu stellen sowie interdisziplinär und interprofessionell besser zu kollaborieren (Bermejo et al., 2010). Die patientenzentrierte Versorgung (Rush & Thase, 2018) steht der derzeitigen Praxis der ärztezentrierten Konkurrenz um Vergütung gegenüber, die den Pool an finanziellen Ressourcen mindert. Die zur Verfügung stehenden Gelder könnten effizienter genutzt werden, wenn Gesundheitsprofessionen ihren Erfolg an patientendienlichen *outcomes* orientieren.

Eine Lösung gemäß Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) lautet: Integrative Versorgungskonzepte (multiprofessionell und interdisziplinär) mit psychotherapeutischen Kooperationen sind international empfohlene Modelle für die Verbesserung der Primärmedizin. Diese Zentren können sich auf Schwerpunkte spezialisieren. Wenn sie suffiziente Fallzahlen erreichen, entwickeln sie eine hohe Expertise zu spezifischen Störungen und gewährleisten die exzellente Therapie für den Patienten.

Im Folgenden werden einige, vielversprechende Modellprojekte aufgeführt: z. B. das integrierte Versorgungsgebiet „*Gesundes Kinzigtal*“ mit übergreifender, vernetzter, wohnortnaher Gesundheitsversorgung aller AOK- und LKK-Versicherten in einem definierten Gebiet; oder das „*Nürnberger Bündnis gegen Depression*“ leistete Aufklärungsarbeit, koordinierte die Versorgung Depressiver und senkte die Suizidalität um 20 % (Althaus et al., 2007); oder die Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) „*Ipso Santé*“ in Paris, die sich aus einem großen, medizinisch interdisziplinärem und betriebswirtschaftlichem Team zusammensetzt (Aubé, 23.11.2017); oder „*Jora Health*“, ein Unternehmen das sechzehn Gesundheitszentren in sechs US-Bundesstaaten unterhält, wo präventiv, technologie-unterstützt, mit intensivem zwischenmenschlichem Kontakt (60-minütige Konsultationen), in interprofessionellen Teams holistische Primärversorgung angeboten wird. Die Hospitalisierungsraten sanken laut des Unternehmens bis zu 37 % (Shemkus, 04.05.2015).

Auch ein *Case Management* von chronisch Depressiven durch Medizinische Fachangestellte in deutschen Hausarztpraxen zeigte, dass die Adhärenz signifikant höher war und sich die Versorgung verbessert (Gensichen et al., 2009).

Zu bedenken bleibt, dass Koordination und Kooperation auch immer zusätzliche Fehler- und Kostenquellen erzeugen kann. Zudem ist Psychotherapie, jedenfalls psychodynamischer Art, eine hochgradig individualisierte und schwer zu evaluierende Therapieform. Inwiefern die Kosten einer umfassenden psychosozialen Versorgung durch interprofessionelle und intersektorale Vernetzung beeinflusst werden können, muss kritisch beobachtet werden. Trotz der vielversprechenden Pilotprojekte können daraus keine Rückschlüsse auf die Anwendung in der breiten Regelversorgung gezogen werden. Mit dem Psychotherapeutenausbildungsgesetz (PsychThGAusbRefG vom 26. September 2019) wird der G-BA beauftragt, die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen besser zu strukturieren und die Behandlung verschiedener beteiligter Gesundheitsprofessionen (Hausärzte, Psychotherapeuten, Suchtberatungsstellen, Familiendienste) zu koordinieren.

Niedrigschwellige Angebote für bisher Unterversorgte

Schwer psychisch erkrankte Patienten befinden sich oftmals nicht in Behandlung (Jacobi, Hofler, Strehle, et al., 2014). Diese bisher oft unbehandelte Patientengruppe ist in Studien einschließlich der MARS-Studie nur schwer zu erfassen und im Versorgungsalltag schwer zu erreichen. Besonders Männer haben ein anderes Morbiditätsspektrum und Hilfesuchverhalten (s. 4.4.1), wodurch für sie andere und abgestufte Versorgungsangebote notwendig sind. Nach Hofmann and Schauenburg (2007) liegen dieser Unterversorgung folgende vier Probleme bei der Überweisung zu Grunde: „Scheu vor Öffnung, Skepsis gegenüber Psychotherapie, Angst vor Stigmatisierung, lange Wartezeiten“.

Für die bisher Unterversorgten ist eine regelmäßige ambulante Psychotherapie unter Umständen nicht praktikabel, da die Adhärenz schwächer ist, sie teilweise nicht erscheinen und es so zu Therapieausfällen und -versagen führt. Sie könnten im Rahmen der integrierten Versorgung (z. B. beim Hausarzt) an psychosoziale Unterstützung angebunden werden.

Für sie können auch computergestützte, internetbasierte Interventionen helfen, die psychische Krankheitslast dieser großen Gruppe zeitnah und wirksam zu senken (Klein et al., 2016). In ersten randomisiert kontrollierten klinische Studien zum Nachweis von Nichtunterlegenheit scheinen zumindest verhaltenstherapeutische internetbasierte Kurzzeit-Psychotherapien auch gleich wirksam wie „*face-to-face*“-Psychotherapien (CBT) gleichen Umfangs (Wagner et al., 2014). Allerdings müssen die Limitationen von hohen *drop-out rates*, *selection bias* und kleineren Effektstärken im Vergleich zu persönlichen Kontakten noch verbessert werden (Karyotaki et al., 2017). Prof. Klaus Lieberz gab (im persönlichen Gespräch im Januar 2020) Folgendes zu bedenken: "Allerdings sind psychodynamische Psychotherapien doch auf die persönliche Interaktion zwischen Patient und Therapeut und die sich daraus entwickelnde Dynamik ausgerichtet. Es ist von daher schwer vorstellbar, dass sich psychodynamische Psychotherapien dem unpersönlichen digitalen Zugang öffnen, zumal damit eine erhebliche Vertrauensproblematik verbunden wäre." Psychodynamische orientierte digitale Unterstützungssysteme sollten dennoch als Option für diese unterversorgte Patientengruppe erwogen werden.

Kontinuierliche Kosten- und outcome-Messung als innovative Forschungsmethode

Um Value zu gewährleisten, definierte Michael Porter *outcomes* über den kompletten Behandlungszyklus einer medizinischen Domäne. Bisher messen Gesundheitsprofessionen ihren Erfolg separat an den Effekten isolierter Prozeduren oder an sehr allgemeinen *outcomes*: z. B. Mortalität, Heilung. Um für eine ganzheitliche und nachhaltige Patientenversorgung zusammenzuarbeiten, orientieren sich in VBHC Gesundheitsberufler gemeinsam an multidimensionalen *outcomes*: Gesundheits- oder Genesungszustand, Symptomlast, Funktionsfähigkeit, Zufriedenheit, Unbequemlichkeit der Behandlung, die für die Genesung benötigte Zeit, unerwünschte Effekte, Nachhaltigkeit der Genesung, Langzeitverlauf. Um Prozesse und Qualität in Echtzeit einzuschätzen, sollten *outcomes* systematisch, kontinuierlich und dauerhaft für jeden Patienten erhoben werden (Porter, 2009; Porter & Lee, 2013).

4.7.4 Ergebnismonitoring (*engl. outcome measurement*) in Psychotherapie

Die Forschung in psychodynamischen Verfahren kann diese Umbrüche in der Ergebnismessung (*engl. outcome measurement*) als Chance ergreifen. Die Psychoanalytiker selbst sollten innovative, vor allem evidenzbasierte, Methoden entwickeln, da dadurch andere Fachdisziplinen die AP eher akzeptieren können (Benecke, 2014).

In VBHC können *outcome measures* allerdings nachweislich (bspw. bei Katarakt, Knieschmerz) die Zufriedenheit der Patienten (Lebensqualität) verbessern sowie medizinische Prozesse effizienter gestalten. Die Frage nach dem idealen Ergebnismonitoring in der Psychotherapie ist noch nicht ausreichend geklärt (Kendrick et al., 2016). Um die Versorgung seelischer Erkrankungen maßgeblich effizienter gestalten zu können, müssen daher in Zukunft vor allem im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung aussagekräftige, spezifische Indikatoren ermittelt werden und aussagekräftige *outcomes* erforscht werden.

Daher müssen in Zukunft vor allem im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung aussagekräftige, spezifische Indikatoren ermittelt werden, die die Versorgung seelischer Erkrankungen maßgeblich effizienter gestalten können.

Damit nur notwendige, sachgemäße und wirkungsvolle Interventionen/ Therapien bewilligt werden, bedarf es eines aussagekräftigen, validen **Monitorings**. Ein weiteres Ziel ist es, den Therapieerfolg anhand von Prädiktoren vorherzusagen. Drei Gesichtspunkte des Monitorings ambulanter Psychotherapien wurden bisher in Studien untersucht: Welche *outcomes* (therapeutische Beziehung, Symptomlast, Lebensqualität, Patienten- und Therapeutenmerkmale) werden zu welchem Zeitpunkt (vor, während oder nach der Therapie) in welchem Medium (Papierfragebogen, digitale Unterstützungssysteme, Internet) gemessen.

Darüber, **welche *outcomes*** die Wirksamkeit und Wirkung von Psychotherapie am besten beschreiben oder sogar vorhersagen, gibt es noch keinen Konsens (Wampold et al., 1997). In der TRANS-OP Studie (Puschner & Kordy, 2010; Puschner et al., 2008) wurden *outcome measures* für ambulante Psychotherapie gesucht. Dabei fokussierten sich die Autoren nicht nur auf die Ergebnisse unmittelbar nach der Therapie, sondern haben die Geschwindigkeit der Veränderung während der Therapie als *outcome* gemessen. Prozesse während der Therapie rücken mehr in den Vordergrund als nur einzelne Zeitpunkte.

Der **Zeitpunkt** validierter, systematischer Erhebungen kann als *follow-up* nach dem Therapieende stattfinden (Huber et al., 2012). Während der Therapie haben Lutz et al. (1999) *outcomes* gemessen und daraus eine adaptive Therapieplanung (*dynamic process*) entwickelt. Durch dieses *process* und *outcome measurement* während der Therapie erhalten Patient und Therapeut nicht erst nach Therapieabschluss, sondern unverzüglich eine Antwort auf die Frage, ob die Therapie wirkt. Es bleibt fraglich, ob diese adaptive Therapieplanung auch auf die psychodynamischen Verfahren übertragbar ist. Die therapeutische Beziehung und Tragfähigkeit könnte dadurch belastet werden, indem Therapeut und Patient nicht den Prozess per se bewerten, sondern die empfundene persönliche Leistung/ Motivation/ Hingabe des jeweils anderen. Um nicht in diese Personalisierung zu verfallen, sollten nur wirkliche Prozessmarker berücksichtigt werden.

Outcomes können über verschiedene **Mittel** erhoben werden. Durch das Internet können die Patienten während der Psychotherapie in Echtzeit Feedback an den Therapeuten zurückmelden (Lambert et al., 2005). Mit der Digitalisierung wird ein Monitoring während (Reese et al., 2009) und nach der Therapie als *follow-up* (Wolf, 2014) denkbar. Dadurch könnte sich die Versorgung von psychisch Erkrankten an den Ergebnissen orientieren und die Versorgung könnte direkt für zukünftig zu behandelnde Patienten optimiert werden. Internetbasierte Therapiebegleitung könnte die ambulante LZT ergänzen, weil dort Therapeut und Patient längere Zeit getrennt voneinander sind, und über den Verlauf bzw. *outcomes* erst wieder und nur in den Sitzungen gesprochen wird. Neun Jahre später müssen Lambert and Ogles (2014) konstatieren, dass das Gros der Psychotherapeuten in der Routineversorgung noch immer nicht von diesen empirisch nützlichen Methoden Gebrauch macht. Ob es daran liegt, dass die Patienten nicht noch nach Therapieabschluss regelmäßig Fragebögen ausfüllen möchten, bleibt unklar. Denn Patienten schätzen an VBHC sehr, wenn sich die Behandler lange nach Therapieabschluss noch nach ihrem Wohlbefinden und dem weiteren Krankheitsverlauf erkundigen (Nelson et al., 2015). Da sie wissen, dass ihre Therapie von der Auskunftsbereitschaft vorhergehender Patienten aufbaute, geben sie gerne den optimierungswilligen Behandlern Auskunft. Außerdem kann es für die betroffenen Patienten eine Rückfallprophylaxe bedeuten.

Psychotherapeuten halten sich leider noch zurück bei der Teilnahme an Psychotherapiestudien und innovativen Ergebnismessungen. Obwohl die Mehrheit der Therapeuten Forschung für sinnvoll erachtet, wehren sie sich gegen einen Einblick von außen und es beteiligt sich nur

ein Zehntel von ihnen an konkreten Projekten (Rudolf, 2008). Die psychoanalytischen Verfahren werden zunehmend berufspolitisch und wissenschaftlich bedrängt und zur Rechtfertigung gedrängt. Dieser Druck steht der Befürchtung gegenüber, Schaden zu erleiden (persönlich oder als Berufsgruppe) (Taubner et al., 2012).

Die Zukunft der psychotherapeutischen Medizin sollte sich den Trends der modernen Medizin gegenüber öffnen, der Frage nach dem idealen *outcome monitoring* in der ambulanten Psychotherapie stärker nachgehen und an der Value-Based Healthcare orientieren.

4.7.5 Auf dem Weg zu Patientenzufriedenheit und effizienter Versorgung

Trotz bisheriger positiver Bestrebungen muss die biopsychosoziale Medizin weiterhin gestärkt werden, um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung medizinisch, ethisch und ökonomisch zu erzielen. In der Value-Based Healthcare (Porter, 2009) wird das Engagement und die Selbstwirksamkeit von Patienten gefördert und es werden alle beteiligten Gesundheitsberuflicher in die Verantwortung an der Gesundheit genommen (z. B. durch Fallpauschalen für intersektorale Versorgungszyklen, elektronische Technologieplattformen, integrierter Versorgung, kontinuierlicher Ergebnismessung).

Mental Health wird in der heutigen schnelllebigen Zeit und in hochentwickelten Volkswirtschaften ein immer größer werdendes Problemfeld. Diese gesellschaftlichen Herausforderungen muss man populationsbasiert auf allen drei Säulen (Prävention, Kuration, Rehabilitation) beheben. Ein derartiger Strukturwandel und Umorientierung sind leicht gefordert, aber schwerfällig umgesetzt (Lieberz, 1996, S. 141; Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach im persönlichen Gespräch März 2019). Sei es durch Schulbildung, Schaffung von Chancengleichheit, Destigmatisierung, integrierte Versorgungsmodelle, Verzahnung von stationärer und ambulanter Psychotherapie, Informationsaustausch mittels einer sicheren elektronischen Gesundheitsakte, Telemedizin, „*digital health*“-Monitoring und Langzeit-*follow-up* von psychotherapeutisch behandelten Patienten, um personalisierte Versorgungswege (*engl. pathways*) und eine individuell zugeschnittene und optimale Versorgung von psychischen Erkrankungen zu erreichen.

5 Zusammenfassung

Diese administrativ-epidemiologische Untersuchung befasst sich explizit mit der seelischen Gesundheit von Beihilfeberechtigten.

1. In der naturalistischen Querschnittsstudie wurde gezeigt, dass sich die ambulante psychodynamische Psychotherapie zwischen Beihilfeberechtigten und gesetzlich Krankenversicherten unterscheidet: sowohl in den soziodemographischen, klinischen und biographischen Patientendaten als auch in der Zusammensetzung der Therapeuten und der Therapieart.
2. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die Beihilfeberechtigten bei Therapieantrag seelisch gesünder sind als gesetzlich Krankenversicherte. Beihilfeberechtigte haben geringere Beeinträchtigungs-Schwere-Scores sowie weitere stabilisierende Ressourcen (soziales Umfeld, hohes (Aus-) Bildungsniveau, hoher sozio-ökonomischer Status, weniger biographische Belastungen, Erstmanifestation bzw. keine Krankheitsvorgeschichte, weniger Multi- oder Komorbiditäten).
3. Die ambulanten psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie und der Beihilfevorschriften unterscheiden sich. Es wurden weniger Gruppentherapien und analytische Psychotherapien in der Beihilfe beantragt.

Die Psychotherapie-Richtlinien und Bundesbeihilfevorschriften sollten die Versorgungsrealität berücksichtigen, gewissenhaft evaluiert werden und sich folglich evidenzbasiert voneinander unterscheiden oder aneinander angepasst werden, wie konsequenterweise in der BBhV (2018) geschehen, als die Bewilligungsschritte für Analytische Psychotherapie erhöht wurden. So kann der Gesetzgeber dem Einfluss der Rahmenbedingungen auf Psychotherapie gerecht werden und den Sonderstatus der Beihilfeberechtigten in den ambulanten, psychodynamischen Psychotherapieverfahren berücksichtigen.

A Literaturverzeichnis

- Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S. & Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(7), 1-87. doi: 10.1002/14651858.CD004687.pub4
- Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., Asmundson, G. J. G., Stein, M. B. & Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *Am J Public Health*, 98(5), 946-952. doi: 10.2105/ajph.2007.120253
- AG OPD (Hrsg). (1996). *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- AG OPD (Hrsg). (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Albani, C., Blaser, G. & Brähler, E. (2008). Gesundheitsberichterstattung der Krankenkassen. *Psychotherapeut (Berl)*, 53(6), 456-460. doi: 10.1007/s00278-008-0638-2
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Borkenhagen, A. & Brähler, E. (2004). Psychotherapie und Versorgungsforschung. *Psychotherapeut (Berl)*, 49(6), 407-414. doi: 10.1007/s00278-004-0397-7
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G. & Brähler, E. (2010). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. *Psychotherapeut (Berl)*, 55(6), 503-514. doi: 10.1007/s00278-010-0778-z
- Aleman, A., Kahn, R. S. & Selten, J.-P. (2003). Sex differences in the risk of schizophrenia: Evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 60(6), 565-571. doi: 10.1001/archpsyc.60.6.565
- Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Katz, S. J., Haro, J. M., De Girolamo, G., De Graaf, R., Demyttenaere, K. & Vilagut, G. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *Br J Psychiatry*, 190(4), 299-306. doi: 10.1192/bjp.bp.106.022004
- Althaus, D., Niklewski, G., Schmidtke, A. & Hegerl, U. (2007). Veränderung der Häufigkeit suizidaler Handlungen nach zwei Jahren „Bündnis gegen Depression“. *Nervenarzt*, 78(3), 272-282. doi: 10.1007/s00115-005-2031-5
- Altmann, U., Thielemann, D. & Strauß, B. (2016). Ambulante Psychotherapie unter Routinebedingungen: Forschungsbefunde aus dem deutschsprachigen Raum. *Psychiatr Prax*, 43(7), 360-366. doi: 10.1055/s-0042-115616
- American Psychiatric Association (APA). (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)*. (3. aktualisierte und revidierte Aufl.). Washington, D.C.: American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)*. (1. Aufl.). Washington, D.C.: American Psychiatric Pub.

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R. & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256(3), 174-186. doi: 10.1007/s00406-005-0624-4
- Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R. & Williamson, D. F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatr Serv*, 53(8), 1001-1009. doi: 10.1176/appi.ps.53.8.1001
- Angst, J., Paksarian, D., Cui, L., Merikangas, K. R., Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V. & Rossler, W. (2016). The epidemiology of common mental disorders from age 20 to 50: results from the prospective Zurich cohort Study. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 25(1), 24-32. doi: 10.1017/S204579601500027X
- Antonovsky, A. (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), *Psychosomatische Gesundheit Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept* (S. 3-14). Tübingen: DGVT Verlag.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. (A. Franke & N. Schulte, Übers. dt. erw. Aufl.). Tübingen: DGVT Verlag.
- Antonucci, T. C. & Akiyama, H. (1987). Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *J Gerontol*, 42(5), 519-527. doi: 10.1093/geronj/42.5.519
- Aubé, C. (23.11.2017): *Benjamin Mousnier-Lompré, cofondateur d'Ipsos Santé: aux petits soins des malades*. Online: https://lentreprise.lexpress.fr/creation-entreprise/etapes-creation/benjamin-mousnier-lompre-cofondateur-d-ipso-sante-aux-petits-soins-des-malades_1961136.html, Stand: 01.02.2019.
- Barlow, D. H. (1996). Health care policy, psychotherapy research, and the future of psychotherapy. *Am Psychol*, 51(10), 1050-1058. doi: 10.1037/0003-066X.51.10.1050
- Barth, J., Schumacher, M. & Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosom Med*, 66(6), 802-813. doi: 10.1097/01.psy.0000146332.53619.b2
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry*, 165(5), 631-638. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07040636
- Baumhauer, J. F. & Bozic, K. J. (2016). Value-based healthcare: patient-reported outcomes in clinical decision making. *Clin Orthop Relat Res*, 474(6), 1375-1378. doi: 10.1007/s11999-016-4813-4
- Baune, B. T., Adrian, I. & Jacobi, F. (2007). Medical disorders affect health outcome and general functioning depending on comorbid major depression in the general population. *J Psychosom Res*, 62(2), 109-118. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.09.014
- Benecke, C. (2014). Die Bedeutung empirischer Forschung für die Psychoanalyse. *Forum Psychoanal*, 30(1), 55-67. doi: 10.1007/s00451-014-0167-2

- Bermejo, I., Kriston, L., Berger, M. & Härter, M. (2010). Ambulante Depressionsbehandlung – eine vergleichende Analyse des fachärztlichen, hausärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungssektors. *Psychother Psych Med*, 60(08), 326-328. doi: 10.1055/s-0030-1251985
- Bijl, R. V., de Graaf, R., Hiripi, E., Kessler, R. C., Kohn, R., Offord, D. R., Ustun, T. B., Vicente, B., Vollebergh, W. A. M., Walters, E. E. & Wittchen, H.-U. (2003). The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff (Millwood)*, 22(3), 122-133. doi: 10.1377/hlthaff.22.3.122
- Bohus, M., Stieglitz, R.-D., Fiedler, P. & Berger, M. (1999). Persönlichkeitsstörungen. In M. Berger (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie*. (S. 771-846). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Bowe, N. (1999). Anhaltende Honorarmisere und ihre Folgen. *Psychotherapeut (Berl)*, 44(4), 251-256. doi: 10.1007/s002780050175
- BPtK (2018): *Wartezeiten 2018. Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie*.
Online: www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf,
Stand: 17.06.2019.
- Brechtel, T., Buitkamp, M. & Klotter, C. (2016). Gesundheitsängste und das subjektive Erleben der Arzt-Patienten-Interaktion von Patienten. In J. Böcken, B. Braun & R. Meierjürgen (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2016 Bürgerorientierung im Gesundheitswesen Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK*. (Bd. 1, S. 276-296). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Brenner, H. & Blettner, M. (1996). Effects of disease-dependent changes of exposure in cross-sectional studies. *Epidemiology*, 7(5), 502-506. doi: 10.1097/00001648-199609000-00009
- Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A., Wagner, E. H., Schoenbach, V. J., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G. & Gehlbach, S. H. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol*, 117(5), 521-537. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a113575
- Brock, T. C., Green, M. C., Reich, D. A. & Evans, L. M. (1996). The consumer reports study of psychotherapy: Invalid is invalid. *Am Psychol*, 51(10), 1083. doi: 10.1037/0003-066X.51.10.1083
- Campbell, J. A., Walker, R. J. & Egede, L. E. (2016). Associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviors, and morbidity in adulthood. *Am J Prev Med*, 50(3), 344-352. doi: 10.1016/j.amepre.2015.07.022
- Cía, A. H., Stagnaro, J. C., Aguilar Gaxiola, S., Vommaro, H., Loera, G., Medina-Mora, M. E., Sustas, S., Benjet, C. & Kessler, R. C. (2018). Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean study of mental health epidemiology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 53(4), 341-350. doi: 10.1007/s00127-018-1492-3
- Cierpka, M., Grande, T., Rudolf, G., von der Tann, M. & Stasch, M. (2007). The operationalized psychodynamic diagnostics system: Clinical relevance, reliability and validity. *Psychopathology*, 40(4), 209-220. doi: 10.1159/000101363

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2. Aufl.). Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Collins, P. Y., Patel, V., Joestl, S. S., March, D., Insel, T. R., Daar, A. S., Scientific Advisory Board, Executive Committee of the Grand Challenges on Global Mental Health, Anderson, W., Dhansay, M. A., Phillips, A., Shurin, S., Walport, M., Ewart, W., Savill, S. J., Bordin, I. A., Costello, E. J., Durkin, M., Fairburn, C., Glass, R. I., Hall, W., Huang, Y., Hyman, S. E., Jamison, K., Kaaya, S., Kapur, S., Kleinman, A., Ogunniyi, A., Otero-Ojeda, A., Poo, M.-M., Ravindranath, V., Sahakian, B. J., Saxena, S., Singer, P. A. & Stein, D. J. (2011). Grand challenges in global mental health. *Nature*, 475(7354), 27-30. doi: 10.1038/475027a
- Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P. & Hearon, B. (2008). The empirical status of psychodynamic therapies. *Annu Rev Clin Psychol*, 4(1), 93-108. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141252
- Connolly Gibbons, M. B., Gallop, R., Thompson, D., Luther, D., Crits-Christoph, K., Jacobs, J., Yin, S. & Crits-Christoph, P. (2016). Comparative effectiveness of cognitive therapy and dynamic psychotherapy for major depressive disorder in a community mental health setting: A randomized clinical noninferiority trial. *JAMA Psychiatry*, 73(9), 904-911. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.1720
- Dahm, A. (2008). Geschichte der Psychotherapierichtlinien. *Psychotherapeut (Berl)*, 53(6), 397-401. doi: 10.1007/s00278-008-0625-7
- Dave, D., Rashad, I. & Spasojevic, J. (2008). The effects of retirement on physical and mental health outcomes. *South Econ J*, 75(2), 497-523. doi: 10.3386/w12123
- de Maat, S., de Jonghe, F., de Kraker, R., Leichsenring, F., Abbass, A., Luyten, P., Barber, J. P., Van, R. & Dekker, J. (2013). The current state of the empirical evidence for psychoanalysis: a meta-analytic approach. *Harv Rev Psychiatry*, 21(3), 107-137. doi: 10.1097/HRP.0b013e318294f5fd
- de Maat, S., Philipszoon, F., Schoevers, R., Dekker, J. & De Jonghe, F. (2007). Costs and benefits of long-term psychoanalytic therapy: changes in health care use and work impairment. *Harv Rev Psychiatry*, 15(6), 289-300. doi: 10.1080/10673220701811654
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Morosini, P. & Polidori, G. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21), 2581-2590. doi: 10.1001/jama.291.21.2581
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) (2012): *DEGAM-Zukunftspositionen: Allgemeinmedizin - spezialisiert auf den ganzen Menschen. Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis*. Online: https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf, Stand: 26.01.2019.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2018): *Rentenversicherung in Zeitreihen. Ausgabe 2018, DRV-Schriften, Band 22*. Online: <https://www.deutsche->

- [rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238700/publicationFile/62588/03_rv_in_zeitreihen.pdf](https://www.rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238700/publicationFile/62588/03_rv_in_zeitreihen.pdf), Stand: 15.02.2019.
- DGPM, DGPPN, BÄK, KBV & AWMF (Hrsg.) (2015): *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2.5*, AWMF-Registernummer: nvl-005. Online: www.depression.versorgungsleitlinien.de, Stand: 16.02.2019.
- DGPM, DGPPN, BÄK, KBV & AWMF (Hrsg.) (2017): *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Langfassung, 2.1*, AWMF-Registernummer: nvl-007. Online: www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de, Stand: 12.02.2019.
- Dieckmann, M., Dahm, A. & Neher, M. (2018). Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. (11., aktualisierte und ergänzte Aufl., Bd. auf der Basis der aktuell gültigen Psychotherapie-Richtlinie (Stand Frühjahr 2017)). München: Elsevier.
- Dührssen, A. & Jorswieck, E. (1965). Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt*, 36, 166-169.
- Dührssen, A. & Lieberz, K. (1999). *Der Risiko-Index: ein Verfahren zur Einschätzung und Gewichtung von psychosozialen Belastungen in Kindheit und Jugend*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L. & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry*, 33(6), 766-771. doi: 10.1001/archpsyc.1976.01770060086012
- Felber, M. & Margreiter, U. (2007). Einstellung von Psychotherapeut(inn)en zu Psychotherapieforschung. *Psychother Forum*, 15(4), 192-196. doi: 10.1007/s00729-007-0214-1
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med*, 14(4), 245-258. doi: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Franz, M. (1997). *Der Weg in die psychotherapeutische Behandlung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Franz, M., Häfner, S., Lieberz, K., Reister, G. & Tress, W. (2000). Der Spontanverlauf psychogener Beeinträchtigung in einer Bevölkerungsstichprobe über 11 Jahre. *Psychotherapeut (Berl)*, 45(2), 99-107. doi: 10.1007/s002780050207
- Franz, M., Kuns, M. & Schmitz, N. (1999). Was bewirken Therapieempfehlungen bei psychogen erkrankten Patienten einer psychosomatischen Konsiliarambulanz? *Z Psychosom Med Psychother*, 45(2), 95-112. doi: 10.13109/zptm.1999.45.2.95
- Franz, M., Seidler, D., Jenett, D., Schäfer, R., Wutzler, U., Kämmerer, W., Deters, M. A., Schauenburg, H., Becher-Dortschy, N., Frommhold, K., Keller, W., Gosda, J., Tress, W., Zeller, A., Beutel, M. E., Langenbach, M., Hoffmann, T., Habberger, R. & Hartkamp, N. (2015). Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen (STOP-D) - Erste Befunde einer naturalistischen,

- multizentrischen Wirksamkeitsstudie. *Z Psychosom Med Psychother*, 61(1), 19-35. doi: 10.13109/zptm.2015.61.1.19
- Freud, S. (1932). Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In S. Freud (Hrsg.), *Gesammelte Werke*. (Bd. 15). London: Imago.
- Gallas, C., Kächele, H., Kraft, S., Kordy, H. & Puschner, B. (2008). Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapeut (Berl)*, 53(6), 414-423. doi: 10.1007/s00278-008-0641-7
- Gallas, C., Puschner, B., Kühn, A. & Kordy, H. (2010). Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 60(1), 5-13. doi: 10.1055/s-0029-1243258
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2011a): *Modellprojekt Verfahren zur verbesserten Versorgungsorientierung am Beispielthema Depression*. Online: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3016/2011-02-17_Versorgungsorientierung_Bericht.pdf, Stand: 25.01. 2019.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2011b). Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapien (Psychotherapie-Richtlinien). *Bundesanzeiger Nr 100*, 2424.
- Gensichen, J., von Korff, M., Peitz, M., Muth, C., Beyer, M., Güthlin, C., Torge, M., Petersen, J. J., Rosemann, T., König, J., Gerlach, F. M. & PRoMPT, f. (2009). Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: A cluster randomized trial. *Ann Intern Med*, 151(6), 369-378. doi: 10.7326/0003-4819-151-6-200909150-00001
- Gerber, A. J., Kocsis, J. H., Milrod, B. L., Roose, S. P., Barber, J. P., Thase, M. E., Perkins, P. & Leon, A. C. (2011). A quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 168(1), 19-28. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.08060843
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015): *Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung im Laufe des Berichtsjahres im Laufe des Berichtsjahres (Anzahl und je 100.000 aktiv Versicherte). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Zugangsalter, Geschlecht, 1. Diagnose (ICD-10)*. Online: <http://www.gbe-bund.de/>, Stand: 15.02.2019.
- Glynn, K., MacLean, H., Forte, T. & Cohen, M. (2009). The association between role overload and women's mental health. *J Womens Health*, 18(2), 217-223. doi: 10.1089/jwh.2007.0783
- Grabe, H. J., Alte, D., Adam, C., Sauer, S., John, U. & Freyberger, H. J. (2005). Seelische Belastung und Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. *Psychiatr Prax*, 32(06), 299-303. doi: 10.1055/s-2003-815003
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M. & Rudolf, G. (2006). Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychother Res*, 16(4), 470-485. doi: 10.1080/10503300600608082

- Grav, S., Hellzèn, O., Romild, U. & Stordal, E. (2012). Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. *J Clin Nurs*, 21(1-2), 111-120. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03868.x
- Grobe, T. G., Dörning, H. & Schwartz, F. W. (2007). *GEK-Report ambulante-ärztliche Versorgung: Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung*. (Gmünder Ersatzkasse (GEK) Hrsg.). St. Augustin: Asgard.
- Häfner, H., Maurer, K., Löffler, W., Fätkenheuer, B., Heiden, W. A. D., Riecher-Rössler, A., Behrens, S. & Gattaz, W. F. (1994). The epidemiology of early schizophrenia: Influence of age and gender on onset and early course. *Br J Psychiatry*, 164(S23), 29-38. doi: 10.1192/S0007125000292714
- Harris, E. C. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 170(3), 205-228. doi: 10.1192/bjp.170.3.205
- Henningsen, P. & Rudolf, G. (2000). Zur Bedeutung der Evidence-Based Medicine für die Psychotherapeutische Medizin. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 50(9/10), 366-375. doi: 10.1055/s-2000-8060
- Herzog, W., Beutel, M. & Kruse, J. (Hrsg.). (2012). *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute: Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland* (1. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Heuft, G. (2002). GAF-Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus. In K. Geue, Strauß, B., Brähler, E. (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. (Bd. 3, S. 198-203). Göttingen: Hogrefe.
- Heuft, G. & Lange, C. (2002). Die Beeinträchtigungsschwere in der psychosomatischen und psychiatrischen Qualitätssicherung: Global Assessment of Functioning Scale (GAF) vs. Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). *Z Psychosom Med Psychother*, 48(3), 256-269. doi: 10.13109/zptm.2002.48.3.256
- Hofmann, B. & Schauenburg, H. (2007). *Psychotherapie der Depression: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Hohage, R. (2001). ICD-10-Diagnosen in der psychotherapeutischen Praxis. *Psychotherapeut (Berl)*, 46(2), 110-114. doi: 10.1007/s002780100137
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Med*, 7(7), e1000316. doi: 10.1371/journal.pmed.1000316
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol*, 41(2), 159. doi: 10.1037/0003-066X.41.2.159
- Huber, D., Albrecht, C., Hautum, A., Henrich, G. & Klug, G. (2009). Langzeit-Katamnese zur Effektivität einer stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother*, 55(2), 189-199. doi: 10.13109/zptm.2009.55.2.189
- Huber, D., Zimmermann, J., Henrich, G. & Klug, G. (2012). Comparison of cognitive-behaviour therapy with psychoanalytic and psychodynamic therapy for depressed patients – a three-year follow-up study. *Z Psychosom Med Psychother*, 58(3), 299-316. doi: 10.13109/zptm.2012.58.3.299

- Hunt, E. (1996). Errors in Seligman's 'The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study'. *Am Psychol*, 51(10), 1082. doi: 10.1037/0003-066X.51.10.1082
- Independent Commission for the Royal College of General Practitioners and the Health Foundation (2011): *Guiding patients through complexity: modern medical generalism*. Online: <https://www.health.org.uk/publications/guiding-patients-through-complexity-modern-medical-generalism>, Stand: 26.01.2019.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2017): *Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Results. Germany, both sexes, all ages, YLDs per 100,000*. Online: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, Stand: 12.02.2019.
- Jacobi, F., Hofler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Hapke, U., Maske, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H. U. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res*, 23(3), 304-319. doi: 10.1002/mpr.1439
- Jacobi, F., Hofler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H. U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85(1), 77-87. doi: 10.1007/s00115-013-3961-y
- Jacobson, N. S. & Christensen, A. (1996). Studying the effectiveness of psychotherapy: How well can clinical trials do the job? *Am Psychol*, 51, 1031-1039. doi: 10.1037/0003-066X.51.10.1031
- Jarass, H. (2014). Art. 33, Rn. 7. In H. D. Jarass & B. Pieroth (Hrsg.), *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland: Kommentar*. (13. Aufl.). München: Beck.
- Jungclaussen, I. & Hauten, L. (2019). 50 Jahre Psychotherapie-Richtlinie und der »Faber/Haarstrick-Kommentar« – Eine Diskussion der veränderten Praxis-Anforderungen an die Fallkonzeption im Gutachterverfahren. *PDP – Psychodynamische Psychotherapie*, 18(4), 267-281. <https://elibrary.klett-cotta.de/article/99.120110/pdp-18-4-267>
- Junkert-Tress, B., Tress, W., Scheibe, G., Hartkamp, N., Maus, J., Hildenbrand, G., Schmitz, N. & Franz, M. (1999). Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projekt (DKZP). *Psychother Psychosom Med Psychol*, 49, 142-152.
- Kächele, H. & Richter, R. (2008). „Studientherapeut“ – ein neues Qualitätsmerkmal. *Psychotherapeutenjournal*, 2008(3), 241-243.
- Kächele, H. & Strauß, B. (2008). Brauchen wir Richtlinien oder Leitlinien für psychotherapeutische Behandlungen? *Psychotherapeut (Berl)*, 53(6), 408-413. doi: 10.1007/s00278-008-0633-7
- Kalmakis, K. A. & Chandler, G. E. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review. *J Am Assoc Nurse Pract*, 27(8), 457-465. doi: 10.1002/2327-6924.12215

- Karyotaki, E., Riper, H., Twisk, J., Hoogendoorn, A., Kleiboer, A., Mira, A., Mackinnon, A., Meyer, B., Botella, C. & Littlewood, E. (2017). Efficacy of self-guided internet-based cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive symptoms: A meta-analysis of individual participant data. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 351-359. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0044
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2011): *Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland – Psychotherapeuten*. Online: <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16396.php>, Stand: 17.05.2019.
- Kendrick, T., El-Gohary, M., Stuart, B., Gilbody, S., Churchill, R., Aiken, L., Bhattacharya, A., Gimson, A., Brutt, A. L., de Jong, K. & Moore, M. (2016). Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev*(7), CD011119. doi: 10.1002/14651858.CD011119.pub2
- Klein, J., Gerlinger, G., Knaevelsrud, C., Bohus, M., Meisenzahl, E., Kersting, A., Röhr, S., Riedel-Heller, S., Sprick, U. & Dirmaier, J. (2016). Internetbasierte Interventionen in der Behandlung psychischer Störungen. *Nervenarzt*, 87(11), 1185-1193. doi: 10.1007/s00115-016-0217-7
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., Raitasalo, R., Haaramo, P., Järvikoski, A. & Helsinki Psychotherapy Study Group. (2008). Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity – a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *J Affect Disord*, 107(1-3), 95-106. doi: 10.1016/j.jad.2007.08.005
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., Renlund, C., Haaramo, P., Harkanen, T., Virtala, E. & Helsinki Psychotherapy Study Group. (2011). Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. *J Affect Disord*, 132(1-2), 37-47. doi: 10.1016/j.jad.2011.01.014
- Kondo, N., Sembajwe, G., Kawachi, I., van Dam, R. M., Subramanian, S. V. & Yamagata, Z. (2009). Income inequality, mortality, and self rated health: Meta-analysis of multilevel studies. *BMJ*, 339, b4471. doi: 10.1136/bmj.b4471
- Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L. & Beutler, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 62(5), 1009-1016. doi: 10.1037/0022-006X.62.5.1009
- Kotkin, M., Daviet, C. & Gurin, J. (1996). The Consumer Reports mental health survey. *Am Psychol*, 51(10), 1080-1082. doi: 10.1037/0003-066X.51.10.1080
- Kraus, L., Piontek, D., Atzendorf, J. & Matos, E. G. d. (2016). Zeitliche Entwicklungen im Substanzkonsum in der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Sucht*, 62(5), 283-294. doi: 10.1024/0939-5911/a000446
- Kruse, J., Herzog, W., Hofmann, M. & Larisch, A. (2012). Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz. *Zwischenbericht zum Gutachten, im Auftrag der KBV*. (22. Jg.).
- Kruse, J., Larisch, A., Hofmann, M. & Herzog, W. (2013). Ambulante psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland: Versorgungsprofile

- abgebildet durch Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). *Z Psychosom Med Psychother*, 59(3), 254-272. doi: 10.13109/zptm.2013.59.3.254
- Kubinger, K. D., Rasch, D. & Moder, K. (2009). Zur Legende der Voraussetzungen des t-Tests für unabhängige Stichproben. *Psychol Rundsch*, 60(1), 26-27. doi: 10.1026/0033-3042.60.1.26
- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand*, 108(3), 163-174. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.00204.x
- Kunz, I. (2004). *Angststörungen: Häufigkeit, Symptomschwere, biographische und aktuelle Risikofaktoren sowie Persönlichkeitsprofil unter besonderer Berücksichtigung von hysterischen und Borderline-Strukturen*. Med. Dissertation. Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy integration*. (1. Aufl., S. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J. L. & Hawkins, E. J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and practice suggestions. *J Clin Psychol*, 61(2), 165-174. doi: 10.1002/jclp.20113
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2014). Common factors: Post hoc explanation or empirically based therapy approach? *Psychotherapy*, 51(4), 500-504. doi: 10.1037/a0036580
- Larisch, A., Heuft, G., Engbrink, S., Brähler, E., Herzog, W. & Kruse, J. (2013). Behandlung psychischer und psychosomatischer Beschwerden – Inanspruchnahme, Erwartungen und Kenntnisse der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. *Z Psychosom Med Psychother*, 59(2), 153-169. doi: 10.13109/zptm.2013.59.2.153
- Laska, K. M., Gurman, A. S. & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467-481. doi: 10.1037/a0034332
- Leichsenring, F., Abbass, A., Luyten, P., Hilsenroth, M. & Rabung, S. (2013). The emerging evidence for long-term psychodynamic therapy. *Psychodyn Psychiatry*, 41(3), 361-384. doi: 10.1521/pdps.2013.41.3.361
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *JAMA*, 300(13), 1551-1565. doi: 10.1001/jama.300.13.1551
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: Update of a meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 199(1), 15-22. doi: 10.1192/bjp.bp.110.082776
- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Catellier, D. J., Carney, R. M., Berkman, L. F., Burg, M. M., Mitchell, P., Jaffe, A. S. & Schneiderman, N. (2009). Dimensions of social support and depression in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. *Int J Behav Med*, 16(3), 248-258. doi: 10.1007/s12529-009-9040-x

- Lieberz, K. (Hrsg.). (1996). *Hausarzt und Psychotherapeut: Wege der Zusammenarbeit*. Jena, Stuttgart: G. Fischer.
- Lieberz, K. (2018). Zwischen Skizze und Schablone – Psychodynamik im Spiegel der Richtlinien-Psychotherapie. *PDP – Psychodynamische Psychotherapie*, 17(4), 264-279. <https://elibrary.klett-cotta.de/article/99.120110/pdp-17-4-264>
- Lieberz, K., Adamek, L. & Krumm, B. (2015). Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie. *PDP – Psychodynamische Psychotherapie*, 14(1), 37-46. <https://elibrary.klett-cotta.de/article/99.120110/pdp-14-1-37>
- Lieberz, K., Franz, M. & Schepank, H. (2011). *Seelische Gesundheit im Langzeitverlauf – Die Mannheimer Kohortenstudie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Lieberz, K., Herrmann, A. & Krumm, B. (2011). Biografie – nur noch für Dichter? In K. Lieberz, M. Franz & H. Schepank (Hrsg.), *Seelische Gesundheit im Langzeitverlauf – Die Mannheimer Kohortenstudie*. (S. 185-195). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Lieberz, K., Knoblich, A. & Krumm, B. (2014). Gruppen-oder Einzelpsychotherapie? – Untersuchungen zur differenziellen Indikationsstellung bei den psychoanalytisch begründeten Verfahren in der Richtlinien-Psychotherapie. Ergebnisse aus dem MARS-Projekt. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 50(1), 2-17. doi: 10.13109/grup.2014.50.1.2
- Lieberz, K., Krumm, B., Adamek, L. & Mühlig, S. (2010). Erst- und Umwandlungsanträge bei den psychodynamischen Therapieverfahren in der Richtlinien-Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother*, 56(3), 244-258. doi: 10.13109/zptm.2010.56.3.244
- Lieberz, K., Pompecki, A. & Krumm, B. (2013). Ärztliche Psychotherapie – Mythos oder Realität. Zur Frage der Therapeutenwahl bei den psychodynamischen Verfahren in der Richtlinien-Psychotherapie. *Ärztliche Psychotherapie*, 8(2), 109-116. <https://elibrary.klett-cotta.de/article/99.120110/aep-8-2-109>
- Lieberz, K. & Schwarz, E. (1987). Kindheitsbelastung und Neurose – Ergebnisse einer Kontrollgruppenuntersuchung. *Z Psychosom Med Psychoanal*, 33(2), 111-118. <https://www.jstor.org/stable/23997396>
- Lieberz, K. & Seiffge, M. (2011). Obergutachten bei den psychodynamischen Verfahren – ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Richtlinien-Psychotherapie. Ergebnisse aus dem MARS-Projekt. *Z Psychosom Med Psychother*, 57(4), 364-376. doi: 10.13109/zptm.2011.57.4.364
- Luby, J., Belden, A., Botteron, K., Marrus, N., Harms, M. P., Babb, C., Nishino, T. & Barch, D. (2013). The effects of poverty on childhood brain development: The mediating effect of caregiving and stressful life events. *JAMA Pediatr*, 167(12), 1135-1142. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.3139
- Lutz, W., Martinovich, Z. & Howard, K. I. (1999). Patient profiling: An application of random coefficient regression models to depicting the response of a patient to outpatient psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 67(4), 571-577. doi: 10.1037/0022-006X.67.4.571

- Margraf, J. (2009). Ergebnisse zu Kosten und Nutzen der Psychotherapie. In J. Margraf (Hrsg.), *Kosten und Nutzen der Psychotherapie*. (S. 65-117). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Mattejat, F., Wüthrich, C. & Remschmidt, H. (2000). Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Nervenarzt*, *71*(3), 164-172. doi: 10.1007/s001150050025
- McGowan, P. O., Sasaki, A., D'Alessio, A. C., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., Turecki, G. & Meaney, M. J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci*, *12*, 342. doi: 10.1038/nn.2270
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D. & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev*, *30*(1), 67-76. doi: 10.1093/epirev/mxn001
- McGrath, J., Saha, S., Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C. & Chant, D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: The distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med*, *2*(13), 1-22. doi: 10.1186/1741-7015-2-13
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A. & Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs. pharmacologic treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *J Clin Psychiatry*, *74*(6), 595-602. doi: 10.4088/JCP.12r07757
- Mehta, C. R. & Patel, N. R. (1983). A network algorithm for performing Fisher exact test in $r \times c$ contingency tables. *J Am Stat Assoc*, *78*(382), 427-434. doi: 10.2307/2288652
- Meinert, R., Frischer, T. & Kuehr, J. (1994). Assessing the effect of time-varying covariates in cross-sectional studies. *J Clin Epidemiol*, *47*(9), 983-991. doi: 10.1016/0895-4356(94)90113-9
- Melek, S. P., Norris, D. T., Paulus, J., Matthews, K., Weaver, A. & Davenport, S. (2018). Potential economic impact of integrated medical-behavioral healthcare: Updated projections for 2017. *Milliman Research Report*.
- Meyer, A. E., Richter, R., Grawe, K., Graf von der Schulenburg, J. M. & Schulte, B. (1991). Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. *Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf*.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (2000). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. *Nervenarzt*, *71*(7), 535-542. doi: 10.1007/s001150050623
- Mosko, M. O., Gil-Martinez, F. & Schulz, H. (2013). Cross-cultural opening in German outpatient mental healthcare service: An exploratory study of structural and procedural aspects. *Clin Psychol Psychother*, *20*(5), 434-446. doi: 10.1002/cpp.1785

- Multmeier, J. & Tenckhoff, B. (2014). Psychotherapeutische Versorgung: Autonome Therapieplanung kann Wartezeiten abbauen. *Dtsch Arztebl Int*, 13(3), 110-112. <http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=156403>
- Mykletun, A., Bjerkeset, O., Dewey, M., Prince, M., Overland, S. & Stewart, R. (2007). Anxiety, depression, and cause-specific mortality: The HUNT study. *Psychosom Med*, 69(4), 323-331. doi: 10.1097/PSY.0b013e31803cb862
- Nelson, E. C., Eftimovska, E., Lind, C., Hager, A., Wasson, J. H. & Lindblad, S. (2015). Patient reported outcome measures in practice. *BMJ*, 350, g7818. doi: 10.1136/bmj.g7818
- Niehaus, F. (2007). Die Gesundheitsausgaben in der letzten Lebensphase. *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 96(4), 597-615. doi: 10.1007/bf03353551
- Noble, K. G., Houston, S. M., Brito, N. H., Bartsch, H., Kan, E., Kuperman, J. M., Akshoomoff, N., Amaral, D. G., Bloss, C. S. & Libiger, O. (2015). Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. *Nat Neurosci*, 18(5), 773. doi: 10.1038/nn.3983
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.-U. & Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur J Neurol*, 19(1), 155-162. doi: doi:10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x
- Perry, J. C., Banon, E. & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry*, 156(9), 1312-1321. doi: 10.1176/ajp.156.9.1312
- Pigott, T. A. (1999). Gender differences in the epidemiology and treatment of anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*, 60(Suppl 18), 4-15. <https://www.psychiatrist.com/JCP/article/layouts/ppp.psych.controls/BinaryVjewer.ashx?Article=/JCP/article/Pages/1999/v60s18/v60s1802.aspx&Type=Article>
- Porter, M. E. (2009). A strategy for health care reform – Toward a value-based system. *N Engl J Med*, 361(2), 109-112. doi: 10.1056/NEJMp0904131
- Porter, M. E. & Guth, C. (2012). *Redefining German health care: Moving to a value-based system*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Porter, M. E. & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. Providers must lead the way in making value the overarching goal. *Harv Bus Rev*, 91(10), 50-70. <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care%20/>
- Prince, M. J., Harwood, R. H., Blizard, R., Thomas, A. & Mann, A. H. (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychol Med*, 27(2), 323-332. doi: 10.1017/S0033291796004485
- Puschner, B. & Kordy, H. (2010). Mit Transparenz und Ergebnisorientierung zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung: Eine Studie zur Evaluation ambulanter Psychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 60(9-10), 350-357. doi: 10.1055/s-0030-1262820

- Puschner, B., Kraft, S. & Bauer, S. (2004). Interpersonal problems and outcome in outpatient psychotherapy: Findings from a long-term longitudinal study in Germany. *J Pers Assess*, 83(3), 223-234. doi: 10.1207/s15327752jpa8303_06
- Puschner, B., Kraft, S., Kächele, H. & Kordy, H. (2007). Course of improvement over 2 years in psychoanalytic and psychodynamic outpatient psychotherapy. *Psychol Psychother*, 80(1), 51-68. doi: 10.1348/147608306X107593
- Puschner, B., Wolf, M. & Kraft, S. (2008). Helping alliance and outcome in psychotherapy: What predicts what in routine outpatient treatment? *Psychother Res*, 18(2), 167-178. doi: 10.1080/10503300701367984
- Rabe-Menssen, C., Albani, C., Leichsenring, F., Kächele, H., Kruse, J., Münch, K. & von Wietersheim, J. (2011). Versorgungsforschung in der Psychotherapie und Psychosomatik. In H. Pfaff, E. A. M. Neugebauer, G. Glaeske & M. Schrappe (Hrsg.), *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik – Methodik – Anwendung*. (1 Aufl., S. 400-405). Stuttgart: Schattauer.
- Ramond, A., Bouton, C., Richard, I., Roquelaure, Y., Baufreton, C., Legrand, E. & Huez, J.-F. (2010). Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care – a systematic review. *Fam Pract*, 28(1), 12-21. doi: 10.1093/fampra/cm072
- Razali, N. M. & Wah, Y. B. (2011). Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. *Journal of statistical modeling and analytics*, 2(1), 21-33.
- Reese, R. J., Norsworthy, L. A. & Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy (Chic)*, 46(4), 418-431. doi: 10.1037/a0017901
- Reuben, A., Moffitt, T. E., Caspi, A., Belsky, D. W., Harrington, H., Schroeder, F., Hogan, S., Ramrakha, S., Poulton, R. & Danese, A. (2016). Lest we forget: Comparing retrospective and prospective assessments of adverse childhood experiences in the prediction of adult health. *J Child Psychol Psychiatry*, 57(10), 1103-1112. doi: 10.1111/jcpp.12621
- Ribeiro, W. S., Bauer, A., Andrade, M. C. R., York-Smith, M., Pan, P. M., Pingani, L., Knapp, M., Coutinho, E. S. F. & Evans-Lacko, S. (2017). Income inequality and mental illness-related morbidity and resilience: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 4(7), 554-562. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30159-1
- Riecher-Rössler, A. & Bitzer, J. (Hrsg.). (2005). *Frauengesundheit: Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis* (1. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Berlin: RKI.
- Rudolf, G. (1991). PSKB-Se – ein psychoanalytisch fundiertes Instrument zur Patienten-Selbsteinschätzung. *Z Psychosom Med Psychoanal*, 37(4), 350-360.
- Rudolf, G. (2002). Gibt es nachweisbare Einflüsse der Geschlechtszugehörigkeit in der Psychotherapie. In Schweizer Charta für Psychotherapie (Hrsg.), *Mann oder Frau? Wie bestimmend ist das Geschlecht in der psychotherapeutischen Interaktion? Edition Diskord*. (S. 75-95). Tübingen.

- Rudolf, G. (2004). Störungsbezogene Ergebnisse psychodynamisch-stationärer Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother*, 50(1), 37-52. doi: 10.13109/zptm.2004.50.1.37
- Rudolf, G. (2008). RCTs und die Realität des praktischen Therapierens. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 58(09/10), 357-358. doi: 10.1055/s-002-13135
- Rudolf, G. (2013). *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. (3., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2014). *Psychodynamische Psychotherapie: Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. (2., aktual. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. & Jakobsen, T. (2002). Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien im Gutachterverfahren. *Forum Psychoanal*, 18(4), 381-386. doi: 10.1007/s00451-002-0136-z
- Rudolf, G., Jakobsen, T., Hohage, R. & Schlösser, A. (2002). Wie urteilen Psychotherapiegutachter? *Psychotherapeut (Berl)*, 47(4), 249-253. doi: 10.1007/s00278-002-0239-4
- Rudolf, G. & Motzkau, H. (1997). Die Auswirkungen von biographischen Belastungen auf die Gesundheit von erwachsenen Frauen und Männern. *Z Psychosom Med Psychoanal*, 349-368.
- Rudolf, G. & Rüger, U. (2001). Zur Differentialindikation zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie. *Psychotherapeut (Berl)*, 46(3), 216-219. doi: 10.1007/s002780100162
- Rudolf, G. & Rüger, U. (2013). Analytische Psychotherapie. In C. Reimer & U. Rüger (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapien: Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren*. (4., überarbeitete und aktualisierte Aufl., S. 47-56). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rüger, U. (Hrsg.) (2015). *Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien* (10., aktualisierte und ergänzte Aufl.). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Rüger, U. & Bell, K. (2004). Historische Entwicklung und aktueller Stand der Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland. *Z Psychosom Med Psychother*, 50(2), 127-152. doi: 10.13109/zptm.2004.50.2.127
- Rüger, U., Haase, J. & Fassl, K. (1996). Was Psychotherapeuten vom Leben ihrer Patienten (nicht) wissen. *Z Psychosom Med Psychoanal*, 42(4), 329-342.
- Rüger, U. & Leibing, E. (1999). Bildungsstand und Psychotherapieindikation – Der Einfluss auf die Wahl des Behandlungsverfahrens und die Behandlungsdauer. *Psychotherapeut (Berl)*, 44(4), 214-219. doi: 10.1007/s002780050168
- Rush, A. J. & Thase, M. E. (2018). Improving depression outcome by patient-centered medical management. *Am J Psychiatry*, 175(12), 1187-1198. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.18040398
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): *Sondergutachten* 2009. Online: <https://www.svr->

gesundheits.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf,
Stand: 26.01.2019.

- Saß, H. & Houben, I. (Hrsg.). (2001). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV: übersetzt nach der 4. Aufl. des DSM der American Psychiatric Association* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schaefer, J. D., Caspi, A., Belsky, D. W., Harrington, H., Houts, R., Horwood, L. J., Hussong, A., Ramrakha, S., Poulton, R. & Moffitt, T. E. (2017). Enduring mental health: Prevalence and prediction. *J Abnorm Psychol*, 126(2), 212-224. doi: 10.1037/abn0000232
- Schauenburg, H., Leiendecker, C., Simon, R., Küchenhoff, J. & Franz, M. (2009). Neue Depressionsleitlinien – Zentrale Rolle der Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother*, 55(4), 354-364. doi: 10.13109/zptm.2009.55.4.354
- Scheidt, C. E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., Hartmann, A., Bowe, N., Hillenbrand, D., Sczudlek, G., Strasser, F., Strasser, P. & Wirsching, M. (1998). Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Psychotherapeut (Berl)*, 43(2), 92-101. doi: 10.1007/s002780050103
- Scheidt, C. E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., Hartmann, A., Bowe, N., Hillenbrand, D., Sczudlek, G., Strasser, F., Strasser, P. & Wirsching, M. (1999). Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Psychotherapeut (Berl)*, 44(2), 83-93. doi: 10.1007/s002780050151
- Schepank, H. (1987). *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung, eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Studie in Mannheim*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schepank, H. (1995). *Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score: BSS; ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung*. Göttingen: Beltz Test.
- Schepank, H. & Manz, R. (Hrsg.). (1990). *Verläufe: Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schulz, R., Beach, S. R., Ives, D. G., Martire, L. M., Ariyo, A. A. & Kop, W. J. (2000). Association between depression and mortality in older adults: The Cardiovascular Health Study. *Arch Intern Med*, 160(12), 1761-1768. doi: 10.1001/archinte.160.12.1761
- Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J. M., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B. E., Posada-Villa, J., Sampson, N. A., Williams, D. & Kessler, R. C. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry*, 66(7), 785-795. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.36
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. *Am Psychol*, 50(12), 965-974. doi: 10.1037/0003-066X.50.12.965
- Seligman, M. E. P. (1996). Science as an ally of practice. *Am Psychol*, 51(10), 1072-1079. doi: 10.1037/0003-066X.51.10.1072

- Shapiro, S. S. & Wilk, M. B. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*, 52(3/4), 591-611. doi: 10.2307/2333709
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol*, 65(2), 98-109. doi: 10.1037/a0018378
- Shemkus, S. (04.05.2015): *Iora Health's promise: Patients come first*. Online: <https://www.bostonglobe.com/business/2015/05/03/iora-health-pioneers-new-primary-care-model/kc7V4W5V8OJ0gxFqY4zBrK/story.html>, Stand: 01.02.2019.
- Skalicka, V., van Lenthe, F., Bambra, C., Krokstad, S. & Mackenbach, J. (2009). Material, psychosocial, behavioural and biomedical factors in the explanation of relative socio-economic inequalities in mortality: evidence from the HUNT study. *Int J Epidemiol*, 38(5), 1272-1284. doi: 10.1093/ije/dyp262
- Smit, Y., Huibers, M. J., Ioannidis, J. P., van Dyck, R., van Tilburg, W. & Arntz, A. (2012). The effectiveness of long-term psychoanalytic psychotherapy – A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev*, 32(2), 81-92. doi: 10.1016/j.cpr.2011.11.003
- Soeteman, D. I. & Kim, J. J. (2013). Cost-effectiveness of psychotherapy for personality disorders: treatment recommendations and implementation. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 13(1), 73-81. doi: 10.1586/erp.12.87
- Spielmans, G. I. & Gerwig, K. (2014). The efficacy of antidepressants on overall well-being and self-reported depression symptom severity in youth: A meta-analysis. *Psychother Psychosom*, 83(3), 158-164. doi: 10.1159/000356191
- Statistisches Bundesamt. (2010a). Bevölkerung mit Migrationshintergrund; Ergebnisse des Mikrozensus 2010; hochgerechnet auf Basis des Zensus 2011., *Sonderausgabe zur Fachserie 1; Reihe 2.2*
- Statistisches Bundesamt. (2010b). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit; Bevölkerungsfortschreibung., *Fachserie 1, Reihe 1.3*.
- Statistisches Bundesamt. (2010c). Finanzen und Steuern; Personal des öffentlichen Dienstes., *Fachserie 14, Reihe 6*.
- Statistisches Bundesamt. (2010d). Mikrozensus; Bevölkerung und Erwerbstätigkeit; Beruf, Ausbildung und Arbeitsbedingungen der Erwerbstätigen in Deutschland., *Fachserie 1, Reihe 4.1.2*
- Statistisches Bundesamt. (2010e). Mikrozensus; Bevölkerung und Erwerbstätigkeit; Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland., *Fachserie 1, Reihe 4.1.1*
- Statistisches Bundesamt. (2011). Sozialleistungen; Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus). *Fachserie 13, Reihe 1.1, Revidierte Daten*.
- Statistisches Bundesamt. (2014). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit; Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011. *Fachserie 1, Reihe 13*
- Statistisches Bundesamt. (2017). Finanzen und Steuern; Personal des öffentlichen Dienstes., *Fachserie 14, Reihe 6*.

- Steffanowski, A., Kramer, D., Fembacher, A., Glahn, E. M., Bruckmayer, E., Heymann, F. v., Kriz, D., Pfaffinger, I. & Wittmann, W. W. (2011). Praxisübergreifende Dokumentation der Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie in Bayern. *Z Klin Psychol Psychother*, 40(4), 267-282. doi: 10.1026/1616-3443/a000124
- Stordal, E., Bjartveit Krüger, M., Dahl, N. H., Krüger, Ø., Mykletun, A. & Dahl, A. A. (2001). Depression in relation to age and gender in the general population: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Acta Psychiatr Scand*, 104(3), 210-216. doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00130.x
- Strauß, B. & Schumacher, J. (2004). *Klinische Interviews und Ratingskalen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Süddeutsche Zeitung (25.09.2012): *Zahl der Heimkinder steigt*. Online: <https://www.sueddeutsche.de/panorama/erhebung-des-statistischen-bundesamts-zahl-der-heimkinder-steigt-1.1478372>, Stand: 15.05.2019.
- Svartberg, M., Stiles, T. C. & Seltzer, M. H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry*, 161(5), 810-817. doi: 10.1176/appi.ajp.161.5.810
- Taubner, S., Protz, J. & Kächele, H. (2012). Die Ambivalenz mit der Therapieforchung. *Forum Psychoanal*, 28(1), 67-88. doi: 10.1007/s00451-011-0081-9
- Techniker Krankenkasse. (Hrsg.). (2015). *Depressionsatlas. Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen*. Göttingen: AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH.
- Uhlenbrock, J., Hinrichs, J. & Heuft, G. (2017). Evaluation von Gutachten einer Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapie für öffentliche und private Auftraggeber über einen Zeitraum von zwölf Jahren. *Z Psychosom Med Psychother*, 63(3), 234-250. doi: 10.13109/zptm.2017.63.3.234
- Van Tulder, M. W., Koes, B. W. & Bouter, L. M. (1997). Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain: A systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine (Phila Pa 1976)*, 22(18), 2128-2156. doi: 10.1097/00007632-199709150-00012
- Verband der PKVen (2011): *Zahlenbericht der PKV 2010/2011*. Online: <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht-2010-2011.pdf>, Stand: 17.06.2019.
- Wagner, B., Horn, A. B. & Maercker, A. (2014). Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: A randomized controlled non-inferiority trial. *J Affect Disord*, 152-154, 113-121. doi: 10.1016/j.jad.2013.06.032
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H.-n. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." *Psychol Bull*, 122(3), 203. doi: 10.1037/0033-2909.122.3.203
- Weaver, I. C. G., Champagne, F. A., Brown, S. E., Dymov, S., Sharma, S., Meaney, M. J. & Szyf, M. (2005). Reversal of maternal programming of stress responses in adult

- offspring through methyl supplementation: Altering epigenetic marking later in life. *J Neurosci*, 25(47), 11045-11054. doi: 10.1523/jneurosci.3652-05.2005
- Welch, B. L. (1947). The generalization of 'Student's' problem when several different population variances are involved. *Biometrika*, 34(1/2), 28-35. doi: 10.2307/2332510
- WHO. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 44(10), 993-1000. doi: 10.1007/s001030100269
- Wittmann, W. W., Lutz, W., Steffanowski, A., Kriz, D., Glahn, E. M., Völkle, M. C., Böhnke, J. R., Köck, K., Bittermann, A. & Ruprecht, T. (2011). *Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Wittmann, W. W. & Steffanowski, A. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Ergebnisse des TK-Modellprojekts. *Psychotherapie Aktuell*, 3, 6-12.
<https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=2820&token=9ab69dc6c79ab9c29d9649a3dac7b57ad8345259>
- Wolf, M. (2014). *E-Mail in der Psychotherapie – Entwicklung und Evaluation eines E-Mail-basierten Nachsorgeprogramms für die stationäre Psychotherapie*. Med. Dissertation. Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg.
- Zeiger, J. & Kuntz, B. (2017). Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(2). doi: 10.17886/rki-gbe-2017-030
- Zepf, S., Mengele, U. & Hartmann, S. (2003a). Ambulante Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut (Berl)*, 48(1), 23-30. doi: 10.1007/s00278-002-0277-y
- Zepf, S., Mengele, U. & Hartmann, S. (2003b). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 53(3/4), 152-162. doi: 10.1055/s-2003-38004
- Zimmermann, J., Löffler-Stastka, H., Huber, D., Klug, G., Alhabbo, S., Bock, A. & Benecke, C. (2015). Is it all about the higher dose? Why psychoanalytic therapy is an effective treatment for major depression. *Clin Psychol Psychother*, 22(6), 469-487. doi: 10.1002/cpp.1917
- Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H.-C., Teufel, M., Schellberg, D., Giel, K. E., de Zwaan, M., Dinkel, A., Herpertz, S., Burgmer, M., Löwe, B., Tagay, S., von Wietersheim, J., Zeeck, A., Schade-Brittinger, C., Schauenburg, H. & Herzog, W. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *Lancet*, 383(9912), 127-137. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61746-8

B Eigene Publikation

Lieberz, K. & Ullrich, H. (2021). Psychodynamische Psychotherapieverfahren bei unterschiedlichen Rahmenbedingungen – Beihilfeberechtigte und gesetzlich Krankenversicherte im Vergleich. In K. Lieberz (Hrsg.), *Die Richtlinien-Psychotherapie – Expeditionen in einen dunklen Kontinent*. Berlin, Heidelberg: Springer (zurzeit unveröffentlicht).

C Lebenslauf

PERSONALIEN

Name und Vorname: Ullrich, Hanno Sönke Dagobert.....

Geburtsdatum: 10. Januar 1994.....

Geburtsort: Frankfurt am Main.....

Familienstand: ledig.....

Vater: Otto Ullrich.....

Mutter: Barbara Ullrich.....

SCHULISCHER WERDEGANG

2005 – 2012 Bischof Neumann Schule, Königstein.....

2009 – 2010 Indian Springs School, USA. ASSIST Stipendium.....

05. Juni 2012 Allgemeine Hochschulreife, Note 1,0.....

UNIVERSITÄRER WERDEGANG

Wintersemester 2013/14 Beginn des Studiums (Humanmedizin) an der Medizinischen Fakultät Heidelberg der Ruprecht-Karls Universität zu Heidelberg...

16. September 2015 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (M1), Note 1,5.....

2016 – 2020 Hauptstudium;.....
SoSe 2017 Wahlfach „Methoden Psychosozialer Forschung“;.....
WS 2016/17 Wahlfach „Psychotherapeutische Verfahren.....

seit März 2018 Ideelle Förderung durch „Nachwuchsakademie“ der DESAM.....
(Deutsche Stiftung für Allgemein- und Familienmedizin).....

Sommersemester 2018 ERASMUS+ Auslandssemester an der Universität Paris 5.....

17. April 2020 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (M2).....

D Danksagung

Herrn Prof. Dr. Klaus Lieberz danke ich für die Überlassung des Themas dieser Arbeit und für den stets freundlichen, respektvollen und inspirierenden Austausch. Vielen Dank für die Einführung in wissenschaftliches Arbeiten und das psychotherapeutische Fach sowie für die Unterstützung in der Vielzahl an Fragestellungen.

Ebenfalls möchte ich Herr Dr. Bertram Krumm für seinen Rat in statistischen Belangen danken und damit stellvertretend allen Wissenschaftlern, die mir bei kleinen und größeren Herausforderungen Empfehlungen und Ratschläge gaben.

Frau Dr. Nora Ullrich danke ich für die Durchsicht der Arbeit und die Hinweise, die zur Vollendung derselben notwendig waren. Vor allem auch vielen Dank dafür, mir auf dem Weg zum Mediziner als Mentorin und Vorbild zur Seite zu stehen.

Besonderen Dank möchte ich meinen Eltern Barbara und Otto Ullrich aussprechen, die mich immer wieder für diese Arbeit zu motivieren wussten, mir mit fachlichem Rat zur Seite standen und die mir während meiner gesamten Ausbildung und Studium den Rücken stärkten.