

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



Konsortialführung:	Justus-Liebig-Universität Gießen Univ.-Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Förderkennzeichen:	01VSF19004
Akronym:	ES-RiP
Projekttitel:	Evaluation der Strukturreform der Richtlinien-Psychotherapie – Vergleich von komplex und nicht-komplex erkrankten Patienten
Autoren:	Prof. Dr. J. Kruse, Dr. H. Kampling, M. Hartmann, S. Zara, M. Borchers, S. Filali Bouami, A. Christoffer, R. Poß-Doering, S. Werner, Dr. C. Szardenings, Prof. Dr. J. Szecsenyi, Prof. Dr. B. Wild, Dr. T. G. Grobe, Dr. U. Marschall, Prof. Dr. Dr. G. Heuft, Prof. Dr. H-C. Friederich
Förderzeitraum:	1. Juni 2020 – 31. Mai 2022

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis	3
II.	Abbildungsverzeichnis	3
III.	Tabellenverzeichnis	3
1.	Zusammenfassung	5
2.	Beteiligte Projektpartner	6
3.	Projektziele	7
3.1.	Teilstudie I	7
3.2.	Teilstudie II	8
3.3.	Teilstudie III	8
3.4.	Teilstudie IV	8
4.	Projektdurchführung	8
4.1.	Teilstudie I	9
4.2.	Teilstudie II	9
4.3.	Teilstudie III	10
4.4.	Teilstudie IV	11
5.	Methodik	11
5.1.	Teilstudie I	12
5.2.	Teilstudie II	13
5.3.	Teilstudie III	14
5.4.	Teilstudie IV	18
5.5.	Konsentierete zugrundeliegende Definitionen	21
6.	Projektergebnisse	22
6.1.	Primäre Fragestellung: Inanspruchnahme ambulanter PT-Leistungen	23
6.2.	Primäre Fragestellung: Warte- und Vorbereitungszeit	26
6.3.	Realisierung der Strukturelemente	27
6.4.	Regionale Unterschiede	30
6.5.	Barrieren	32

6.6.	Zuweisungswege, Beschwerden, Morbidität, Beschwerdeverlauf, Zufriedenheit mit der Behandlung und Lebensqualität.....	34
6.7.	Gesundheitsökonomische Betrachtungen.....	35
7.	Diskussion der Projektergebnisse.....	36
7.1.	Hypothesen und Fragestellungen des ES-RiP-Projektes.....	36
7.2.	Limitationen und Stärken.....	41
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	43
8.1.	Die Realisierung der Strukturelemente fördern.....	43
8.2.	Die Vernetzung der Versorgung zwischen der ambulanten somatischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung stärken.....	44
8.3.	Regionale Unterschiede berücksichtigen.....	45
8.4.	Die Wartezeit als Vorbereitungszeit nutzen.....	45
8.5.	Informationen über die neuen Strukturelemente verbessern.....	46
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	46
9.1.	Erfolgte Veröffentlichungen.....	46
9.2.	Unmittelbar geplante Veröffentlichungen (weitere in Vorbereitung).....	47
10.	Literaturverzeichnis.....	48
11.	Anhang.....	50
12.	Anlagen.....	51

I. Abkürzungsverzeichnis

AU	Arbeitsunfähigkeit	LZT	Langzeittherapie
CATI	Computer Assisted Telephone Interviews	nKE	nicht-komplexe Erkrankungen
(G)KV	(Gesetzliche) Krankenversicherung	PpS	Patienten mit psychischer Störung
HAs	Hausärzte	PT	Psychotherapie
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung	PT-RL	Psychotherapie-Richtlinie
kE	komplexe Erkrankungen	PTen	Psychotherapeuten
KZT	Kurzzeittherapie	W-DWH	Wissenschaftliches Data Warehouse

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Grafische Darstellung der Projektstruktur.....	6
Abbildung 2. Sequentielles Mixed-Methods-Design der Teilstudie IV.....	18

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Tabellarische Darstellung der Konsortial- und Kooperationspartner.....	6
Tabelle 2. Übersicht der eingeschlossenen Leistungen nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) .	15

Danksagungen

Wir möchten uns herzlich bei allen PatientInnen, die sich die Zeit genommen haben, das ES-RiP-Projekt zu unterstützen und an den Befragungen teilzunehmen.

Zudem möchten wir allen KollegInnen herzlich danken, die den Survey unterstützt und sich so engagiert in den Fokusgruppen, Interviews und Beobachtungen beteiligt haben.

Wir danken den MitarbeiterInnen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), namentlich Herrn Dr. med. Ekkehard von Pritzbuer und Herrn Dr. med. Bernhard Tenckhoff, Frau Natalia Frejnik and Frau Diana Kurch-Bek sowie den weiteren MitarbeiterInnen der ISI-Abteilung der KBV, für ihre sehr hilfreiche Kooperation bei der Analyse der Versorgungsdaten und ihre aktive Unterstützung bei der Sekundärdaten-Analyse.

Auch möchten wir uns herzlich bei der USUMA GmbH, insbesondere bei Martin Liebau und Jürgen Schunter sowie allen beteiligten Interviewern und Supervisoren bedanken, die die Bevölkerungsbefragung so ausdauernd unterstützt und somit erst möglich gemacht haben.

Geschlechtsbezogener Sprachgebrauch

Vor dem Hintergrund der von uns ausdrücklich unterstützen Gleichstellung aller Geschlechter und im Sinne einer geschlechtergerechten Sprache ist es uns ein zentrales Anliegen, alle Geschlechter in gleichem Maße zu adressieren, dies umfasst weiblich, wie männlich und divers. Daher waren wir bemüht, wann immer möglich geschlechtsneutrale Formulierungen zu verwenden. Wann immer dies nicht möglich war, wurde das generische Maskulinum genutzt, um die Lesbarkeit des Textes zu erhalten. Es sei jedoch explizit darauf hingewiesen, dass dies immer alle Geschlechter miteinschließt.

1. Zusammenfassung

Hintergrund: Die Psychotherapie (PT) ist zentraler Bestandteil einer leitliniengerechten Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen (PpS). Um einen niederschweligen und schnelleren Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen sowie eine erhöhte Flexibilität der Angebote auch in einer akuten Erkrankungssituation zu erreichen, wurden mit der Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) 2017 neue Versorgungselemente eingeführt. Im Rahmen des ES-RiP-Projektes erfolgte eine umfassende Evaluation der Reform der PT-RL mit Fokus auf die besonders unterversorgte Gruppe der komplex erkrankten Patienten (kE) (gleichzeitiges Vorliegen einer psychischen Störung sowie mindestens einer beeinträchtigenden chronischen somatischen Erkrankung) im Vergleich zu nicht-komplex psychisch erkrankten Patienten (nkE) (Vorliegen einer psychischen Störung). Ziel des Projektes ist es zu untersuchen, (a) inwieweit die Ziele der Reform der PT-RL (Inanspruchnahme, Reduzierung der Zugangsbarrieren, Flexibilisierung) insbesondere in der Gruppe der kE erreicht wurden, (b) welche Barrieren die Umsetzung erschweren und (c) welche Maßnahmen für eine Weiterentwicklung und Optimierung notwendig sind.

Methodik: Die Evaluation erfolgte als Beobachtungsstudie im Mehrebenenansatz (Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger). Verschiedene Datenquellen (Primär-/Sekundärdaten) wurden integriert und verschiedene Methoden (qualitativ/quantitativ) einbezogen. Die Reform wird als eine komplexe Intervention betrachtet, deren Evaluation sich am theoretischen Rahmenmodell des Throughput-Modells orientiert, welches sowohl eine Outcome-, als auch eine Prozess-Evaluation erfordert. Für die Outcome-Evaluation (Vergleich der Veränderung von Inanspruchnahme und Wartezeiten bei kE und nkE) wird auf BARMER-Abrechnungsdaten und Patientenangaben zurückgegriffen. Für die Reformprozess-Evaluation werden Leistungserbringer (Psychotherapeuten (PTen) sowie Hausärzte (HAs)) befragt sowie Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) analysiert. Darüber hinaus erfolgte eine gesundheitsökonomische Analyse basierend auf Abrechnungsdaten der BARMER.

Ergebnisse: Über die Hälfte aller Patienten mit psychischen Störungen leiden gleichzeitig unter einer beeinträchtigenden chronischen körperlichen Erkrankung. Diese Patienten (kE) stellen hinsichtlich der Mortalität, Lebensqualitätseinschränkungen und gesundheitsbezogener Kosten eine besondere Risikogruppe dar. Die Anzahl der insgesamt psychotherapeutisch versorgten Patienten, die Anzahl der PTen sowie die Anzahl der eingeschlossenen ambulanten PT-Leistungen (Sprechstunde, Akutbehandlung, Kurzzeittherapie und Langzeittherapie), die im gesetzlichen Krankenversicherungssystem abgerechnet wurden, steigen von 2015 auf 2019 erheblich an. Nur ein kleiner Anteil der Menschen, die eine PT in Anspruch nehmen möchten, bekommt keinen Kontakt zu einem PTen. Die kE sind aber in der psychotherapeutischen Versorgung auch nach der Reform deutlich unterrepräsentiert. Ihr relativer Anteil steigt im Rahmen der Reform nur in der Tendenz marginal an wobei erhebliche regionale Unterschiede zu beobachten sind. Mit Blick auf die Wartezeiten zeigt sich im Zuge der Reform eine Zunahme der durchschnittlichen Zeitspanne ab dem Erstkontakt bis zur Initiierung einer Richtlinienpsychotherapie oder Akutbehandlung. Dabei gestaltet sich die Situation deutlich komplexer, da Patienten auch während der Wartezeit Leistungen in Anspruch nehmen und damit die Wartezeit deutlich kürzer wahrnehmen, was mit einer überwiegend hohen berichteten Zufriedenheit über die Wartezeit einhergeht. Ab einer berichteten Wartezeit von über sechs Monaten sinkt die Zufriedenheit jedoch stark. Die neuen Strukturelemente (Sprechstunde, Akutbehandlung) haben Eingang in die Versorgung gefunden, werden aber sehr heterogen in die psychotherapeutische Praxis realisiert. Sie sind auch in weiten Bereichen der hausärztlichen Versorgung nicht ausreichend bekannt. Weitere Analysen geben einen detaillierten Einblick in das Versorgungsgeschehen.

Diskussion: Die psychotherapeutische Versorgung der PpS hat sich in den vergangenen Jahren deutlich weiterentwickelt. Es bedarf aber weiterer Entwicklungsschritte, um eine bedarfsgerechte ambulante psychotherapeutische Versorgung für die besondere Risikogruppe der kE zu erreichen. Hierzu bedarf es einer besseren Vernetzung und spezifischer Angebote.

2. Beteiligte Projektpartner

Die Gesamtdurchführung der ES-RiP-Studie erfolgte unter Koordination der Konsortialführung in vier Teilstudien, die sich durch die unterschiedlichen Datenquellen begründen und durch die Konsortialpartner durchgeführt wurden. Für die Teilstudie II (Bevölkerungsbefragung) wurde ein Unterauftrag an die USUMA GmbH vergeben. Teilstudie III erfolgte in enger Zusammenarbeit mit der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Tabelle 1 gibt eine Übersicht aller beteiligten Konsortial- und Kooperationspartner sowie der zugehörigen Hauptverantwortlichkeiten der jeweiligen Teilstudien. In Abbildung 1 ist die Projektstruktur grafisch dargestellt.

Tabelle 1. Tabellarische Darstellung der Konsortial- und Kooperationspartner.

Konsortialführung	Institution	Hauptverantwortlich
Prof. Dr. med. J. Kruse	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	Gesamtprojekt Teilstudie II
Konsortialpartner	Institution	Hauptverantwortlich
Dr. T. G. Grobe	aQua-Institut	Teilstudie I
Prof. Dr. H-C. Friederich	Universitätsklinikum Heidelberg	Teilstudie IV
Prof. Dr. Dr. G. Heuft	Universitätsklinikum Münster	Teilstudie III
Prof. Dr. J. Szecsenyi	Universitätsklinikum Heidelberg	Teilstudie IV
Prof. Dr. B. Wild	Universitätsklinikum Heidelberg	Biometrie
Dr. U. Marschall	BARMER	Teilstudie I
Kooperationspartner		Beteiligung
USUMA GmbH		Teilstudie II
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)		Teilstudie III
Fachlicher Ansprechpartner		
Dr. H. Kampling	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	Gesamtprojekt

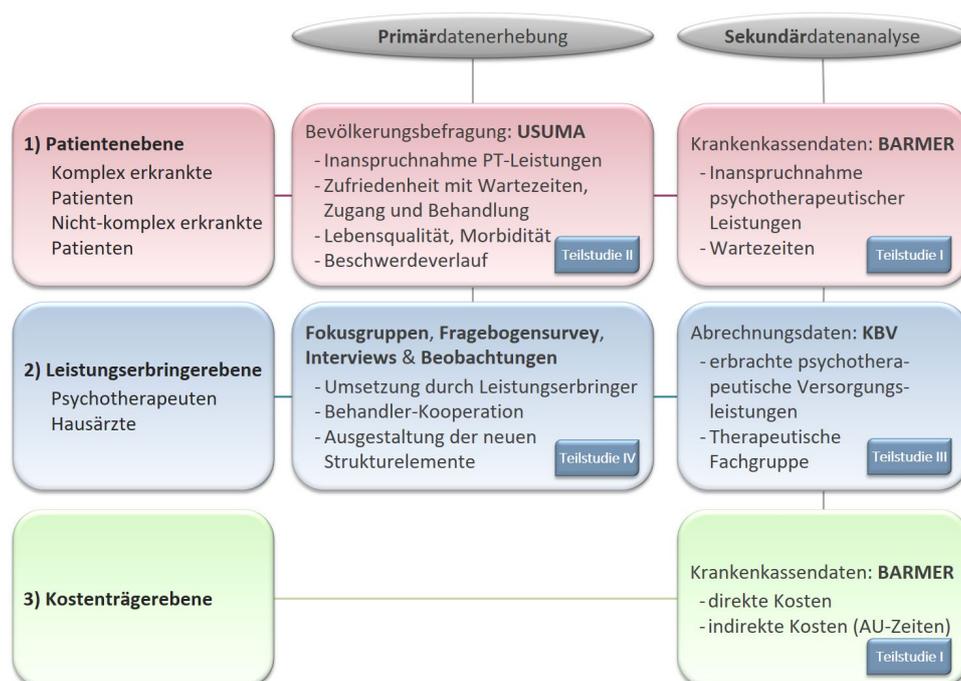


Abbildung 1. Grafische Darstellung der Projektstruktur.

3. Projektziele

Jährlich erkranken in Deutschland nahezu 18 Millionen Menschen an einer psychischen Störung. Um einen niederschweligen und schnelleren Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen sowie eine erhöhte Flexibilität der Angebote auch in einer akuten Erkrankungssituation zu erreichen, wurden mit der Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) 2017 als neue Versorgungselemente die psychotherapeutische Sprechstunde, die Akutbehandlung und die Rezidivprophylaxe eingeführt, die Gruppentherapie gefördert, die telefonischen Erreichbarkeiten für Patienten verbessert und eine Vermittlung von Sprechstundenterminen über Terminservicestellen etabliert (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), 2018). Neben den zu nicht-komplex psychisch erkrankten Patienten (nkE) (Vorliegen einer psychischen Störung) stellen komplex erkrankte Patienten (kE) (gleichzeitiges Vorliegen einer psychischen Störung sowie mindestens einer beeinträchtigenden chronischen somatischen Erkrankung) eine besondere Risikogruppe hinsichtlich der Mortalität, Lebensqualitätseinschränkungen und gesundheitsbezogener Kosten eine besondere Risikogruppe dar (Baumeister et al., 2011; Hofmann et al., 2013; Kampling et al., 2017; Lehnert et al., 2011; Moussavi et al., 2007; Russ et al., 2012; Wild et al., 2014). Diese sind trotz ihres erhöhten Behandlungsbedarfes (Schiel et al., 2014) in der ambulanten PT als unterversorgt anzusehen (Kruse et al., 2013; Mack et al., 2014; Rommel et al., 2017).

Im Rahmen des ES-RiP-Projektes erfolgte eine umfassende Evaluation der Strukturreform der PT-RL mit besonderem Fokus auf kE im Vergleich zu nkE. Basierend auf einem Mehrebenenansatz (Patienten, Leistungserbringer, Kostenträger) und unter Einbezug verschiedener Methoden und Datenquellen (Primär- und Sekundärdaten) sollte im Rahmen des Projektes geprüft werden,

- (a) inwieweit die Ziele der Reform der PT-RL in der häufigen, aber bislang besonders unterversorgten Gruppe der kE erreicht wurden,
- (b) welche Barrieren die Umsetzung erschweren und
- (c) welche Maßnahmen für eine Weiterentwicklung und Optimierung notwendig sind.

Diese Fragestellungen wurden u.a. anhand von zwei Hypothesen geprüft:

Hypothese I: Bei kE hat innerhalb von zwei Jahren nach Einführung der Reform die Inanspruchnahme der ambulanten psychotherapeutischen Sprechstunde und Behandlung stärker zugenommen als bei nkE.

Hypothese II: Bei kE ist zwei Jahre nach Einführung der Reform die Wartezeit auf eine PT stärker rückläufig als bei nkE

Dabei sollte die Auswertung von Sekundärdaten eine direkte, repräsentative Beurteilung der erreichten Versorgung ermöglichen. Regionale Unterschiede, Variabilität über Therapeuten hinweg sowie die Behandlungs- und Versorgungsabläufe sollten identifiziert werden. Dabei sollte der Nutzen der Reform der PT-RL für die Verbesserung der Patientenversorgung quantifiziert werden. Durch die Untersuchung des Transformationsprozesses auf der Makro-, Meso- und Mikroebene, sollten modifizierende Faktoren der Outcomes offengelegt werden. Der Mehrwert der mehrperspektivischen Herangehensweise sollte sein, potentielle Schwachstellen und förderliche Bedingungen lokalisieren zu können. Dadurch sollten unmittelbare Handlungsoptionen für die weitere Gestaltung der PT-RL abgeleitet werden.

3.1. Teilstudie I

Bei Teilstudie I handelt es sich um eine quantitative Sekundärdatenanalyse von Krankenkassendaten. Basierend auf Daten der BARMER sollten auf Patientenebene mittels prä-/post-Analysen die Zuweisungswege, Wartezeiten sowie Morbidität untersucht werden. Zudem sollte auf Kostenträgerebene eine gesundheitsökonomische Analyse der direkten und indirekten Krankheitskosten erfolgen.

3.2. Teilstudie II

Bei Teilstudie II handelt es sich um eine quantitative Primärdatenanalyse auf der Ebene der Patienten, die PT in Ansprache nehmen/genommen haben. Auf Patientenebene sollte eine deskriptive Darstellung verschiedener patientenbezogener Outcomes wie Beschwerden, Beschwerdeverlauf, Zuweisungswege, Zufriedenheit mit Wartezeit und Behandlung, Lebensqualität sowie Morbidität in Abhängigkeit vom Leistungsgeschehen, Zugangsbarrieren zu Psychotherapie-Leistungen (PT-Leistungen) und Unterschiede zwischen kE und nkE erfolgen.

3.3. Teilstudie III

Bei Teilstudie III handelt es sich um eine quantitative Sekundärdatenanalyse auf der Ebene der Leistungserbringer. Primäre Fragestellung war die Erfassung der Realisierung des Umfangs der ambulanten PT-Leistungen. Im Rahmen der sekundären Fragestellung sollte überprüft werden, inwieweit andere Faktoren die ambulante psychotherapeutische Versorgung von kE beeinflussen könnten. Zu diesen Faktoren gehören das Alter und Geschlecht der Patienten, die Berufsgruppe der PTen (ärztliche/psychologische/sonstige PTen), das KV-Versorgungsgebiet in dem die Leistung abgerechnet wurde, die Leistungsart (Sprechstunde, Probatorik, Akutbehandlung, Richtlinienpsychotherapie), das Therapiesetting (Einzeltherapie, Gruppentherapie), die Therapiedauer (Kurzzeittherapie (KZT)/Langzeittherapie (LZT)) sowie das Richtlinienverfahren (analytische PT, tiefenpsychologisch fundierte PT, Verhaltenstherapie).

3.4. Teilstudie IV

Bei Teilstudie IV handelt es sich um eine subjektive Primärdatenanalyse auf Leistungserbringerebene von PTen und HAs. Es sollte ermittelt werden, wie die neuen Strukturelemente von PTen formal und inhaltlich für kE und nkE integriert wurden und wie diese auf die hausärztliche Versorgung zurückwirken. Als sekundäre Fragestellungen sollten die Informiertheit prä-Reform, der Implementierungsprozess bei PTen, wahrgenommene Effekte und Nebenwirkungen/Barrieren sowie Aufgabenverschiebungen bei HAs untersucht werden. Zudem wurden Einflüsse auf die Kooperation zwischen HAs und PTen thematisiert. Zusätzlich sollte die formale und inhaltliche Ausgestaltung der neuen Strukturelemente durch PTen (Indikationsstellungen, Methoden und Techniken) untersucht werden. Als Nebenfragestellung sollten mögliche Determinanten, wie regionale Unterschiede in der Versorgung, der Einfluss von Alter und Geschlecht der Leistungserbringer, die Fachgruppe der PTen (ärztliche/psychologische PTen) sowie das Richtlinienverfahren (analytische PT, tiefenpsychologisch fundierte PT, Verhaltenstherapie) analysiert werden. Datenbasis war eine Kombination aus explorativen Fokusgruppendifkussionen, ein bundesweiter Survey mit dem Ziel repräsentativer Aussagen sowie weitere explanatorische Interviews mit PTen, ergänzt um einzelne Praxisbeobachtungen.

4. Projektdurchführung

Mit Blick auf die kontinuierliche Projektkoordination erfolgten aufgrund der Corona-Pandemie abweichend von den initial anvisierten Präsenztreffen nach 3, 6, 12, 19 und 21 Projektmonaten, Webex-Meetings in ca. 4-wöchigen Abständen. Dies ermöglichte einen intensiven inhaltlichen Austausch und wirkte sich insgesamt positiv auf den Gesamtprojektverlauf aus. Neben den Konsortialtreffen fanden auch zwei Beiratstreffen sowie ein Abschlusstreffen (in Präsenz) statt. Für ein effizientes Projektcontrolling erfolgte eine kontinuierliche Rückkoppelung mit der Konsortialführung. Projektübergreifend wurde initial ein detailliertes Studienprotokoll erarbeitet, das zusammen mit dem Datenschutzkonzept positiv von der Ethik-Kommission des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen (AZ 107/20) sowie der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg (S-466/2020) beurteilt wurde und bereits veröffentlicht wurde (Kampling et al., 2022). Zudem erfolgte eine Registrierung der Studie im Deutschen Register für Klinische Studien (DRKS00020344).

Die Gesamtdurchführung der ES-RiP-Studie erfolgte in vier Teilstudien, die sich durch die jeweiligen Datenquellen begründen (siehe auch Abbildung 1):

- Teilstudie I basiert auf Abrechnungsdaten der BARMER (Sekundärdatenanalysen) und adressiert sowohl die Patientenebene (Ia) als auch die Kostenträgerebene (Ib).
- Teilstudie II basiert auf den Daten einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung von PT-Inanspruchnehmenden (Primärdaten) und adressiert die Patientenebene.
- Teilstudie III basiert auf Abrechnungsdaten der KBV (Sekundärdatenanalysen) und adressiert die Leistungserbringerebene.
- Teilstudie IV basiert auf Survey-, Fokusgruppen- und Interviewdaten mit PTen und HAs (Primärdaten) und adressiert die Leistungserbringerebene.

Das gewählte Vorgehen erlaubt in Anlehnung an das Throughput-Modell (Schrappe & Pfaff, 2016) sowohl eine Outcome-Evaluation der Strukturreform, als auch eine Evaluation des Reformprozesses:

- (A) Für die *Outcome-Evaluation* (Vergleich der Veränderung von Inanspruchnahme und Wartezeiten bei kE und nkE) wurde auf BARMER-Abrechnungsdaten und Patientenangaben zurückgegriffen (= Patientenebene: Teilstudien I und II).
- (B) Für die *Reformprozess-Evaluation* wurden zwei Gruppen von Leistungserbringern (ärztliche/psychologische PTen sowie HAs) sowie KBV-Abrechnungsdaten einbezogen (= Leistungserbringerebene: Teilstudien III und IV).

Darüber hinaus sollten auch gesundheitsökonomische Veränderungen erfasst werden:

- (C) Für die *gesundheitsökonomische Evaluation* (Veränderungen in der Kostenstruktur der Behandlung prä- und post-Reform) wurden Abrechnungsdaten der BARMER-Krankenkasse ausgewertet (= Kostenträgerebene: Teilstudie I).

4.1. Teilstudie I

In Teilstudie I erfolgte zunächst in enger Zusammenarbeit mit allen Projektbeteiligten die Erstellung des Analyseplans für die Auswertungen hinsichtlich Inanspruchnahme und Wartezeit. Es wurden projektübergreifende Definitionen (siehe Kapitel 5.5.) festgelegt und umfangreiche Voranalysen durchgeführt, um die Häufigkeiten der Diagnosen psychischer Störungen und ihrer somatischen Komorbiditäten zu ermitteln. Die Abrechnungsdaten der BARMER wurden für alle relevanten Bezugsjahre gesichtet und projektbezogen aufbereitet. Ab August 2020 konnten auch Daten zur ambulanten Versorgung aus dem Jahr 2019 einbezogen werden. Um die Auswirkungen der Reform der PT-RL zu erfassen, wurden in den BARMER-Daten kalenderjährlich dokumentierte Inanspruchnahmen von Leistungen im Sinne der PT-RL in den Jahren von 2013 bis 2019 betrachtet, wobei vorrangig Ergebnisse aus den Zeiträumen (a) 2015 und 2016 (prä-Reform) mit (b) 2018 und 2019 (post-Reform) verglichen wurden. Basierend auf den Ergebnissen der Voranalysen, den Diskussionen im Konsortium und v. a. der intensiven Zusammenarbeit mit den Vertretern der Teilstudie III wurde ein abgestimmtes Analyseverfahren im Sinne der Outcome-Evaluation im Detail festgelegt und beschrieben. Zudem wurden die Möglichkeiten der gesundheitsökonomischen Analysen diskutiert und im weiteren Projektverlauf finalisiert. Die Ergebnisse der umfangreichen Auswertungen der Outcome-Evaluation der BARMER-Daten wurden in regelmäßig erfolgenden Konsortialtreffen sowie in zwei Beiratstreffen vorgestellt und vor dem Hintergrund der Ergebnisse der anderen Teilstudien interpretiert und in eine Gesamtzusammenschau eingeordnet.

4.2. Teilstudie II

Im Rahmen von Teilstudie II wurde in Kooperation mit dem unabhängigen Marktforschungsinstitut USUMA GmbH eine repräsentative bevölkerungsbasierte telefonische Befragung durchgeführt. Diese erfolgte mittels standardisierter Computer Assisted Telephone Interviews (CATI-Interviews) im Erhebungszeitraum 18. Januar 2021 bis 04. Oktober 2021.

Als Qualitätsmaßnahme auf Seiten der USUMA GmbH erfolgten umfassende Schulungen der Interviewenden sowie der Supervisoren (u. a. mit Erfahrung im Umgang mit Menschen mit psychischen Belastungen) und eine Begleitung der Interviewenden durch diese Supervisoren während der gesamten Feldzeit. Basierend auf den Arbeiten von Albani und Kollegen (2010), die bereits vergleichbare Befragungen durchgeführt haben, wurde ein Screening- sowie Interviewleitfaden entwickelt, pilotiert (N = 100) und in CATI-Interviews überführt. Im Rahmen von CATI-Interviews werden Fragen oder erklärende Hinweise standardisiert gelesen und die Antworten nach spezifischen Vorgaben in einer Programmmaske erfasst.

Im Rahmen eines Screenings wurden entsprechend den Ein- und Ausschlusskriterien zunächst Therapiesuchende und Inanspruchnehmende von ambulanter PT identifiziert. Nach einer ausführlichen Aufklärung über die Studie und den Datenschutz sowie dem verbalen Einverständnis zur Teilnahme (= informed consent) wurden die Probanden in einem ausführlichen Interview zu verschiedenen subjektiven Outcomes befragt. Nach Abschluss der Datenerhebungen stellte die USUMA GmbH einen Datensatz inklusive einer GewichtungsvARIABLE bereit, welche eine adjustierte repräsentative Auswertung ermöglichte. In einer ersten Datenprüfungs- und -bereinigungsphase wurden die Daten auf Plausibilität und Validität geprüft und ein finaler Analysedatensatz erarbeitet. Auf Grundlage dieses Analysedatensatzes konnten im Januar 2022 die deskriptiven Datenauswertungen durchgeführt und abgeschlossen werden. Die Ergebnisse der umfangreichen Auswertungen der Outcome-Evaluation der Patientenangaben wurden in regelmäßig erfolgenden Konsortialtreffen sowie in zwei Beiratstreffen vorgestellt und vor dem Hintergrund der Ergebnisse der anderen Teilstudien interpretiert und in eine Gesamtzusammenschau eingeordnet.

4.3. Teilstudie III

Im Rahmen der regelmäßigen Konsortialtreffen und der intensiven Zusammenarbeit mit den Vertretern der Teilstudie I wurden für die Sekundärdatenanalysen die methodische Vorgehensweise und für das Gesamtprojekt inhaltliche Definitionen diskutiert, konsentiert und parallelisiert. Auf dieser Grundlage wurde ein vorläufiger Auswertungsplan mit den relevanten Populationen und zu untersuchenden Variablen für die Sekundärdatenanalyse, der an die Kooperationspartner der KBV weitergeleitet und anschließend diskutiert wurde, erarbeitet. Basierend auf einer ausführlichen Information der Kooperationspartner über den Hintergrund und das Ziel des Gesamtprojektes sowie der Teilstudie III wurde ermittelt, inwieweit die konkreten Fragestellungen mithilfe der bei der KBV hinterlegten Leistungsdaten abbildbar sind und die geplanten Datenanalysen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Ressourcen durchgeführt werden können. Nach Klärung der Datengrundlage wurden mit den Mitarbeitern der KBV das konkrete Vorgehen, die technischen Rahmenbedingungen und die Möglichkeiten der Datenbereitstellung (Umfang, Format, Aggregationslevel) im Rahmen der Sekundärdatenanalyse erarbeitet. Unter Berücksichtigung der jeweiligen Vor- und Nachteile wurde festgelegt, dass die Datenextraktion und vorläufigen Analysen durch die Mitarbeiter der KBV in Berlin und die Aufbereitung und Interpretation der Ergebnisse durch die Mitarbeiter des Teilprojektes III am Universitätsklinikum Münster erfolgen. Dazu wurden Excel-Tabellen zu den einzelnen Fragestellungen der Teilstudie III erstellt, die der KBV zur Verfügung gestellt wurden. In kontinuierlichem Austausch mit der KBV wurden methodische Details der Sekundärdatenanalyse geklärt und ein ausführlicher Auswertungsplan finalisiert, der die Ziele und Fragestellungen der Teilstudie III, die Definitionen der Studienpopulation und Subgruppen sowie die bis zu diesem Zeitpunkt geplanten Datenanalysen detailliert beschreibt. Im März 2021 begann die Datenextraktion durch die Mitarbeiter der KBV und im Mai 2021 lagen die Sekundärdaten in unaufbereiteter Rohform vor. Durch die Mitarbeiter der Teilstudie III wurden diese Rohdaten im Excel-Format aufbereitet. Für jede der primären und sekundären Fragestellungen wurden entsprechende Tabellen und Grafiken erstellt, an denen sich mögliche zeitliche Trends bzw. Stagnationen oder Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten zwischen den Gruppen kE und nKE

abbilden lassen. Erste Zwischenergebnisse wurden jeweils in den regelmäßigen Konsortialtreffen vorgestellt. Im November 2021 konnten die Datenauswertungen abgeschlossen werden. Aus dem umfangreichen Datenmaterial wurden im Rahmen von regelmäßigen internen Meetings der Vertreter der Teilstudie III zentrale und auch für die anderen Teilprojekte relevante Ergebnisse herausgefiltert und interpretiert. Die Ergebnisse der umfangreichen Auswertungen der Reformprozess-Evaluation der KBV-Daten wurden in regelmäßig erfolgenden Konsortialtreffen sowie in zwei Beiratstreffen vorgestellt und vor dem Hintergrund der Ergebnisse der anderen Teilstudien interpretiert und in eine Gesamtzusammenschau eingeordnet.

4.4. Teilstudie IV

Die Teilstudie IV zur Erfassung der Leistungserbringer-Perspektive erfolgte in vier Phasen mit unterschiedlicher Gewichtung. Zunächst wurden Fokusgruppendifkussionen mit dem Ziel der Erfassung der Leistungserbringer-Perspektive geplant. Als erstes wurden hierzu Moderationsleitfäden erstellt und anschließend nach Berufsgruppen (HAs/PTen) getrennte Befragungen durchgeführt und ausgewertet. Gleichzeitig dienten diese ersten Ergebnisse als Grundlage für die Entwicklung des Survey-Fragebogens. In der zweiten Phase erfolgte die deutschlandweite Befragung von jeweils 1.200 HAs und PTen zur Implementierung und Outcome mittels der entwickelten strukturierten Fragebögen. Diese Surveys sollten repräsentative Aussagen zur Bewertung der PT-RL aus Sicht von Leistungserbringern ermöglichen. Zur Erreichung eines hohen Rücklaufs wurden mehrere Erinnerungen ausgesendet und die Fragebögen in Papierform sowie als Onlineversion angeboten. Die Adressen von jeweils 4.000 angeschriebenen HAs und PTen wurden überwiegend von der KBV als Zufallsstichprobe aus dem gesamtdeutschen Register gezogen und unentgeltlich zur Verfügung gestellt. Parallel zur Befragung erfolgte bereits die Dateneingabe. Für die Durchführung von weitergehenden Interviews zur Frage der konkreten formalen und inhaltlichen Ausgestaltung der neuen Strukturelemente durch die PTen wurden aus der Gesamtstichprobe der PTen solche ausgewählt, die angaben, die neuen Elemente in ihrer Praxis regelhaft durchzuführen und auch Bereitschaft signalisierten, weitere Informationen zur Umsetzung der PT-RL zu geben. Aus diesen wurde wiederum eine Zufallsstichprobe gezogen und kontaktiert. So kamen insgesamt 42 Telefoninterviews zustande, in denen die PTen Einblicke in die Umsetzung von Sprechstunde, Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe gaben. Um zu einer letzten Überprüfung der in den Vorphasen gefundenen Ergebnisse zu kommen und eventuell auch solche Vorgehensweisen und Rahmenbedingungen zu identifizieren, für die die PTen selbst „blind“ waren, sollten Beobachtungen realer PT-Sitzungen stattfinden. Auch hierzu wurden zunächst PTen aus der Survey-Stichprobe kontaktiert. Hier zeigte sich jedoch, dass vor allem aus Rücksicht auf die Etablierung oder den Erhalt einer guten therapeutischen Beziehung PTen sehr zurückhaltend. Mit Blick auf die bereits erfolgten Interviews, wurde der zusätzliche Erkenntnisgewinn der Praxisbeobachtungen als niedriger als zunächst angenommen eingeschätzt, was wenige durchführbare Beobachtungen bestätigten. Die Ergebnisse der umfangreichen Auswertungen der Reformprozess-Evaluation der Leistungserbringer-Angaben wurden in regelmäßig erfolgenden Konsortialtreffen sowie in zwei Beiratstreffen vorgestellt und vor dem Hintergrund der Ergebnisse der anderen Teilstudien interpretiert und in eine Gesamtzusammenschau eingeordnet.

5. Methodik

Die Reform der PT-RL wird als eine komplexe Intervention betrachtet und erfordert daher zu deren Evaluation verschiedene methodische Ansätze (Craig et al., 2008). Hierfür wurde ein Mehrebenenansatz (Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger) gewählt, der verschiedene Datenquellen (Primär- und Sekundärdaten) integriert und verschiedene Methoden wie quantitative Auswertungen (Teilstudie I, II und III) und ein Mixed-Methods-Design (quantitativ/qualitativ, Teilstudie IV) einbezieht. Es sollten zwei Zielgruppen adressiert werden:

- (I1) kE nach Inkrafttreten der Strukturreform der PT-RL (= *post-Reform*).
- (I2) nkE nach Inkrafttreten der Strukturreform der PT-RL (= *post-Reform*).

Um die Auswirkungen der Strukturreform der PT-RL (prä-/post-Reform) auf diese beiden Patientengruppen zu betrachten, ergeben sich zwei Vergleichspopulationen:

- (V1) Eine historische Kontrollgruppe von kE aus den Jahren vor dem Inkrafttreten der Strukturreform der PT-RL (= *prä-Reform*).
- (V2) Eine historische Kontrollgruppe von nkE aus den Jahren vor dem Inkrafttreten der Strukturreform der PT-RL (= *prä-Reform*).

5.1. Teilstudie I

Bei Teilstudie I handelt es sich um eine quantitative Sekundärdatenanalyse, die eine Evaluation der Reform der PT-RL auf Patienten- und Kostenträgerebene ermöglicht. Basis der Analysen waren Daten der BARMER. Zur wissenschaftlichen Nutzung werden seitens der BARMER pseudonymisierte Daten zu Versicherten aus nahezu allen Leistungsbereichen längsschnittlich verknüpfbar in einem wissenschaftlichen Data Warehouse (W-DWH) vorgehalten. Die Auswertung der Daten der BARMER erfolgt gemäß Good Practice of Secondary Data Analysis (Swart et al., 2015).

Zur Abgrenzung der Untersuchungspopulation wurden in den BARMER-Daten Diagnosen und Leistungen aus dem ambulant-ärztlichen Bereich sowie weitere Merkmale aus den Jahren 2013 bis 2019 herangezogen. Dabei spielten neben soziodemografischen Angaben und Versicherungszeiten insbesondere (gesicherte) ambulant-ärztliche und zu Abrechnungsquartalen dokumentierte Diagnosen (siehe Kapitel 5.5.2. und 5.5.3.) sowie Zugänge zu PT (siehe Kapitel 5.5.5.) eine Rolle. Die Einschlusskriterien umfassten ein a) Alter zwischen 18 und 79, b) einen Wohnsitz in Deutschland sowie c) eine Versicherung bei der BARMER (über zwei vorausgehende und im Falle der fokussierten primären Beobachtungsjahre 2015 und 2018 auch das nachfolgende Jahr in allen Quartalen). Zudem fanden das M2F-Kriterium (siehe Kapitel 5.5.1.) sowie die Definitionen der Einschlussdiagnosen (siehe Kapitel 5.5.2. – 5.5.4.) Anwendung. Ausgeschlossen wurden diejenigen Personen, bei denen bereits innerhalb der beiden Vorjahre ein PTen-Kontakt und/oder in den Quartalen Q_{x-8} bis Q_{x+1} mindestens einmalig eine Ausschlussdiagnose dokumentiert wurde. Personen mit nur einmalig dokumentierter somatischer Diagnose wurden ausgeschlossen, um indifferente Zuordnungen zu vermeiden. Für Subgruppenanalysen wurden weitere Aufteilungen der Untersuchungspopulationen vorgenommen, die im Anhang 2 beschrieben sind.

Um Abweichungen des BARMER-W-DWH-Versichertenkollektivs von der Bevölkerung in Deutschland hinsichtlich soziodemografischer Merkmale auszugleichen und damit die Repräsentativität der Studienergebnisse zu erhöhen, wurde eine bevölkerungsbezogene Gewichtung nach Alter, Geschlecht und Wohnort auf Bundeslandebene angewendet. Als Ergebnisse können damit sowohl standardisierte Werte als auch bezogen auf absolute Zahlen Hochrechnungen auf die Bevölkerung präsentiert werden.

In Teilstudie I stellt im Rahmen von Hypothese I der Erstkontakt zu einem PTen (durch kE oder nkE) den primären Endpunkt dar. Als PTen wurden dabei ausschließlich Therapeuten mit einer der in Kapitel 5.5.5 gelisteten Fachgruppenkennungen berücksichtigt, wobei diese Abgrenzung über den gesamten Beobachtungszeitraum der Studie unverändert und unbeeinflusst durch die Reform der PT-RL Gültigkeit besaß. Als Erstkontakt wurde jede erstmalige ambulante Abrechnung einer Leistung durch einen Therapeuten mit entsprechender Fachgruppenkennung bei kE oder nkE definiert (die ihrerseits gemäß Ausschlusskriterien keinen entsprechenden Kontakt in den zwei dem Beobachtungsjahr vorausgehenden Jahren hatten).

Im Rahmen einer deskriptiven Gegenüberstellung wurden für die gesamte Untersuchungspopulation sowie kE und nkE die Anteile der jeweiligen Gruppen mit (Erst-)Kontakt zu PTen innerhalb der einzelnen Kalenderjahre 2015, 2016, 2018 und 2019 ermittelt. Basierend auf diesen Auswertungen sollte die Hypothese I zu unterschiedlichen Auswirkungen der Reform auf

die ambulante psychotherapeutische Versorgung von kE und nkE zunächst auch unabhängig von ggf. bereits im Vorfeld der PT-Versorgung diagnostizierten psychischen Störungen überprüft werden.

Im Rahmen ergänzender explorativer Analysen wurden Veränderungen der Inanspruchnahmeraten im zeitlichen Verlauf auch für weitere Subgruppen psychischer Störungen ermittelt, um Unterschiede der Inanspruchnahme sowie ggf. auch unterschiedlich ausgeprägte Effekte der Reform der PT-RL auf die Inanspruchnahme abhängig von bestimmten Gruppen von psychischen Störungen identifizieren zu können.

Den Endpunkt im Sinne der Hypothese II der Teilstudie I stellen Wartezeiten der kE und nkE mit Erstkontakt zu PTen dar, die als Zeitintervalle zwischen einem Erstkontakt (s. o.) und der Abrechnung definierter Leistungen in ambulanten Abrechnungsdaten operationalisiert wurden. Die definierten Leistungen wurden dabei in unterschiedlicher Form jeweils anhand bundesweit gültiger Abrechnungsziffern gemäß einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) abgegrenzt. Zur Überprüfung von Hypothese II (Unterschied in der Veränderung der Wartezeit auf eine PT) wurden zunächst Personen ausgewählt, die 2015 (prä-Reform) bzw. 2018 (post-Reform) innerhalb des jeweiligen Beobachtungsjahres erstmalig (seit nachweislich mehr als zwei Jahren) einen PTen kontaktierten und bei denen anschließend innerhalb von maximal 365 Tagen eine Richtlinienpsychotherapie eingeleitet wurde (Abrechnung einer Ziffer aus dem EBM-Kapitel 35.2). In zwei weiteren Varianten wurden – im Sinne von Sensitivitätsanalysen – probatorische Sitzungen sowie Akutbehandlungen als Zeitpunkte der Einleitung einer PT berücksichtigt (EBM-Ziffern 35150 bzw. 35152). Da alle Abrechnungsziffern des einheitlichen Bewertungsmaßstabes mit Angabe eines Tagesdatums abgerechnet werden müssen, konnten Zeiträume zwischen einem Erstkontakt sowie der Einleitung einer PT in den unterschiedlichen Operationalisierungsvarianten jeweils taggenau ermittelt werden. Veränderungen der Wartezeiten sowie der Inanspruchnahmeraten von ambulanten PT-Leistungen im zeitlichen Verlauf (prä- zu post-Reform) wurden zwischen kE und nkE basierend auf der Methode der indirekten Standardisierung verglichen. Basierend auf Daten zu den Wartezeiten/Inanspruchnahmeraten 2015/2016 prä-Reform wurden Wartezeiten/Inanspruchnahmeraten in Strata nach Altersgruppen, Geschlecht und Wohnort für beide Gruppen ermittelt. Basierend auf diesen Ergebnissen wurden die erwarteten Wartezeiten/Inanspruchnahmeraten für den Zeitraum 2018/2019 ermittelt und mit real beobachteten Wartezeiten/Inanspruchnahmeraten post-Reform verglichen. Derartig ermittelte relative Abweichungen beobachteter von erwarteten Wartezeiten/Inanspruchnahmeraten (mit 95 %-Konfidenzintervall) bildeten ein adjustiertes Maß für die (relativen) Veränderungen der Wartezeiten bzw. Inanspruchnahmeraten im Zuge der Reform der PT-RL.

Zur Ermittlung von Veränderungen der Behandlungskosten prä- und post-Reform und zur Untersuchung der Auswirkungen einer zeitnahen Richtlinienpsychotherapie bei kE wurden direkte (kassenärztliche/kassenpsychotherapeutische ambulante Versorgung, ambulante und stationäre Versorgung in Krankenhäusern, ambulante Arzneimittelverordnung) und indirekte Kosten (Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU-Zeiten)) ermittelt. Die Ergebnisdarstellung erfolgte vorrangig deskriptiv, wobei auch hier über bevölkerungsbezogene Standardisierungen bzw. Gewichtungen auch Abschätzungen der Gesamtkosten der gesundheitlichen Versorgung für bestimmte Bereiche und Subgruppen der Bevölkerung in Deutschland vorgenommen wurden.

5.2. Teilstudie II

Die repräsentative Bevölkerungsbefragung erfolgte im Querschnittsdesign und zielte darauf ab, drei Gruppen von Befragten zu erreichen:

- (A) Befragte, die PT in Anspruch nehmen wollten und denen es nicht gelungen ist, einen direkten PT-Erstkontakt (face-to-face-Kontakt) zu einem PTen zu erreichen.
- (B) Befragte, die im Zeitraum 1. Quartal 2012 bis 1. Quartal 2017 (prä-Reform) zumindest eine PT-Leistung in Anspruch genommen haben.

- (C) Befragte, die im Zeitraum 1. Quartal 2018 bis 4. Quartal 2020 (post-Reform) zumindest eine PT-Leistung in Anspruch genommen haben.

Der Zeitraum 2. Quartal 2017 (Inkrafttreten der PT-RL) bis einschließlich 04. Quartal 2017 wurde dabei im Sinne einer Übergangszeit der Umsetzung ausgespart. Neben der erfolgreichen Zuordnung zu einer der drei Zielgruppen umfassten die Einschlusskriterien a) ein Alter zwischen 18 und 79 Jahren, b) ausreichende deutsche Sprachkenntnisse, c) ausreichende kognitive Fähigkeiten sowie d) ein informiertes Einverständnis zur Studienteilnahme. Ausgeschlossen wurden Menschen mit hirnorganischen Störungen (ICD-10: F00-09) oder Intelligenzminderung (ICD-10: F70-F79). Basierend auf a priori Fallzahlschätzungen umfassten die geplanten Stichprobengrößen $n = 600$ Befragte für Gruppe A sowie je $n = 1.000$ Befragte für die Gruppen B und C. Dabei war für die Fallzahlkalkulation in Gruppe A keine valide Datengrundlage verfügbar, sodass die explorative Befragung u. a. dazu diente, Hinweise auf die Zugangsbarrieren zur psychotherapeutischen Versorgung für diese Patientengruppe zu eruieren. Für die Fallzahl von je $n = 1.000$ in den Gruppen B und C wurde unter der literaturbasierten Annahme eines Anteils von 15 % an kE vor der Reform sowie einer Steigerung dieses Anteils um 5 % nach der Reform davon ausgegangen, dass diese Zunahme mit einer statistischen Power von 85 % signifikant aufgedeckt werden kann.

Im Vorfeld der Haupterhebung wurde der den CATI-Interviews zugrundeliegende Fragebogen bzw. Interviewleitfaden entwickelt und in einem kognitiven Pre-Test mit $n = 100$ Befragten erprobt. Die Befragungsdauer betrug ca. 20 Minuten (inklusive Screening). Der vollständige Interviewleitfaden ist in Anlage 1 dargestellt.

Der Fragebogen bzw. der Interviewleitfaden wurde thematisch an das Befragungsskript zur Zufriedenheit von ambulanten PT-Patienten von Albani und Kollegen (2010) angelehnt. Zudem wurde bei der Konzeption des Interviewleitfadens das Inventar zur balancierten Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie (INEP; (Ladwig et al., 2014)) herangezogen. Dabei wurden Veränderungen durch PT mit 12 Items über Ja/Nein-Angaben erfragt. Der in der ES-RiP-Studie eingesetzte Fragebogen bzw. Interviewleitfaden umfasste vier Screening-Fragen, 34 Fragen zu PT (u. a. Inanspruchnahme, Wartezeit, Zufriedenheit mit der Wartezeit und Behandlung, Zugangswege), drei Fragen zu Medikation (u. a. Einnahme von Medikamenten sowie Nützlichkeit und Nebenwirkungen), 18 Fragen zu körperlichen Erkrankungen (u. a. welche körperlichen Erkrankungen sowie Diagnosezeitpunkt, wahrgenommene Beeinträchtigung), neun Fragen zur Soziodemographie sowie drei Fragen zum Dual-Frame-Vorgehen. Da es kein Verzeichnis aller Privathaushalte oder privat genutzter Telefonanschlüsse gibt, stellt die Arbeitsgemeinschaft ADM-Telefonstichproben einen Auswahlrahmen zur Verfügung, der es erlaubt, repräsentative Bevölkerungsstichproben zu erreichen und mittels Dual-Frame-Vorgehen sowohl Festnetz- als auch Mobilfunkanschlüssen zu nutzen (Arbeitsgemeinschaft ADM-Telefonstichproben, 2016; Häder & Gabler, 1998). In Haushalten mit mehreren Personen wurde mittels Kish-Selection-Grid die Zielperson für die Befragung ausgewählt (Kish, 1949). Nach Abschluss aller Erhebungen wurde der anonymisierte Datensatz von der USUMA GmbH übermittelt. Basierend auf repräsentativen Krankenkassendaten der BARMER erfolgte eine Redressment-Gewichtung der Daten, welche Anpassungen für die Verteilungen der Merkmale *Alter*, *Geschlecht* (Merkmalskreuz $\text{Alter} \times \text{Geschlecht}$ mit 12 Zellen) und *Wohnort auf Bundesebene* (16 Zellen) vornahm. Die deskriptiven Ergebnisdarstellungen hinsichtlich Beschwerden, Beschwerdeverlauf, Zuweisungswege, Zufriedenheit mit Wartezeit und Behandlung, Lebensqualität und Morbidität basieren auf gewichteten Daten.

5.3. Teilstudie III

Bei Teilstudie III handelt es sich um eine Sekundärdatenanalyse von Routinedaten der KBV. Die Daten enthalten alle in Deutschland von HAs und PTen zu Lasten der GKV erbrachten Leistungen. Es gibt drei Auswertungsebenen: I) Leistungen, II) Patienten und III) Therapeuten mit jeweils eigener Zielpopulation und Zielgröße. Betrachtet wurde jeweils die Kalenderjahre 2015 bis 2019.

Eingeschlossen sind alle Patienten, die in einem Kalenderjahr mindestens eine Leistung mit bestimmten EBM-Ziffern (siehe Tabelle 2) erhalten haben.

Ausschlusskriterien sind für Patienten sind:

- Kalenderjahr minus Geburtsjahr kleiner 18
- Kalenderjahr minus Geburtsjahr größer 79
- Unbekanntes oder unbestimmtes Geschlecht
- Eine gesicherte Diagnose einer Hirnorganischen Störung (ICD-10: F00-09) oder einer Intelligenzminderung (ICD-10: F70-F79) im Kalenderjahr oder den zwei vorhergehenden Jahren.

Eingeschlossen sind alle Leistungen mit einer oben gelisteten EBM-Ziffer, die in dem Jahr für einen eingeschlossenen Patienten erbracht wurden.

Eingeschlossen sind alle Therapeuten, die in dem Jahr eine eingeschlossene Leistung für einen eingeschlossenen Patienten abgerechnet haben.

Zielgrößen waren die Anzahl bestimmter Subgruppen von Leistungen, Patienten bzw. Therapeuten in einem Kalenderjahr. Da für die Zielgrößen die Datengrundlage einer Vollerhebung der Zielpopulation entspricht, beschränkt sich die Datenanalyse auf deskriptive Statistiken, d. h. berichtet werden absolute Häufigkeiten und relative Anteile bestimmter Patienten/Therapeuten/Leistungen und deren Veränderungen von Jahr zu Jahr bzw. von 2015 bis 2019.

Basierend auf der EBM-Ziffer wurden Leistungen zunächst in Sprechstunde, Probatorische Sitzung, Akutbehandlung und Richtlinienpsychotherapie unterschieden. Innerhalb der Therapien wurde zusätzlich zwischen der Anzahl der Teilnehmer (Einzelsitzung, Gruppensitzung), dem Therapieverfahren (Richtlinienverfahren (analytische PT, tiefenpsychologisch fundierte PT, Verhaltenstherapie)) und der Therapiedauer (KZT, LZT) unterschieden (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2. Übersicht der eingeschlossenen Leistungen nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

EBM-Ziffer	Dauer	Anzahl Teilnehmer	Therapieverfahren bzw. Art der Leistung
35200	KZT	Einzel	tiefenpsychologisch fundierte PT
35201	LZT	Einzel	tiefenpsychologisch fundierte PT
35401	KZT	Einzel	tiefenpsychologisch fundierte PT
35402	KZT	Einzel	tiefenpsychologisch fundierte PT
35405	LZT	Einzel	tiefenpsychologisch fundierte PT
35202	KZT	Gruppe	tiefenpsychologisch fundierte PT
35203	LZT	Gruppe	tiefenpsychologisch fundierte PT
35205	KZT	Gruppe	tiefenpsychologisch fundierte PT
35208	LZT	Gruppe	tiefenpsychologisch fundierte PT
35503	KZT	Gruppe	tiefenpsychologisch fundierte PT
35504	KZT	Gruppe	tiefenpsychologisch fundierte PT
35505	KZT	Gruppe	tiefenpsychologisch fundierte PT
35506	KZT	Gruppe	tiefenpsychologisch fundierte PT
35507	KZT	Gruppe	tiefenpsychologisch fundierte PT
35508	KZT	Gruppe	tiefenpsychologisch fundierte PT
35509	KZT	Gruppe	tiefenpsychologisch fundierte PT
35513	KZT	Gruppe	tiefenpsychologisch fundierte PT
35514	KZT	Gruppe	tiefenpsychologisch fundierte PT
35515	LZT	Gruppe	tiefenpsychologisch fundierte PT
35516	LZT	Gruppe	tiefenpsychologisch fundierte PT

35517	LZT	Gruppe	tiefenpsychologisch fundierte PT
35518	LZT	Gruppe	tiefenpsychologisch fundierte PT
35519	LZT	Gruppe	tiefenpsychologisch fundierte PT
35220	KZT	Einzel	Verhaltenstherapie
35221	LZT	Einzel	Verhaltenstherapie
35421	KZT	Einzel	Verhaltenstherapie
35422	KZT	Einzel	Verhaltenstherapie
35425	LZT	Einzel	Verhaltenstherapie
35222	KZT	Gruppe	Verhaltenstherapie
35223	LZT	Gruppe	Verhaltenstherapie
35224	KZT	Gruppe	Verhaltenstherapie
35225	LZT	Gruppe	Verhaltenstherapie
80542	KZT	Gruppe	Verhaltenstherapie
35543	KZT	Gruppe	Verhaltenstherapie
35544	KZT	Gruppe	Verhaltenstherapie
35545	KZT	Gruppe	Verhaltenstherapie
35546	KZT	Gruppe	Verhaltenstherapie
35547	KZT	Gruppe	Verhaltenstherapie
35548	KZT	Gruppe	Verhaltenstherapie
35549	KZT	Gruppe	Verhaltenstherapie
80552	LZT	Gruppe	Verhaltenstherapie
35553	LZT	Gruppe	Verhaltenstherapie
35554	LZT	Gruppe	Verhaltenstherapie
35555	LZT	Gruppe	Verhaltenstherapie
35556	LZT	Gruppe	Verhaltenstherapie
35557	LZT	Gruppe	Verhaltenstherapie
35558	LZT	Gruppe	Verhaltenstherapie
35559	LZT	Gruppe	Verhaltenstherapie
35210	-	Einzel	analytische PT
35411	KZT	Einzel	analytische PT
35412	KZT	Einzel	analytische PT
35415	-	Einzel	analytische PT
35211	-	Gruppe	analytische PT
35212	-	Gruppe	analytische PT
35523	KZT	Gruppe	analytische PT
35524	KZT	Gruppe	analytische PT
35525	KZT	Gruppe	analytische PT
35526	KZT	Gruppe	analytische PT
35527	KZT	Gruppe	analytische PT
35528	KZT	Gruppe	analytische PT
35529	KZT	Gruppe	analytische PT
35533	LZT	Gruppe	analytische PT
35534	LZT	Gruppe	analytische PT
35535	LZT	Gruppe	analytische PT
35536	LZT	Gruppe	analytische PT
35537	LZT	Gruppe	analytische PT

35538	LZT	Gruppe	analytische PT
35539	LZT	Gruppe	analytische PT
35152	-	-	Psychotherapeutische Akutbehandlung
35150	-	-	Probatorische Sitzung
35151	-	-	Psychotherapeutische Sprechstunde

Die Einordnung der eingeschlossenen Patienten eines Kalenderjahres in PpS, kE und nkE leitet sich aus quartalsweisen Kriterien (siehe unten) ab. Ein eingeschlossener Patient gilt als psychisch erkrankt, wenn das quartalsweise Kriterium für „psychisch erkrankt“ bezüglich der Diagnosen psychischer Störungen *in mindestens einem Quartal* des Kalenderjahres erfüllt ist. Ein im Kalenderjahr als psychisch erkrankt eingeordneter Patient gilt als nkE, wenn das quartalsweise Kriterium für „nicht-komplex erkrankt“ *in allen Quartalen* des Kalenderjahres erfüllt ist und als kE, wenn das quartalsweise Kriterium für „komplex erkrankt“ *in allen Quartalen* des Kalenderjahres erfüllt ist. Die quartalsweisen Kriterien lauten wie folgt:

- Psychisch erkrankt sind alle Patienten, die mindestens zwei gesicherte und auf zweistelliger Ebene identische psychische Diagnosen (ICD-10: F30-F69) aufwiesen und zwar innerhalb von vier Quartalen (betrachtet wurden das aktuelle Quartal, in der die Leistung erhalten wurde, die zwei vorherigen Quartale und das folgende Quartal).
- Nicht-komplex erkrankt sind alle Patienten, die höchstens eine gesicherte und auf dreistelliger Ebene identische somatische ICD-10-Diagnose gemäß des modifizierten Charlson Comorbidity Index (CCI) (siehe Anlage 4) aufweisen und zwar innerhalb von 4 Quartalen (betrachtet wurden das aktuelle Quartal, in der die Leistung erhalten wurde und die drei vorherigen Quartale).
- Komplex erkrankt sind alle Patienten, die mindestens zwei gesicherte und auf dreistelliger Ebene identische somatische Diagnosen gemäß des CCI (siehe Anlage 3) aufweisen und zwar innerhalb von 4 Quartalen (betrachtet wurden das aktuelle Quartal, in der die Leistung erhalten wurde und die drei vorherigen Quartale).

Abgesehen von diesen Gruppen wurden alle Patienten nach Alter (18-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79) und Geschlecht (weiblich, männlich) unterschieden. Dabei galt das Alter am 31.12. eines jeden Kalenderjahres und die chronologisch erste von „unbestimmt“ und „unbekannt“ abweichende Geschlechtsangabe.

PTen wurden anhand ihrer Fachgruppennummer(FG) einer der folgenden vier Gruppen zugeordnet: Ärztliche Psychotherapeuten (Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (FG60), psychotherapeutisch tätige Ärzte (Zusatzbezeichnung, FG61), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (FG58)), Psychologische Psychotherapeuten (FG68), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (FG69) und sonstige Ärzte und Therapeuten, d.h. PTen, die im Kalenderjahr unter mehreren FG abgerechnet haben und aufgrund dessen nicht eindeutig den anderen Gruppen zugeordnet werden konnten oder die unter keiner bis hier erwähnten FG-Nummer abgerechnet haben.

Für jede der drei Populationen gibt es – basierend auf Merkmalen der jeweils anderen Populationen – einander entsprechende Subgruppen. Dieser Sachverhalt wird hier stellvertretend für Gruppen basierend auf einem Leistungsmerkmal beschrieben:

Analog zur Subgruppe aller Leistungen eines Kalenderjahres, die Teil einer Richtlinienpsychotherapie sind, wurden alle Patienten betrachtet, die im selben Kalenderjahr *mindestens eine* Leistung im Rahmen einer Richtlinienpsychotherapie erhalten haben und alle PTen, die im selben Jahr *mindestens eine* Leistung im Rahmen einer Richtlinienpsychotherapie abgerechnet haben.

5.4. Teilstudie IV

Für die Befragung der Leistungserbringer in Teilstudie IV wurde ein sequentielles Mixed-Methods-Design mit vier Phasen gewählt (siehe Abbildung 2). Kernelemente waren 1) ein bundesweiter Survey an einer repräsentativen Stichprobe von HAs und PTen (quantitativ) sowie 2) Einzelinterviews mit PTen (qualitativ). Mit geringerer Gewichtung fanden vorab Fokusgruppendifkussionen zur Entwicklung des Survey-Fragebogens und Generierung erster inhaltlicher Ergebnisse statt sowie nach den Interviews Beobachtungen von Therapiesitzungen in PT-Praxen mit dem Ziel der Validierung der zuvor erhobenen Selbstangaben.

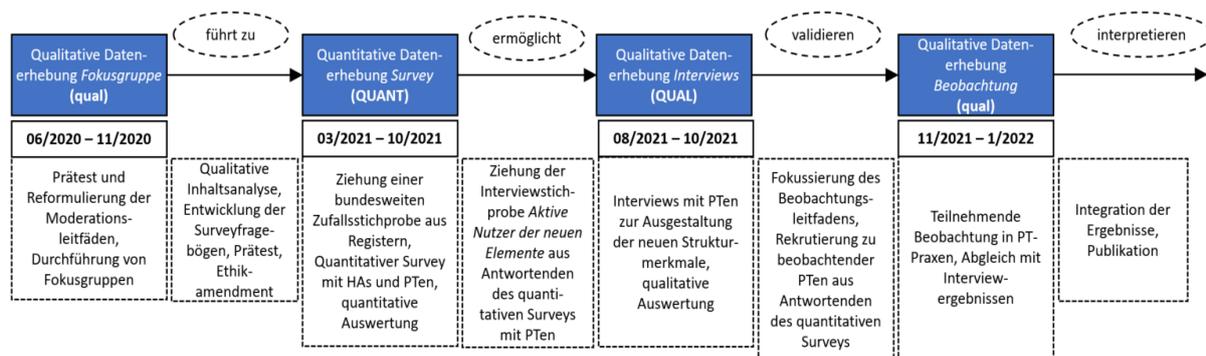


Abbildung 2. Sequentielles Mixed-Methods-Design der Teilstudie IV.

Rekrutiert werden sollten PTen in ambulanter Niederlassung sowie hausärztlich tätige Ärzte. Um Einschätzungen zu erhalten, was sich durch die Reform der PT-RL verändert hat, wurden nur solche Leistungserbringer eingeschlossen, die bereits vor der PT-RL niedergelassen tätig waren und daher einen Vorher-Nachher-Vergleich machen konnten.

Zur Rekrutierung der Leistungserbringer wurden je nach Projektabschnitt unterschiedliche Strategien verwendet. Für die Fokusgruppen-Befragung der beiden Zielgruppen wurde im Rahmen von Weiterbildungsveranstaltungen oder über Zuweiserkontakte für die Studie geworben und ggf. auch über Ärztereister rekrutiert. Im Sinne eines *purposive samplings* wurde darauf geachtet, dass alle Geschlechter und Fachgruppen sowie unterschiedliche Regionen einbezogen wurden. Für den postalischen Survey wurde eine größere repräsentative Stichprobe von je 1.200 Befragten angestrebt. Hierzu wurde von der KBV eine Zufallsstichprobe aus den in den KBV-Registern verzeichneten Vertrags-HAs und -PTen gezogen und deren Adressen zur Verfügung gestellt. Nach Erhalt der Kontaktdaten wurden die Leistungserbringer bis zu drei Mal angeschrieben: 1) postalisches Anschreiben mit Zusendung des Papierfragebogens, 2) Erinnerungsschreiben für Nichtantwortende, welches bei Vorliegen der E-Mailadresse elektronisch verschickt wurde und 3) bei erneutem Nichtantworten erneute Aufforderung per Post mit beigelegtem Fragebogen und Rückumschlag. Aus der PTen-Stichprobe des Surveys wurde über eine Abschlussfrage im Fragebogen eine Teilstichprobe für die Einzelinterviews gezogen, die sich selbst als aktive Umsetzer der neuen Strukturelemente bezeichneten (n = 697). Für die Interviews konnte daraus eine stratifizierte Zufallsauswahl gezogen werden. Die ausgewählten Teilnehmer wurden per E-Mail oder telefonisch kontaktiert, über die Befragung informiert und um Zustimmung zur Studienteilnahme gebeten. Bei Zustimmung wurde ein Telefoninterviewtermin vereinbart. Die Rekrutierung für die Praxisbeobachtungen war identisch zu den Interviews geplant, was sich jedoch als nicht zielführend erwies. Daher wurde nochmals über regionale persönliche Kontakte rekrutiert. Für die Fokusgruppenbefragung wurde vom interdisziplinären Projektteam ein Moderationsleitfaden mit den Themenbereichen „Kenntnis der Strukturreform, Umsetzung und Kontextfaktoren“ entwickelt und nach der ersten Durchführung nochmals leicht angepasst. Die Gruppendiskussionen wurden von einer Gesundheitswissenschaftlerin und einem Psychologen moderiert, welche beide Vorerfahrung mit qualitativen Studien hatten. Die Survey-Fragebögen wurden anhand des Materials aus den Fokusgruppen entwickelt. Dazu wurden den Zielgrößen Items zugeordnet und möglichst im

direkten Wortlaut von Leistungserbringern übernommen. Als Antwortskala wurden als einheitlicher Standard für HAs und PTen drei Ausprägungen („trifft zu“, „trifft nicht zu“ und „kann ich nicht einschätzen“) gewählt. Lediglich bei den Fragen an PTen zum Umsetzungsgrad fand eine fünfstufige Likert-Skala Anwendung. Die erste Fassung des Fragebogens wurde im Konsortium allen Partnern vorgelegt, unabhängig voneinander bewertet und wieder zusammengeführt sowie konsentiert. Anschließend wurde ein Pre-Test mit jeweils drei HAs und PTen durchgeführt (Collins, 2003). Daraus ergaben sich nochmals marginale Änderungen, die eingearbeitet wurden. Für die teilstandardisierten Interviews war ein Leitfaden entwickelt worden, der die inhaltliche und formale Umsetzung der neuen Strukturelemente adressierte. Hierzu wurden für jedes Element direkte Fragen nach Indikation, zeitlicher Gestaltung und eingesetzten Methoden gestellt. Zusätzlich sollten konkrete Fallbeispiele benannt und darauf eingegangen werden, wie sich das Vorgehen für kE im Vergleich zu nkE ggf. unterscheidet. Zwei Interviewer (eine Ärztin und ein Psychologe) teilten sich die Befragungen auf. Die Beobachtungen hatten keine eigene Fragestellung, sondern sollten die Interviews nur aus einer weiteren Perspektive ergänzen. Dazu war ein Beobachtungsleitfaden erstellt worden, um die Beobachtungen zu fokussieren. Die Beobachtungen in PT-Praxen waren als offene nicht-teilnehmende Beobachtung geplant und konnten in zwei Praxen auch so durchgeführt werden. Der Beobachter befand sich während der Sitzungen zusammen mit dem Patienten und PTen im selben Raum ohne allerdings selbst je ins Geschehen einzugreifen. Die Beobachtungen und ggf. eigene Empfindungen wurden stichwortartig mitprotokolliert. Der Fokus der Beobachtungen lag auf den PTen.

In der dritten Praxis erfolgten Audioaufnahmen von Sitzungen, die direkt vom PTen initiiert wurden. Außer Patient und Psychotherapeut war hier keine weitere Person im Raum.

Die durchgeführten Beobachtungen in einigen Praxen sollten der Validierung der Ergebnisse aus den Interviews und dem Survey dienen. Allerdings waren diese aufgrund der Covid-19-Pandemie (2. Welle ab Spätherbst 2021) und dem Wunsch der PTen, die psychotherapeutische Beziehung nicht zu stören, nur eingeschränkt durchführbar. Pro Praxis waren daher Beobachtungen nur an einem Tag möglich, d. h. es konnte nur eine Querschnittserhebung erfolgen und keine Verlaufsprozesse beobachtet werden. Hinzu kam, dass der Beobachter schon nach den ersten beiden Praxisbesuchen den Eindruck hatte, dass keine neuen Erkenntnisse zusätzlich zu den Interviews entstanden seien, sondern nur eine Bestätigung. Die Protokolle der Praxisbeobachtungen/Tonaufnahmen wurden daher lediglich auf abweichende Inhalte zu den Interviewergebnissen geprüft, ansonsten erfolgte keine tiefergehende Analyse der Protokolle/Tonaufnahmen mehr. Die Beobachtungen führte der Psychologe, der auch schon bei den Fokusgruppen und Interviews beteiligt war, durch. Alle Erhebungsinstrumente finden sich in Anlage 2.

Der geplante Stichprobenumfang für die Fokusgruppen betrug $n = 4$ pro Leistungserbringerguppe (mit jeweils $n = 10$ Teilnehmern). Dies konnte für HAs nicht vollständig realisiert werden, da die Befragung direkt in der ersten Welle der Corona-Pandemie stattfand, als die Belastungen bei PTen und HAs extrem hoch waren und Präsenztreffen als zu risikoreich eingeschätzt wurden. Trotz Angebot von Online-Gruppendiskussionen waren die Gruppen nicht rasch zu füllen und so mussten $n = 928$ PTen kontaktiert werden, um $n = 40$ Teilnehmer (4,3 %) zu erreichen. Für HAs war eine gemeinsame Terminfindung noch schwerer zu bewerkstelligen, sodass $n = 887$ HAs kontaktiert werden mussten, um bei $n = 21$ Teilnehmern (2,4 %; zum Teil in Einzelinterviews) eine Sättigung zu erreichen. In den Interviews wurde die gleiche Vorgehensweise wie bei den Fokusgruppen verfolgt: Ein thematischer Input zu Beginn sowie Erzählimpulse im Verlauf des Gesprächs. In den telefonisch durchgeführten Interviews wurde eine angenehme und offene Gesprächsatmosphäre ermöglicht, in der es den Teilnehmenden leicht möglich war, offen auch über eigene Informations-Defizite zu berichten und ihre persönlichen Erfahrungen zu schildern. In der Gesprächsführung wurde dazu sorgfältig beachtet, die Erzählrelevanz bei den Teilnehmenden zu belassen. Alle Teilnehmenden der Interviews konnten sich zu allen Gesprächsimpulsen offen äußern. Aufgrund der sehr geringen Teilnahmebereitschaft

an den Fokusgruppen wurde der erwartete Rücklauf für die Surveys nochmals infrage gestellt und durch eine Probeaussendung mit ca. 100 Angeschriebenen anhand des Rücklaufs neu bestimmt, so dass schließlich 5.100 Aussendungen an PTen und 9.100 an HAs erfolgten. Die abschließenden Teilnahmequoten von $n = 2015$ (44 %) bei den PTen und $n = 1.369$ (15 %) bei den HAs konnten die Rekrutierungserwartungen in beiden Gruppen dann (besonders bei den PTen) sogar übererfüllen. Für die Einzelinterviews war ein Stichprobenumfang von $n = 40$ geplant. Insgesamt $n = 97$ PTen wurden aus drei Rücksendeabschnitten stratifiziert nach Ausbildungsrichtung per Zufallsprinzip gezogen und kontaktiert. Es erfolgten $n = 44$ Terminvereinbarungen, schließlich konnten $n = 42$ Interviews ausgewertet werden. Alle Flow Charts finden sich in Anhang 28.

Für die Beobachtungsstudie war anhand von Machbarkeitsüberlegungen eine Maximalanzahl von $n = 10$ PT-Praxen vorgesehen. Aufgrund von Zurückhaltung seitens der PTen sowie Beschränkungen durch die Corona-Pandemie konnten trotz angepasster Rekrutierungsstrategie nur bei drei PTen Echtzeitdaten von Sitzungen erhoben werden.

Die Audioaufnahmen aus den Fokusgruppen und Interviews wurden von einem externen Dienstleister transkribiert, anschließend anonymisiert und dann mit MAXQDA (Version 20) mittels Kategoriensystem ausgewertet. Die Kodierung und Zusammenfassung zu übergeordneten Kategorien erfolgte deduktiv in Anlehnung an das TICD-Framework (Flottorp et al., 2013) bzw. die Themen des Moderations-/Interviewleitfadens. Anhand der jeweils ersten Fokusgruppe bzw. drei Interviews wurde unabhängig durch zwei Rater das Kategoriensystem induktiv thematisch weiterentwickelt und konsensual abgestimmt. Die weiteren Fokusgruppen-/Interviewdaten wurden anschließend nur noch von einem Rater klassifiziert, wobei bei eventuellen Unklarheiten der zweite Rater wieder hinzugezogen werden konnte. Beide Rater waren auch aktiv an der Durchführung der Fokusgruppen/Interviews beteiligt. In der Analyse der mit beiden Erhebungsmethoden generierten Daten wurden diese zunächst nebeneinander auf Basis von a priori selektierten Dimensionen des TICD Frameworks betrachtet. Es wurden induktive Kategorien ergänzt, die sich aus dem Datenmaterial ergeben. Anschließend wurden die Daten zusammengeführt. Die Daten aus beiden Quellen können als suffizient und gesättigt eingeordnet werden. Die Stichproben der Survey-Teilnehmer wurden zunächst unter Rückgriff auf Angaben der KBV aus dem Jahr 2020 hinsichtlich Geschlechts- und Fachgruppenverteilung mit denen der Gesamtpopulation bundesdeutscher Vertrags-HAs und -PTen verglichen. Die Stichproben wichen nur marginal voneinander ab, sodass nur geringe Gewichte zur Standardisierung erforderlich waren. Alle Auswertungen wurden mit ungewichteten und gewichteten Daten durchgeführt. Aufgrund geringer Abweichungen zwischen den Auswertungen, werden im Folgenden ausschließlich die gewichteten Ergebnisse dargestellt. Alle Survey-Daten wurden in deskriptiver Intention mittels χ^2 -Tests ausgewertet. Untersucht wurden die erlebten Auswirkungen auf Wartezeiten und die Versorgung von kE und nkE, der Umsetzungsgrad durch die PTen, Effekte bzw. Nebenwirkungen und die interprofessionelle Kooperation. Weitere Analysen bezogen sich auf eine mögliche Abhängigkeit von der regionalen Versorgungssituation und weiteren persönlichen sowie fachlichen Determinanten. Aus den PTen-Angaben zur Umsetzung der neuen Strukturelemente wurde ein Gesamtscore „Umsetzungsgrad“ durch Addition des Umsetzungsgrades von Sprechstunde, Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe (Items 1-3 des Psychotherapeutenfragebogens) gebildet, welcher Werte zwischen 3 und 15 annehmen konnte, wobei ein höherer Wert für eine stärkere Umsetzung steht. Für den Umsetzungsgrad wurde eine lineare Regression mit dem Gruppenfaktor siedlungsstruktureller Kreistyp (nach BBSR, siehe auch Kapitel 6.4.) gerechnet, adjustiert für Alter, Geschlecht, therapeutisches Richtlinienverfahren und Fachgruppe. Für die weiteren Items, die nur nominalskaliert vorlagen, wurden logistische Regressionen berechnet. Eine Adjustierung für multiples Testen erfolgte wegen der primär deskriptiv-explorativen Zielsetzung nicht, einzelne p -Werte dürfen daher nicht konfirmatorisch interpretiert werden. Die Auswertungen erfolgten mit der Statistiksoftware SAS (Version 9.4) und SPSS (Version 27).

Bei den beobachteten PTen handelte es sich um je eine Psychologische Psychotherapeutin, eine Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie eine ärztliche Psychotherapeutin mit Zusatzqualifikation als Fachärztin für Psychosomatische Medizin. Die Beobachtungen umfassten 20 Sprechstundentermine, eine Akutbehandlungssitzung und vier Rezidivprophylaxe-Sitzungen. Bereits nach den ersten beiden Praxisbesuchen berichtete der Beobachter, dass für ihn eigentlich keine neuen Erkenntnisse zusätzlich zu denen aus den Interviews entstanden seien, sondern nur Bestätigung. Aufgrund der insgesamt nur eingeschränkt möglichen Praxisbeobachtungen bei gleichzeitig hoher Informationsfülle in den Interviews erfolgte daher keine tiefergehende Analyse aller Protokolle mehr, sondern nur die von Sprechstunden (da hier von verschiedenen PTen Daten vorlagen) im Hinblick auf abweichende oder ergänzende Informationen zu den Interviewergebnissen. Pro Praxis waren Beobachtungen nur an einem Tag möglich, d. h. es konnte nur eine Querschnittserhebung erfolgen und keine Verlaufsprozesse beobachtet werden. Hinzu kam, dass der Beobachter schon nach den ersten beiden Praxisbesuchen den Eindruck hatte, dass keine neuen Erkenntnisse zusätzlich zu den Interviews entstanden seien, sondern nur eine Bestätigung. Die Protokolle der Praxisbeobachtungen/Tonaufnahmen wurden daher lediglich auf abweichende Inhalte zu den Interviewergebnissen geprüft, ansonsten erfolgte keine tiefergehende Analyse der Protokolle/Tonaufnahmen mehr.

5.5. Konsentierete zugrundeliegende Definitionen

Um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen den Teilprojekten zu gewährleisten, wurden unabhängig von den Zielsetzungen der einzelnen Teilstudien projektübergreifende Definitionen festgelegt und zu konsentiert.

5.5.1. M2F-Kriterium zur Diagnoseverifikation der Routinedaten

In Anlehnung an das M2Q-Kriterium des Morbi-RSA, findet das M2F-Kriterium Anwendung zur Verifikation von Diagnosen in den untersuchten Routinedaten. Hierbei gilt das Kriterium für eine Diagnose als erfüllt, wenn die Diagnose innerhalb von vier aufeinanderfolgenden Quartalen in mindestens zwei unterschiedlichen Behandlungsfällen als „gesichert“ codiert wurde. Das M2Q-Kriterium hat seine Bedeutung bei der Verifikation von (chronischen) Erkrankungen insbesondere im Rahmen des Morbi-RSA erlangt und wird auch anderweitig üblicherweise nahezu immer mit einer Betrachtung über einen Zeitraum von 4 Quartalen überprüft. Da bei neudiagnostizierten Erkrankungen im 4. Quartal eines Beobachtungsjahres kein derartiges M2Q-Kriterium erfüllt werden kann, wird es im Morbi-RSA bei Diagnosen im 4. Quartal als grundsätzlich erfüllt angesehen, was methodisch aber nur ein pragmatischer Kompromiss ist. Zur Verifikation von Diagnosen erscheint alternativ auch die Forderung nach Dokumentation einer Diagnose in zwei unterschiedlichen Behandlungsfällen geeignet (dies kann sowohl durch Dokumentation in zwei Quartalen als auch durch eine Dokumentation durch unterschiedliche Arzt-/PT-Praxen innerhalb desselben Quartals erfüllt sein). Für dieses Vorgehen fehlen in Morbi-RSA-Daten Fallzuordnungen von Diagnosen, die jedoch sowohl in GKV als auch KV-Daten vorhanden sind, sodass im Konsortium das M2F-Kriterium gewählt wurde.

5.5.2. Psychische Störungen

Eine psychische Störung gilt als vorliegend, wenn das M2F-Kriterium für eine der Einschlussdiagnosen des ICD-10-Kapitels „F“ erfüllt ist. Einschlussdiagnosen: F30–F39: Affektive Störungen, F40–F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F50–F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren sowie F60–F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

5.5.3. Komplexe Erkrankungen

Als kE gelten Patienten mit psychischen Störungen, die neben der Diagnose einer psychischen Störung (Kapitel 5.5.2.) mindestens eine Diagnose einer beeinträchtigenden chronischen körperlichen Erkrankung entsprechend dem Charlson Comorbidity Index (CCI) aufweisen (siehe Anlage 3). In der Analyse der Routinedaten gilt eine komplexe Erkrankung als vorliegend, wenn das M2F-Kriterium für eine der Einschlussdiagnosen des ICD-10-Kapitels „F“ sowie für das Vorliegen einer chronischen körperlichen Erkrankung entsprechend dem CCI erfüllt ist.

5.5.4. Nicht-komplexe Erkrankungen

Als nicht-komplex erkrankt gelten Patienten mit psychischen Störungen, die eine psychische Störung entsprechend Kapitel 5.5.2. jedoch keine Diagnose des modifizierten CCI (modCCI) aufweisen (siehe Anlage 4). Der modCCI fand Anwendung, da der CCI nicht alle chronischen somatischen Erkrankungen erfasst und verhindert werden sollte, dass Patienten mit anderen chronischen körperlichen Erkrankungen, die nicht im CCI aufgeführt sind, in die Gruppe der nkE aufgenommen werden. Die modifizierte Version des CCI basiert auf den Diagnosen des CCI zzgl. chronischer körperlicher Erkrankungen, die zuvor im Rahmen eines Cochrane Reviews publiziert wurde (Kampling et al., 2014)). In der Analyse der Routinedaten gilt eine nicht-komplexe Erkrankung als vorliegend, wenn das M2F-Kriterium für eine der Einschlussdiagnosen des ICD-10-Kapitels „F“, aber nicht für das Vorliegen einer chronischen körperlichen Erkrankung entsprechend dem modCCI erfüllt ist.

5.5.5. Psychotherapeut

Eingeschlossen werden Fachärzte sowie ärztliche und psychologische PTen der vier folgenden Gruppen: FG60: Fachärzte Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, FG61: Psychotherapeutisch tätiger Arzt (= Psychiater und Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, welche überwiegend psychotherapeutisch tätig sind), FG68: Psychologische Psychotherapeuten sowie FG69: Kinder- und Jugendpsychotherapeuten.

5.5.6. Wartezeit

Die *Wartezeit* ist definiert als der Zeitraum zwischen der ersten Inanspruchnahme einer Leistung bei einem ärztlichen/psychologischen PTen und der Abrechnungsziffer einer KZT/LZT.

6. Projektergebnisse

Die Ergebnisse aus den Teilstudien werden nachfolgend aggregiert und abstrahiert unter Nennung relevanter statistischer Kennzahlen dargestellt. Eine detaillierte Ergebnisdarstellung inklusive Tabellen und Abbildungen findet sich im Anhang.

Die Ergebnisse der *Teilstudie I* sind Teil der Outcome-Evaluation und im zugrundeliegenden Throughput-Modell auf der Ebene „Outcome“ zu verorten. Im Rahmen von Teilstudie I wurden basierend auf Daten der BARMER Analysen zur Inanspruchnahme und Wartezeit sowie eine gesundheitsökonomische Evaluation durchgeführt, um die Auswirkungen der Reform der PT-RL auf Patienten- und Kostenträgerebene zu erfassen. Dabei wurden insgesamt Diagnosen, Inanspruchnahmeraten, Wartezeiten sowie direkte und indirekte Behandlungskosten adressiert, die zwischen den Jahren 2013 und 2019 erfasst wurden. Bei den Analysen wurden vorrangig Ergebnisse im Kontext und zeitlichen Umfeld der primären Beobachtungsjahre 2015 (prä-Reform) und 2018 (post-Reform) bei kE und nkE betrachtet. Als Ergebnisse werden stets standardisierte Werte und – bezogen auf absolute Zahlen – Hochrechnungen auf die Bevölkerung der jeweils betrachteten Jahre in Deutschland präsentiert, die ein anschaulicheres Maß für die Größe von Betroffenenengruppen als Angaben zu einer einzelnen Kasse liefern.

Die Ergebnisse der *Teilstudie II* sind Teil der Outcome-Evaluation und im zugrundeliegenden Throughput-Modell auf der Ebene „Outcome“ zu verorten. Im Rahmen von Teilstudie II erfolgte eine repräsentative Bevölkerungsbefragung von PT-Inanspruchnehmenden, um die Auswirkungen der Reform der PT-RL auf Patientenebene zu erfassen. Es erfolgten 32.573 Screenings, um die angestrebten Fallzahlen von jeweils N = 1.000 für die PT-Inanspruchnahme-Gruppen B (prä-Reform) und C (post-Reform) zu erreichen. In beiden Gruppen konnten jeweils n = 1.003 Interviews durchgeführt werden. Von den initial insgesamt n = 2.006 in den Gruppen B und C eingeschlossenen Befragten wurden n = 180 von den weiterführenden Analysen ausgeschlossen, da hier keine Zuordnung zu prä-/post-Reform bzw. kE/nkE möglich war. Gruppe A (Wunsch nach PT, aber kein face-to-face-Kontakt) umfasste n = 175 Interviews. Von den insgesamt n = 175 in Gruppe A initial eingeschlossenen Befragten wurden n = 93 aufgrund einer nicht möglichen Zuordnung zu prä-/post-Reform bzw. kE/nkE von den weiterführenden Analysen ausgeschlossen. Die Ergebnisdarstellung adressiert die verschiedenen Outcomes gruppiert nach I) *Nicht-Inanspruchnahme-Population* (PT-Wunsch ohne Kontakt zum PTen und damit kein face-to-face Kontakt), II) *Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch* (face-to-face Kontakt aber keine weiterführende PT) sowie III) *PT-Inanspruchnahme-Population* (face-to-face Kontakt und PT) aufgeteilt nach kE und nkE bzw. prä- und post-Reform. Alle Auswertungen werden gewichtet nach Alter, Geschlecht und Bundesland berichtet.

Die Ergebnisse der *Teilstudie III* sind Teil der Reformprozess-Evaluation und im zugrundeliegenden Throughput-Modell auf der Ebene „Output“ zu verorten. Im Rahmen von Teilstudie III wurden Sekundärdatenanalysen von KBV-Daten durchgeführt, um die Auswirkungen der Reform der PT-RL auf Leistungserbringerebene zu erfassen. Basierend auf Daten der KBV wurden in definierten Patienten-, Therapeuten- und Leistungskollektiven die Häufigkeiten der ambulanten PT-Leistungen in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019, die absoluten und relativen Veränderungen dieser Häufigkeiten von Jahr zu Jahr bzw. von 2015 bis 2019 sowie die prozentualen Anteile einzelner Subgruppen an einer definierten Grundgesamtheit der Patienten/Therapeuten/Leistungen und die absoluten Veränderungen dieser Anteile von Jahr zu Jahr bzw. von 2015 bis 2019 abgebildet.

Die Ergebnisse der *Teilstudie IV* sind Teil der Reformprozess-Evaluation und im zugrundeliegenden Throughput-Modell auf der Ebene „Throughput“ zu verorten. Im Rahmen von Teilstudie IV wurden Surveys, Interviews und Fokusgruppen durchgeführt, um die Auswirkungen der Reform der PT-RL auf Leistungserbringerebene zu erfassen. Im Folgenden werden die untersuchten Stichproben und Ergebnisse der quantitativen Surveys und der PT-Interviews dargestellt. Für die Stichprobe und Ergebnisse der Fokusgruppen, die der Vorbereitung des Surveys dienten, wird auf eine bereits publizierte Arbeit verwiesen (Poß-Doering et al., 2021). Die Beobachtungen wurden im Detail nicht eigenständig ausgewertet, sondern werden als Global-eindruck wiedergegeben.

6.1. Primäre Fragestellung: Inanspruchnahme ambulanter PT-Leistungen

6.1.1. Teilstudie I

Die Anzahl der kE und nkE, die innerhalb eines Beobachtungsjahres erstmalig Kontakt zu einem PTen hatten, ist in den vier Beobachtungsjahren 2015 bis 2019 von 422.000 auf 475.000 stetig gestiegen. Dabei variiert der Anteil der kE und nkE mit Erstkontakt zu PTen unter den betrachteten PpS zwischen 4,9 % und 5,2 %.

Bei kE ließ sich im genannten Zeitraum eine stetige Zunahme der der Personen mit Erstkontakt von hochgerechnet 185.000 im Jahr 2015 auf knapp 220.000 im Jahr 2019 verzeichnen. Anteilig hatten in den einzelnen Jahren damit 3,7 %, 3,6 %, 3,9 % sowie nochmals 3,9 % der kE einen Erstkontakt zu einem PTen. Bei nkE stieg die Anzahl der Personen mit Erstkontakt zu PTen von knapp 237.000 2015 nach zwischenzeitlichem Rückgang auf 265.000 im 2019. Anteilig hatten in den einzelnen Jahren 7,3 %, 7,2 %, 7,6 % und 7,9 % der nkE Erstkontakt zu einem PTen (vgl. Anhang 3).

Veränderungen der Erstkontaktraten im zeitlichen Verlauf wurden mit Rückgriff auf die Methode der indirekten Standardisierung bewertet. Dabei wurde berechnet, in welchem Umfang sich die im Jahr 2018 nach Reform der PT-RL beobachteten Erstinanspruchnahmen von denjenigen unterscheiden, die nach geschlechts-, altersgruppen- sowie wohnortspezifischen Inanspruchnahmen im Jahr 2015 hätten zu erwarten waren. Nach anteilig gemäß der Bevölkerungsstruktur (ohne Inflation der Beobachtungszahlen) gewichteten Auswertungen wurden bei kE $n = 20.416$ Personen mit Erstkontakt beobachtet und $n = 19.514$ erwartet, bei nkE waren es $n = 23.778$ bzw. $n = 22.773$ Personen.

- Bei kE lagen beobachtete Erstkontaktzahlen im Jahr 2018 um 4,6 % höher, als nach Erstkontaktraten aus 2015 zu erwarten war (95 %-Konfidenzintervall: 3,2 % - 6,1 %).
- Bei nkE lagen beobachtete Erstkontaktzahlen im Jahr 2018 um 4,4 % höher, als nach Erstkontaktraten aus 2015 zu erwarten war (95 %-Konfidenzintervall: 3,1 % - 5,7 %).

In beiden Gruppen ist es demnach zu einer statistisch signifikanten Zunahme der Erstkontakte gekommen. Die Konfidenzintervalle der Quotienten bei kE und nkE überschneiden sich dabei allerdings deutlich, was darauf hindeutet, dass sich kE und nkE hinsichtlich der relativen Veränderungen von Erstkontaktraten zu PTen im Zuge der Reform der PT-RL nicht signifikant unterscheiden. Werden beobachtete und erwartete Raten aus beiden Gruppen in einer 4-Felder-Tafel gegenübergestellt, ergibt sich ein Chi-Quadrat-Wert von 0,020 ($p = 0,8867$). Im Zuge der Reform lassen sich für beide Gruppen Hinweise auf die Erleichterung des Zugangs zu PTen ausmachen, kE haben nach den hier ermittelten Ergebnissen davon jedoch nicht mehr als nkE profitiert.

6.1.2. Teilstudie II

Die Gruppe, der ist nicht gelungen war, trotz PT-Wunsch einen face-to-face Kontakt zu einem PTen zu erreichen unterschritt mit $n = 175$ Interviews die erwartete Gruppengröße von $n = 600$ Interviews deutlich, womit sich als ein erstes Teilergebnis der Teilstudie II zeigt, dass der Anteil an Personen, denen es nie gelungen ist, einen persönlichen Erstkontakt zu einem PTen herzustellen, deutlich geringer ausfällt als zu Studienbeginn angenommen. In der Nicht-Inanspruchnahme-Population fanden sich hinsichtlich des Anteils an kE bzw. nkE keine signifikanten Unterschiede prä- zu post-Reform ($\chi^2_{(3)} = 7,648$, $p = 0,054$).

In der Gruppe der ausschließlich ein Erstgespräch-Inanspruchnehmenden, die keine weiterführende PT wahrnahm, fanden sich analog zur Gesamtpopulation mehr nkE als kE, wobei die jeweiligen Anteile prä- zu post-Reform vergleichbar waren. Damit kam es in der Gruppe, die ausschließlich ein Erstgespräch in Anspruch nahm, nach der Reform weder zu einer Zu-, noch zu einer Abnahme der Anteile an kE ($\chi^2_{(1)} = 1,073$, $p = 0,300$).

Auch in der Gruppe der PT-Inanspruchnehmenden fanden sich basierend auf Selbstangaben der Patienten mehr nkE als kE, wobei auch hier die jeweiligen Anteile prä- zu post-Reform vergleichbar waren. Damit gab es auch in der PT-Inanspruchnahme-Gruppe nach der Reform weder ein Zu-, noch eine Abnahme der Anteile der kE ($\chi^2_{(1)} = 1,189$, $p = 0,276$). kE nahmen jedoch post-Reform nach dem Erstgespräch signifikant seltener eine weiterführende PT in Anspruch als prä-Reform ($\chi^2_{(1)} = 4,528$, $p = 0,033$), für nkE zeigten sich keine Unterschiede. Hinsichtlich der Inanspruchnahme von weiteren Behandlungsangeboten neben der PT ergaben sich keine Unterschiede.

Regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme sowie Details zur Inanspruchnahme weiterer Behandlungsangebote können in Anhang 8 und 9 eingesehen werden.

6.1.3. Teilstudie III

Die Anzahl der PpS steigen von 1.614.458 in 2015 auf 2.110.205 in 2019, die Anzahl der PTen von 32.194 in 2015 auf 38.492 in 2019 und die Anzahl der Leistungen von 18.926.261 in 2015 auf 26.108.615 in 2019. Auf Patienten- und Leistungsebene erfolgen die größten Anstiege von 2016 auf 2017 (+12,6 % und +16,2 %) gefolgt von 2017 auf 2018 (+7,8 % und +10,7 %).

Im Jahr 2015 waren 26,8 % der behandelten PpS kE und 68,3 % nkE. Im Jahr 2019 entfielen 25,1 % der Leistungen für PpS auf kE und 70,3 % auf nkE. Die Anteile der kE steigen zwischen 2015 und 2019 gleichmäßig um 1,4 % auf Patientenebene bzw. um 1,0 % auf Leistungsebene, während die Anteile der nkE im selben Zeitraum gleichmäßig um 1,9 % auf Patientenebene bzw. 1,5 % auf Leistungsebene sinken.

Mit zunehmendem Alter steigt auch der Anteil der kE an. Der Anteil der behandelten kE war zudem bei älteren Männern höher ausgeprägt als bei älteren Frauen. Bei PpS ab 50 Jahren steigt der Anteil der kE im Laufe des Beobachtungszeitraumes kontinuierlich.

Im Laufe der Jahre 2015 bis 2019 steigt der Anteil der 60- bis 69-jährigen PpS um 2,5 % wohingegen der Anteil der 40- bis 49-jährigen PpS um 4 % sinkt. Gleichzeitig sank der Anteil an weiblichen PpS.

Die prozentualen Anteile der kE an allen behandelten PpS einer Therapeutengruppe sowie die Anteile der Leistungen für kE an allen Leistungen für PpS einer Therapeutengruppe variieren in Abhängigkeit der Fachgruppe der Therapeuten zwischen 27 % und 29 % (bzw. 25 % und 28 % bei Leistungen) in 2015 sowie 28 % und 31 % (bzw. 26 % und 29 % bei Leistungen) in 2019.

In Bezug auf die Leistungsart, die Therapiedauer und das Richtlinienverfahren fanden sich minimale Unterschiede zwischen kE und nkE. Der prozentuale Anteil der kE, die mindestens eine Einheit Sprechstunde oder Probatorik erhalten haben, an allen behandelten kE, ist etwas geringer als der prozentuale Anteil der nkE, die diese Leistungen erhalten haben, an allen behandelten nkE. Der prozentuale Anteil kE, die mit einer KZT bzw. LZT behandelt worden sind, ist etwas größer bzw. geringer ausgeprägt, als der prozentuale Anteil der nkE, die diese Leistungen erhalten. Der prozentuale Anteil der kE, die eine analytische PT bzw. Verhaltenstherapie erhalten, ist etwas geringer bzw. größer ausgeprägt, als der prozentuale Anteil der nkE, die diese Leistungen erhalten. Die jeweiligen Differenzen der prozentualen Anteile zwischen kE und nkE bleiben im Zeitverlauf konstant. Entsprechende Ergebnisse zeigen sich auch auf der Ebene der abgerechneten Leistungen.

6.1.4. Teilstudie IV

HAs waren in den Fokusgruppen/Interviews der Meinung, dass sich hinsichtlich Inanspruchnahme keine für sie merkbare Veränderungen durch die Reform ergeben haben. Teilweise fanden sie die Sprechstunde und Akutbehandlung jedoch eine gute Idee speziell für die Versorgung der kE. Dies wurde jedoch umgehend relativiert im Hinblick auf die Realität der Umsetzung.

„Es ist absolut sinnvoll. Nur, ich habe meine beiden Kollegen gefragt, uns ist nichts über den Weg gelaufen diesbezüglich. Es ist nicht angekommen in unserer Versorgungswirklichkeit.“ (FGHA1_B2)

PTen sahen nach der Reform ebenfalls keine Änderung im Diagnosespektrum, in der Symptomschwere oder eine Zunahme der Patientengruppe der kE in der PT.

Im Survey verneinte die weit überwiegende Mehrheit der PTen und HAs, dass seit der Reform mehr Patienten in PT gekommen seien. Nur 4 % der befragten PTen gaben an, mehr kE zu behandeln (siehe eAbbildung 103 und 104).

In den Einzelinterviews mit den PTen wurde dieses Thema nicht mehr explizit thematisiert. Spontane Äußerungen bestätigten jedoch die Ergebnisse der Fokusgruppen zu keinen wesentlichen Änderungen des Inanspruchnahme-Klientels, insbesondere auch nicht bezüglich kE.

6.2. Primäre Fragestellung: Warte- und Vorbereitungszeit

6.2.1. Teilstudie I

Mit Blick auf die Wartezeiten zeigte sich sowohl bei kE als auch bei nkE im Zuge der Reform eine Zunahme der durchschnittlichen Zeitspanne ab dem Erstkontakt zu einem PTen bis zur Initiierung einer Richtlinienpsychotherapie (oder einer Akutbehandlung). Die Analysen zur Zeitspanne zwischen Erstkontakt und Richtlinienpsychotherapie zeigten vor der Reform bei kE und nkE eine mittlere Wartezeit von 80 Tagen. Diese Zeit ist nach der Reform bei kE durchschnittlich auf knapp 110 Tage und bei nkE auf knapp 115 Tage gestiegen. Unter Berücksichtigung der mit der Reform neu eingeführte psychotherapeutische Akutbehandlung als Initiierung einer PT zeigte sich eine Zunahme der Wartezeit nach der Reform auf durchschnittlich rund 103 Tagen bei kE und 97 Tagen bei nkE. Weitere Ergebnisse zu Wartezeiten im Detail finden sich in Anhang 5.

Ergänzend durchgeführte Berechnungen von Zeitabständen zwischen einer nur eingeschränkt identifizierbaren Erstdiagnose einer psychischen Erkrankung und einem nachfolgenden Erstkontakt zu PTen zeigten bei kE eine Zunahme der durchschnittlichen Wartezeit bzw. Zeitspanne von 829 Tage vor der Reform (bei Erstkontakten 2015) um 4,0 % auf 862 Tage nach der Reform (bei Erstkontakten 2018). Bei nkE ist die durchschnittliche Wartezeit nach analog durchgeführten Berechnungen von 682 Tage vor der Reform um 5,9 % auf 725 Tage nach der Reform angestiegen. Eine eindeutige inhaltliche Bewertung ist aufgrund des veränderten Spektrums an PT-Leistungen nicht möglich. Es fanden sich keine eindeutigen Hinweise darauf, dass kE stärker als nkE bezüglich der Wartezeit von der Reform der PT-RL profitierten.

6.2.2. Teilstudie II

In der Gruppe der ausschließlich ein Erstgespräch-Inanspruchnehmenden nahm die überwiegende Mehrheit der Befragten dieses innerhalb von vier Wochen wahr. Sehr lange *Wartezeiten auf ein Erstgespräch* von über sechs Monaten wurden kaum genannt. Entsprechend wurde auch die *Zufriedenheit mit der Wartezeit* überwiegend als gut bis sehr gut bewertet (Unterschiede im Vergleich kE und nkE bzw. prä- und post-Reform aufgrund zu geringer Fallzahlen in den einzelnen Zellen nicht berechenbar).

In der Gruppe der PT-Inanspruchnehmenden berichtete die überwiegende Mehrheit der Befragten hinsichtlich der *Wartezeiten*, dass sie sowohl das *Erstgespräch* als auch *regelmäßige ambulante PT-Termine* innerhalb von vier Wochen wahrnahmen. Prä-Reform berichteten kE etwas höhere Wartezeiten auf ein Erstgespräch als nkE, post-Reform hingegen fanden sich vergleichbare Anteile. Während bei den nkE die Wartezeit auf ein Erstgespräch im prä-post-Vergleich insgesamt signifikant zunahm, fanden sich bei den kE keine signifikanten Veränderungen ($\chi^2_{(12)} = 33,234, p < 0,001$). Hinsichtlich der selbstberichteten Wartezeiten auf regelmäßige PT-Termine zeigten sich keine nennenswerten Unterschiede. Sehr lange Wartezeiten von über sechs Monaten wurden insgesamt kaum genannt. Entsprechend wurde auch die *Zufriedenheit mit der Wartezeit* überwiegend als gut bis sehr gut bewertet, wobei diese bei langen Wartezeiten von über sechs Monaten rapide abnahm.

Für Details zur Wartezeit auf ein Erstgespräch sowie auf PT siehe Anhang 10. Detaillierte Ergebnisse zur Zufriedenheit mit der Wartezeit können Anhang 11 entnommen werden.

6.2.3. Teilstudie III

Im Rahmen von Teilstudie III wurde die Warte- bzw. Vorbereitungszeit nicht betrachtet.

6.2.4. Teilstudie IV

HAs und PTen äußerten in den Fokusgruppen/Interviews, dass der Erstkontakt für Patienten nun eventuell erleichtert sei, jedoch in sehr geringem Maße oder nur eingeschränkt bei wenigen Therapeuten.

„...die Möglichkeit des Patienten über die Sprechstunde der Psychotherapeuten und der-, also psychologischen Psychotherapeuten und ärztlichen Psychotherapeuten schneller einen ersten Kontakt zu bekommen und eine akute psychotherapeutische Behandlung. Daran denke ich. Und die Realität ist aber, dass ich das kaum bemerke.“ (FGHA2_B1)

„Nur, was die telefonische Erreichbarkeit angeht, das finde ich aus der Sicht der Patienten, glaube ich, schon von Vorteil. [...] Die überwiegende Anzahl der Therapeuten hat es bestimmt immer schon gemacht. Aber vielleicht gab es auch ein paar dabei, die das tatsächlich nicht gemacht haben. Da finde ich das eigentlich ganz in Ordnung.“ (FGP5_B5)

Bezüglich Wartezeiten auf eine PT habe sich jedoch keine Veränderung ergeben, eher eine Verschlechterung.

„Ansonsten ist es, wie die Kollegen sagen. Es ist eher-, die Wartezeit ist länger geworden und das Angebot weniger.“ (FGHA1_B1)

„Also im Grunde ist zumindest bei uns in der Praxis so, dass die Wartezeit für reguläre Therapieplätze definitiv länger geworden ist. Das ist einfach so.“ (FGP3_B6)

Eine differentielle Veränderung der Wartezeiten zwischen nkE und kE wird von den PTen wie auch HAs überwiegend verneint. Angesprochen auf kE wird seitens PTen betont, dass diese Patientengruppe nicht gesondert gelabelt wird und seitens HAs, dass das Problem der Wartezeiten ein allgemeines sei.

„Bei mir kommen die Leute einfach an, ohne, dass ich jetzt nach der Diagnose gucke.“ (FGP4_B3)

„Da hat sich auch, aus meiner Sicht, nichts verändert.“ (IHA13)

Spontan wurde von PTen auch thematisiert, dass längere Wartezeiten bei Fachärzten generell nicht unüblich seien.

„,...tatsächlich, die Wartezeit, und ja nicht nur bei Psychiatern, sondern auch bei allen anderen Fachärzten, nur bei uns plötzlich nicht mehr. [...] also überhaupt bei allen Fachärzten eine Wartezeit einzuplanen. Ist aber sicherlich kritisch, wenn es Akutfälle sind.“ (FGP6_B3)

In den Surveys gab die große Mehrheit der HAs und PTen korrespondierend an, dass seit der Reform keine relevanten Veränderungen der Wartezeiten entstanden seien. Die Aussage bezüglich Wartezeit auf KZT oder LZT war insbesondere bei PTen hier nochmals prononcierter als bei der Einschätzung der allgemeinen Versorgungslage. 93 % lehnten die Aussage ab, dass durch die Reform eine Verkürzung der Wartezeit auf PT erreicht wurde (siehe eAbbildung 105 und 106). Auch kE hätten hier nicht mehr profitiert. In den Einzelinterviews mit den PTen wurde dieses Thema nicht mehr explizit thematisiert.

6.3. Realisierung der Strukturelemente

6.3.1. Teilstudie I

Im Rahmen von Teilstudie I wurde die Realisierung der Strukturelemente nicht erfasst.

6.3.2. Teilstudie II

Im Rahmen von Teilstudie II wurde die Realisierung der Strukturelemente nicht erfasst.

6.3.3. Teilstudie III

Im Rahmen von Teilstudie III wurde die Realisierung der Strukturelemente nicht betrachtet.

6.3.4. Teilstudie IV

Bezüglich der Umsetzung der Reform fiel in den Fokusgruppen auf, dass sich nicht alle PTen vorab ausreichend über die Reform informiert gefühlt haben. Noch deutlicher wurde das bei den HAs, welche sehr häufig über Informationsdefizite berichteten.

„Von der KV haben wir so ein Rundschreiben bekomme, wo drinstand, dass die und die Änderungen anstehen und dass wir uns gefälligst daranhalten sollen, genau. Und irgendwelche Infoveranstaltungen gab es zu den bürokratischen Dingen, glaube ich, nicht, bei uns, in Niedersachsen.“ (FGP6_B11)

„Da war eine Strukturreform? Habe ich gar nicht mitgekriegt.“ (IHA_3)

Im Survey wurden nur die PTen als relevante Akteure zur Realisierung der neuen Strukturelemente befragt. Hier gaben fast alle PTen an, die Sprechstundenden wie gefordert durchzuführen, auch die Akutbehandlung wurde regelmäßig von vielen eingesetzt, Schlusslicht unter den umgesetzten neuen Strukturelementen war die Rezidivprophylaxe. Insgesamt gab nur ein Drittel der PTen an, aufgrund der Reform die eigenen Praxisroutinen in relevantem Umfang verändert zu haben (siehe eAbbildung 108 und 109).

Laut Einzelinterviews mit PTen war die neu einzuführende Sprechstunde (siehe eTabelle 110) mit einer festen Kontingentvorgabe für die PTen zumeist die größte Herausforderung bei der Umsetzung der PT-RL. So berichteten einige von einem längerdauernden Prozess, bis hierfür eine passende Lösung gefunden wurde. Andere gaben an, dass sie bereits vor der Reform ähnlich gearbeitet haben und häufige Ersttermine gemacht hatten, so dass für sie die Umstellung auf die Sprechstunde keine wesentliche Neuerung darstellte. Zumeist wird das vorgegebene Sprechstundenkontingent in den Praxen erfüllt, jedoch ist die Durchführung in Form von fixen dafür reservierten wöchentlichen Zeitslots eher die Ausnahme. Sprechstunden werden meist kurzfristig bei Terminausfällen längerer Therapien eingeschoben und es werden überwiegend Einheiten von 50 Minuten durchgeführt. Inhaltlich steht für die PTen richtlinienkonform neben diagnostischer Tätigkeit auch die Frage der notwendigen Behandlung im Vordergrund. Zusätzlich erfolgen Beratung und Information über Behandlungsmöglichkeiten regelhaft. Neben diesen geforderten Aufgaben halten es viele für wichtig, mit der Sprechstunde aktiv eine positive Beziehungserfahrung zu schaffen, die den Patienten eventuelle Schwellenängste nimmt sowie ihnen eine realistische Erwartung an PT zu vermitteln und die Therapiemotivation zu stärken.

„Was ich immer wichtig finde ist, aber das machen wahrscheinlich auch alle, einfach sehr freundlich zu sein und das recht offen zu gestalten. Weil, oft ist es ja, dass die Leute zum ersten Mal die Schwelle überschreiten zur Psychotherapie.“ (IP19)

Eine hohe Variabilität besteht in der Vorbereitung auf eventuelle Wartezeiten nach der initialen Sprechstunde. Hier werden z. T. eigenentwickelte Materialien mitgegeben oder direkte Empfehlungen ausgesprochen bzw. weitere Termine in größerem Abstand angeboten. Daneben prüfen die meisten Therapeuten, ob ggf. eine Weiterbehandlung in der eigenen Praxis sinnvoll und möglich ist oder ein Verweis an eine andere Stelle erfolgen muss (s. Anhang 34).

„Und Sie kriegen ja auch das PTV Zehn mit, also die Erklärung. Und von mir kriegen sie dann auch immer noch, wenn sie noch weiterführende Informationen haben, dann auch noch Hinweise auf Internetseiten der Psychotherapeutenkammer, dass sie da nochmal gucken.“ (IP19)

„Und dann aber auch so locker, weiß nicht-, alle vier Wochen dann mal ein Termin, um das natürlich abzugleichen, bis dann ein Termin frei wird. Und manchmal hilft das wirklich schon. Dann ist gar nicht mehr so schlimm, wenn die schon mal angebunden sind. Das ist ganz wichtig diese Bindung, finde ich. Und dann hilft das schon mal. Das muss gar nicht immer gleich in einer Psychotherapie so total schnell gestartet werden, was ja auch nicht geht. Also wie gesagt, ich habe auch eine Wartezeit.“ (IP17)

Die Möglichkeit zur Akutbehandlung (siehe eTabelle 111) wurde von vielen Therapeuten ausdrücklich begrüßt, um mehr Flexibilität zu schaffen und einzelnen Patienten mit dringendem oder begrenztem Behandlungsbedarf kurzfristig eine Entlastung anzubieten. Allerdings wurde die Akutbehandlung häufig nicht für neue Patienten genutzt, sondern solche, die bereits in der Praxis bekannt waren.

„Ursprünglich war sie ja vorgesehen für Patienten, die sozusagen dringend Psychotherapie brauchen und jetzt nicht auf Wartelisten gesetzt werden können. Und so nutze ich es eigentlich irgendwie nicht. Sondern ich nutze es eigentlich tatsächlich eher für Patienten, die ich schon in Behandlung hatte und die jetzt noch mal ein Anliegen haben oder die wiederkommen und bei denen eben diese zwei Jahre noch nicht herum sind.“

Hier bietet die Akutbehandlung nach Ablauf eines Therapiekontingentes eine gute Möglichkeit Krisen mit wenigen Sitzungen erfolgreich zu behandeln, da dann von der Kenntnis des Falls Gebrauch gemacht werden kann und oft nur eine Auffrischung nötig ist. Als weitere Indikationen für eine Akutbehandlung wurden die Überbrückung von Wartezeiten oder die Prüfung der Therapiebereitschaft genannt. Neben den Vorteilen der Akutbehandlung wurde auch die mangelnde Abgrenzbarkeit zur KZT oder LZT angesprochen, da es häufig Übergänge gebe – ein Ausschluss therapeutischer Anteile (wie es die Richtlinie vorsieht) sei daher nicht sinnvoll. Ein weiteres Kernthema war, dass Akutbehandlung und KZT1 das gleiche zeitliche Format haben, die KZT1 jedoch besser vergütet würde. Dies führe in der Praxis dazu, dass auch bei akuten Fällen häufiger das Instrument der KZT genutzt werde.

„...ich habe es eine Zeit lang, ganz am Anfang habe ich die Akutbehandlung tatsächlich so genutzt, dass ich dachte: ah, jemand braucht dringend Psychotherapie, also mache ich Akutbehandlung. Aber inzwischen werden ja die ersten zehn Sitzungen besser vergütet, also mache ich dann regulär Psychotherapie“

Entsprechend den Angaben aus den Survey-Fragebögen zeigte sich auch in den Interviews, dass das neue Strukturelement der Rezidivprophylaxe (siehe eTabelle 112) bislang am wenigsten Eingang in die Routineversorgung gefunden hat. Die häufigsten Barrieren waren die Notwendigkeit der frühzeitigen Vorausplanung, da die Stunden auf das Gesamtkontingent angerechnet werden, sowie bereits vorher etablierte Therapieabschlussroutinen.

„Das ist ein Element, mit dem komme ich ehrlich gesagt nicht so wirklich klar. Eigentlich gäbe es schon einen Nutzen, aber das ist so kompliziert [...] Aber ich nutze es trotzdem meistens nicht, weil man ab irgendeinem Zeitpunkt der Therapie sich entscheiden muss, dass es so etwas ist. Und da ist man meistens sowieso in einem Zeitpunkt, wo man sagt, naja, der Patient kommt vierwöchentlich oder achtwöchentlich und dann läuft das halt so. [...] Weil wenn ich jetzt dann so weiter mache und sage na gut, dann mache ich halt die Gesprächsziffer, die gibt es ja schon ewig und drei Tage.“ (IBP15)

So war es ein häufiges Modell, entweder ganz auf das formale Instrument „Rezidivprophylaxe“ zu verzichten oder schon vor der Reform gängiger persönlicher Praxis, am Ende einer Therapie die Frequenz der Therapiestunden auf längere Abstände zu reduzieren und inhaltlich im Sinne des Rezidivprophylaxe-Gedankens zu arbeiten. Wie bereits beschrieben steht dies auch im Zusammenhang damit, dass für den Fall eines zu erwartenden Rezidivs häufig die Sprechstunde und Akutbehandlung als geeignete Maßnahmen genutzt werden und diese daher bereits als eine Option in der Abschlussphase einer Therapie mitbedacht und kommuniziert werden.

Als besondere Erkenntnis aus den Beobachtungen blieb dabei für den Beobachter, dass es hohe Anstrengung bedeutet, mehrere Sprechstunden nacheinander in der erforderlichen sehr kondensierten Form durchzuführen. Hierfür scheinen PTen individuell eigene persönliche Stile bzw. ein weitgehend festgelegtes Procedere entwickelt zu haben, welches zwischen verschiedenen PTen sehr viel stärker variiert als zwischen verschiedenen Patienten einer Praxis.

6.4. Regionale Unterschiede

Während für die Darstellung der regionalen Unterschiede in Teilstudie III die KV-Versorgungsgebiete herangezogen werden, nutzen die Teilstudien I, II und IV Einteilungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) nach Kreistypen, bei der alle Gemeinden in Deutschland einem der folgenden vier Typen zugeordnet sind:

- 1) Kreisfreie Großstädte: Kreisfreie Städte mit mindestens 100.000 Einwohnern,
- 2) Städtische Kreise: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50 % und einer Einwohnerdichte von mindestens 150 E./km²; Kreise mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mindestens 150 E./km²,
- 3) Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50 %, aber einer Einwohnerdichte unter 150 E./km²; Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 % mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mind. 100 E./km²,
- 4) dünn besiedelte ländliche Kreise: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 % und Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte unter 100 E./km².

6.4.1. Teilstudie I

Beobachtete Erstkontaktanteile bei kE lagen in den ländlichen Kreisen vor der Reform um 18 % und nach der Reform um 14 % niedriger als nach Kreistyp-übergreifend ermittelten Ergebnissen erwartet. In den städtischen Kreisen und vor allem in den Großstädten lagen die beobachteten Erstkontaktraten zu PTen vor Reform demgegenüber um 12 % und nach Reform um 10 % höher als erwartet. Unter den kE ist es demnach im Zuge der Reform zu einem leichten Rückgang der ursprünglich im Kontext von Kreistypen beobachteten Disparitäten gekommen – Stadt-Land-Unterschiede hinsichtlich des Erstkontakts fielen 2018 weniger stark als 2015 aus (vgl. Anhang 5).

Bei nkE lagen die in kreisfreien Großstädten beobachteten Erstkontaktraten vor Reform um 16 % und nach Reform um 17 % höher als erwartet, die beobachteten Erstkontaktraten in den ländlichen Kreisen demgegenüber prä-Reform um 8 % und post-Reform um 14 % sowie in ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätze prä-Reform um 19 % und post-Reform um 16 % niedriger als erwartet. Eindeutige Hinweise auf einen Rückgang der Stadt-Land-Disparitäten lassen sich damit unter den nkE nicht ausmachen (vgl. Anhang 5).

6.4.2. Teilstudie II

In der regionalen Betrachtung der *Inanspruchnahme* zeigte sich, dass in der PT-Inanspruchnahme-Population prä-Reform der Anteil kE am größten in dünn besiedelten ländlichen Kreisen und post-Reform in städtische Kreisen war. Der Anteil nkE war prä-Reform in städtischen Gebieten vergleichsweise hoch, post-Reform zeigte sich der größte Anteil an nkE in kreisfreien Großstädten (Unterschiede im Vergleich kE und nkE bzw. prä- und post-Reform aufgrund zu geringer Fallzahlen in den einzelnen Zellen nicht berechenbar). Für detaillierte Darstellungen siehe auch Anhang 8.

Für die *Wartezeit* zeigte sich, dass sowohl ein Erstgespräch als auch PT über alle betrachteten Regionen hinweg am häufigsten innerhalb von vier Wochen wahrgenommen wurde. Wartezeiten über sechs Monate wurden insgesamt am seltensten angegeben. Dabei scheint die Wartezeit auf PT am kürzesten in ländlichen Kreisen zu sein, während hier gleichzeitig eine Wartezeit von über sechs Monaten am häufigsten angegeben wurde (Unterschiede im Vergleich kE und nkE bzw. prä- und post-Reform aufgrund zu geringer Fallzahlen in den einzelnen Zellen nicht berechenbar). Detaillierte Ergebnisse finden sich in Anhang 10.

6.4.3. Teilstudie III

Die Anteile an kE variieren zwischen 22 % und 33 %, die der Leistungen für kE zwischen 21 % und 32 % in Abhängigkeit vom KV-Versorgungsgebiet. Die Differenz der Anteile zwischen 2015 und 2019 betrug zwischen -0,5 % und +2,9 % auf Patientenebene und -0,8 % und +2,8 % auf Leistungsebene je nach KV-Versorgungsgebiet. Diese Veränderungen waren nicht gleichmäßig im Zeitverlauf, noch gleichförmig über die KV-Versorgungsgebiete hinweg. Für detaillierte Darstellungen siehe auch Anhang 24.

6.4.4. Teilstudie IV

In den orientierenden Fokusgruppen wurden regionale Unterschiede nicht thematisiert.

Die Angaben in den HAs- und PTen-Surveys wurden anhand des BBSR-Kreistyps hinsichtlich regionaler Unterschiede ausgewertet. Dabei zeigte sich für den kumulierten Umsetzungsgrad (siehe eTabelle 119) kein signifikanter Unterschied in der Regressionsanalyse, wenn zusätzlich für Alter, Geschlecht, therapeutisches Richtlinienverfahren und Fachgruppe (psychologisch versus ärztlich) kontrolliert wurde ($F_{(7)} = 8.222, p < 0.01$; die Signifikanz geht auf Unterschiede aufgrund von Alter und Richtlinienverfahren zurück).

Allerdings zeigte sich auf Einzelitemebene (siehe eTabelle 120-130), dass die Umsetzung der Sprechstunde in ländlich angesiedelten Praxen signifikant häufiger vollständig erfüllt wurde (Wald $\chi^2_{(7)} = 44.75; p < 0.01$). Dies ist vermutlich strukturell durch die Praxendichte verursacht, wodurch es in Großstädten eher zu Kooperationsmodellen kommen kann, bei denen PTen von Zuweisungen durch Mitbehandler nach durchgeführter Sprechstunde profitieren. Analog berichteten die auf dem Land praktizierenden PTen häufiger als die Städter, dass sie nach der Reform mehr Patienten behandeln (Wald $\chi^2_{(7)} = 29.77; p < 0.01$). Dass davon insbesondere auch komplexe Patienten profitierten, zeigte sich nur in den ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen (Wald $\chi^2_{(7)} = 23.67; p < 0.01$). Auf der Ebene der HAs fanden sich keine das Signifikanzniveau erreichende regionalen Unterschiede.

In den Einzelinterviews wurden von PTen in ländlicheren Regionen deutliche Unterschiede zur Versorgung in (Groß-)Städten benannt, während städtisch angesiedelte Therapeuten kaum eine Aussage zu regionalen Unterschieden machten.

„Wir sind auf dem Land bestialisch unterversorgt.“ (IBP8)

„Wir sind so unter Druck hier. Wir werden so oft angerufen und müssen zurückweisen. [...] Ich frustriere die Patienten schon am Telefon, weil wir das nicht leisten können am Land hier. Also der Druck hier, das glauben Sie nicht, was hier für ein Druck hier haben am Land. Das ist in STADTNAME anders.“ (IBP14)

Laut PTen ging eine ländliche Praxislage auch schon vor der Reform mit einem eher flexiblen versorgungsorientierten Praxismodell überein, sodass die Strukturreform auf dem Land keine große Neuerung darstellte.

„Ich habe das gar nicht groß angepasst, weil ich vorher auch schon immer sehr viel Erstgespräche gemacht habe, um die Leute hier im ländlichen Kreis akut zu sehen und dann zu gucken was nötig ist, um das einzuleiten.“ (IBP17)

„Und sonst hat sich bei mir de facto nichts verändert, weil ich am Land niedergelassen bin und schon immer eine Wartezeit von einem Jahr hatte. Und von daher eigentlich mich der Struktur angepasst habe mit den Abrechnungsziffern. Aber ich habe nicht meine Praxis umgestellt.“ (IBP14)

Als Hauptproblem der ländlichen Versorgung werden unzureichender Behandlungskapazitäten genannt.

„...eine Strukturreform ist schön und gut, aber unser Problem auf dem Land ist halt einfach diese Unterversorgung. Wir haben nur ein Drittel der Psychotherapeuten maximal die Hälfte, die es in der Stadt gibt und ja.“

6.5. Barrieren/Optimierung

6.5.1. Teilstudie I

Im Rahmen von Teilstudie I konnten keine Analysen zu Barrieren durchgeführt werden.

6.5.2. Teilstudie II

In der Gruppe, der es trotz PT-Wunsch nicht gelungen ist, einen face-to-face Kontakt zu einem PTen zu erreichen, umfassten die benannten Gründe für das Ausbleiben eines Kontakts v. a. eine mangelnde telefonische Erreichbarkeit der PTen und/oder zu lange Wartezeit auf einen ersten Gesprächstermin bzw. PT-Platz aber auch Unsicherheit darüber, ob überhaupt eine PT hilfreich sei. Detaillierte Ergebnisse können in Anhang 13 eingesehen werden.

In der Gruppe, die ausschließlich ein Erstgespräch aber keine weiterführende PT wahrnahm, waren die Gründe für das Ausbleiben einer anschließenden PT neben der Unsicherheit darüber, ob mit einer PT begonnen werden sollte oder einer als zu lang empfundene Wartezeit auf einen PT-Platz die Angabe, dass sich das Problem, welches Anlass zu PT gab, bereits gelöst habe.

6.5.3. Teilstudie III

Im Rahmen von Teilstudie III konnten keine Analysen zu Barrieren durchgeführt werden.

6.5.4. Teilstudie IV

In den Fokusgruppen wurden auf individueller, interdisziplinärer und finanzieller Ebene Barrieren benannt, die zu einer nicht- optimalen Umsetzung der Reform beitragen. Diese wurden als Items in den Survey-Fragebogen übernommen und in Poß-Doering et al. (2021) zusammengefasst.

In den Surveys (siehe eTabelle 131-133) wurden Umsetzungsbarrieren hauptsächlich bezogen auf die Sprechstunde häufig bejaht: so seien die Patienten oft sehr enttäuscht, wenn sie nach einer Sprechstunde keinen Therapieplatz bekommen und das verletze auch das Berufsethos der Therapeuten, die helfen und nicht wegschicken wollen. Häufig zugestimmt wurde auch, dass sich Vermittlungsprobleme durch die Reform nur verschoben hätten sowie ein zunehmender bürokratischer Aufwand in den Praxen entstanden sei oder „Therapeuten-Hopping“ durch die raschere Möglichkeit, Termine zu bekommen, vermehrt auftrete. Zudem bejahten über 85 % sowohl der HAs wie auch der PTen, dass die Kommunikation mit den Mitbehandlern gering sei.

Dem standen auch erlebte positive Effekte bzw. Förderfaktoren für eine Umsetzung der Reform gegenüber: Dies galt für die positive Wirkung der Sprechstunde als erste Entlastung für Patienten sowie generell für die Akutbehandlung, deren Einführung von mehr als der Hälfte der Befragten als wichtige Ergänzung der Versorgung bezeichnet wurde.

In den Einzelinterviews wurden manche Barrieren noch plastischer geschildert: Einige Therapeuten berichteten, dass sie zum therapeutischen Dilemma der Sprechstunde eine professionelle Distanz entwickelt hätten und bewusst darauf achten würden, dass in einer Sprechstunde keine Beziehungserwartungen entstehen.

„...was ich nie machen würde in einer normalen Sitzung, aber in der Sprechstunde tue: Meine Patienten sitzen mir nicht in meinen Sesseln gegenüber. Sondern ich sitze inzwischen hinter dem Computer, damit ich gleichzeitig schon dokumentieren kann. [...] Das macht natürlich auch, sage ich mal, eine weniger einladende Atmosphäre, was auch gewollt

ist von mir. „Also bitte fühlen Sie sich hier nicht zu sehr wohl, weil ich habe sowieso keinen Therapieplatz für Sie“, ist da so ein bisschen der Hintergrund. (IP12)

Eine weitere Barriere für die Umsetzung der Reform stellt die professionelle Haltung des Therapeuten dar, ob er sich als reiner Richtlinien-Psychotherapeut sieht oder auch einen breiteren Versorgungsauftrag mit diagnostischen und weitervermittelnden Aufgaben annimmt. Hier positionierten sich Therapeuten unterschiedlich und praktizieren in größeren Praxen teilweise auch Modelle mit klarer Aufgabentrennung.

„Also, zum Beispiel, dass es Ambulanzen gibt für Vorgespräche, finde ich eine gute Idee. [...] Und das finde ich ein flexibleres Rangehen, als so eine starrere Terminservicestelle, sondernso viel Sprechstunden, sondernso viel Akutbehandlungen anzubieten.“ (IBP34)

„...dass es, wie wir mit einzelnen Patienten dann tatsächlich arbeiten, eine allgemeinere Verantwortung gibt. Das würde ich jemandem sagen, weil das auch was mit unserem Berufsstand zu tun hat. Und finde, wenn man einen Kassenvertrag hat, auch eine allgemeine Berufspflicht zwar nicht festgeschrieben, aber es sollte eigentlich zu einem Kodex gehören das zu tun, und das merke ich schon oft, dass viele Kollegen das nicht machen.“ (IBP16)

Ein ebenfalls zentraler Faktor für eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung, der durch die Strukturreform per se nicht erreicht wurde, ist laut Aussage der PTen die Therapiemotivation von Patienten. Manche PTen geben an, dass die schnellere Verfügbarkeit von PT-Kontakten (vor allem durch die Terminservicestellen) zu mehr Unverbindlichkeit und vermehrten Therapieabbrüchen führe. Bislang bestehende längere Wartezeiten hätten sichergestellt, dass nur ausreichend motivierte Patienten einen Therapieplatz erhalten. Bei kE oder insbesondere somatoformen Störungen nehmen manche PTen eine generell geringere Motivation wahr. Andere sehen hier keine Unterschiede bzw. eine prinzipielle Motivierbarkeit.

Bei kE sind PTen überwiegend der Meinung, dass eine Kooperation mit somatischen Behandlern besonders erforderlich sei. Gleichzeitig wird von HAs wie auch PTen beklagt, dass diese nahezu nicht stattfindet. Die Strukturreform hätte hier zu keinerlei Verbesserung beigetragen.

„Es ist ja so, dass viele, also schon Psychotherapeuten haben ja nicht viel Zeit, aber Ärzte haben ja oft viel weniger Zeit noch, so dass ich, ich würde mal sagen auf die Frage, diese Strukturreform hat das überhaupt nicht beeinflusst und meine Wahrnehmung ist, dass diese Kontakte im Laufe der letzten Jahre eher seltener geworden sind als früher.“ (IBP38)

In wenigen Fällen wurden auch geglückte Formen von Kooperation berichtet, die jedoch selten einen festen organisatorischen Rahmen hatten, sondern meist auf Eigeninitiative und persönliche Kontakte über längere Zeit entstanden sind. Eine Ausnahme für kE stellen krankheitsspezifische Qualitätszirkel oder Schmerzkonferenzen dar. Vielfach wird der Wunsch nach strukturell unterstützter weiterer Vernetzung geäußert.

„[zu interdisziplinärem Diabetes- Qualitätszirkel] Bei all den anderen Kollegen, die ich treffe, ist das so, dass wir uns sechs Mal im Jahr an sechs Tagen zusammensetzen und an diesem Abend Fallarbeiten beziehungsweise Weiterbildungen machen. So sieht es aus in der Kooperation. Und wenn zwischendurch etwas ist, kurzer Dienstweg über E-Mail. Anonymisiert alles, beziehungsweise kannst du mal kurz zurückrufen? So in der E-Mail. Und dann hat man den am Telefon... [...] . Das ist immer total gut, die anderen lernen was über die Arbeit. Über meine Arbeit, über die Kooperation und natürlich kriegt man von-, jeder macht es ja ein bisschen anders, nochmal ganz anderen Input.“ (IPB6)

„Aber ich fände es wichtig, neue Strukturen zu fördern [...]. Also, dass es langfristig auch ein bisschen mehr die Modelle gibt, dass viele Kollegen kooperieren und man mehr Möglichkeiten hat. Also, das ist ein bisschen Zukunftsmusik. Aber dass sich auch die Landschaft noch mal anders aufstellt. Dazu gehören Ambulanzen, dazu gehört so etwas wie poliklinische Einrichtungen. Auch die Schnittstelle mit den Kliniken also, dass es auch Parallelbehandlungen gibt.“ (IPB42)

Als weitere Optimierungsmöglichkeit für nKE und auch KE wurde recht häufig auch ambulante Gruppentherapie erwähnt. In diesem Zusammenhang wurden auch die diesbezüglichen neueren regulatorischen Erleichterungen begrüßt. Manche PTen sahen insbesondere für KE Gruppenangebote als sehr geeignet an. Einschränkend wurde angemerkt, dass Gruppen aufgrund von Patientenpräferenzen nicht immer leicht zu füllen sind.

„Ein anderer Weg wäre eine Gruppentherapie, in meinen Augen. Und aus der man dann wieder weitersieht, ob jemand eine Besserung hat. Das wäre großartig, dann hat man nämlich relativ geringen Aufwand. Weil ich sehe es ja, in Kurkliniken wird das ja exerziert. Ich meine, klar, die Rückmeldung ist immer der Patient. Der Patient sagt uns aus einer Kurklinik: „Ich war da in einer Gruppentherapie. Und dann habe ich nie was gesagt, weil ich Angst habe.“ Ich sage: „Das geht nicht.“ Aber andere sagen: „Oh, ja, das war gar nicht so schlecht, weil im Prinzip haben die anderen auch die gleichen Probleme wie ich. Dann habe ich erst gemerkt, ich bin gar nicht alleine. Und das hat mir gutgetan.“ Und aus dem kann man sagen, okay, so schlecht ist das mit der Gruppentherapie eigentlich gar nicht, weil ein Teil damit scheinbar abgefangen wird.“ (FGHA2_B1)

6.6. Zuweisungswege, Beschwerden, Morbidität, Beschwerdeverlauf, Zufriedenheit mit der Behandlung und Lebensqualität

6.6.1. Teilstudie I

Im Rahmen von Teilstudie I wurden diese Outcomes nicht betrachtet

6.6.2. Teilstudie II

In der Gruppe der ausschließlich ein Erstgespräch-Inanspruchnehmenden fanden sich hinsichtlich der *in die Therapie führenden Beschwerden* nur geringfügige Unterschiede. KE nannten hier nach der Reform signifikant seltener Essstörungen ($\chi^2_{(3)} = 7,821, p = 0,050$) und nKE signifikant häufiger Angststörungen ($\chi^2_{(3)} = 13,135, p = 0,004$). Hinsichtlich der *Morbidität* fanden sich am häufigsten chronische Lungenerkrankungen sowie periphere Gefäßerkrankungen. Für die *Morbidität* sowie die *Inanspruchnahme weiterer Behandlungsangebote* zeigten sich keine nennenswerten Unterschiede. Für Details zu den in die Therapie führende Beschwerden sowie der Morbidität siehe Anhang 14 und 15. In der Gruppe der PT-Inanspruchnehmenden zeigte sich mit Blick auf die *Zuweisungswege*, dass insbesondere die Eigenrecherche in Internet und Telefonbüchern eine zentrale Rolle einnahm, gefolgt von Überweisungen durch Ärzte sowie persönliche Empfehlungen von Freunden, Familie, oder Bekannten. KE und nKE unterschieden sich hier nicht wesentlich voneinander. Hinsichtlich der *in die Therapie führenden Beschwerden* fanden sich post-Reform im Vergleich zu prä-Reform für KE keine Unterschiede, nKE berichteten post-Reform signifikant häufiger Lern- und Arbeitsstörungen ($\chi^2_{(3)} = 13,074, p = 0,004$). Hinsichtlich der *Morbidität* fanden sich am häufigsten chronische Lungenerkrankungen sowie Bindegewebserkrankungen. KE nannten prä-Reform signifikant häufiger als post-Reform ulceröse Erkrankungen sowie Lebererkrankungen ($\chi^2_{(1)} = 5,845, p = 0,016$; $\chi^2_{(1)} = 13,281, p < 0,001$). Die deutliche Mehrheit der Befragten berichtete, dass es im Rahmen der PT zu einer deutlichen Verbesserung der genannten *Beschwerden* sowie der *Lebensqualität* gekommen sei, analog hierzu wurde auch die *Zufriedenheit mit der Behandlung* als insgesamt sehr hoch eingeschätzt, wobei KE post-Reform eine signifikante Zunahme der Zufriedenheit mit der Behandlung berichteten ($\chi^2_{(3)} = 10,673, p = 0,014$). Für Detaillierte Darstellungen siehe auch Anhang 12 (Zuweisungswege), Anhang 14 (Morbidität), Anhang 15 (Beschwerden), Anhang 16 (Beschwerdeverlauf), Anhang 17 (Zufriedenheit mit der Behandlung) und Anhang 18 (Lebensqualität).

6.6.3. Teilstudie III

6.6.4. Im Rahmen von Teilstudie III wurden diese Outcomes nicht betrachtet. Teilstudie IV

In der HAs- und PTen-Befragung war vor allem der Aspekt der Zugangswege zu PTen von Interesse.

In der Phase der Fokusgruppen berichteten HAs häufig von Schwierigkeiten bei der Zuweisung von Patienten zu PTen, die dazu führten, dass sie selbst auch nach der Reform Überbrückungsaufgaben zu erfüllen hatten beziehungsweise aufgrund der erwarteten Vermittlungsschwierigkeiten selbst alleinig die Behandlung der psychischen Erkrankung im Rahmen der psychotherapeutischen Grundversorgung übernehmen.

„Das ist einfach-, das ist die Grundtendenz, die sich seit Jahren durchzieht, dass wir dann mit denen schon mal mindestens ein Vierteljahr rumgemacht haben müssen, bis die irgendwo anfangen. In der Zeit müssen die betreut werden. Da kann man nicht sagen: „Ja, wartest jetzt brav und-.“ Ja, das geht halt nicht. Das geht nicht.“ (FGHA2_B2)

Aus Sicht der PTen erscheint neben der Vermittlung durch HAs die Selbstinitiative von Patienten (ggf. durch Bekannte oder Medien vermittelte) einen noch bedeutsameren Zugangsweg zu PTen darzustellen. Zusätzlich spielen Fachärzte (häufig mit Zusatztitel psychosomatische Grundversorgung) eine konstante und geschätzte Rolle, insbesondere bei kE.

„Also ich würde ganz grob von einer Drittelung ausgehen. Einer Drittelung. Das heißt, etwa ein Drittel meldet sich wirklich von sich aus und sehr direkt, und dann spielt Hausarzt oder Hausärztin im Regelfall gar keine große Rolle. Ein Drittel, da sind auch die Patienten die Initiatoren, die lassen sich dann aber vom Hausarzt eine Überweisung ausstellen. Und Pi Mal Daumen ein letztes Drittel, die bekommen die Initiative über Hausärztinnen oder Hausärzte anempfohlen. Aber bitte Pi Mal Daumen. [...] Also da haben Sie natürlich recht. Ich bin jetzt erstmal bei meiner Drittelung nur von Hausärzten oder Hausärztinnen ausgegangen. Sie haben vollkommen recht, die Behandlung von Facharztkollegen, die sieht nochmal tatsächlich anders aus. Da gibt es auch eher direktere Kontakte, das hat sich einfach über die Jahre so gebahnt.“ (FGP3_B1)

Ergebnisse zur Zuweisung aus den Surveys wurden bereits unter Kapitel 6.1.4. berichtet.

In den Einzelinterviews mit PTen wurde auf die im Zusammenhang mit der Reform eingeführten Terminservicestellen als neuer Zugangsweg eingegangen. Diese werden von PTen häufig sehr kritisch betrachtet, da sie auch ohne diese keinen Mangel an Anfragen hätten. Es komme dadurch auch zu erhöhten Fehlzuweisungen oder neuen Weitermittlungsaufgaben, die für PTen nach der Strukturreform ein Novum darstellen und Behandlungskapazitäten abziehen. Lediglich neu Niedergelassene sehen darin eine gute Möglichkeit der Zuweisung.

„Das hat organisatorisch wie gesagt gut funktioniert, inhaltlich hat mich das überhaupt nicht zufrieden gemacht, weil eine Menge Patienten hier gelandet sind, die völlig fehl am Platz waren.“ (IPB40)

6.7. Gesundheitsökonomische Betrachtungen

6.7.1. Teilstudie I

In den gesundheitsökonomischen Analysen zeigt sich erwartungsgemäß über den Beobachtungszeitraum eine Steigerung in den Leistungsausgaben. Dies gilt insbesondere für die Kosten für Krankenhausbehandlungen (kE: 7 %; nkE: 8 %) sowie Arzneimittelverordnungen (kE: 10 %; nkE: 9 %). Dabei waren die jährlichen Behandlungskosten erwartungsgemäß in allen untersuchten Leistungsbereichen bei kE (prä-Reform: 5.126 €; post-Reform: 5.508 €) deutlich höher als bei nkE (prä-Reform: 2.066 €; post-Reform: 2.193 €). Psychotherapeutische Behandlung

wirken sich deutlich auf Ausgaben für die ambulant-ärztliche Versorgung aus, welche auch die Kosten für die ambulante psychotherapeutische Versorgung umfassen. Diese Ausgaben lagen bei kE prä-Reform mit durchschnittlich 2.044 € (post-Reform: 2.112 €) mit psychotherapeutischem Erstkontakt fast doppelt so hoch wie bei kE ohne psychotherapeutischen Erstkontakt (prä-Reform: 1.085 €; post-Reform: 1.127 €).

Die absolute Zahl der Berufstätigen mit einer Zuordnung zu den Gruppen der kE und nkE ist vom 01.01.2015 bis zum 01.01.2018 gestiegen. Ihr Anteil lag in beiden Zeiträumen sowohl in der Gruppe der kE als auch bei nkE unterhalb von 25 %. Lediglich unter den kE war von 2015 nach 2018 eine leichte Zunahme des Anteils der Berufstätigen feststellbar. Bezogen auf die Berufstätigen am 1. Januar des jeweiligen Jahres zeigte sich in beiden Gruppen im Jahr 2018 eine leichte Zunahme der durchschnittlichen Beschäftigungsdauer im Vergleich zu 2015. Die durchschnittlich gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstage lagen bei berufstätigen kE merklich höher als bei berufstätigen nkE. Während bei nkE im Jahr 2018 rund 2 % weniger Fehltagstage als 2015 (prä-Reform: 35,2 Tage; post-Reform: 34,4 Tage) dokumentiert wurden, waren die mittleren Arbeitsfehlzeiten bei kE prä- sowie post-Reform mit 46,3 und 46,0 Tagen rechnerisch nahezu unverändert. Weitere Kennzahlen zu indirekten Kosten im Detail finden sich in Anhang 6.

6.7.2. Teilstudie II

Im Rahmen von Teilstudie II wurden keine gesundheitsökonomischen Aspekte betrachtet.

6.7.3. Teilstudie III

Im Rahmen von Teilstudie III wurden keine gesundheitsökonomischen Betrachtungen durchgeführt.

6.7.4. Teilstudie IV

Im Rahmen von Teilstudie IV wurden keine gesundheitsökonomischen Betrachtungen durchgeführt.

7. Diskussion der Projektergebnisse

Das ES-RiP-Projekt zielte darauf ab, eine umfassende Evaluation der Strukturreform der PT-RL von 2017 durch Berücksichtigung aller relevanten Ebenen des Versorgungsgeschehens vorzunehmen. Es sollten Aussagen zur Umsetzung und Effekten der Reform sowie insbesondere die Wirkung auf Wartezeiten und die Versorgung komplex Erkrankter bestimmt werden. Diese Gruppe stellt eine Hochrisikogruppe hinsichtlich der Mortalität, der Lebensqualitätseinschränkungen und der gesundheitsbezogenen Kosten dar, die unterdurchschnittlich vom psychotherapeutischen Versorgungssystem erreicht wird. Bei der Evaluation gehen die Abrechnungsdaten der BARMER und der KBV, die Primärdaten aus der Patientenbefragung sowie der Befragungen der PTen und HAs mit der jeweils spezifischen Perspektive ein.

7.1. Hypothesen und Fragestellungen des ES-RiP-Projektes

7.1.1. Inanspruchnahme ambulanter PT-Leistungen

Hypothese I: Bei kE hat innerhalb von zwei Jahren nach Einführung der Reform die **Inanspruchnahme** der ambulanten psychotherapeutischen Sprechstunde und Behandlung stärker zugenommen als bei nkE.

Anhand der Daten der BARMER, der KBV und der Patientenbefragung ergibt sich ein einheitliches Bild, dass die kE im Vergleich zu den nkE vor und nach der Reform in der Psychotherapie-Inanspruchnahme-Gruppe deutlich unterrepräsentiert sind. Die Anzahl der Patienten, die PT

in Anspruch genommen haben, und die PT-Leistungen steigen insgesamt im Beobachtungszeitraum an, wobei dies nicht nur mit dem Anstieg der Anzahl der PTen begründet werden kann. Der Anstieg erfolgt sowohl in der Gruppe der kE als auch der nkE, wobei sich lediglich eine Tendenz in Teilstudie I und III zugunsten der kE ergibt. Es lassen sich nur begrenzte Effekte und kleinere Veränderungen durch die Reform feststellen, die sich in den Ergebnissen der Patientenbefragung sowie der Befragungen der HAs und PTen nicht widerspiegeln. Das in Kraft treten der Reform selbst ist aber ein kontinuierlicher Prozess. Mit Blick auf die Relevanz für das System besteht weiterhin Klärungsbedarf. Im Folgenden werden die für Hypothese I relevanten Ergebnisse der Teilstudien dargestellt.

7.1.1.1. Teilstudie I

Insgesamt fand sich in den Daten der BARMER in beiden Gruppen eine Zunahme der PT-Leistungen. Mit Blick auf die Inanspruchnahmerate des PT-Erstkontakts (adjustiert) zeigt sich, dass diese sowohl bei kE als auch bei nkE in 2018 höher ist als basierend auf geschlechts-, alters-, gruppen- sowie wohnortspezifischen Inanspruchnahmeraten im Jahr 2015 zu erwarten gewesen wäre. Es findet sich nur tendenziell eine vermehrte Inanspruchnahme von PT-Leistungen von kE im Vergleich zu nkE im Rahmen der Reform. Sowohl prä- als auch post-Reform ist die PT-Inanspruchnahme-Rate bei nkE nahezu doppelt so hoch wie bei kE.

7.1.1.2. Teilstudie II

Basierend auf Selbstangaben der Patienten fand sich keine Veränderung im relativen Anteil der kE in der Population, die ein Erstgespräch oder eine PT in Anspruch genommen hat. kE nahmen jedoch post-Reform nach dem Erstgespräch signifikant seltener eine weiterführende PT in Anspruch als prä-Reform, während die Anteile für nkE sich nicht nennenswert veränderten. Basierend auf den Ergebnissen von Teilstudie II kann damit entgegen der Hypothese nicht von einer relativen Zunahme von kE am psychotherapeutischen Versorgungsgeschehen nach der Reform ausgegangen werden.

7.1.1.3. Teilstudie III

Die Anzahl der Patienten, die PT in Anspruch genommen haben, und die PT-Leistungen steigen in den Daten der KBV in allen Diagnosegruppen von 2015 auf 2019 an. In diesem Zeitraum nimmt zwar auch die Anzahl der zur GKV zugelassenen PTen zu, jedoch in einem deutlich geringeren Maße als die Anzahl der abgerechneten Leistungen und die Anzahl der Patienten. In absoluten Zahlen nehmen Patienten und Leistungen in der Gruppe der kE stärker zu als in der Gruppe der nkE. Es zeigt sich von 2015 auf 2019 aber eine sehr geringe prozentuale Zunahme von kE an der Gruppe der PpS die PT in Anspruch nehmen. Diese Veränderung lässt sich zum Teil auf die Altersstruktur zurückführen, ein Zusammenhang mit der Reform ist jedoch nicht feststellbar. Mit Blick auf die Anzahl abgerechneter Leistungen steigt diese am stärksten von 2016 auf 2017 und von 2017 auf 2018. Auch für die LZT lässt sich eine Zunahme von kE von 2015 auf 2019 beobachten. Sowohl in der Behandlung von ärztlichen als auch psychologischen PTen lässt sich die Zunahme des Anteils von kE, die PT in Anspruch nehmen, aufzeigen. Dabei fallen in der Behandlung von ärztlichen PTen die Anteile der kE und der Leistungen für kE höher aus als bei den psychologischen PTen. Sowohl in der Einzel- und Gruppentherapie sowie in der KZT und LZT nehmen die prozentualen Anteile an kE von 2015 auf 2019 zu.

7.1.1.4. Teilstudie IV

Basierend auf Survey-, Interview- und Fokusgruppendaten zeigt sich mit Blick auf die Versorgungssituation, dass aus Sicht der Leistungserbringer nach der Reform nicht mehr Patienten in PT sind als vor der Reform. Auch eine relevante Verbesserung der Versorgungssituation wird von HAs und PTen nicht berichtet (Verbesserungstendenzen zeigen sich nur im ländlichen Raum). Dies gilt gleichermaßen für kE wie nkE.

7.1.2. Realisierung der Strukturelemente

Die Routinedaten der BARMER (Teilstudie I) sowie der KBV (Teilstudie III), aber auch die Angaben der PTen (Teilstudie IV) zeigen auf, dass die neuen Strukturelemente in der Versorgung in einem erheblichen Umfang erbracht und abgerechnet werden. Allerdings weisen die Ergebnisse der Befragung der PTen (Teilstudie IV) darauf hin, dass die inhaltliche Ausgestaltung noch offene Fragen mit sich bringt. Diese werden kurz skizziert.

7.1.2.1. Teilstudie IV

Insgesamt zeigt sich anhand der Angaben der PTen, dass die Implementierung der neuen Elemente sich häufiger schwierig gestaltet und nur bezüglich der Sprechstunde weitgehend flächendeckend stattfindet. Am wenigsten wurde die Rezidivprophylaxe in der neuen Form umgesetzt. PTen berichten einen gesteigerten bürokratischen Aufwand, obwohl die Reduktion des Aufwands ebenfalls ein Ziel der Reform war. Gleichzeitig wird eine erste Entlastung der Patienten durch die Sprechstunde wahrgenommen. Hinsichtlich der Informiertheit über die Reform gibt die Mehrheit der befragten PTen an, vor der Reform der PT-RL gut über die Inhalte informiert worden zu sein, wobei dies nur ein sehr geringer Anteil an HAs berichtet. Die deutliche Minderheit der HAs gibt an, dass ihre Praxis durch die Reform entlastet wurde, während die große Mehrheit angibt, dass die Patienten weiterhin gezielte namentliche Empfehlungen für PTen erwarten. Etwa die Hälfte der PTen und HAs empfindet die Kooperation und Kommunikation insgesamt weiterhin als eher unzureichend. Bezüglich Ausgestaltung der Strukturelemente zeigt sich keine uniforme Umsetzung der Reform, dies bezieht sich auch auf die Ausgangslage. Manche PTen berichten schon vor der Reform ähnlich gearbeitet zu haben und dringliche Patienten trotz fehlender Plätze angenommen und die Stunden teilweise über einige Monate gestreckt zu haben. Mit Blick auf die Sprechstunde und die Akutbehandlung berichten andere von wenig inhaltlicher Abgrenzung zur PT. Auch aus Patientensicht findet sowohl in der Sprechstunde als auch in der Akutbehandlung bereits Therapie statt. Es wurde deutlich, dass sich mangels spezifischer Ausbildung für die neuen Elemente PTen eigene Wege suchen, diese inhaltlich zu gestalten. Eine differentielle Nutzung der neuen Elemente im Hinblick auf kE und nkE wird nicht benannt. Auch eine seit der Reform verstärkte Inanspruchnahme von PT seitens kE wird von den PTen weitgehend verneint oder nicht bemerkt.

7.1.3. Warte- bzw. Vorbereitungszeit

Hypothese II: Bei kE ist zwei Jahre nach Einführung der Reform die **Wartezeit** auf eine PT stärker rückläufig als bei nkE.

Hypothese II kann nicht bestätigt werden. Allerdings ergaben die Analysen, dass der Begriff der Wartezeit zu relativieren ist. Da sich mit Blick auf die Abrechnungsdaten aus den Analysen ergeben hat, dass in dieser Zeit Leistungen abgerechnet werden, ist für die Benennung für die Zeit zwischen Erstkontakt und Richtlinienpsychotherapie eher von einer „Vorbereitungszeit“ auszugehen. Zudem zeichnet sich im Rahmen der Ergebnisse zu Hypothese II ab, dass Patienten die Dauer der Wartezeit im Vergleich zu den Ergebnissen in den Routinedaten sehr unterschiedlich einschätzen und überwiegend die Wartezeit als adäquat einstufen. Eine Erklärungsmöglichkeit beinhaltet, dass Patienten, die in der Vorbereitungs-/Wartezeit bereits Gesprächstermine (Akutbehandlung, probatorische Sitzungen, Anamnese etc.) erhalten, diese als Beginn der PT wahrnehmen. Im Folgenden werden die für Hypothese II relevante Ergebnisse aufgeteilt nach Teilstudie dargestellt.

7.1.3.1. Teilstudie I

Hinsichtlich der Wartezeit (Zeit vom Erstkontakt bis zu Richtlinienpsychotherapie-Leistung) auf Richtlinien-KZT/-LZT zeigen sich in den Daten der BARMER prä-Reform keine Unterschiede zwischen kE und nkE. Die Wartezeit auf eine Richtlinienpsychotherapie oder eine Akutbehandlung hat sich tendenziell verlängert und liegt knapp über 3 Monate. Dabei lässt sich ein Anstieg

der Wartezeit post-Reform für kE und für nkE beobachten. Hinsichtlich zusätzlicher Auswertungen zur Wartezeit (Erstdiagnose – Erstkontakt) zeigt sich, dass post-Reform für kE und nkE die Wartezeit steigt. Für kE ist eine deutlich längere Wartezeit zwischen Erstdiagnose und PT-Erstkontakt im Vergleich zu nkE festzustellen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Anzahl der kE und nkE im Beobachtungszeitraum in den Daten der BARMER deutlich gestiegen ist.

7.1.3.2. Teilstudie II

Hinsichtlich der selbstberichteten Wartezeiten im Rahmen der Patientenbefragung nahm die überwiegende Mehrheit der Befragten sowohl das Erstgespräch als auch die PT innerhalb von vier Wochen wahr. Sehr lange Wartezeiten von über sechs Monaten wurden kaum benannt. Entsprechend wurde auch die Zufriedenheit mit der Wartezeit überwiegend als gut bis sehr gut bewertet. Basierend auf den Selbstangaben schien die Reform nur wenig Einfluss auf die Wartezeiten zu haben. Während sich die Wartezeit für kE nicht veränderte und sich damit keine positiven Effekte der Reform für diese Gruppe abzeichnen, nahm für nkE die Wartezeit auf ein Erstgespräch in der Beschreibung der Patienten sogar zu. Da kE prä-Reform etwas längere Wartezeiten auf ein Erstgespräch berichteten als nkE könnte es durch die Reform zu einer leichten Angleichung gekommen sein.

7.1.3.3. Teilstudie IV

Basierend auf Survey-, Interview- und Fokusgruppendaten zeigt sich aus Leistungserbringer-Perspektive, dass nur ca. ein Fünftel der HAs und PTen post-Reform eine kürzere Wartezeit auf ein Erstgespräch berichten. Hinsichtlich der Wartezeit auf eine PT sinkt im Vergleich dazu der Anteil, der eine kürzere Wartezeit beobachtet, noch einmal stark.

7.1.4. Regionale Unterschiede

Hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgungssituation ergeben sich erhebliche regionale Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen.

7.1.4.1. Teilstudie I

Basierend auf BARMER-Daten zeigten sich insgesamt deutlich höhere Inanspruchnahmen in Ballungszentren. Im Vergleich zu kreisfreien Großstädten fand sich eine deutliche Unterversorgung von kE und nkE in ländlichen Gebieten. In kreisfreien Großstädten lagen die in den Daten beobachteten Erstgespräch-Inanspruchnahmeraten sowohl in 2015 als auch in 2018 höher als vom jeweiligen Bevölkerungsanteil (bzgl. gleichem Geschlecht, Alter und Wohnort) erwartet. In den ländlichen Kreisen ergab sich eine niedriger als erwartete beobachtete Erstkontakt-Inanspruchnahmerate in 2015 und in 2018. In städtischen Kreisen lag die beobachtete Erstkontakt-Inanspruchnahmerate in 2015 und 2018 bei kE höher, bei nkE hingegen niedriger als erwartet.

7.1.4.2. Teilstudie II

Auch die Analyse der Daten der Patientenbefragung bestätigt, dass die Mehrheit der PT-Inanspruchnehmenden in kreisfreien Großstädten oder städtischen Kreisen lebt. Basierend auf Daten der repräsentativen Bevölkerungsbefragung sind in der regionalen Betrachtung keine relevanten Unterschiede zwischen kE und nkE hinsichtlich der Inanspruchnahme einer PT, der Wartezeit auf ein Erstgespräch sowie der Wartezeit auf eine PT abbildbar.

7.1.4.3. Teilstudie III

Basierend auf den KBV-Daten können nur Unterschiede zwischen den KV-Versorgungsgebieten dargestellt werden. In den Abrechnungsdaten zeigten sich überraschend große regionale Unterschiede in Abhängigkeit vom KV-Bezirk. Die Anteile der kE, die PT in Anspruch nehmen an den PpS, sowie die Leistungen für kE variierten in den KVen und die Anteile der kE, die PT in Anspruch nehmen an den PpS, sowie die Leistungen für kE entwickelten sich innerhalb jeder

KVen unterschiedlich. Damit fallen Unterschiede zwischen kE und nkE und zeitliche Veränderungen am deutlichsten in Abhängigkeit von den KVen aus.

7.1.4.4. Teilstudie IV

Die Analyse zu regionalen Unterschieden anhand der PTen-Angaben ergab keine Stadt-Land-Unterschiede hinsichtlich der Einschätzung der Veränderung der Wartezeit auf Richtlinienpsychotherapie, der Verbesserung der Versorgungssituation insgesamt sowie der Verbesserung der Versorgungssituation von kE. Insgesamt setzen PTen in ländlichen Regionen häufiger die Sprechstunde im geforderten Umfang um, behandeln seit der Reform mehr Patienten und haben teilweise mehr kE in Behandlung. Die Analysen der Angaben der HAs weisen keine regionalen Unterschiede hinsichtlich Wartezeit auf eine Richtlinienpsychotherapie, der Anzahl von Patienten in Behandlung, der Verbesserung der Versorgungssituation insgesamt sowie der Verbesserung der Versorgungssituation von kE auf.

7.1.5. Barrieren

7.1.5.1. Teilstudie II – Barrieren der PT-Inanspruchnahme

Überraschenderweise zeichnete sich basierend auf den Ergebnissen der Patientenbefragung ab, dass die Gruppe, der ist nicht gelungen war trotz PT-Wunsch einen face-to-face Kontakt zu einem PTen zu erreichen, deutlich unterhalb der Erwartungen lag. Damit scheint es, dass es dem überwiegenden Teil der Patienten mit PT-Wunsch durchaus gelingt, zumindest einen Erstkontakt herzustellen. Terminservicestellen spielten bei der Suche nach einem PT-Platz nur eine sehr untergeordnete Rolle, während Ärzte sowohl prä- als auch post-Reform einen relevanten Zuweiser zu PT darstellen. Der überwiegende Anteil der Patienten handelt aber aus eigener Initiative. Dabei sind in der Stichprobe der PT-Inanspruchnehmenden die Gruppe der kE deutlich unterrepräsentiert im Vergleich zu der in Teilstudie I ermittelten Häufigkeit am Patientenkollektiv. Sie gelangen zu einem deutlich geringeren Prozentsatz in die ambulante PT. Bei Beendigung der Therapie stellen die durch die Krankenkasse bewilligten Stundenkontingente für die Patienten nur eine untergeordnete Rolle für das Therapieende dar. Letzteres wird überwiegend von den Patienten mit Symptomverbesserungen in Verbindung gebracht.

7.1.5.2. Teilstudie IV – Barrieren der Implementierung

Es ist zu bedenken, dass eine unzureichende Nutzung der Akutbehandlung oder der Rezidivprophylaxe auch durch Barrieren aufgrund von Abrechnungsmodalitäten entstehen kann. Der bürokratische Aufwand hat sich durch die Reform der PT-RL erhöht und nicht verringert. Teilweise kommen Patienten durch die Sprechstunde ungefiltert, zu schnell oder auch ohne ausreichende Therapiemotivation, sodass sie in der Wahrnehmung der PTen unnötigerweise Ressourcen binden sofern keine Therapieindikation besteht. Dabei wird die Funktion der PTen, auch für Indikationsklärungen seitens der HAs zur Verfügung zu stehen, nicht gesehen. Auf Leistungserbringerebene besteht ein Wunsch nach besseren Strukturen der Zusammenarbeit. Konsiliarleistungen und interprofessionelle Gespräche werden nicht adäquat vergütet, was einen Austausch insbesondere zwischen HAs und PTen erschwert. Von einigen PTen wird kritisch angemerkt, dass mit Blick auf die künftige Beziehungsgestaltung kein Kontaktabbruch nach einem Einmalkontakt tolerierbar sei.

7.1.6. Zuweisungswege, Beschwerden, Morbidität, Beschwerdeverlauf, Zufriedenheit mit der Behandlung und Lebensqualität

7.1.6.1. Teilstudie II

Mit Blick auf die Zuweisungswege nahm insbesondere die Eigenrecherche in Internet und Telefonbüchern eine zentrale Rolle ein, gefolgt von Überweisungen durch Ärzte sowie persönliche Empfehlungen von Freunden, Familie, oder Bekannten. Dabei fanden sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen kE und nkE, was hinsichtlich der ärztlichen Zuweisung – insbesondere aufgrund der bereits bestehenden ärztlichen Anbindungen der kE – überraschte.

Nach Angaben der Patienten sind die häufigsten in PT führenden Beschwerden eine gedrückte oder schwankende Stimmung, Angststörungen sowie psychosomatische Beschwerden. Als Ausdruck der verstärkten Symptomlast benennt die Gruppe der kE insgesamt ca. die Hälfte aller abgefragten Beschwerden signifikant häufiger als nkE. Hinsichtlich der Morbidität fanden sich bei den kE keine nennenswerten Veränderungen nach der Reform. Die deutliche Mehrheit der Befragten berichtete, dass es im Rahmen der PT zu einer deutlichen Verbesserung der genannten Beschwerden sowie der Lebensqualität gekommen sei, analog hierzu wurde auch die Zufriedenheit mit der psychotherapeutischen Behandlung als insgesamt sehr hoch eingeschätzt.

7.1.6.2. Teilstudie IV

Auch aus Sicht der PTen sind Haus- und Fachärzte nicht mehr die zentralen Initiatoren eines Kontaktes mit PTen. Häufiger scheint es der Eigeninitiative der psychisch Belasteten zu entspringen, dass sie Hilfe suchen. Dies bedeutet, dass auch der Bedarf an fachlicher Diagnostik und Bedarfseinschätzung steigt. Aus Sicht der PTen ist die Indikation für PT bei Patienten, die sich direkt oder aufgrund ärztlicher Überweisung (und nicht über die Terminservicestellen) an sie wenden, meist gegeben. kE werden häufiger auch von Haus- und Fachärzten zugewiesen und bei direkter persönlicher Kontaktaufnahme durch den Arzt von PTen häufig wegen besonderer Dringlichkeit bevorzugt angenommen.

7.1.7. Gesundheitsökonomische Betrachtungen

7.1.7.1. Teilstudie I

Insgesamt steigen die Gesundheitsausgaben in den Leistungsbereichen von 2015 zu 2018 sowohl bei kE als auch bei nkE an, jedoch ist der Anstieg bei kE deutlicher ausgeprägt. Der Anteil der ambulant-psychotherapeutischen Ausgaben an den jährlichen Versorgungsausgaben im ambulant-ärztlichen Bereich liegt für kE deutlich niedriger als für nkE. Hinsichtlich der indirekten Kosten sinkt der Anteil an AU-Tagen zwischen von 2015 auf 2018 sowohl bei kE als auch bei nkE, wobei die Verringerung der AU-Tage bei nkE etwas deutlicher ausgeprägt ist.

Die Ausgaben für Gesundheitsleistungen für PpS sind nicht bei den PTen verortet. Diese nehmen nur einen untergeordneten Stellenwert in den Abrechnungsmodalitäten der Behandlungskosten ein. In der prä- zu post-Reform Betrachtung zeichneten sich für PpS, kE, nkE sowie sonstigen Erkrankten die höchsten Kostensteigerungen in der Arzneimittel- sowie der ambulanten und stationären Krankenhausversorgung ab. Für kE, die mindestens eine PT-Leistungen in Anspruch genommen haben, stellen die Kosten für ambulante PT-Leistungen nur knapp die Hälfte der jährlichen ambulant-ärztlichen Gesundheitsausgaben dar. In der prä- zu post-Reform Betrachtung ist der Anteil der Kosten für ambulante PT-Leistungen für kE nahezu unverändert geblieben.

7.2. Limitationen und Stärken

7.2.1. Diskussion Mehrperspektivenansatz

Da die Auswirkungen der Reform aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden sollte und aufgrund der Komplexität der Reform der PT-RL, findet im Rahmen des ES-RiP-Projektes ein Mehrebenenansatz (Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger) Anwendung, der verschiedene Datenquellen (Primär- und Sekundärdaten) integriert und verschiedene Methoden wie quantitative Auswertungen (Teilstudie I, II und III) und ein Mixed-Methods-Design (quantitativ/qualitativ, Teilstudie IV) einbezieht. Da jeder Teilstudie ein anderes methodisches Vorgehen zugrunde gelegt wurde und die Limitationen und Stärken entsprechend heterogen sind, werden diese im Folgenden für jede Teilstudie separat dargestellt und diskutiert.

7.2.2. Teilstudie I – Limitationen und Stärken

Analysen zur Teilstudie I basieren auf längsschnittlich verknüpfbaren Daten der BARMER, bei der im Betrachtungszeitraum rund 10 % der Bevölkerung Deutschlands versichert waren. Limitationen resultieren bei den Analysen dieser Routinedaten vorrangig daraus, dass der Informationsumfang der Daten auf vorhandene Informationen beschränkt ist, die dann erfasst werden, wenn sie im Kontext einer Leistungsabrechnung relevant sind. Die Durchführung einer PT ist mit hoher Sicherheit dokumentiert. Hinsichtlich patientenseitigen Bedürfnissen und Bedarfen enthalten die Daten jedoch keinerlei Informationen. Zudem können bei den Analysen auf Versichertenebene aus unterschiedlichen Gründen i. d. R. nur begrenzte Zeiträume betrachtet werden. Entsprechend lassen sich z. B. Zeitpunkte von Erstdiagnosen oder -kontakten nur pragmatisch operationalisieren, wobei stets mit Abweichungen zu semantisch korrekten Informationen zu rechnen ist. Um die Repräsentativität der Ergebnisse zu erhöhen, wurde eine Gewichtung der Daten vorgenommen. Jedoch ist die Repräsentativität der Ergebnisse basierend auf Daten lediglich einer Krankenkasse im Hinblick auf bestimmte Merkmale auch nach einer derartigen Adjustierung noch kritisch zu diskutieren. Den Limitationen steht eine Vielzahl von Stärken gegenüber. Zunächst konnte bundesweit eine deutlich größere Anzahl an Personen mit eindeutig definiertem Nennerbezug betrachtet werden als dies im Rahmen von Primärdatenerhebungen möglich gewesen wäre. Weiterhin unterliegt die betrachtete Population keinem Selektionsbias, welcher durch eine begrenzte Studienteilnahme bei Primärdatenerhebungen resultieren kann. Darüber hinaus wurden die betrachteten Daten prospektiv, d. h. unabhängig von nachfolgenden Ereignissen, erfasst, womit Verzerrungseffekte auszuschließen sind, die bei retrospektiven Erhebungen eine Rolle spielen können. Bei den abrechnungsfähigen Leistungen ist von einer hohen Vollständigkeit auszugehen, wobei Leistungen im Sinne unterschiedlicher Therapieformen, auch im Sinne der erst im Zuge der Reform der PT-RL neu eingeführten Strukturelemente, eindeutig zugeordnet werden können. Durch strikt einheitliche Vorgehensweisen bei den Auswertungen zu unterschiedlichen Patientengruppen und Beobachtungszeiträumen kann eine gute Vergleichbarkeit der Ergebnisse prä- und post-Reform gewährleistet werden.

7.2.3. Teilstudie II – Limitationen und Stärken

Stärken von Teilstudie II liegen in der großen bevölkerungsbasierten PT-Inanspruchnahme-Stichprobe, die es erlaubte, die spezifische Perspektive dieser Patientengruppe zu erfassen und Vergleiche zwischen kE und nkE sowohl vor als auch nach der Reform der PT-RL abzubilden. Limitierend muss festgehalten werden, dass es sich bei den Daten um Selbstauskünfte handelt, die immer einem gewissen Bias und damit Verzerrungen unterliegen. Hinzu kommt, dass insbesondere die befragten der Gruppe B (prä-Reform) z. T. Inhalte erinnern sollten, die bereits lange zurückliegen (01. Quartal 2012 bis 01. Quartal 2017). Auch zeigten sich teils fehlende Kenntnisse zu Terminologien, wie beispielsweise Probatorik oder Persönlichkeitsstörungen, was die Auswertungen in umschriebenen Fragestellungen erschwerte. Darüber hinaus waren die sehr umfänglichen Telefoninterviews selbst für geschulte Interviewer sehr komplex in der Umsetzung und Fragebogenführung.

7.2.4. Teilstudie III – Limitationen und Stärken

Eine Limitation der Sekundärdatenanalyse besteht darin, dass die Versorgungsdaten der KBV auf Abrechnungsdaten basieren, d. h. sich auf tatsächlich erbrachten Leistungen der Therapeuten bzw. von den Patienten empfangene Leistungen stützen. Damit bleiben in der Teilstudie III solche Menschen, die die definierten Kriterien für kE bzw. nkE erfüllen, aber keine ambulante PT-Leistung erhalten, unberücksichtigt. Eine Stärke der Teilstudie III besteht darin, dass alle in den Jahren 2015 bis 2019 deutschlandweit im GKV-System erbrachten Leistungen in die Datenanalysen eingegangen sind. Diese Vollerhebung ermöglicht einen objektiven Blick auf das tatsächliche Leistungsgeschehen in der ambulanten PT-Versorgungswelt in Deutschland.

7.2.5. Teilstudie IV – Limitationen und Stärken

Durch die Kombination verschiedener Methoden (qualitativ und quantitativ) und Durchführung in sukzessiv aufeinander aufbauenden Studienabschnitten konnte eine immer genauere Annäherung an den Untersuchungsgegenstand erreicht werden. Insbesondere die Interviews post-Survey erbrachten einen hohen explanatorischen Wert zu Gründen für die teilweise nur geringe Umsetzung der Reform seitens der PTen. Limitationen sind gegeben durch die absolut betrachtet doch geringen Responseraten in den Surveys, insbesondere bei HAs. Dies ist unserer Ansicht nach auch auf die sehr schlechte Informiertheit der HAs über die Reform zurückzuführen, die daher auch keine Einschätzungen zur Reform mitteilen konnten bzw. wollten (persönliche Mitteilung von nichtteilnehmenden HAs). Andererseits liegt die Responserate in beiden Berufsgruppen eher über den aktuell erreichbaren Quoten (de Koning et al., 2021; Hennrich et al., 2021) und die Repräsentativität der Responder-Stichprobe für die Ausgangsstichprobe war hinsichtlich demographischer Merkmale sehr hoch. Auch wurden im Kontrast zu anderen Studien alle Berufsgruppen, die an der PT-Versorgung beteiligt sind, einbezogen. Dennoch bleibt wie stets die intrinsische Motivation für eine Teilnahme versus Nichtteilnahme weitgehend unklar, sodass ein Responsebias nie ganz ausgeschlossen werden kann. Zu berücksichtigen ist bei der Interpretation der Interviewdaten auch, dass hier die Teilnehmer – anders als im Survey – keine repräsentative Substichprobe aller bundesdeutschen PTen darstellen, sondern eine selektive Gruppe, da nur solche angeschrieben wurden, die im Survey angaben, die Reform überwiegend oder vollständig umgesetzt zu haben. Möglicherweise sind die Interviewergebnisse daher dahingehend verzerrt, dass sie eher die Sicht von Befürwortern der Reform widerspiegeln. Dennoch wurden in den Interviews auch kritische Punkte an der Reform benannt, sodass vermutlich die gesamte Breite relevanter Themen abgebildet wurde.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Die im Rahmen des ES-RiP-Projektes erhobenen Daten ermöglichen durch den Einbezug verschiedener methodischer Ansätze auf Patienten-, Leistungserbringer- und Kostenebene eine umfassende Evaluation der Strukturreform der PT-RL im Jahre 2017. Dies erlaubte es, die Auswirkung sowie den Umsetzungsgrad der neu eingeführten Strukturelemente auf verschiedenen Ebenen zu beleuchten und Handlungsempfehlungen sowie *Best Practice* Beispiele abzuleiten. Basierend auf diesen Ergebnissen wurden Handlungsempfehlungen erarbeitet, die insbesondere die Versorgung der unterversorgten Gruppe von Risiko-Patienten mit komplexen Störungen adressiert, mit dem Ziel, diese Versorgung – insbesondere vor dem Hintergrund ihres erhöhten Versorgungsbedarfs – zu verbessern.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass sich die psychotherapeutische Versorgung in den vergangenen Jahren auch im Rahmen der Strukturreform deutlich weiterentwickelt hat. Es bedarf aber weiterer Entwicklungsschritte, um die Intentionen der Reform in der Breite wirksam werden zu lassen und eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung insbesondere für die unterversorgte Risikogruppe der komplex erkrankten Patienten (kE), die zugleich unter einer psychischen Störung und einer beeinträchtigenden chronischen körperlichen Erkrankung leiden, zu erreichen. Folgende Schritte werden empfohlen:

8.1. Die Realisierung der Strukturelemente fördern

Die neuen Strukturelemente finden zwar in großem Umfang Eingang in die Versorgung, bei der Befragung der Leistungserbringer zeigte sich jedoch, dass die Strukturelemente inhaltlich sehr unterschiedlich realisiert werden und die Leistungen eher den Praxisstrukturen und -abläufen angepasst werden als umgekehrt. Die inhaltliche Ausgestaltung der Sprechstunde, in der neben dem Erstkontakt auch eine erste diagnostische Einschätzung, die Klärung des Behandlungsbedarfs, Indikationsstellung, Motivationsaufbau, Beratung etc. geleistet werden soll, ist sehr heterogen und zu wenig auf die spezifischen Belange der kE ausgerichtet, um die Behandlungsbarrieren zu reduzieren. Es bleibt zwischen den einzelnen Psychotherapeuten

(PTen) stark divergierend, inwieweit somatische Erkrankungen eine Rolle in der Psychotherapie (PT) spielen. Weiterhin zeigte es sich, dass die Akutbehandlung häufiger zur Therapiezeitverlängerung genutzt wird und nicht in der eigentlich angedachten eigenen Funktion. Teilweise wird auch eine geplante Akutbehandlung als Kurzzeittherapie (KZT) beantragt, da diese besser entgolten wird.

Hieraus leiten sich folgende Empfehlungen ab:

I.	Es wird empfohlen, die inhaltliche Ausgestaltung der Sprechstunde und der Akutbehandlung zu konkretisieren und weiterzuentwickeln.
II.	Interdisziplinäre Supervisions-, Intervisions- und Fortbildungsgruppen können dazu beitragen, die innere Haltung der PTen weiterzuentwickeln, damit Psychotherapeuten im Rahmen der Sprechstunde einen Versorgungsauftrag wahrnehmen. Für Kollegen, die die Sprechstunde in ihrer angedachten Funktion nicht durchführen wollen, sollten Kooperationsmöglichkeiten – z. B. mit Ambulanzen (analog zu Bereitschaftsdiensten) – geschaffen werden.
III.	Es wird empfohlen, die Akutbehandlung genauso wie die Kurzzeittherapie I zzgl. Zuschlägen zu vergüten, um diese in ihrer Funktion besser nutzbar zu machen.

8.2. Die Vernetzung der Versorgung zwischen der ambulanten somatischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung stärken

Die Studie zeigt auf, dass die Risikogruppe der Patienten, die eine psychische und eine chronische körperliche Erkrankung aufweist (kE) deutlich weniger versorgt ist als die Gruppe der Patienten, bei der ausschließlich eine psychische Erkrankung vorliegt, obwohl sie das höchste Mortalitätsrisiko, die höchsten gesundheitsbezogenen Kosten und die niedrigste Lebensqualität aufweist. Um die minderversorgte Risikogruppe der kE bedarfsgerecht psychotherapeutisch zu versorgen, sind die Maßnahmen, welche im Rahmen der Reform der PT-RL ergriffen wurden, nicht ausreichend. Um die Versorgung besser an die Bedarfe der kE anzupassen, bedarf es einer Stärkung der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung und eine bessere Vernetzung mit dem somatischen Bereich. Regionale formelle und informelle interdisziplinäre Supervisions-, Intervisions- und Fortbildungsgruppen sowie Schmerzkonferenzen oder Qualitätszirkel gelten als *Best Practice* Beispiele, die aber nicht ausreichend implementiert werden konnten, da sie nicht ausreichend in der Breite versorgungswirksam werden. Neue Netzwerkstrukturen, die die Kooperation erleichtern und strukturieren, sind zu entwickeln und zu implementieren, um die Versorgung der Patienten mit ihren psychischen und somatischen Erkrankungen sowie deren Interaktionen adäquat versorgen zu können.

IV.	Die Ausstattung und Vernetzung im Rahmen der gestuften psychosomatischen Versorgung mit der hausärztlichen Psychosomatischen Grundversorgung (PGV), der fachärztlichen Zusatzbezeichnung Psychotherapie und dem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist zu stärken, indem (a) strukturierte und koordinierte Netzwerkstrukturen der psychosomatischen Versorgung entwickelt und b) die Gesprächsleistungen der PGV sowie für das Psychosomatische Gespräch flexibilisiert und die finanziellen Anreize für die Durchführung verbessert werden.
V.	Diese Netzwerkstrukturen sollten interdisziplinär neben Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten auch weitere Berufsgruppen umfassen, um eine multimodale ambulante psychotherapeutische Versorgung dieser komplex erkrankten Patienten zu ermöglichen.

	Bei der Weiterentwicklung der inhaltlichen Ausgestaltung der Sprechstunde und der Akutbehandlung sollten spezifische psychosomatische Angebote zur Versorgung der Patienten mit komplexen Erkrankungen aufgebaut und in die Versorgung integriert werden, um die Behandlungsbarrieren für Patienten mit komplexen Erkrankungen zu senken und eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen.
VI.	Es wird empfohlen, die Kooperationsleistungen zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten zu strukturieren und zu honorieren (z. B. abrechenbare Besprechung orientiert an der GOÄ-Ziffer 60 – konsiliarische Erörterung). Ziel sollte es sein, eine Abstimmung der Behandlungsbedarfe von Patienten mit komplexen Erkrankungen hinsichtlich somatischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Versorgung, Gesundheitsverhalten, Lebensstil, Medikation, stationärer Behandlung sowie Reha-Aufenthalten zu erreichen. Psychotherapeuten sollten verbindlich in einem vergüteten schriftlichen Indikations- und Abschlussbericht die Hausärzte informieren.
VII.	Darüber hinaus sollten für die Versorgung von Patienten mit komplexen Erkrankungen die Optionen neuer sektorenübergreifender Versorgungsformen – wie z. B. die Psychosomatischen Institutsambulanzen (PsIAs) – für die strukturierte Kooperation zwischen dem somatischen und dem psychosomatischen/psychotherapeutischen Bereich weiterentwickelt werden. Hierzu bedarf es einen unmittelbaren Zugang aus dem hausärztlichen Bereich durch eine Veränderung der Rahmenvereinbarungen, da diese Patienten sich nur im hausärztlichen Setting zu einer ergänzenden psychosomatischen Konsultation/Therapie motivieren lassen.

8.3. Regionale Unterschiede berücksichtigen

Es bestehen regionale Unterschiede hinsichtlich des psychotherapeutischen Versorgungsgrades und der Ausgestaltung der Praxisabläufe. Insbesondere bei der Umsetzung der Sprechstunde zeigt sich ein Stadt-Land-Unterschied. Es scheint so, dass die PTen auf das geringere psychotherapeutische Angebot im ländlichen Bereich mit einer Zunahme an Sprechstundenleistungen reagieren.

VIII.	Es wird empfohlen, zur Verbesserung der Versorgung in ländlichen Regionen Versorgungspraxen mit einem hohen Anteil an Sprechstunde zur Indikationsstellung – z. B. auch Videotherapie für Patienten mit komplexen Erkrankungen – zu fördern. Insbesondere in ländlichen Bereichen können subsidiär Psychosomatische Institutsambulanzen (PsIAs) diese Versorgungsleistungen übernehmen, soweit sie hinsichtlich ihrer Zugangsbestimmungen hierzu beauftragt werden.
--------------	---

8.4. Die Wartezeit als Vorbereitungszeit nutzen

Es zeigt sich, dass der Beginn einer PT mit einer Wartezeit verbunden ist, welche jedoch aus Patientensicht weitestgehend als adäquat wahrgenommen wird. Ab einer Wartezeit von drei Monaten zeigt sich eine deutliche Abnahme der Zufriedenheit mit der Wartezeit. Bei der Bewertung der Wartezeit bleibt jedoch offen, inwieweit auch der Erwartungshorizont der Patienten hier bereits hineinspielt, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass Patienten bereits auf lange Wartezeiten und häufige Kontaktaufnahmeversuche zu PTen eingestellt sind. Die Daten der BARMER zeigen, dass bereits während der Wartezeit verschiedene Leistungen und Angebote in Anspruch genommen werden (u. a. weitere Sprechstundentermine, Probatorik, psychiatrisches Gespräch, psychosomatische Grundversorgung). Dies sollte aufgegriffen und die Wartezeit als Vorbereitungszeit gestaltet werden.

Mit Blick auf die Vorbereitungszeit beginnen post-Reform kE im Vergleich zu nkE später eine Richtlinienpsychotherapie. Da es für kE länger dauert eine PT in Anspruch zu nehmen, bedarf es spezifischen Angeboten für die Vorbereitungszeit.

IX.	Es wird empfohlen, auch die Vorbereitungszeit auf eine PT gezielt weitergehend nutzbar zu machen (unter Einschluss z. B. von Selbsthilfe, Psychoedukation, Online-Angeboten, Apps, Gruppenangeboten) und diese Phase gemeinsam mit dem Patienten zu strukturieren.
X.	Es wird empfohlen, in Praxen und Ambulanzen spezifische Angebote für Patienten mit komplexen Erkrankungen – insbesondere auch spezifische Gruppenangebote – einzurichten.

8.5. Informationen über die neuen Strukturelemente verbessern

Es zeigt sich, dass HAs in breiten Teilen nicht über die Reform informiert sind.

XI.	Es wird empfohlen, Hausärzte intensiver über die Inhalte und Angebote der Reform zu informieren, um so die allseitigen Kooperationen zu verbessern.
XII.	Es wird empfohlen, sowohl allgemein als auch mit spezifischen Inhalten für Patienten mit komplexen Erkrankungen die inhaltliche Ausgestaltung der Sprechstunde sowie der Akutbehandlung im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote zu berücksichtigen.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

9.1. Erfolgte Veröffentlichungen

9.1.1. Originalarbeiten

Kampling, H., Kruse, J., Friederich, H.-C., Heuft, G., Christoffer, A., Grobe, T. G., Marschall, U., Szecsenyi, J., Wild, B., & Hartmann, M. (2022). Evaluating effects of the structural reform of outpatient psychotherapy for patients with mental disorders in Germany: Comparing patients with and without comorbid chronic physical condition – rationale and study protocol of the ES-RiP project. *BMJ Open*, 12(9), e057298. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057298>

Poß-Doering, R., Hegelow, M., Borchers, M., Hartmann, M., Kruse, J., Kampling, H., Heuft, G., Spitzer, C., Wild, B., Szecsenyi, J., & Friederich, H.-C. (2021). Evaluating the structural reform of outpatient psychotherapy in Germany (ES-RiP trial) — A qualitative study of provider perspectives. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1204. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07220-7>

9.1.2. Konferenzbeiträge

9.1.2.1. Symposium – Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2022, Berlin

Christoffer, A., Szardenings, C., Heuft, G. und das ES-RiP-Konsortium (2022). ES-RiP-Teilstudie III – Sekundärdatenanalyse der ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsrealität in Deutschland [Konferenzbeitrag]. Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2022, Berlin, Germany.

Filali Bouami, S., Grobe, T.G., Werner, S., Kampling, H., Zara, S., Friederich, H-C., Hartmann, M., Marschall, U., Kruse, J. und das ES-RiP-Konsortium (2022). Zugang zu Psychotherapeuten und Psychotherapie vor sowie nach Reform der Psychotherapierichtlinie 2017: Veränderungen bei Versicherten mit und ohne chronische körperliche Erkrankungen [Konferenzbeitrag]. Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2022, Berlin, Germany.

Kampling, H., Liebau, M., Schunter, J., Werner, S., Zara, S., Kruse, J. & das ES-RiP-Konsortium (2022). Auswirkungen der Strukturreform in der Versorgung komplex erkrankter Patienten: Eine repräsentative Bevölkerungsbefragung [Konferenzbeitrag]. Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2022, Berlin, Germany.

Leikeim, L., Hegelow, M., Borchers, M., Kampling, H., Kruse, J., Heuft, G., Szecsenyi, J., Wild, B., Hartmann, M., Friederich, H-C. (2022). Umsetzung der neuen Strukturelemente durch Psychotherapeuten – eine qualitative Studie [Konferenzbeitrag]. Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2022, Berlin, Germany.

9.1.2.2. Symposium – Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2021, Berlin

Christoffer, A., Heuft, G., Szardenings, C. & das ES-RiP-Konsortium (2021). Evaluation der Strukturreform der Richtlinien-Psychotherapie – Vergleich von komplex und nicht-komplex erkrankten Patienten (ES-RiP): Teilstudie III – Sekundärdatenanalyse der ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsrealität in Deutschland [Konferenzbeitrag]. Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2021, Berlin, Germany.

Kampling, H., Friederich, H-C., Heuft, G., Borchers, M., Christoffer, A., Filali Bouami, S., Grobe, T.G., Hartmann, M., Hegelow, M., Marschall, U., Poß-Doering, R., Szardenings, C., Szecsenyi, J., Werner, S., Wild, B., Zara, S. & Kruse J. (2021). Evaluationskonzept zur Analyse der Strukturreform der Richtlinien-Psychotherapie – Vergleich von komplex und nicht-komplex erkrankten Patienten (ES-RiP) [Konferenzbeitrag]. Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2021, Berlin, Germany.

Poß-Doering, R., Hegelow, M., Borchers, M., Hartmann, M., Kruse, J., Heuft, G., Szecsenyi, J., Friederich, H-C. & das ES-RiP-Konsortium (2021). Schneller Zugang zu ambulanter Psychotherapie- Alles gut? - Perspektiven der psychotherapeutischen und hausärztlichen Versorger auf die Strukturreform von 2017 [Konferenzbeitrag]. Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2021, Berlin, Germany.

Werner, S., Kampling, H., Filali Bouami, S., Grobe, T.G., Zara, S., Friederich, H-C., Hartmann, M., Marschall, U., Kruse, J. & das ES-RiP-Konsortium (2021). Häufigkeit chronischer körperlicher Erkrankungen bei Patienten mit psychischen Störungen [Konferenzbeitrag]. Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2021, Berlin, Germany.

Zara, S., Werner, S., Kruse, J., Liebau, M., Schunter, J., Kampling, H. & das ES-RiP-Konsortium (2021). Evaluation der Strukturreform der Richtlinien-Psychotherapie – Vergleich von komplex und nicht-komplex erkrankten Patienten (ES-RiP): Teilstudie II – Auswirkungen der Strukturreform in der Versorgung komplex erkrankter Patienten - Pre-Test zu einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung [Konferenzbeitrag]. Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2021, Berlin, Germany.

9.2. Unmittelbar geplante Veröffentlichungen (weitere in Vorbereitung)

Borchers, M., Hartmann, M., Hegelow, M., Szecsenyi, J., Wild, B., Kampling, H., Kruse, J., Heuft, G., Friederich, H-C. (in preparation) - Perceived appropriateness and acceptability of the structural reform of outpatient psychotherapy in Germany - A national survey on the provider's perspective.

Jedamzik, J., Kampling, H., Christoffer, A., Szardenings, C., Heuft, G., Friederich, H-C., Kruse, J. (under review) – Do the elderly and those with ‘complex illnesses’ have improved access to outpatient psychotherapy post structural reforms in Germany? Results of the ES-RiP study.

Kruse, J., Kampling, H., Friederich, H-C., Heuft, G., Grobe, T.G., Marschall, U., Szecsenyi, J., Wild, B., Hartmann, M. (in preparation) – Eine Übersichtspublikation zum Gesamtprojekt.

Zara, S., Kampling, H., Friederich, H-C., Heuft, G., Grobe, T.G., Marschall, U., Szecsenyi, J., Wild, B., Hartmann, M., Schunter, J., Liebau, M., Werner, S., Kruse, J. (under review) – Patienten mit Diabetes in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung: Ergebnisse der ES-RiP-Studie.

10. Literaturverzeichnis

Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., & Brähler, E. (2010). [Outpatient psychotherapy in Germany from the patients’ perspective: Part 1: Care situation] *Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten: Teil 1: Versorgungssituation. Psychotherapeut, 55*, 503–514.

Arbeitsgemeinschaft ADM-Telefonstichproben. (2016). *Projekt Dual-Frame-2*.

Baumeister, H., Hutter, N., Bengel, J., & Härter, M. (2011). Quality of life in medically ill persons with comorbid mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy and psychosomatics, 80*(5), 275–286. <https://doi.org/10.1159/000323404>

Collins, D. (2003). Pretesting survey instruments: An overview of cognitive methods. *Quality of Life Research, 12*(3), 229–238. <https://doi.org/10.1023/A:1023254226592>

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M., & Medical Research Council Guidance. (2008). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical Research Ed.), 337*, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>

de Koning, R., Egiz, A., Kotecha, J., Ciuculete, A. C., Ooi, S. Z. Y., Bankole, N. D. A., Erhabor, J., Higginbotham, G., Khan, M., Dalle, D. U., Sichimba, D., Bandyopadhyay, S., & Kamounye, U. S. (2021). Survey Fatigue During the COVID-19 Pandemic: An Analysis of Neurosurgery Survey Response Rates. *Frontiers in Surgery, 8*, 690680. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2021.690680>

Flottorp, S. A., Oxman, A. D., Krause, J., Musila, N. R., Wensing, M., Goddycki-Cwirko, M., Baker, R., & Eccles, M. P. (2013). A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Science, 8*(1), 35. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-35>

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2018). [Guideline of the Joint Federal Committee on the provision of psychotherapy (Psychotherapy Guideline)]. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). *Bundesanzeiger, 1–32*.

Häder, S., & Gabler, S. (1998). Ein neues Stichprobendesign für telefonische Umfragen in Deutschland. In S. Gabler, S. Häder, & J. H. P. Hoffmeyer-Zlotnik (Hrsg.), *Telefonstichproben in Deutschland* (S. 69–88). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-322-83334-1_6

Henrich, P., Arnold, C., & Wensing, M. (2021). Effects of personalized invitation letters on research participation among general practitioners: A randomized trial. *BMC Medical Research Methodology, 21*(1), 247. <https://doi.org/10.1186/s12874-021-01447-y>

Hofmann, M., Köhler, B., Leichsenring, F., & Kruse, J. (2013). Depression as a Risk Factor for Mortality in Individuals with Diabetes: A Meta-Analysis of Prospective Studies. *PLoS ONE, 8*(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079809>

- Kamplung, H., Baumeister, H., Jäckel, W. H., & Mittag, O. (2014). Prevention of depression in chronically physically ill adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.Cd011246>
- Kamplung, H., Kruse, J., Friederich, H.-C., Heuft, G., Christoffer, A., Grobe, T. G., Marschall, U., Szecsenyi, J., Wild, B., & Hartmann, M. (2022). Evaluating effects of the structural reform of outpatient psychotherapy for patients with mental disorders in Germany: Comparing patients with and without comorbid chronic physical condition – rationale and study protocol of the ES-RiP project. *BMJ Open*, *12*(9), e057298. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057298>
- Kamplung, H., Petrak, F., Farin, E., Kulzer, B., Herpertz, S., & Mittag, O. (2017). Trajectories of depression in adults with newly diagnosed type 1 diabetes: Results from the German Multicenter Diabetes Cohort Study. *Diabetologia*, *60*(1), 60–68. <https://doi.org/10.1007/s00125-016-4123-0>
- Kish, L. (1949). A Procedure for Objective Respondent Selection within the Household. *Journal of the American Statistical Association*, *44*(247), 380–387. <https://doi.org/10.1080/01621459.1949.10483314>
- Kruse, J., Larisch, A., Hofmann, M., & Herzog, W. (2013). [Psychosomatic and psychotherapeutic outpatient care in Germany—Capacity profile based on data from the National Association of Statutory Health Insurance Physicians]. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, *59*(3), 254–272.
- Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (2014). Welche Risiken und Nebenwirkungen hat Psychotherapie? - Entwicklung des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie (INEP). *Verhaltenstherapie*, *24*(4), 252–263. <https://doi.org/10.1159/000367928>
- Lehnert, T., Konnopka, A., Riedel-Heller, S., & König, H.-H. (2011). [Health economic aspects of physical-mental comorbidity]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *54*(1), 120–127. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1187-8>
- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M. A., Maske, U. E., Hapke, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Zielasek, J., Maier, W., & Wittchen, H.-U. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population—evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *23*(3), 289–303. <https://doi.org/10.1002/mpr.1438>
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *Lancet (London, England)*, *370*(9590), 851–858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)
- Poß-Doering, R., Hegelow, M., Borchers, M., Hartmann, M., Kruse, J., Kamplung, H., Heuft, G., Spitzer, C., Wild, B., Szecsenyi, J., & Friederich, H.-C. (2021). Evaluating the structural reform of outpatient psychotherapy in Germany (ES-RiP trial)—A qualitative study of provider perspectives. *BMC Health Services Research*, *21*(1), 1204. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07220-7>
- Rommel et al. (2017). [Utilization of Psychiatric and Psychotherapeutic Services—Individual Determinants and Regional Differences]. *Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede*. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-111>
- Russ, T. C., Stamatakis, E., Hamer, M., Starr, J. M., Kivimäki, M., & Batty, G. D. (2012). Association between psychological distress and mortality: Individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *345*, e4933. <https://doi.org/10.1136/bmj.e4933>
- Schiel, R., Brechtel, A., Hartmann, M., Taubert, A., Walther, J., Wiskemann, J., Rötzer, I., Becker, N., Jäger, D., Herzog, W., & Friederich, H.-C. (2014). Multidisziplinärer Versorgungsbedarf psychisch belasteter Tumorpatienten an einem Comprehensive Cancer

- Center. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 139(12), 587–591. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1369856>
- Schrappé, M., & Pfaff, H. (2016). [Health services Research Faces New Challenges: Consequences for Definition and Concept]. *Gesundheitswesen*, 78(11), 689–694. <https://doi.org/10.1055/s-0042-116230>
- Swart, E., Gothe, H., Geyer, S., Jaunzeme, J., Maier, B., Grobe, T. G., & Ihle, P. (2015). Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. *Das Gesundheitswesen*, 77(2), 120–126. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1396815>
- Wild, B., Heider, D., Maatouk, I., Slaets, J., König, H.-H., Niehoff, D., Saum, K.-U., Brenner, H., Söllner, W., & Herzog, W. (2014). Significance and costs of complex biopsychosocial health care needs in elderly people: Results of a population-based study. *Psychosomatic Medicine*, 76(7), 497–502. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000080>

11. Anhang

Anhang 1: Ergebnisse Teilstudie I

Anhang 2: Ergebnisse Teilstudie I – Darstellung der Untersuchungspopulation

Anhang 3: Ergebnisse Teilstudie I – Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Leistungen

Anhang 4: Ergebnisse Teilstudie I – Inanspruchnahmen ausgewählter psychotherapeutischer Leistungen innerhalb von 365 Tagen ab Erstkontakt zu einem Psychotherapeuten

Anhang 5: Ergebnisse Teilstudie I – Warte- bzw. Vorbereitungszeit

Anhang 6: Ergebnisse Teilstudie I – Gesundheitsökonomische Betrachtungen

Anhang 7: Ergebnisse Teilstudie II – Darstellung der Untersuchungspopulation

Anhang 8: Ergebnisse Teilstudie II – Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen

Anhang 9: Ergebnisse Teilstudie II – Wahrnehmung weiterer Behandlungsangebote

Anhang 10: Ergebnisse Teilstudie II – Wartezeiten

Anhang 11: Ergebnisse Teilstudie II – Zufriedenheit mit Wartezeit

Anhang 12: Ergebnisse Teilstudie II – Zuweisungswege

Anhang 13: Ergebnisse Teilstudie II – Barrieren

Anhang 14: Ergebnisse Teilstudie II – Morbidität

Anhang 15: Ergebnisse Teilstudie II – Beschwerden

Anhang 16: Ergebnisse Teilstudie II – Beschwerdeverlauf

Anhang 17: Ergebnisse Teilstudie II – Zufriedenheit mit der Behandlung

Anhang 18: Ergebnisse Teilstudie II – Lebensqualität

Anhang 19: Ergebnisse Teilstudie II – Unerwünschte Veränderungen durch PT

Anhang 20: Ergebnisse Teilstudie II – Therapeutisches Fehlverhalten

Anhang 21: Ergebnisse Teilstudie III – Ergebnisse der primären Fragestellung

Anhang 22: Ergebnisse Teilstudie III – Ergebnisse der sekundären Fragestellungen: Unterschiede zwischen kE und nkE in Abhängigkeit von dem Alter und Geschlecht der Patienten

Anhang 23: Ergebnisse Teilstudie III – Ergebnisse der sekundären Fragestellungen: Unterschiede zwischen kE und nkE in Abhängigkeit von der Berufsgruppe der Therapeuten

Anhang 24: Ergebnisse Teilstudie III – Ergebnisse der sekundären Fragestellungen: Unterschiede zwischen kE und nkE in Abhängigkeit von dem KV-Versorgungsgebiet

Anhang 25: Ergebnisse Teilstudie III – Ergebnisse der sekundären Fragestellungen: Unterschiede zwischen kE und nkE in Abhängigkeit von der Leistungsart

Anhang 26: Ergebnisse Teilstudie III – Ergebnisse der sekundären Fragestellungen: Unterschiede zwischen kE und nkE in Abhängigkeit von dem Therapiesetting, der Therapiedauer und dem Richtlinienverfahren

Anhang 27: Ergebnisse Teilstudie III – Patienten-, Therapeuten- und Leistungskollektive

Anhang 28: Ergebnisse Teilstudie IV – Flow Charts

Anhang 29: Ergebnisse Teilstudie IV – Darstellung der Untersuchungspopulation

Anhang 30: Ergebnisse Teilstudie IV – Darstellung der Kodierschemata

Anhang 31: Ergebnisse Teilstudie IV – Auswirkung auf die Versorgungssituation

Anhang 32: Ergebnisse Teilstudie IV – Auswirkung auf die Wartezeiten

Anhang 33: Ergebnisse Teilstudie IV – Informiertheit, Implementierung und Veränderung der Versorgungssituation

Anhang 34: Ergebnisse Teilstudie IV – Formale und inhaltliche Ausgestaltung der neuen Strukturelemente

Anhang 35: Ergebnisse Teilstudie IV – Regionale Einflüsse

Anhang 36: Ergebnisse Teilstudie IV – Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen

Anhang 37: Ergebnisse Teilstudie IV – Weitere explorative Ergebnisse zum Einfluss von Alter, Geschlecht, Richtlinienverfahren und Fachgruppe der Leistungserbringer auf die Einschätzungen zur Reform

Anhang 38: Ergebnisse Teilstudie IV – Ergebnisse zum Einfluss von Geschlecht auf die Einschätzungen zur Reform

12. Anlagen

Anlage 1: Erhebungsinstrumente Teilstudie II

Anlage 2: Erhebungsinstrumente Teilstudie IV

Anlage 3: Charlson Comorbidity Index (CCI) mit zugehörigen ICD-10-Codes

Anlage 4: Modified Charlson Comorbidity Index (modCCI) mit zugehörigen ICD-10-Codes

Anhang 1: Ergebnisse Teilstudie I

Der Anhang 1 bis 6 stellt detaillierte Ergebnisse der Teilstudie I dar. Diese beruhen stets auf Auswertungen von Routinedaten zu Versicherten der BARMER. Um Abweichungen des BARMER-W-DWH-Versichertenkollektivs von der Bevölkerung in Deutschland hinsichtlich grundlegender soziodemografischer Merkmale auszugleichen, wurden weitgehend alle Studienergebnisse unter Berücksichtigung einer bevölkerungsbezogenen Gewichtung nach Geschlecht, Alter und Bundesland des Wohnortes ermittelt. Als Ergebnisse werden nachfolgend stets standardisierte Werte und – bezogen auf absolute Zahlen – Hochrechnungen auf die Bevölkerung in Deutschland präsentiert, die ein anschaulicheres Maß für die Größe von Betroffenengruppen als Angaben zu einer einzelnen Kasse liefern. Dabei werden zumeist personengenau ermittelte Ergebnisse präsentiert, womit die interne Überprüfung erleichtert sowie die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse erhöht werden sollen, jedoch explizit nicht die inhaltliche Bedeutsamkeit kleinster Unterschiede suggeriert werden soll.

Die Analysen fokussieren Gegenüberstellungen von Ergebnissen vor und nach Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Vorrangig werden Ergebnisse aus den Jahren 2015 (prä-Reform) und 2018 (post-Reform) verglichen, ergänzend auch Ergebnisse zu 2016 und 2019.

Subgruppen der komplex sowie nicht-komplex erkrankten Patienten werden nachfolgend auch durch die Kürzel kE sowie nKE gekennzeichnet. Das Kürzel PT wird für Psychotherapeuten/psychotherapeutisch verwendet.

Anhang 2: Ergebnisse Teilstudie I – Darstellung der Untersuchungspopulation

eTabelle 1 zeigt Bevölkerungszahlen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes und bevölkerungsbezogene Hochrechnungen zu studienrelevanten (Sub-)Populationen. Die Anzahl der Personen mit vorausgehendem Kontakt zu Psychotherapeuten, mit dokumentierter psychischer Erkrankung ist in der Gesamtpopulation in der Altersgruppe zwischen 18 und 79 Jahre in den primären Beobachtungsjahren von 2015 bis 2019 gestiegen. Die Anzahl der Personen mit dokumentierter Ausschlussdiagnose hingegen ist ab dem Jahr 2016 zurückgegangen.

Die Anzahl der für weitere Analysen in Untersuchungspopulationen zu primären Beobachtungsjahren eingeschlossenen Patienten mit einer psychischen Erkrankung in Deutschland stieg von knapp 8,5 Mio. in 2015 auf knapp 9,1 Mio. Personen in 2018 um 7,0 % bzw. von knapp 8,7 Mio. in 2016 auf 9,1 Mio. Patienten in 2019 um 4,8 %.

eTabelle 1. Untersuchungspopulation: Personen differenziert nach Ein- und Ausschlusskriterien – Hochrechnungen für Deutschland sowie prozentuale Veränderung von 2015 bis 2018 bzw. von 2016 bis 2019.

Kriterien	2015	2016	2018	2019	Veränderung 2018 vs. 2015 in %	Veränderung 2019 vs. 2016 in %
Personen im Alter von 18 bis 79 Jahre	63.831.503	64.115.624	64.068.594	63.920.675	0,4	-0,3

darunter mit Ausschlussdiagnosen (F0/F7)	1.534.116	1.547.920	1.527.166	1.492.642	-0,5	-3,6
darunter im Sinne von Einschlussdiagnosen psychisch erkrankt	11.304.201	11.611.628	12.230.606	12.355.762	8,2	6,4
darunter mit Psychotherapeutenkontakt in zwei Vorjahren (Ausschluss)	3.285.315	3.408.295	3.676.805	3.853.914	11,9	13,1
effektiv berücksichtigte Untersuchungspopulation	8.486.486	8.688.367	9.079.284	9.105.467	7,0	4,8
<i>Anteil der Untersuchungspopulation an der Bevölkerung in %</i>	13,3	13,6	14,2	14,2	6,6	5,1

Anmerkungen: Ergebnisse standardisiert bzw. hochgerechnet auf die durchschnittliche Bevölkerung Deutschlands des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 79 Jahre nach Angaben des Statistischen Bundesamtes.

Die eTabelle 2 zeigt die Verteilung der selektierten Untersuchungspopulationen 2015 und 2018 auf Geschlechts- und Altersgruppen. Die Anzahl der im Sinne der Studienkriterien von psychischen Störungen betroffenen Personen (ohne Ausschlusskriterien) ist bei beiden Geschlechtern von 2015 auf 2018 gestiegen. Der Anteil von Frauen an allen selektierten psychisch-erkrankten Personen war mit 61,2 % im Jahr 2015 und mit 60,1 % im Jahr 2018 jeweils deutlich höher als der Anteil der Männer.

Personen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren stellten sowohl vor als auch nach der Strukturreform mit 46 % und 49 % knapp die Hälfte aller hier selektierten Personen mit psychischen Störungen. Im Jahr 2018 ist die Anzahl der Patienten in den Altersgruppen 18 bis 39 Jahre sowie 50 bis 69 Jahre im Vergleich zu 2015 merklich gestiegen. Ein leichter Rückgang ist in den Altersgruppen zwischen 40 und 49 Jahre sowie ab 70 Jahren zu verzeichnen.

Die eTabelle vermittelt in erster Linie Informationen zur soziodemografischen Struktur der Untersuchungspopulationen. Darüber hinaus kann sie, mit gewissen Einschränkungen, auch erste Hinweise auf die Struktur desjenigen Personenkreises liefern, der in den betrachteten Jahren potenziell erstmalig Kontakt zu einem Psychotherapeuten gesucht haben könnte.

eTabelle 2. Untersuchungspopulationen 2015 und 2018 differenziert nach Alter und Geschlecht.

	Personen 2015	Anteil 2015 in %	Personen 2018	Anteil 2018 in %	Veränderung
--	----------------------	-------------------------	----------------------	-------------------------	--------------------

					2018 vs. 2015*in %
Altersgruppen:					
18 bis 29 Jahre	642.179	7,57	675.844	7,44	5,24
30 bis 39 Jahre	844.735	9,95	918.688	10,12	8,75
40 bis 49 Jahre	1.373.284	16,18	1.327.434	14,62	-3,34
50 bis 59 Jahre	2.010.493	23,69	2.217.911	24,43	10,32
60 bis 69 Jahre	1.877.409	22,12	2.202.393	24,26	17,31
70 bis 79 Jahre	1.738.386	20,48	1.737.014	19,13	-0,08
Geschlecht:					
Weiblich	5.191.639	61,18	5.452.853	60,06	5,03
Männlich	3.294.846	38,82	3.626.431	39,94	10,06
Untersuchungspopulation gesamt	8.486.486	100,00	9.079.284	100,00	6,99

* Veränderungen der hochgerechneten Personenzahlen in Deutschland. Ergebnisse standardisiert bzw. hochgerechnet auf die durchschnittliche Bevölkerung Deutschlands des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 79 Jahre nach Angaben des Statistischen Bundesamtes.

Subgruppen der Untersuchungspopulationen nach Erkrankungen

eTabelle 3 zeigt die Aufteilung der Untersuchungspopulationen 2015 bis 2019 in kE sowie nkE. Die Ergebnisse zeigen, dass in den Jahren die Anzahl und der Anteil der kE gestiegen ist. Im Jahr 2019 entfielen auf die Gruppe der kE mit rund 62 % knapp zwei Drittel der selektierten Untersuchungspopulation mit Patienten mit psychischer Störung.

eTabelle 3. Untersuchungspopulationen 2015 bis 2019 differenziert nach komplexen, nicht-komplexen und sonstigen Erkrankungen.

	2015	2016	2018	2019	Veränderung 2018 vs. 2015 in %	Veränderung 2019 vs. 2016 in %
Komplex erkrankte Personen (kE)	5.040.713	5.233.621	5.591.269	5.651.334	9,8	7,4
<i>Anteil kE in %</i>	59,4	60,2	61,6	62,1	3,5	2,9
Nicht-komplex erkrankte Personen (nkE)	3.241.422	3.243.751	3.284.420	3.259.034	1,3	0,5
<i>Anteil nkE in %</i>	38,2	37,3	36,2	35,8	-5,6	-4,3
Sonstig erkrankte Personen (sE)	204.350	210.994	203.594	195.110	-0,4	-8,1
<i>Anteil sE in %</i>	2,4	2,4	2,2	2,1	-7,4	-13,3
Untersuchungspopulation gesamt	8.486.486	8.688.367	9.079.284	9.105.467	6,5	4,6

Anmerkungen: Ergebnisse standardisiert bzw. hochgerechnet auf die durchschnittliche Bevölkerung Deutschlands des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 79 Jahre nach Angaben des Statistischen Bundesamtes.

Patienten mit relevanten somatischen Diagnosen, die aufgrund unzureichend erfüllter Kriterien nicht den kE zugeordnet werden konnten, sind in der eTabelle als sonstig Erkrankte (sE) aufgeführt. Über alle Beobachtungsjahre bilden sie mit gut 2 % aller Patienten mit psychischen Störungen die kleinste Subgruppe der Untersuchungspopulationen. Daten zu dieser Subgruppe wurden im weiteren Projektverlauf nur bei Darstellungen zur Gesamtpopulation berücksichtigt und spielen im Sinne der vorrangigen Projektfragestellungen und Vergleichen der kE und nKE Subgruppen keine Rolle.

eTabelle 4 zeigt Zuordnungen der Untersuchungspopulationen 2015 und 2018 zu ausgewählten psychischen Erkrankungen. Da bei einzelnen Personen ggf. auch eine Vielzahl an Diagnosen dokumentiert sein kann, können einzelne Personen entsprechend auch mehr als einer der gelisteten Gruppen zugeordnet sein. Diagnosen affektiver Störungen wurden vor sowie auch nach der Reform bei mehr als die Hälfte aller im Sinne einer Untersuchungspopulation selektierten Patienten mit psychischen Störungen dokumentiert. Der Häufigkeit nach folgen Diagnosen somatoformer Störungen mit ca. 28 % und neurotische Störungen mit ca. 20 %.

eTabelle 4. Untersuchungspopulationen 2015 und 2018: Aufteilung in Subgruppen ausgewählter psychischer Erkrankungen.

ausgewählte Diagnosen bzw. Diagnosegruppen psychischer Störungen	Personen 2015	Anteil* 2015 in %	Personen 2018	Anteil* 2018 in %	Veränderung 2018 vs. 2015 in %
Affektive Störungen	4.452.977	52,47	4.819.633	53,08	8,2
Neurotische Störungen	1.644.981	19,38	1.837.002	20,23	11,7
Somatoforme Störungen	2.432.320	28,66	2.510.888	27,66	3,2
Schmerzstörungen	354.918	4,18	570.886	6,29	60,9
Schmerzstörungen, erweitert	795.995	9,38	1.165.843	12,84	46,5
Traumafolgestörungen	228.427	2,69	284.600	3,13	24,6
Essstörungen	116.710	1,38	134.837	1,49	15,5
Persönlichkeitsstörungen	296.601	3,49	349.155	3,85	17,7

* Hinweis: Zuordnungen von Personen zu mehreren Erkrankungsgruppen möglich. Ergebnisse standardisiert bzw. hochgerechnet auf die durchschnittliche Bevölkerung Deutschlands des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 79 Jahre nach Angaben des Statistischen Bundesamtes. Subgruppen von psychischen Störungen gemäß ICD-10 Codes: 1. affektive Störungen (ohne Manien, Bipolare Störungen, Zylothymie; F3 ohne F30, F31, F34.0), 2. neurotische Störungen (F40-F42), 3. somatoforme Störungen (F45 ohne F45.41), 4. Schmerzstörungen (F45.41), 5. Schmerzstörungen erweitert (F45.41; R51/R52 plus F32/F33), 6. Traumafolgestörungen (F43.1, F43.8, F62.0), 7. Essstörungen (F50) und 8. Persönlichkeitsstörungen (F60, F61).

Die Anzahl der Betroffenen liegt bei allen hier betrachteten psychischen Erkrankungen nach der Strukturreform höher als vor der Reform. Ein sehr deutlicher Anstieg ist bei Patienten mit Schmerzstörungen bzw. auch bei Schmerzstörungen gemäß einer erweiterten Abgrenzung zu

beobachten. Offensichtlich wurden entsprechende Diagnosen 2018 deutlich häufiger als 2015 dokumentiert.

Anhang 3: Ergebnisse Teilstudie I – Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Leistungen

Erstkontakte zu Psychotherapeuten

Ein wesentliches Anliegen der Teilstudie war es, die Zugangsmöglichkeiten zu Psychotherapeuten vor und nach Reform der Psychotherapie-Richtlinie vergleichend darzustellen. Hierzu wurden für die unterschiedlichen Untersuchungspopulationen (stets ohne Psychotherapeuten-Kontakt in den zwei vorausgehenden Jahren) sowie Subgruppen derselben die Anteile und Zahlen der zugeordneten Personen ermittelt, die innerhalb einzelner Jahre erstmalig Kontakt zu einem Psychotherapeuten hatten. Im Sinne der Studienhypothese war eine Zunahme von Kontakten zu Psychotherapeuten erwartet worden, die im positiven Fall bei kE stärker als bei nkE hätte ausfallen sollen.

Die Anzahl aller Patienten mit psychischen Störungen in der hier betrachteten Abgrenzung, die innerhalb eines Jahres mindestens einen (Erst-)Kontakt zu Psychotherapeuten hatte, ist in den Studienpopulationen von 2015 bis 2019 gestiegen (vgl. zunächst den unteren Teil von eTabelle 5). Bezogen auf die hier abgegrenzten Untersuchungspopulationen hatten 2019 schätzungsweise rund 53.700 Personen mehr als im Jahr 2015 erstmalig einen Kontakt zu einem Psychotherapeuten. Dabei lässt sich 2018 im Vergleich zu 2015 sowie auch 2019 im Vergleich zu 2016 eine deutliche Zunahme der Anzahl an Personen mit Psychotherapeuten-Kontakt um 10,5 % bzw. 12,5 % feststellen. Da innerhalb des Beobachtungszeitraums auch die Gesamtzahl der Patienten mit psychischen Störungen gestiegen ist, fällt die relative Zunahme des Anteils aller Erkrankten mit 3,3 % bzw. 7,3 % in beiden Zeiträumen allerdings deutlich geringer aus. In den einzelnen Jahren von 2015 bis 2019 hatten zwischen 4,9 und 5,2 % der Personen mit einer der Zieldiagnosen (und ohne vorausgehenden Kontakt über mindestens zwei Jahre) einen Erstkontakt zu Psychotherapeuten - also etwa jeder Zwanzigste.

Die Anzahl der Personen mit psychotherapeutischem Erstkontakt ist in beider Subgruppen (kE/nkE) von 2015 bis 2019 gestiegen. Bei den kE wurde dabei eine stärkere relative Zunahme als bei den nkE beobachtet (kE: 2018 versus 2015 um 16,3 %, 2019 versus 2016 um 15,4 %; nkE: 5,9 % bzw. 10,1 %). Von 2015 bis 2019 stieg die hochgerechnete Zahl der kE mit Erstkontakt zu Psychotherapeuten um knapp 34.500 und bei den nkE um gut 19.200.

Der Anteil der nkE mit einem Erstkontakt zu Psychotherapeuten lag in den Untersuchungspopulationen in allen betrachteten Jahren, und bei leichtzunehmenden Raten in beiden Gruppen, etwa doppelt so hoch wie der Anteil der Erstkontakte bei den kE – die Wahrscheinlichkeiten für einen Erstkontakt zu einem Psychotherapeuten waren also in allen Jahren bei nkE deutlich höher als bei kE. Die relativen Veränderungen der anteiligen Erstkontaktraten zeigen kein eindeutiges Bild. Während 2018 im Vergleich zu 2015 mit 4,9 % eine etwas stärkere Zunahme bei kE zu verzeichnen ist, erreicht sie 2019 im Vergleich zu 2016 bei nkE mit 9,5 % ein höheres Niveau als bei kE. Der zuvor festgestellt deutliche Anstieg der absoluten Anzahl an kE mit Erstkontakt von 2015 bis 2019 resultiert maßgeblich auch aus der Zunahme der absoluten Zahl an kE in den hier betrachteten Untersuchungspopulationen.

eTabelle 5. Untersuchungspopulationen 2015 bis 2019: Anzahl und Anteile der Personen mit dokumentiertem psychotherapeutischem Erstkontakt differenziert für komplex und nicht-komplex Erkrankte.

	2015	2016	2018	2019	Veränderung 2018 vs. 2015 in %	Veränderung 2019 vs. 2016 in %
Komplex Erkrankte (kE)	5.040.713	5.233.621	5.591.269	5.651.334	10,9	8,0
Anzahl mit PT-Erstkontakt	185.291	190.464	215.585	219.749	16,3	15,4
Anteil mit PT-Erstkontakt in %	3,7	3,6	3,9	3,9	4,9	6,8
Nicht-komplex Erkrankte (nkE)	3.241.422	3.243.751	3.284.420	3.259.034	1,3	0,5
Anzahl mit PT-Erstkontakt	236.773	232.621	250.682	256.019	5,9	10,1
Anteil mit PT-Erstkontakt in %	7,3	7,2	7,6	7,9	4,5	9,5
Untersuchungspopulation gesamt	8.486.486	8.688.367	9.079.284	9.105.467	7,0	4,8
Anzahl mit PT-Erstkontakt	422.064	423.085	466.267	475.768	10,5	12,5
Anteil mit PT-Erstkontakt in %	5,0	4,9	5,1	5,2	3,3	7,3

Anmerkungen: Ergebnisse standardisiert bzw. hochgerechnet auf die durchschnittliche Bevölkerung Deutschlands des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 79 Jahre nach Angaben des Statistischen Bundesamtes.

Adjustierte Betrachtung von Veränderungen der Erstkontaktraten bei kE und nkE

Veränderungen der Erstkontaktraten im zeitlichen Verlauf könnten auch durch Veränderungen der soziodemografischen Charakteristika der Untersuchungspopulationen (mit)bedingt sein. Vor diesem Hintergrund wurden Vergleiche mit Rückgriff auf die Methode der indirekten Standardisierung ermittelt. Dabei wurde berechnet, in welchem Umfang sich die im Jahr 2018 nach Reform beobachteten Erstinanspruchnahmen von denjenigen unterscheiden, die nach geschlechts-, altersgruppen- sowie wohnortspezifischen Inanspruchnahmen im Jahr 2015 hätten erwartet werden können, womit ggf. ausschließlich Unterschiede ermittelt werden, die unabhängig von möglichen Veränderungen der genannten Strukturelemente bestehen. Die Ergebnisse der indirekten Standardisierung bei kE sowie nkE zeigten folgendes:

- Bei kE lagen beobachtete Erstkontaktzahlen im Jahr 2018 um 4,6 % höher als nach Erstkontaktraten aus 2015 zu erwarten war (95 %-Konfidenzintervall 3,2 % - 6,1 %).
- Bei nkE lagen beobachtete Erstkontaktzahlen im Jahr 2018 um 4,4 % höher als nach Erstkontaktraten aus 2015 zu erwarten war (95 %-Konfidenzintervall 3,1 % - 5,7 %).

In beiden Gruppen ist es demnach zu einer statistisch signifikanten Zunahme der Erstkontakte gekommen. Die 95 %-Konfidenzintervalle beider Quotienten bei kE und nkE überschneiden

sich allerdings. Dies deutet darauf hin, dass sich kE und nkE hinsichtlich der relativen Veränderungen der Erstkontaktraten zu Psychotherapeuten von 2015 auf 2018 nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Ergänzung: Werden beobachtete und erwartete Raten aus beiden Gruppen in einer 4-Felder-Tafel gegenübergestellt, ergibt sich ein Chi-Quadrat-Wert von 0,020 ($p = 0,8867$):

	Beobachtete Erstkontakte	Erwartete Erstkontakte	Gesamt
Komplex Erkrankte	20.415,8	19.514,2	39.929,9
Nicht-komplex Erkrankte	23.778,3	22.772,5	46.550,8
Gesamt	44.194,1	42.286,7	86.480,7

Anhang 4: Ergebnisse Teilstudie I – Inanspruchnahmen ausgewählter psychotherapeutischer Leistungen innerhalb von 365 Tagen ab Erstkontakt zu einem Psychotherapeuten

Im nachfolgenden Abschnitt werden zunächst Ergebnisse zur Inanspruchnahme unterschiedlicher psychotherapeutischer Leistungen getrennt für kE und nkE mit einem Erstkontakt zu Psychotherapeuten in den Jahren 2015 und 2018 dargestellt. eTabelle 6 zeigt Ergebnisse zu den dokumentierten Leistungen innerhalb von 365 Tagen ab psychotherapeutischem Erstkontakt bei kE. Die Anzahl der kE mit Inanspruchnahme mindestens einer probatorischen Sitzung ab einem Erstkontakt im Jahr 2018 ist um knapp 20 % im Vergleich zu 2015 zurückgegangen. Die erst mit der Reform eingeführte psychotherapeutische Sprechstunde wurde nach Erstkontakt 2018 bereits häufiger als eine Probatorische Sitzung in Anspruch genommen. Von einer psychotherapeutischen Akutbehandlung waren nach einem Erstkontakt im Jahr 2018 vergleichsweise wenige kE innerhalb der folgenden 365 Tage betroffen. Die Anzahl der kE mit dokumentierten Behandlungen gemäß Richtlinientherapie sank bei Betroffenen mit Erstkontakten 2018 im Vergleich zu 2015 um 2,9 %. Dennoch ist die Anzahl der kE, die mind. eine der zuvor genannten psychotherapeutischen Leistungen innerhalb von 365 Tagen ab psychotherapeutischem Erstkontakt in Anspruch genommen haben bei Erstkontakten im Jahr 2018 um knapp 20 % im Vergleich zu 2015 gestiegen.

eTabelle 6. Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen nach einem Erstkontakt zu Psychotherapeuten in den Jahren 2015 und 2018 - Prozentuale Veränderung der absoluten Häufigkeiten 2018 relativ zu 2015 für komplex Erkrankte.

Komplex Erkrankte – mind. einmalig dokumentierte Inanspruchnahme in 365 Tage ab Erstkontakt:	Betroffene in 365 Tagen ab 2015	Anteil der kE-Erstkontakte 2015 in %	Anteil der kE 2015 in %	Betroffene in 365 Tagen ab 2018	Anteil der kE-Erstkontakte 2018 in %	Anteil der kE 2018 in %	Veränderung 2018 vs. 2015 in %
Probatorische Sitzung	168.047	90,7	3,3	134.523	62,4	2,4	-19,9
Psychotherapeutische Sprechstunde	k.A.			138.972	64,5	2,5	
Psychotherapeutische Akutbehandlung	k.A.			18.251	8,5	0,3	
Richtlinientherapie – (KZT/LZT)	116.157	62,7	2,5	112.820	52,3	2,4	-2,9

mind. eine der o.g. Leistungen	172.911	93,3	3,5	207.375	96,2	3,7	19,9
kE mit psychotherapeutischem Erstkontakt gesamt	185.291	100	3,7	215.585	100	3,9	16,3
Patienten mit psychischer Störung (kE) insgesamt	5.040.713		100,0	5.591.269		100,0	10,9

Anmerkungen: Ergebnisse standardisiert bzw. hochgerechnet auf die durchschnittliche Bevölkerung Deutschlands des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 79 Jahre nach Angaben des Statistischen Bundesamtes.

eTabelle 7 zeigt Ergebnisse zu dokumentierten Leistungen innerhalb eines Jahres ab psychotherapeutischem Erstkontakt bei nkE. Die Anzahl der nkE, die mind. Eine probatorische Sitzung in Anspruch genommen haben, sank bei nkE mit Erstkontakt im Jahr 2018 im Vergleich zu 2015 um gut 25 %. Die neu eingeführte Sprechstunde wurde nach Erstkontakt 2018 auch von nkE öfter als eine Probatorische Sitzung in Anspruch genommen, zugleich wurde auch in dieser Gruppe eine psychotherapeutische Akutbehandlung vergleichsweise selten dokumentiert. Auch bei nkE ging die Anzahl der Personen mit dokumentierter Behandlungen gemäß Richtlinien-therapie zurück, dennoch ist auch die Anzahl der nkE, die mind. eine der genannten psychotherapeutischen Leistungen in Anspruch genommen haben, nach Erstkontakt im Jahr 2018 im Vergleich zu 2015 um 8 % gestiegen.

eTabelle 7. Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen nach einem Erstkontakt zu Psychotherapeuten in den Jahren 2015 und 2018 - Prozentuale Veränderung der absoluten Häufigkeiten 2018 relativ zu 2015 für nicht-komplex Erkrankte.

Nicht-komplex Erkrankte – mind. einmalige Inanspruchnahme in 365 Tagen ab PT-Erstkontakt:	Betroffene in 365 Tagen ab 2015	Anteil der nkE-Erstkontakte 2015 in %	Anteil der nkE 2015 in %	Betroffene in 365 Tagen ab 2018	Anteil der nkE-Erstkontakte 2018 in %	Anteil der nkE 2018 in %	Veränderung 2018 vs. 2015 in %
Probatorische Sitzung	220.403	93,1	6,8	164.818	65,7	5,0	-25,2
Psychotherapeutische Sprechstunde	k.A.			170.072	67,8	5,2	
Psychotherapeutische Akutbehandlung	k.A.			22.998	9,2	0,7	
Richtlinientherapie – (KZT/ LZT)	154.768	65,4	4,8	138.174	55,1	4,2	-10,7
mind. eine der o.g. Leistungen	226.577	95,7	7,0	245.932	98,1	7,5	8,5
nkE mit PT-Erstkontakt gesamt	236.772	100	7,3	250.682	100	7,6	5,9
Patienten mit psychischer Störung (nkE) insgesamt	3.241.422		100,0	3.284.420		100,0	1,3

Anmerkungen: Ergebnisse standardisiert bzw. hochgerechnet auf die durchschnittliche Bevölkerung Deutschlands des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 79 Jahre nach Angaben des Statistischen Bundesamtes.

Die Inanspruchnahmeraten von Richtlinientherapien in 365 Tagen nach Erstkontakt 2018 im Vergleich zu 2015 sind noch deutlicher als die absoluten Fallhäufigkeiten gesunken. Entsprechende Rückgänge zeigen sich bei kE und nkE auch bei indirekt standardisiert ermittelten Ergebnissen (kE: - 16,7 %, 95 %-Konfidenzintervall -18,0 % - -15,3 %; nkE: -15,6 %, 95 %-Konfidenzintervall -16,8 % - -14,3 %).

Leistungen von Psychotherapeuten zwischen psychotherapeutischem Erstkontakt und Richtlinientherapie

Ergebnisse zu Abrechnungsziffern aus dem EBM-Kapitel 35, die bei Patienten mit psychischer Störung zwischen einem psychotherapeutischen Erstkontakt und der Initiierung einer Richtlinientherapie dokumentiert wurden, werden in der eTabelle 8 dargestellt. Ergebnisse zu bestimmten fachärztlich-psychotherapeutischen Leistungen sind in eTabelle 9 gelistet.

Die Kennzahlen zeigen deutliche Rückgänge von bestimmten nicht-antragspflichtigen Leistungen nach der Strukturreform. Der stärkste relative Rückgang lässt sich mit knapp 40 % bei Leistungen zur Feststellung der Leistungspflicht beobachten. Demgegenüber zeigte sich bei psychodiagnostischen Verfahren ein Anstieg von mehr als 20 %.

Die am häufigsten im Vorfeld einer Richtlinientherapie dokumentierte psychotherapeutischen Leistung nach Erstkontakt 2018 war die neu eingeführte psychotherapeutische Sprechstunde mit einem Betroffenenanteil von 59,5 %. Probatorische Sitzungen wurden bei Erstkontakten

2015 vor der Reform mit 63,4 % noch häufiger abgerechnet. Nach Erstkontakten 2018 wurden sie demgegenüber nur noch bei 55,4 % innerhalb des Zeitraums bis zur Einleitung einer Richtlinienpsychotherapie dokumentiert.

eTabelle 8. Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen gemäß Kapitel 35 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zwischen Erstkontakt und Richtlinienpsychotherapie in den Jahren 2015 und 2018 – Prozentuale Veränderung der absoluten Häufigkeiten in 2018 relativ zu 2015.

Abrechnungen psychotherapeutische Behandlung gemäß EBM-Kapitel 35 im Vorfeld einer Richtlinienpsychotherapie	Be-troffene 2015	Anteil 2015 in %	Be-troffene 2018	Anteil 2018 in %	Veränderung 2018 vs. 2015 in %
nicht-antragspflichtige Leistungen					
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (35100)	1.304	0,3	1.006	0,2	-22,9
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen (35110)	1.805	0,4	1.106	0,2	-38,7
Übende Interventionen, Einzel (35111)					
Übende Interventionen, Gruppe (35112)	17.082	4,0	14.313	3,1	-16,2
Hypnose (35120)					
Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung einer Kurzzeittherapie (35130)	18.772	(4,4)	9.831	(2,1)	-47,6
Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung/Verlängerung einer Langzeittherapie (35131)	43.505	(10,3)	29.959	(6,4)	-31,1
Biographische Anamnese (35140)	226.601	53,7	219.920	47,2	-2,9
Vertiefte Exploration (35141)	118.700	28,1	106.562	22,9	-10,2
Zuschlag Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde (35142)	19.023	4,5	13.389	2,9	-29,6
Probatorische Sitzung (35150)	267.443	63,4	258.407	55,4	-3,4
Psychotherapeutische Sprechstunde (35151)	0	0,0	277.454	59,5	
CAVE: Hier Verzerrung möglich, da es möglich ist, dass hier auch Zeiträume zwischen zwei Sprechstunden einfließen (viele Therapeuten führen die 25-minütigen Sitzung gemeinsam als eine 50-minütige Sitzung durch).					
Psychotherapeutische Akutbehandlung (35152)	0	0,0	42.925	9,2	
Psychodiagnostische Testverfahren					
Testverfahren, standardisierte (35600 – vor Reform 35300)	88.077	20,9	106.482	22,8	20,9
Testverfahren, psychometrische (35601 – vor Reform 35301)					

Verfahren, projektive (35602 – vor Reform 35302)					
--	--	--	--	--	--

Anmerkungen: Ergebnisse standardisiert bzw. hochgerechnet auf die durchschnittliche Bevölkerung Deutschlands des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 79 Jahre nach Angaben des Statistischen Bundesamtes.

In der eTabelle 9 werden Ergebnisse zur Abrechnung fachgruppenspezifischer Abrechnungsziffern im Vorfeld einer Richtlinien-therapie dargestellt. Diese Kennzahlen zeigen einen Rückgang der bestimmten Leistungen von Fachärzten der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie sowie von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten nach der Reform im Jahr 2018 im Vergleich zu 2015. Leistungen zu problemorientierten ärztlichen Gesprächen sowie Leistungen von Psychiatern sind 2018 hingegen gestiegen. Weitere Ziffern wurden eher selten abgerechnet, Ergebnisse können der eTabelle entnommen werden.

eTabelle 9. Inanspruchnahme von fachärztlich-psychotherapeutischen Leistungen zwischen Erstkontakt und Richtlinien-therapie in den Jahren 2015 und 2018 – Prozentuale Veränderung der absoluten Häufigkeiten in 2018 relativ zu 2015.

Abrechnungen fachärztlicher Ziffern zu psychotherapeutischer Behandlungen	Be-troffene 2015	Anteil 2015 in %	Be-troffene 2018	Anteil 2018 in %	Verän-derung 2018 vs. 2015 in %
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie					
Psychotherapeutisches Gespräch, Einzel (22220)					
Psychosomatik, Einzel (22221)	6.999	1,7	5.418	1,2	-22,6
Psychotherapeutisch medizinische Behandlung, Gruppe (22222)					
Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten					
Psychotherapeutisches Gespräch, Einzel (23220)	59.838	14,2	43.684	9,4	-27,0
Psychiater					
Psychiatrisches Gespräch, Psychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (21220), Psychiatrische Behandlung, Gruppe (21221)	14.824	3,5	20.020	4,3	35,1
Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie					
Psychotherapeutisches Gespräch, Einzel (51030)	0	0,0	6	0,0	
Psychotherapeutisches Gespräch, Gruppe (51032)					
Sonstiges					
Verordnung von medizinischer Rehabilitation (16110)	462	0,1	947	0,2	105,0
Zuschlag für die Erstellung eines Medikationsplans (16300)	45	0,0	336	0,1	646,7

Ausstellung von Wiederholungsrezepten, Überweisungsscheinen oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen (18200)	2.118	0,5	2.889	0,6	36,4
Problemorientiertes ärztliches Gespräch (32300, 42300)	24.631	5,8	33.648	7,2	36,6
Schmerztherapeutisches Gespräch, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (30708)	1.266	0,3	2.058	0,4	62,6

Anmerkungen: Ergebnisse standardisiert bzw. hochgerechnet auf die durchschnittliche Bevölkerung Deutschlands des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 79 Jahre nach Angaben des Statistischen Bundesamtes.

Erstkontakte zu Psychotherapeuten sowie Richtlinien-therapie in Subgruppen von Betroffenen mit ausgewählten psychischen Erkrankungen

eTabelle 10 zeigt Ergebnisse zur Häufigkeit von Erstkontakten sowie Richtlinien-therapie bei KE bezogen auf Subgruppen mit unterschiedlich abgegrenzten psychischen Erkrankungen. Einzelne Personen können im Rahmen dieser Darstellung mehreren Subgruppen zugeordnet sein. Einen maßgeblichen Einfluss auf die berichteten Erstkontakte haben auch die Dokumentationshäufigkeiten von Diagnosen (vgl. Spalten mit Angaben zu Betroffenen).

eTabelle 10. Komplex Erkrankte: Erstkontakte sowie Richtlinien-therapie in Subgruppen von psychischen Erkrankungen – prozentuale Veränderungen der absoluten Häufigkeiten in 2018 relativ zu 2015.

Subgruppen psychischer Erkrankungen	Betroffene (kE) 2015	Betroffene (kE) 2018	PT-Erstkontakt 2015	PT-Erstkontakt 2018	Veränderung 2018 vs. 2015 in %	Richtlinien-therapie in 365 Tagen ab Erstkontakt 2015	Richtlinien-therapie in 365 Tagen ab Erstkontakt 2018	Veränderung 2018 vs. 2015 in %
Affektive Störungen	2.824.338	3.160.139	121.971	133.680	9,6	77.934	84.182	8,0
Neurotische Störungen	989.213	1.150.379	53.796	58.478	8,7	34.699	37.110	6,9
Somatoforme Störungen	1.530.939	1.645.977	53.094	56.610	6,6	33.680	35.258	4,7
Schmerzstörungen	275.189	452.420	11.462	17.585	53,4	7.386	11.060	49,7
Schmerzstörungen, erweitert	621.327	927.595	24.659	37.145	50,6	16.610	21.959	32,2
Traumafolgestörungen	150.325	193.375	9.499	12.014	26,5	6.267	7.877	25,7
Essstörungen	69.427	86.762	5.473	5.608	2,5	3.572	3.423	-4,2
Persönlichkeitsstörungen	164.343	205.042	10.669	12.324	15,5	6.952	7.427	6,8

Anmerkungen: Ergebnisse standardisiert bzw. hochgerechnet auf die durchschnittliche Bevölkerung Deutschlands des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 79 Jahre nach Angaben des Statistischen Bundesamtes. Subgruppen von psychischen Störungen gemäß ICD-10 Codes: 1. affektive Störungen (ohne Manien, Bipolare Störungen, Zylothymie; F3 ohne F30, F31, F34.0), 2. neurotische Störungen (F40-F42), 3. somatoforme Störungen (F45 ohne F45.41), 4. Schmerzstörungen (F45.41), 5. Schmerzstörungen erweitert (F45.41; R51/R52 plus F32/F33), 6. Traumafolgestörungen (F43.1, F43.8, F62.0), 7. Essstörungen (F50) und 8. Persönlichkeitsstörungen (F60, F61).

eTabelle 11 zeigt Ergebnisse zur Häufigkeit von Erstkontakten sowie Richtlinien-therapie bei nkE bezogen auf Subgruppen mit unterschiedlich abgegrenzten psychischen Erkrankungen (vgl. auch Erläuterungen zur vorausgehenden eTabelle).

eTabelle 11. Nicht-komplex Erkrankte: Erstkontakt sowie Richtlinientherapie in Subgruppen von psychischen Erkrankungen – prozentuale Veränderungen der absoluten Häufigkeiten in 2018 relativ zu 2015.

Subgruppen psychischer Erkrankungen	Betroffene (nkE) 2015	Betroffene (nkE) 2018	PT-Erstkontakte 2015	PT-Erstkontakte 2018	Veränderung 2018 vs. 2015 in %	Richtlinientherapien in 2015	Richtlinientherapien 2018	Veränderung 2018 vs. 2015 in %
Affektive Störungen	1.628.639	1.659.494	138.031	127.035	-8,0	92.582	84.123	-9,1
Neurotische Störungen	655.768	686.623	64.420	59.908	-7,0	44.205	41.149	-6,9
Somatoforme Störungen	901.381	864.911	49.293	43.199	-12,4	31.909	27.895	-12,6
Schmerzstörungen	79.729	118.466	4.593	5.659	23,2	3.002	3.563	18,7
Schmerzstörungen, erweitert	174.668	238.248	10.801	13.650	26,4	7.570	7.738	2,2
Traumafolgestörungen	78.102	91.225	8.961	9.514	6,2	5.789	6.333	9,4
Essstörungen	47.283	48.075	5.968	5.590	-6,3	3.834	3.673	-4,2
Persönlichkeitsstörungen	132.258	144.113	14.327	13.116	-8,5	8.863	8.218	-7,3

Anmerkungen: Ergebnisse standardisiert bzw. hochgerechnet auf die durchschnittliche Bevölkerung Deutschlands des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 79 Jahre nach Angaben des Statistischen Bundesamtes. Subgruppen von psychischen Störungen gemäß ICD-10 Codes: 1. affektive Störungen (ohne Manien, Bipolare Störungen, Zylothymie; F3 ohne F30, F31, F34.0), 2. neurotische Störungen (F40-F42), 3. somatoforme Störungen (F45 ohne F45.41), 4. Schmerzstörungen (F45.41), 5. Schmerzstörungen erweitert (F45.41; R51/R52 plus F32/F33), 6. Traumafolgestörungen (F43.1, F43.8, F62.0), 7. Essstörungen (F50) und 8. Persönlichkeitsstörungen (F60, F61)..

Patienten mit psychischen Störungen, Erstkontakte zu Psychotherapeuten sowie Häufigkeiten von Richtlinien-therapie nach Kreistyp (BBSR)

eTabelle 12 zeigt Ergebnisse zur Anzahl von Patienten mit psychischen Störungen im Sinne der hier betrachteten Untersuchungspopulationen und zur Anzahl der Personen aus diesen Populationen mit einem psychotherapeutischen Erstkontakt sowie mit Initiierung einer Richtlinien-therapie in Regionen nach Kreistypen.

Die Bevölkerung aus eher städtischen Wohnregionen war sowohl 2015 als auch 2018 erheblich häufiger von psychischen Erkrankungen in der hier betrachteten Abgrenzung (und ohne psychotherapeutischem Kontakt in zwei vorausgehenden Jahren) betroffen als die Bevölkerung in ländlichen Wohnregionen. Anteilige und absolute Zunahmen von Betroffenenzahlen ließen sich dabei 2018 im Vergleich zu 2015 insbesondere in ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen feststellen, für die 2015 allerdings auch die niedrigsten Raten ermittelt werden konnten.

Auch von Erstkontakten zu Psychotherapeuten waren erwartungsgemäß in städtischen Wohnregionen größere Bevölkerungsanteile als in ländlichen Regionen betroffen, wobei die Betroffenenzahlen in allen vier Regionstypen 2018 merklich höher als 2015 lagen.

Im Hinblick auf die Anzahl der initiierten Richtlinien-therapien waren in städtischen Wohnregionen ebenfalls größere Bevölkerungsanteile als in ländlichen Regionen betroffen, wobei die Betroffenenzahlen in allen vier Regionstypen 2018 merklich niedriger als 2015 lagen.

eTabelle 12. Patienten mit psychischen Störungen: Erstkontakte sowie Häufigkeiten von Richtlinien-therapie in den Jahren 2015 und 2018 nach Region (Kreistyp) – prozentuale Veränderung der absoluten Häufigkeiten in 2018 relativ zu 2015.

Kreistyp	Be- troffene 2015	Anteil 2015 in %	Be- troffene 2018	Anteil 2018 in %	Verän- derung 2018 vs. 2015 in %
Patienten mit psychischen Störungen (im Sinne der Untersuchungspopulation, ohne PT-Behandlung in zwei vorausgehenden Jahren)					
Kreisfreie Großstädte	2.437.827	28,7	2.551.817	28,1	4,7
Städtische Kreise	3.343.129	39,4	3.652.939	40,2	9,3
Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätze	1.413.959	14,3	1.512.634	16,7	7,0
Dünn-besiedelte ländliche Kreise	1.291.571	15,2	1.361.894	15,0	5,4
Patienten mit psychischen Störungen mit psychotherapeutischem Erstkontakt im primären Beobachtungsjahr					
Kreisfreie Großstädte	147.492	6,1	160.291	6,3	8,7
Städtische Kreise	171.701	5,1	193.212	5,3	12,5
Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätze	64.496	5,3	69.559	4,6	7,9
Dünn-besiedelte ländliche Kreise	52.847	4,1	59.713	4,4	13,0
Patienten mit psychischen Störungen mit Richtlinien-therapie innerhalb von 365 Tagen ab einem Erstkontakt 2015 bzw. 2018					
Kreisfreie Großstädte	128.422	5,3	116.558	4,6	-9,2
Städtische Kreise	156.630	4,7	137.652	3,8	-12,1

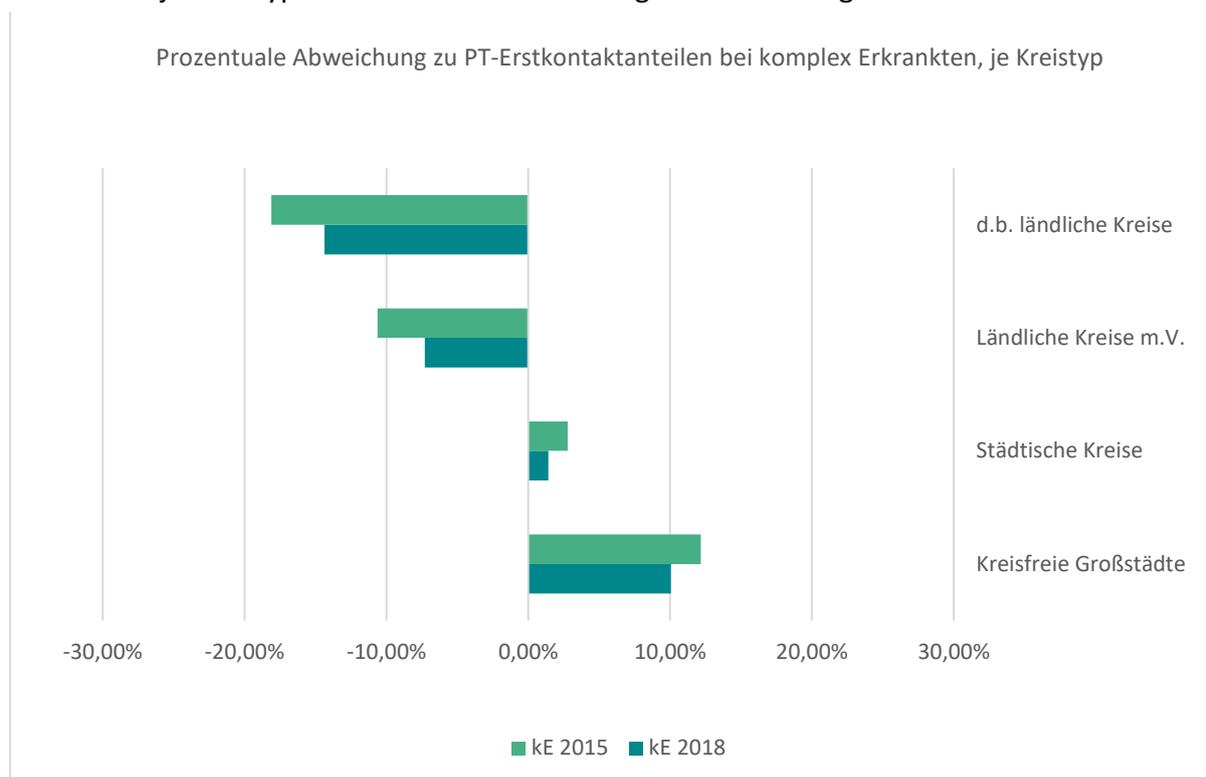
Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätze	54.129	4,5	48.172	3,2	-11,0
Dünn-besiedelte ländliche Kreise	45.392	3,5	39.489	2,9	-13,0

Anmerkungen: Ergebnisse standardisiert bzw. hochgerechnet auf die durchschnittliche Bevölkerung Deutschlands des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 79 Jahre nach Angaben des Statistischen Bundesamtes.

Unterschiede zwischen kE und nkE in Bezug auf Regionen und weitere Parameter

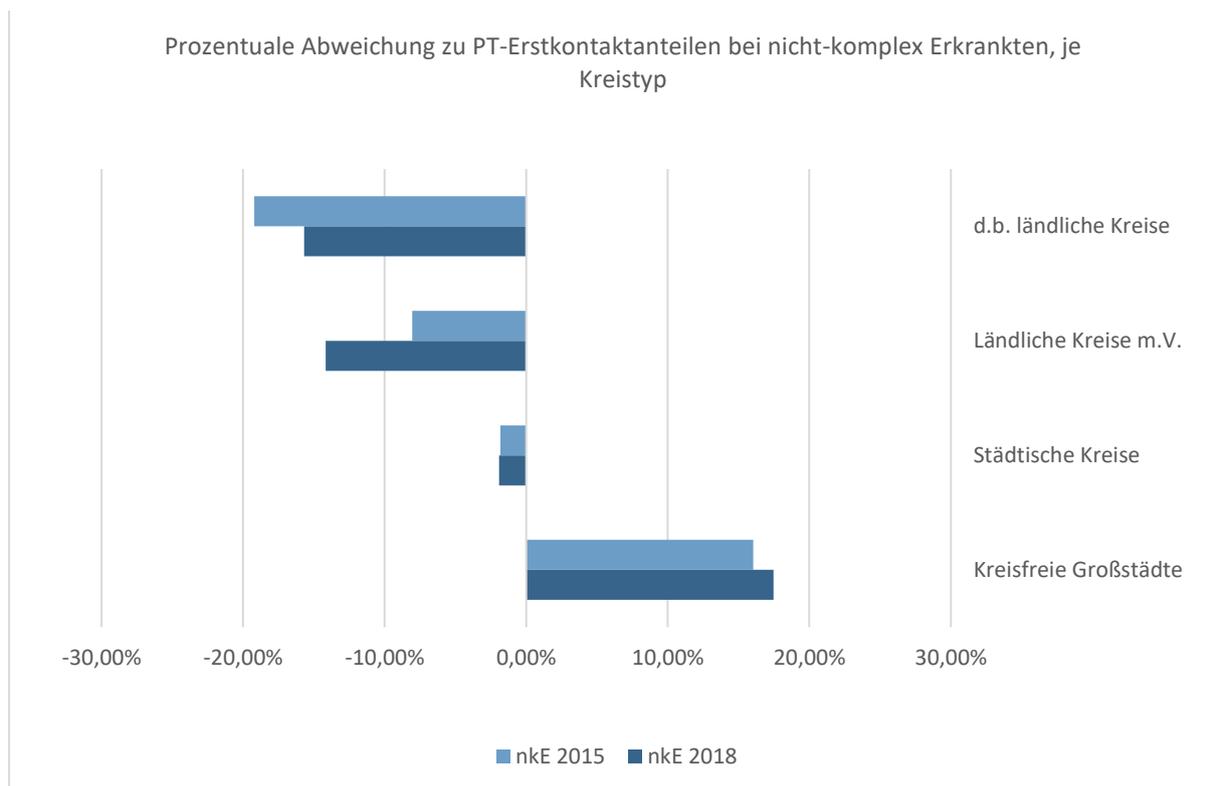
Mit Rückgriff auf die Methode der indirekten Standardisierung wurden Veränderungen der Erstkontaktraten, in Bezug auf Regionen, auf Erkrankungsschwere sowie auf soziodemografischen Charakteristika der Untersuchungspopulation betrachtet. Dabei wurde berechnet, in welchem Umfang sich beobachteten Erstinanspruchnahmen von denjenigen unterscheiden, die nach geschlechts-, altersgruppen- sowie wohnortspezifischen Inanspruchnahmen in der jeweiligen Region hätten erwartet werden können, womit ggf. vor sowie nach Reform Aussagen zu Unter- bzw. Überversorgungen psychotherapeutischer Leistungen ebenfalls untersucht werden.

Die untersuchten Veränderungen der beobachteten versus erwarteten Erstkontaktraten bei kE und nkE je Kreistyp werden in den eAbbildungen 1 und 2 dargestellt.



eAbbildung 1. Prozentuale Abweichung der beobachteten zu erwarteten psychotherapeutischen Erstkontaktanteile bei komplex Erkrankten in Deutschland vor und nach der Reform, je Kreistyp (kreisfreie Großstädte, städtische Kreise, ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelte ländliche Kreise).

Beobachtete Erstkontaktanteile bei kE lagen in den ländlichen Kreisen vor der Reform um 18 % und nach der Reform 14 % geringer als erwartet. In den städtischen Kreisen und vor allem in den Großstädten lagen beobachtete Erstkontaktraten zu Psychotherapeuten vor Reform um 12 % und nach Reform um 10 % höher als erwartet. Unter den kE ist es demnach im Zuge der Reform zu einem leichten Rückgang der ursprünglich im Kontext von Kreistypen beobachteten Disparitäten gekommen – Stadt-Land-Unterschiede hinsichtlich des Erstkontakts fielen 2018 weniger stark als 2015 aus



eAbbildung 2. *Prozentuale Abweichung der beobachteten zu erwarteten psychotherapeutischen Erstkontaktanteile bei nicht-komplex Erkrankten in Deutschland vor und nach der Reform, je Kreistyp (kreisfreie Großstädte, städtische Kreise, ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelte ländliche Kreise).*

Bei nKE lagen in kreisfreien Großstädten beobachtete Erstkontaktraten vor und nach Reform höher als erwartet, die beobachteten Erstkontaktraten in den ländlichen Kreisen deutlich niedriger als erwartet. In ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen wurden Erwartungswerte nach Reform noch deutlicher als vor der Reform unterschritten und in kreisfreien Großstädten tendenziell noch stärker als vor der Reform überschritten. Eindeutige Hinweise auf einen Rückgang der Stadt-Land-Disparitäten lassen sich damit unter den nKE nicht ausmachen.

Anhang 5: Ergebnisse Teilstudie I – Warte- bzw. Vorbereitungszeit

eTabelle 13 listet Ergebnisse zu unterschiedlich definierten Warte- und Vorbereitungszeiten. Berichtet werden in dieser eTabelle dabei stets durchschnittliche Zeitspannen gemessen in Tagen, die zwischen einem Erstkontakt 2015 bzw. 2018 und der erstmaligen Abrechnung der jeweils genannten Maßnahme im Falle ihrer innerhalb von 365 Tagen ab Erstkontakt vergingen. Angaben zu Häufigkeiten der Durchführung entsprechender Maßnahmen sind den eTabellen 6 und 7 zu entnehmen. Eine Beschränkung der Beobachtungszeiten auf 365 Tage ab Erstkontakt erfolgte, um sowohl bei Erstkontakten 2015 als auch bei allen Erstkontakten 2018 (mit Daten bis Ende 2019) vergleichbare Nachbeobachtungszeiten sicherstellen zu können und damit – im Sinne der primären Studienziele – möglichst gut vergleichbare Kennzahlen für Zeiträume vor und nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie zu erhalten. Hinzuweisen ist darauf, dass die hier ermittelten Kennwerte für Wartezeiten damit eher im Sinne von Indikatoren zu interpretieren sind und von andersartig ermittelten Wartezeiten abweichen können.

Wartezeit

Als ein primär betrachtetes Wartezeitformat wurde die Zeitspanne zwischen Psychotherapeuten-Erstkontakt und der Initiierung einer Richtlinienpsychotherapie definiert. Sowohl bei KE

als auch bei nkE wurde bei Erstkontakten vor der Reform 2015 eine Wartezeit von durchschnittlich 80 Tagen bis zur Initiierung einer Psychotherapie ermittelt. Nach der Reform stieg die mittlere Wartezeit nach Erstkontakten im Jahr 2018 bei kE auf 115 Tage und bei nkE auf 110 Tage.

eTabelle 13. Durchschnittliche Wartezeiten +(10. - 90. Perzentile) in Tagen zwischen psychotherapeutischem Erstkontakt und Erstabrechnung definierter Leistungen (innerhalb von maximal 365 Tagen ab Erstkontakt) für die Jahre 2015 sowie 2018 sowie prozentuale Veränderung 2018 versus 2015.

Mittlere Wartezeit in Tagen ab PT-Erstkontakt bis:	Erstkontakt kE 2015	Erstkontakt kE 2018	Veränderung 2018 vs. 2015 in %	Erstkontakt nkE 2015	Erstkontakt nkE 2018	Veränderung 2018 vs. 2015 in %
Probatorische Sitzung	4,3 (0 - 4)	69,0 (12 - 168)		3,9 (0 - 4)	64,5 (11 - 160)	
Psychotherapeutische Sprechstunde	k. A.	2,2 (0 - 0)		k. A.	2,1 (0 - 0)	
Psychotherapeutische Akutbehandlung	k. A.	74,9 (15 - 176)		k. A.	72,9 (14 - 179)	
Richtlinientherapie	80,4 (18 - 170)	114,7 (40 - 233)	36,3	80,0 (18 - 169)	109,6 (36 - 226)	36,3
Richtlinientherapie / Psychotherapeutische Akutbehandlung (AKB) *in 2018	80,4 (18 - 170)	102,9 (33 - 210)	28,0	80,0 (18 - 169)	97,4 (30 - 200)	21,8

Anmerkungen: Ergebnisse standardisiert bzw. hochgerechnet auf die durchschnittliche Bevölkerung Deutschlands des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 79 Jahre nach Angaben des Statistischen Bundesamtes; Zu Betroffenenzahlen vgl. eTabelle 6 und 7.

Zusätzlich: Erstdiagnose der psychischen Störung im System und Inanspruchnahme einer ersten PT-Leistung

Bei diesem Format wurde die mittlere Wartezeit zwischen psychotherapeutischem Erstkontakt und die Initiierung einer Richtlinien-Psychotherapie oder 2018 alternativ auch einer psychotherapeutischen Akutbehandlung lediglich post-Reform betrachtet. Hierzu zeigte sich bei kE post-Reform eine Zunahme der Wartezeit um 28 % auf 103 Tage und bei nkE eine Zunahme um knapp 22 % auf 97 Tage.

Zusätzlich: Wartezeit bis zur Inanspruchnahme von nicht-antragspflichtigen Leistungen innerhalb von 365 Tagen nach PT-Erstkontakt

Die nachfolgende eTabelle 14 liefert ergänzende Ergebnisse zu weiteren Zeitspannen zwischen der jeweils erstmaligen Abrechnung unterschiedlich definierter Leistungen, wobei auch hier ausschließlich Abrechnungen innerhalb von 365 Tagen ab Erstkontakten 2015 und 2018 berücksichtigt wurden.

eTabelle 14. Durchschnittliche Zeitspanne +(10. - 90. Perzentile) in Tagen zwischen der jeweils erstmaligen Abrechnung unterschiedlich definierter Leistungen innerhalb von 365 Tagen ab einem Erstkontakt in den Jahren 2015 und 2018.

Durchschnittliche Zeitspannen in Tagen zwischen erstmaligen Abrechnungen von PT-Leistungen:	Erstkontakt kE 2015	Erstkontakt nkE 2015	Erstkontakt kE 2018	Erstkontakt nkE 2018
Erstkontakt - Probatorische Sitzung	4,3 (0 - 4)	3,9 (0 - 4)	69,0 (12 - 168)	64,5 (11 - 160)
Probatorische Sitzung – Richtlinien-therapie (KZT/LZT)	76,3 (21 - 153)	77,4 (21 - 188)	50,4 (15 - 98)	49,8 (14 - 98)
Probatorische Sitzung – Kurzzeit-therapie (KZT)	74,7 (21 - 151)	75,6 (21 - 154)	49,9 (14 - 97)	49,1 (14 - 97)
Probatorische Sitzung – Langzeit-therapie (LZT)	183,3 (43 - 333)	190,5 (48 - 336)	196,5 (42 - 308)	202,1 (843 - 313)
Probatorische Sitzung – Richtli- nientherapie/ Pst. Akutbehand- lung (AKB) *in 2018			49,8 (14 - 96)	48,6 (14 - 94)
Erstkontakt – Psychotherapeuti- sche Sprechstunde			2,2 (0 - 0)	2,1 (0 - 0)
Psychotherapeutische Sprech- stunde – AKB			69,4 (19 - 153)	67,8 (14 - 94)
Psychotherapeutische Sprech- stunde –AKB/KZT/LZT			110,9 (41 - 219)	107,6 (17 - 151)
Psychotherapeutische Sprech- stunde – KZT			110,2 (41 - 218)	107,0 (40 - 214)
Psychotherapeutische Sprech- stunde – LZT			240,0 (84 - 343)	244,0 (85 - 364)
Psychotherapeutische Sprech- stunde –AKB/KZT/LZT			98,8 (35 - 210)	95,2 (85 - 346)

Anmerkungen: Ergebnisse standardisiert bzw. hochgerechnet auf die durchschnittliche Bevölkerung Deutschlands des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 79 Jahre nach Angaben des Statistischen Bundesamtes.

Die ermittelten Zeitabstände zwischen den in der eTabelle 14 aufgelisteten psychotherapeutischen Leistungen zeigten:

Die mittlere Wartezeit von vier Tagen zwischen psychotherapeutischem Erstkontakt und Probatorik und von zwei Tagen zwischen Erstkontakt und Sprechstunde stellen fallen kurz aus, was daraus resultiert, dass diese Leistungen häufig bereits am Tag des Erstkontaktes abgerechnet werden.

Bei kE lag die mittlere Wartezeit zwischen Probatorik und Richtlinien-therapie bei 76 Tagen und damit durchschnittlich rund einen Tag kürzer als bei nkE.

Die mittlere Wartezeit zwischen der Sprechstunde und einer Behandlung (Akutbehandlung oder Richtlinien-therapie) war bei kE höher als bei nkE.

Zusätzlich: Wartezeit bis zur Inanspruchnahme von nicht-antragspflichtigen Leistungen innerhalb von 365 Tagen nach Erstdiagnose

In einer abschließenden Variante wurde der Zeitabstand zwischen der Erstdiagnose einer psychischen Erkrankung und dem Erstkontakt zu Psychotherapeuten ermittelt. Auch hierbei wurden formal identische Vorgehensweisen für die beiden Zeiträume vor bzw. nach Reform gewählt. Die Identifikation von „erstmaligen“ Diagnosen beschränkte sich stets auf das primäre Beobachtungsjahr und die dem jeweiligen primären Beobachtungsjahr vorausgehenden zwei Jahre. Bei Personen mit Erstkontakt 2015 wurden ggf. also erstmalige Dokumentationen von Diagnosen psychischer Erkrankungen ab dem Jahr 2013 berücksichtigt, bei Auswertungen zu Erstkontakten 2018 entsprechend Diagnosen ab dem Jahr 2017, wobei in beiden Fällen die entsprechenden Vorversicherungszeiten bereits bei vorausgehend dargestellten Analysen mit anderen Inhalten zur Abgrenzung von Erstkontakten sichergestellt worden waren. Mit dem Vorgehen sollten möglichst gut vergleichbare und wenig verzerrte Kennwerte zur „Wartezeit“ ermittelt werden. Insbesondere aus zwei Gründen sind die hier ermittelten „Wartezeiten“ dabei allerdings nur sehr eingeschränkt mit Wartezeiten vergleichbar, die aus Sicht von Betroffenen bestanden haben dürften. 1) Erstdiagnosezeitpunkte psychischer Erkrankungen dürften grundsätzlich nur selten denjenigen Zeitpunkten entsprechen, ab denen von Betroffenen der Kontakt zu einem Psychotherapeuten (oder auch eine Psychotherapie) angestrebt wurde. 2) Durch die formale Beschränkung des Zeitraums zu Identifikation von Erstdiagnosen auf zwei vorausgehende Jahre bleiben Diagnosen aus noch länger zurückliegenden Jahren zwangsläufig unberücksichtigt. Bei einer Ausdehnung des Vorbeobachtungszeitraums wäre entsprechend mit einer zunehmenden Berücksichtigung von noch länger zurückliegenden „Erstdiagnosen“ zu rechnen, womit auch die ermittelten Wartezeiten zunehmen würden. Die hier ermittelten Kennwerte sollten vor diesem Hintergrund vorrangig im Sinne von Indikatoren für eine Wartezeit interpretiert werden.

Berechnungen von Zeitabständen zwischen Erstdiagnosen psychischer Erkrankungen und einem nachfolgenden Erstkontakt zu Psychotherapeuten zeigten bei kE eine Zunahme der durchschnittlichen Wartezeit bzw. Zeitspanne von 829 Tage vor der Reform (bei Erstkontakten 2015) um 4,0 % auf 862 Tage nach der Reform (bei Erstkontakten 2018). Bei nkE ist die durchschnittliche Wartezeit nach analog durchgeführten Berechnungen von 682 Tage vor der Reform um 5,9 % auf 725 Tage nach der Reform gestiegen. In beiden Zeiträumen waren die ermittelten Zeitspannen bei kE merklich länger als bei nkE, in beiden Gruppen ließen sich längere Zeitspannen vor Erstkontakten 2018 als vor Erstkontakten 2015 ermitteln, wobei neben „Wartezeiten“ auch unterschiedliche Effekte wie eine Ausweitung der Dokumentation psychischer Erkrankungen oder eine frühzeitigere Diagnosestellung eine Rolle spielen können. Die tendenziell etwas geringere Zunahme der durchschnittlichen Wartezeit bei kE im Vergleich zu nkE sollte vor diesem Hintergrund inhaltlich nur zurückhaltend interpretiert werden.

Anhang 6: Ergebnisse Teilstudie I – Gesundheitsökonomische Betrachtungen

Direkte Behandlungskosten je kE und nkE in ausgewählten kostenrelevanten Leistungsbereichen

eTabelle 15 zeigt Ergebnisse zu direkten Kosten für Krankenhausbehandlungen, Arzneimittel sowie die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung. Diesen drei Leistungsbereichen lassen sich typischerweise rund zwei Drittel der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zuordnen. Die annualisierten Behandlungsausgaben der psychisch erkrankten Patientenkollektive aus den Beobachtungsjahren 2015 bzw. 2018 wurden zusammen aus den Kosten des Kalenderjahres 2015 sowie aus den fortlaufenden Kosten aus 2016 des Patientenkollektivs aus 2015 bzw. aus den Kosten des Kalenderjahres 2018 sowie aus den fortlaufenden Kosten aus 2019 des Patientenkollektivs aus 2018 zusammen gebildet. Grund dieser Zusammenstellung ist in dieser Studie analysierten Leistungen, innerhalb 365 Tagen

nach Erstkontakt zu Psychotherapeuten dokumentiert werden und die hier im Rahmen zu überprüfenden Fragestellung konsequent innerhalb der Patientenkollektive aus den Kalenderjahren 2015 und 2018 ausgewertet wurden.

In allen Versorgungsbereichen lässt sich sowohl bei kE als auch bei nkE einen Anstieg der Behandlungskosten für die ansteigende Anzahl an Patienten mit psychischen Störungen feststellen. Im Jahr 2018 sind die pro Jahr dokumentierten Behandlungskosten in den drei Leistungsbereichen um gut 7 % je kE um gut 6 % je nkE im Vergleich zum Jahr 2015 gestiegen.

Bei kE entfiel auf die Krankenhaus- sowie die Arzneimittelversorgung in den Beobachtungsjahren 2015 und 2018 rund 80 % der hier betrachteten Gesamtausgaben. Bei nkE hingegen waren es die Behandlungskosten zu Krankenhausversorgung und zu ambulant-ärztlichen Versorgung, die sowohl vor als auch nach der Reform mehr als 80 % aller Gesamtausgaben darstellen.

eTabelle 15. Durchschnittliche annualisierte Behandlungskosten (Standardabweichung) je komplex und nicht-komplex Erkranktem. Prozentuale Veränderung prä- vs. post-Reform.

Jährliche Kosten in Euro pro Person nach Leistungsbereich:	kE 2015	kE 2018	Veränderung 2018 vs. 2015 in %	nkE 2015	nkE 2018	Veränderung 2018 vs. 2015 in %
ambulante u. stationäre Krankenhausversorgung	2.141 (20.046)	2.299 (21.863)	7,4	998 (10.542)	1.078 (12.477)	8,0
Arzneimittelversorgung	1.865 (19.850)	2.047 (25.033)	9,7	368 (6.884)	401 (13.176)	9,1
ambulant-ärztliche Versorgung	1.120 (4.684)	1.162 (5.014)	3,7	699 (1.994)	714 (2.155)	2,1
davon ambulant-psychotherapeutische Versorgung	42 (733)	44 (790)	5,4	86 (1.165)	92 (1.292)	6,8
Alle drei Leistungsbereiche	5.126 (31.592)	5.508 (36.870)	7,4	2.066 (13.634)	2.193 (19.634)	6,2

Anmerkungen: Ergebnisse standardisiert bzw. hochgerechnet auf die durchschnittliche Bevölkerung Deutschlands des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 79 Jahre nach Angaben des Statistischen Bundesamtes.

Auswirkungen einer zeitnahen psychotherapeutischen Behandlung für kE

Die eTabelle 16 zu annualisierten Kosten je kE zeigt erwartungsgemäß eine sehr hohe Diskrepanz in den ambulant-ärztlichen Ausgaben zwischen kE mit und kE ohne einen dokumentierten psychotherapeutischen Erstkontakt, welche auch die Kosten für die ambulante psychotherapeutische Versorgung umfassen. Diese Ausgaben sind bei kE mit psychotherapeutischem Erstkontakt, aufgrund der Kosten zu psychotherapeutischen Leistungen, fast doppelt so hoch wie bei kE ohne psychotherapeutischem Erstkontakt.

eTabelle 16. Durchschnittliche annualisierte Behandlungskosten +(Standardabweichung) bei komplex Erkrankten mit und ohne Erstkontakt zu Psychotherapeuten. Prozentuale Veränderung prä- vs. post-Reform.

Jährliche Kosten in Euro je kE bzw. nkE und je Versorgungsbereich:	Mit Erstkontakt 2015	Mit Erstkontakt 2018	Veränderung 2018 vs. 2015 in %	Ohne Erstkontakt 2015	Ohne Erstkontakt 2018	Veränderung 2018 vs. 2015 in %
ambulante u. stationäre Krankenhausversorgung	2.592 (18.738)	3.000 (23.712)	15,7	2.124 (20.090)	2.273 (21.792)	7,0
Arzneimittelversorgung	1.815 (18.984)	1.987 (21.668)	9,4	1.867 (19.880)	2.049 (25.143)	9,8
ambulant-ärztliche Versorgung	2.044 (4.902)	2.112 (5.116)	3,3	1.085 (4.644)	1.127 (4.978)	3,8
davon ambulant-psychotherapeutische Versorgung	901 (2.534)	902 (2.758)	0,1	9*	12*	-*
Alle drei Leistungsbereiche	6.452 (30.436)	7.099 (35.518)	10,0	5.076 (31.558)	5.448 (36.904)	7,3

* Kosten bedingt durch Abrechnungen mehr als 365 Tagen nach Erstkontakt. Ergebnisse standardisiert bzw. hochgerechnet auf die durchschnittliche Bevölkerung Deutschlands des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 79 Jahre nach Angaben des Statistischen Bundesamtes.

eTabelle 17. Durchschnittliche annualisierte Behandlungskosten je psychisch, komplex, nicht-komplex und sonstigem Erkranktem. Prozentuale Veränderung prä- vs. post-Reform.

Jährliche Kosten in Euro pro Person nach Leistungsbe- reich +(Stan- dardabweichung):	PpS 2015	PpS 2018	Veränderung 2018 vs. 2015 in %	kE 2015	kE 2018	Veränderung 2018 vs. 2015 in %	nkE 2015	nkE 2018	Veränderung 2018 vs. 2015 in %	sE 2015	sE 2018	Veränderung 2018 vs. 2015 in %
ambulante & stationäre Krankenhaus- versorgung	1.691 (17.200)	1.845 (19.186)	8,3	2.141 (20.046)	2.299 (21.863)	7,4	998 (10.542)	1.078 (12.477)	8,0	1.555	1.749	11,1
Arzneimittel- versorgung	1.266 (16.333)	1.423 (21.672)	11,0	1.865 (19.850)	2.047 (25.033)	9,7	368 (6.884)	401 (13.176)	9,1	735	786	6,5
ambulanz- ärztliche Ver- sorgung	956 (3.937)	996 (4.282)	4,0	1.120 (4.684)	1.162 (5.014)	3,7	699 (1.994)	714 (2.155)	2,1	957	996	3,9
davon am- bulanz- psychothe- rapeuti- sche Ver- sorgung	60 (923)	63 (1.000)	4,8	42 (733)	44 (790)	5,4	86 (1.165)	92 (1.292)	6,8	83	91	8,8
Alle drei Lei- stungsbereiche	3.912 (26.630)	4.265 (32.214)	8,3	5.126 (31.592)	5.508 (36.870)	7,4	2.066 (13.634)	2.193 (19.634)	6,2	3.247	3.532	8,1

Anmerkungen: PpS=Patienten mit psychischen Störungen, kE=komplex erkrankte Patienten, nkE=nicht-komplex erkrankte Patienten, sE=sonstige erkrankte Patienten.

Arbeitsfehlzeiten bei kE und nkE

Die eTabelle 18 zeigt die Anzahl der kE und nkE, die zum 01.01.2015 bzw. 2018 eine Erwerbstätigkeit nachgingen. Hier ist eine Zunahme der Anzahl und des Anteils an Berufstätigen unter den Patienten mit psychischen Störungen nach der Reform in der Gruppe der kE zu erkennen, wohingegen der Anteil bei nkE nahezu unverändert blieb. Der Anteil der erwerbstätigen Personen lag in beiden Zeiträumen bezogen auf beide Gruppen von Patienten mit psychischen Störungen unterhalb von 25 %.

eTabelle 18. Erwerbstätige Personen und deren Anteil an komplex und nicht-komplex Erkrankten. Mittlere Arbeits- und Fehlzeiten in Tagen prä- und post-Reform. Prozentuale Veränderung 2018 versus 2015.

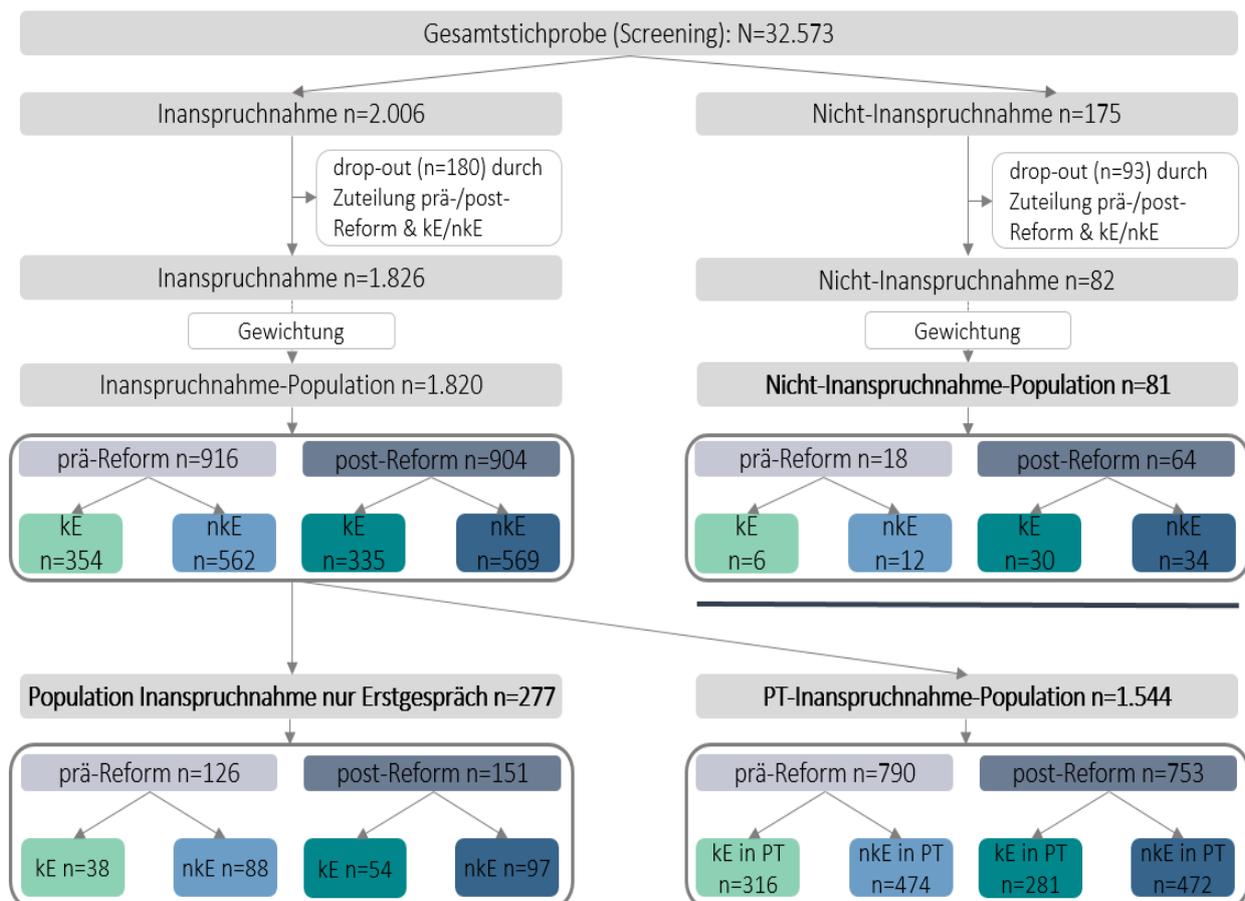
	kE (2015)	kE (2018)	Ver- ände- rung 2018- vs. 2015 in %	nkE (2015)	nkE (2018)	Ver- ände- rung 2018- vs. 2015 in %
Erwerbstätige Personen zum 01.01.	1.836.741	2.181.996	18,8	1.915.974	2.041.178	6,5
Anteil Erwerbstätiger an Patienten mit psychischen Störungen in %	22,2	24,6	10,9	23,1	23,0	-0,6
Mittlere Anzahl Tage mit Berufstätigkeit im Jahr + (Standardabweichung)	350,8 (170)	352,6 (166)	0,5	354,6 (144)	356 (142)	0,4
Mittlere Anzahl Tage mit bescheinigter Arbeitsunfähigkeit im Jahr + (Standardabweichung)	46,3 (243)	46 (248)	-0,6	35,2 (213)	34,4 (214)	-2,3

Anmerkungen: Ergebnisse standardisiert bzw. hochgerechnet auf die durchschnittliche Bevölkerung Deutschlands des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 79 Jahre nach Angaben des Statistischen Bundesamtes.

Anhang 7: Ergebnisse Teilstudie II – Darstellung der Untersuchungspopulation

In eTabelle 19 sind soziodemographische Angaben für die Gruppen Nicht-Inanspruchnahme, Inanspruchnahme nur Erstgespräch sowie Inanspruchnahme PT dargestellt.

Zunächst wurden N = 32.573 Screenings durchgeführt, um eine Zuteilung zu den Gruppen Nicht-Inanspruchnahme (Patienten, die trotz Therapiewunsch keinen Kontakt zum PTen erreichten) und Inanspruchnahme (Patienten, die Kontakt zum PTen erreichten) zu erreichen. Im Zuge der Zuteilung zu prä- bzw. post-Reform und kE bzw. nkE wurden in der Inanspruchnahme Gruppe n = 180 und in der Nicht-Inanspruchnahme Gruppe n = 93 Personen von den weiterführenden Analysen ausgeschlossen. Gründe hierfür waren beispielsweise, dass das Erstgespräch noch nicht stattgefunden habe, die Therapie vor 2012 begonnen wurde, oder die angegebene chronische Erkrankung nicht den festgelegten Definitionen für eine chronische Erkrankung (siehe auch Kapitel 6.1.3. des Ergebnisberichts) entsprach. Auf diese Fallzahl („Inanspruchnahme-Population“ N = 1.826, „Nicht-Inanspruchnahme-Population“ N = 82) wurde eine Anpassungsgewichtung nach Alter, Geschlecht und Bundesland angewendet, sodass die gewichteten Fallzahlen der Inanspruchnahme-Population (N = 1.820) und der „Nicht-Inanspruchnahme-Population“ (N = 81) den nachfolgenden Auswertungen zugrunde gelegt wurden. Für die Analysen in der „Inanspruchnahme-Population“ wurde zwei Subgruppen betrachtet, zu einem die Population nur Erstgespräch (N = 277) sowie die „PT-Inanspruchnahme-Population“, die über das Erstgespräch hinaus auch regelmäßige PT-Termine wahrgenommen hat (N = 1.544). Eine Übersicht über den Datenfluss gibt eAbbildung 3.



eAbbildung 3. Flow Chart basierend auf gewichteten Fallzahlen für die Gruppen PT-Inanspruchnahme und Nicht-Inanspruchnahme jeweils für kE bzw. nkE sowie prä- bzw. post-Reform.

eTabelle 19. Soziodemographische Angaben für die Nicht-Inanspruchnahme-Population, die Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch sowie die PT-Inanspruchnahme-Population.

	Nicht-Inanspruchnahme (n=82)	Inanspruchnahme nur Erstgespräch (n=277)	PT-Inanspruchnahme (n=1.544)
	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Alter	48,9 (1,5)	41,2 (16,0)	45,0 (15,0)
	n (%)	n (%)	n (%)
Geschlecht			
Männlich	28 (34,2)	101 (36,4)	571 (37,0)
Weiblich	54 (65,8)	176 (63,6)	972 (63,0)
Familienstand			
Ledig	25 (29,7)	147 (53,2)	662 (42,9)
Verheiratet	34 (41,4)	91 (32,8)	610 (39,6)
Geschieden	16 (19,8)	28 (10,2)	192 (12,4)
Verwitwet	7 (8,1)	11 (3,9)	78 (5,1)
Keine Angabe	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,1)
Höchster Schulabschluss			
Volks-/ Hauptschule	14 (16,2)	26 (9,2)	137 (8,9)
Realschule	26 (34,2)	74 (26,7)	437 (28,3)
Allgemeine Hochschulreife	42 (48,6)	170 (61,4)	942 (61,0)
Anderer Schulabschluss	0 (0,0)	7 (2,7)	24 (1,6)
Keine Angabe	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (0,2)
Aktuelle Lebenssituation			
Erwerbstätig	51 (58,6)	142 (51,5)	907 (58,8)
Arbeitssuchend	6 (7,2)	27 (9,6)	94 (6,1)
Erwerbsminderungs-/Altersrente	15 (23,4)	38 (13,9)	273 (17,7)
Sonstige ¹	9 (9,9)	70 (25,0)	271 (17,5)
Keine Angabe	1 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
Arbeitssuchend in den letzten 5 Jahren			
Ja	9 (12,6)	74 (26,8)	344 (22,3)
Nein	70 (83,8)	201 (72,7)	1.190 (77,1)
Keine Angabe	3 (3,6)	1 (0,5)	9 (0,6)

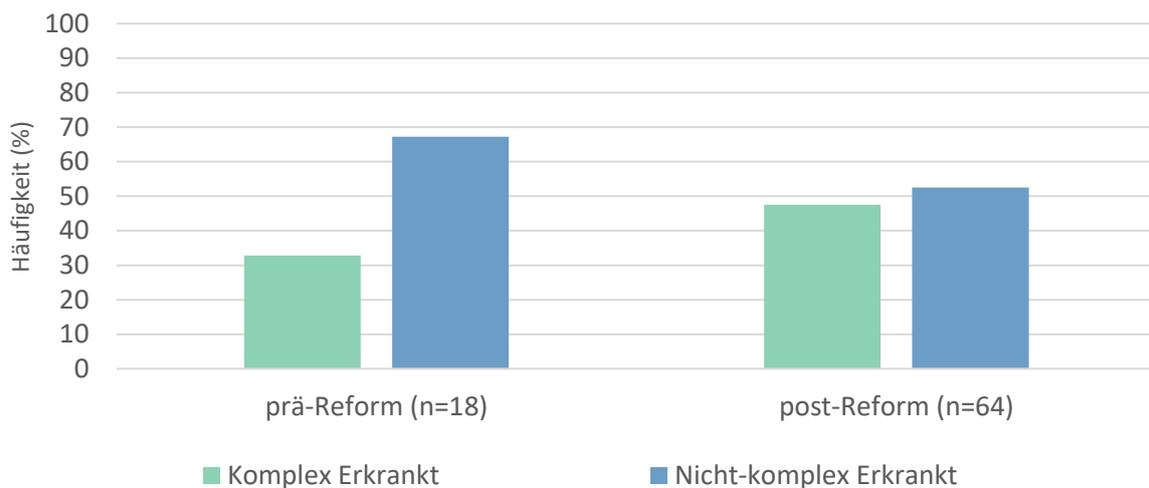
Anmerkungen. Darstellungen gewichtet nach Alter, Geschlecht und Bundesland. ¹Schüler/Student, Hausfrau/Hausmann/Betreuung von Kindern/hilfsbedürftigen Personen und Sonstige.

Anhang 8: Ergebnisse Teilstudie II – Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen

Nachfolgend werden detailliert die verschiedenen Inanspruchnahme-Populationen und die Verteilungen der Anteile kE und nkE prä- sowie post-Reform abgebildet. Der Vollständigkeit halber wird hier zunächst auf die Population „Nicht-Inanspruchnahme“ eingegangen, also die Gruppe, die trotz Therapiewunsch letztlich nie eine psychotherapeutische Leistung in Anspruch genommen hat. Im Weiteren finden sich die Verteilungen für die „Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch“ sowie die „PT-Inanspruchnahme-Population“. Zudem erfolgt eine Übersicht über die Anteile kE und nkE, die prä- bzw. post-Reform nach dem Erstgespräch eine weiterführende PT in Anspruch genommen haben.

Nicht-Inanspruchnahme Population: Keine Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen

In der „Nicht-Inanspruchnahme-Population“ wurde trotz Therapiewunsch weder ein Erstgespräch, noch regelmäßige ambulante PT in Anspruch genommen. Dabei ist festzuhalten, dass gemessen an allen gescreenten Befragten (N = 32.537) der Anteil, dem es nicht gelungen ist, trotz PT-Wunsch einen face-to-face Kontakt zu einem PTen herzustellen, bei n = 81 lag. Der Anteil an kE umfasste hier prä-Reform ca. 33 % und post-Reform ca. 47 %. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede. Detaillierte Tabellen und Abbildungen zur Inanspruchnahme finden sich in eTabelle 20 und eAbbildung 4.



eAbbildung 4. Nicht-Inanspruchnahme-Population: Keine Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

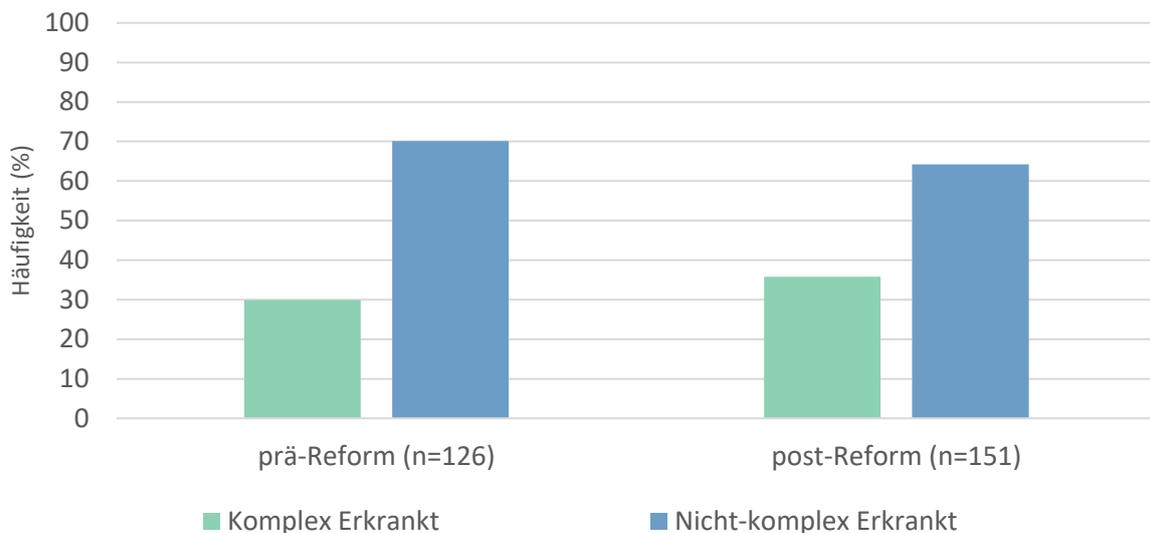
eTabelle 20. Nicht-Inanspruchnahme-Population: Keine Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

	prä-Reform (n=18)	post-Reform (n=64)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	
Komplex Erkrankt	6 (32,8)	30 (47,5)	$\chi^2_{(3)} = 7,648,$ $p = 0,054$
Nicht-komplex Erkrankt	12 (67,2)	34 (52,5)	

Anmerkungen. Darstellungen gewichtet nach Alter, Geschlecht und Bundesland.

Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen

In der „PT-Inanspruchnahme-Population“ hatten n = 1.820 Befragte mindestens ein psychotherapeutisches Erstgespräch wahrgenommen, wobei n = 277 anschließend keine regelmäßige ambulante PT in Anspruch nahmen und damit die „Population nur Erstgespräch“ darstellen. In dieser Gruppe zeigt sich prä-Reform ein Anteil von kE von ca. 30 % und post-Reform von ca. 36 %. Während der prozentuale Anteil kE prä- zu post-Reform tendenziell gestiegen ist, verringert sich für nKE der prozentuale Anteil prä- zu post-Reform leicht, dabei fanden sich jedoch keine signifikanten Veränderungen. Detaillierte Angaben zur Inanspruchnahme finden sich in eTabelle 21 und eAbbildung 5.



eAbbildung 5. Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen (Anteile kE und nKE prä- bzw. post-Reform).

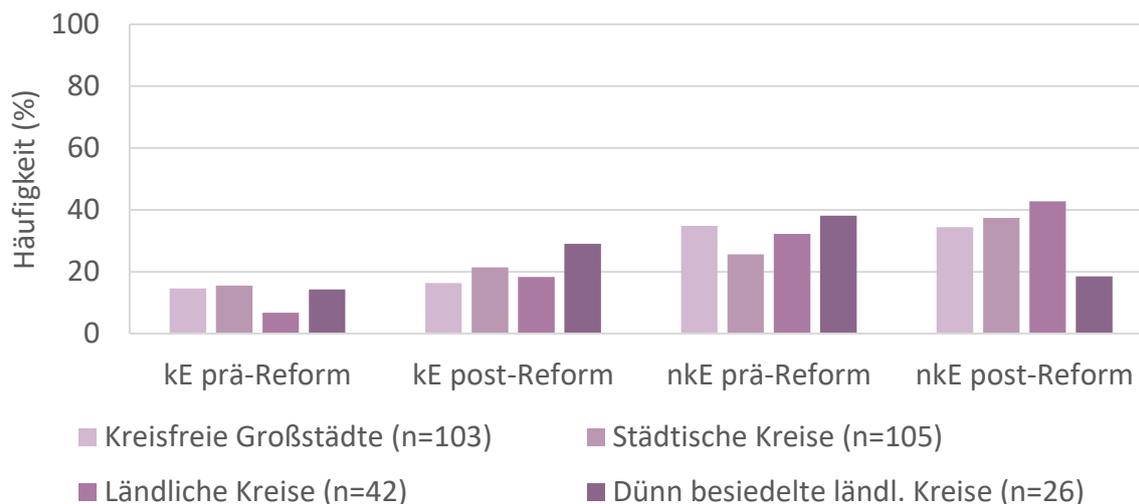
eTabelle 21. Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen (Anteile kE und nKE prä- bzw. post-Reform).

	prä-Reform (n=126)	post-Reform (n=151)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	
Komplex Erkrankt	38 (29,9)	54 (35,8)	$\chi^2_{(1)} = 1,073,$ $p = 0,300$
Nicht-komplex Erkrankt	88 (70,1)	97 (64,2)	

Anmerkungen. Darstellungen gewichtet nach Alter, Geschlecht und Bundesland.

Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Regionale Einflüsse – Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen

In der regionalen Betrachtung zeigte sich, dass in der Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch der Anteil kE prä-Reform am größten in städtischen Kreisen war und post-Reform am größten in dünn besiedelten ländlichen Kreisen. Der Anteil nkE war prä-Reform in dünn besiedelten ländlichen Kreisen am größten, post-Reform zeigt sich eine Verschiebung hin zu ländlichen Kreisen. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich kE und nkE bzw. prä- und post-Reform. Für Details, siehe eTabelle 22 und eAbbildung 6.



eAbbildung 6. Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Regionale Einflüsse – Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen (Anteile aufgeteilt BBSR).

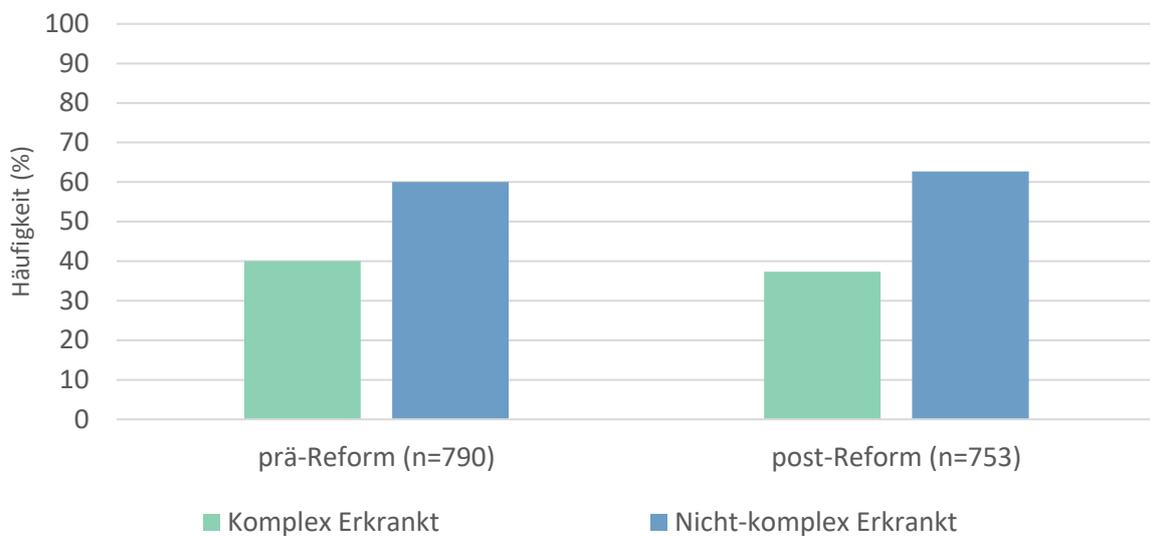
eTabelle 22. Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Regionale Einflüsse – Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen (Anteile aufgeteilt BBSR).

	Gesamt (n=277)	Kreisfreie Großstädte (n=103)	Städtische Kreise (n=105)	Ländliche Kreise (n=42)	Dünn besiedelte ländl. Kreise (n=26)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
kE prä-Reform	38 (13,6)	15 (14,6)	16 (15,5)	3 (6,7)	4 (14,3)	n.a. ¹
kE post-Reform	54 (19,6)	17 (16,3)	23 (21,4)	8 (18,3)	7 (29,0)	
nkE prä-Reform	88 (31,8)	36 (34,8)	27 (25,6)	13 (32,2)	10 (38,1)	
nkE post-Reform	97 (35,0)	35 (34,4)	39 (37,4)	18 (42,8)	5 (18,5)	

Anmerkungen. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 277).¹Bei einer erwarteten Zelhäufigkeit von N < 5 ist der Chi²-Test nicht auswertbar.

PT-Inanspruchnahme-Population: Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen

In der „PT-Inanspruchnahme-Population“ nahmen n = 1.820 Personen mindestens ein psychotherapeutisches Erstgespräch wahr, wobei sich bei n = 1.544 eine ambulante PT anschloss. Dabei zeigt sich prä-Reform ein Anteil von kE von 40 % und post-Reform von ca. 37 %. Während der prozentuale Anteil kE prä- zu post-Reform tendenziell gesunken ist, steigt der prozentuale Anteil für nkE prä- zu post-Reform, dabei fanden sich keine signifikanten Unterschiede. Damit kam es für kE prä- zu post-Reform nicht zu einem signifikanten Anstieg der Inanspruchnahme ambulanter PT. Detaillierte Ergebnisse finden sich in eTabelle 23 und eAbbildung 7.



eAbbildung 7. PT-Inanspruchnahme-Population: Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

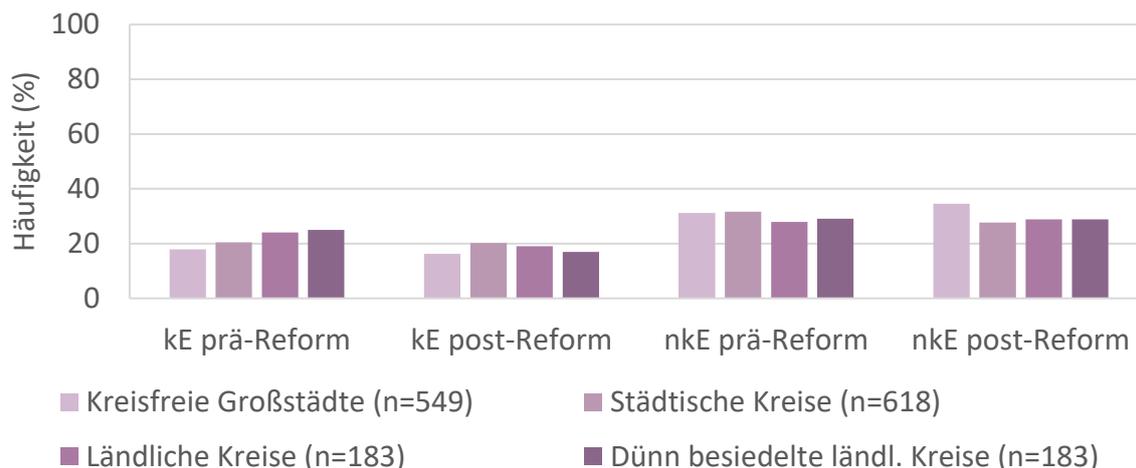
eTabelle 23. PT-Inanspruchnahme-Population: Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

	prä-Reform (n=790)	post-Reform (n=753)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	
Komplex Erkrankt	316 (40,0)	281 (37,3)	$\chi^2_{(1)} = 1,189,$ $p = 0,276$
Nicht-komplex Erkrankt	474 (60,0)	472 (62,7)	

Anmerkungen. Darstellungen gewichtet nach Alter, Geschlecht und Bundesland.

PT-Inanspruchnahme-Population: Regionale Einflüsse – Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen

In der regionalen Betrachtung zeigte sich, dass in der PT-Inanspruchnahme-Population der Anteil kE prä-Reform am größten in dünn besiedelten ländlichen Kreisen war und post-Reform in städtische Kreise. Der Anteil nkE war prä-Reform in städtischen Gebieten vergleichsweise hoch, post-Reform zeigt sich der größte Anteil an nkE in kreisfreien Großstädten. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich kE und nkE bzw. prä- und post-Reform. Für Details, siehe eTabelle 24 und eAbbildung 8.



eAbbildung 8. PT-Inanspruchnahme-Population: Regionale Einflüsse – Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen (Anteile aufgeteilt BBSR).

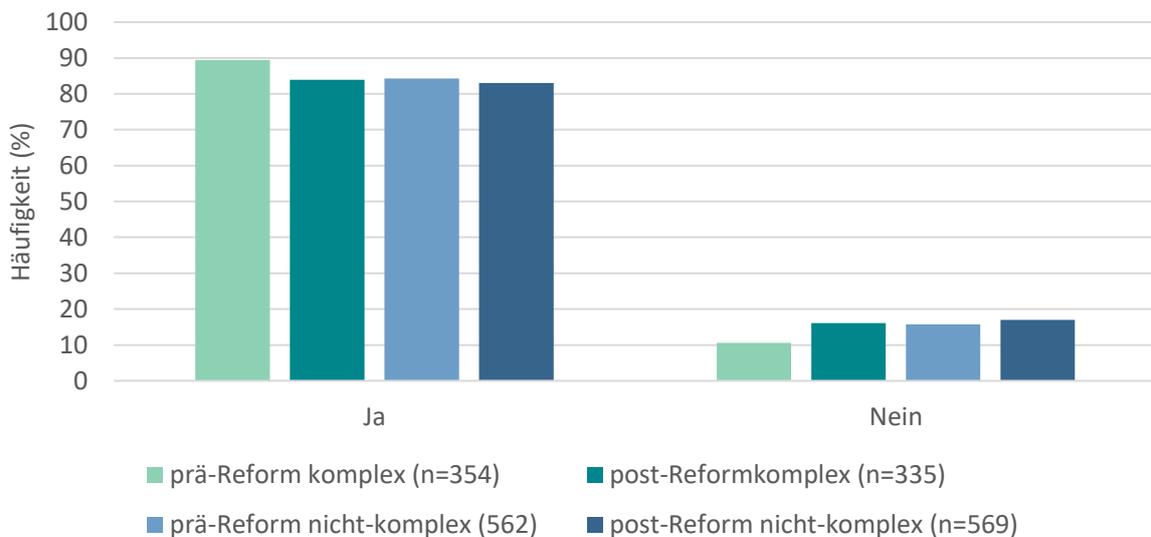
eTabelle 24. PT-Inanspruchnahme-Population: Regionale Einflüsse – Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen (Anteile aufgeteilt BBSR).

	Gesamt (n=1.538)	Kreisfreie Großstädte (n=549)	Städtische Kreise (n=618)	Ländliche Kreise (n=183)	Dünn be- siedelte ländl. Kreise (n=183)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
kE prä-Reform	314 (20,4)	99 (17,9)	126 (20,4)	44 (24,1)	46 (25,0)	n.a. ¹
kE post-Reform	280 (18,2)	89 (16,3)	125 (20,2)	35 (19,1)	31 (17,0)	
nkE prä-Reform	472 (30,7)	171 (31,2)	196 (31,7)	51 (27,9)	53 (29,1)	
nkE post-Reform	472 (30,7)	190 (34,6)	171 (27,7)	53 (28,9)	53 (28,9)	

Anmerkungen. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 1.538). ¹Bei einer erwarteten Zellenhäufigkeit von $N < 5$ ist der χ^2 -Test nicht auswertbar.

Inanspruchnahme-Population (nur Erstgespräch oder PT): Inanspruchnahme ambulanter PT nach einem Erstgespräch

Betrachtet wurden hier alle Befragten, die entweder ausschließlich ein Erstgespräch in Anspruch genommen haben, oder auch eine weiterführende PT wahrgenommen haben. Dabei nahmen prä-Reform 89,4 % der kE nach einem Erstgespräch auch eine ambulante PT in Anspruch, post-Reform lag dieser Anteil bei 83,9 %. Damit zeigt sich in der Gruppe der kE post-Reform eine signifikant niedrigere Inanspruchnahme ambulanter PT als prä-Reform ($\chi^2_{(1)} = 4,528, p = 0,033$). In der Gruppe der nkE nahmen prä-Reform 84,3 % und post-Reform 83,0 % nach einem Erstgespräch eine ambulante PT in Anspruch, wobei dieser Unterschied nicht signifikant wurde. Detaillierte Ergebnisse finden sich in eTabelle 25 und eAbbildung 9.



eAbbildung 9. Inanspruchnahme-Population (nur Erstgespräch oder PT): Inanspruchnahme ambulanter PT nach einem Erstgespräch (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

eTabelle 25. Inanspruchnahme-Population (nur Erstgespräch oder PT): Inanspruchnahme ambulanter PT nach einem Erstgespräch (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=1.820)	prä-Reform kE (n=354)	post-Reform kE (n=335)	prä-Reform nkE (n=562)	post-Reform nkE (n=569)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Ja	1.543 (84,8)	316 (89,4)	281 (83,9)	474 (84,3)	472 (83,0)	kE: $\chi^2_{(1)} = 4,528, p = 0,033$
Nein	277 (15,2)	38 (10,6)	54 (16,1)	88 (15,7)	97 (17,0)	nkE: $\chi^2_{(1)} = 0,385, p = 0,535$

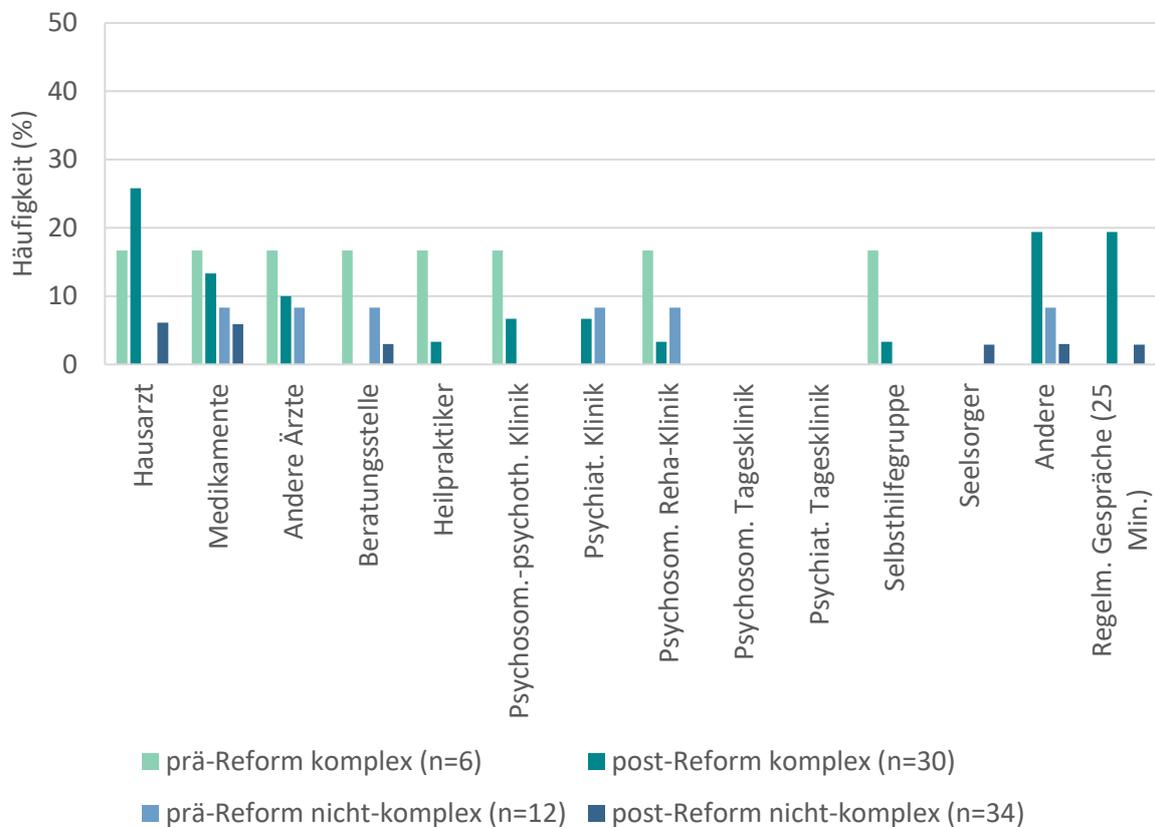
Anmerkungen. Darstellungen gewichtet nach Alter, Geschlecht und Bundesland.

Anhang 9: Ergebnisse Teilstudie II – Wahrnehmung weiterer Behandlungsangebote

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Wahrnehmung weiterer Behandlungsangebote detailliert für die Gruppen „Population Nicht-Inanspruchnahme“, „Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch“ sowie „PT-Inanspruchnahme Population“ dargestellt.

Nicht-Inanspruchnahme-Population: Wahrnehmung weiterer Behandlungsangebote

In der Gruppe, der es nicht gelungen ist, einen face-to-face Kontakt zu einem PTen herzustellen, benannte die Gruppe der kE tendenziell häufiger, zusätzliche Behandlungsangebote wahrgenommen zu haben, als die Gruppe der nkE. Die häufigsten Angaben waren hierbei eine ambulante Behandlung durch den Hausarzt oder andere Ärzte, eine medikamentöse Behandlung sowie ein Aufenthalt in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Klinik. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede. Für Details siehe eTabelle 26 und eAbbildung 10.



eAbbildung 10: Nicht-Inanspruchnahme-Population: Wahrnehmung weiterer Behandlungsangebote (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

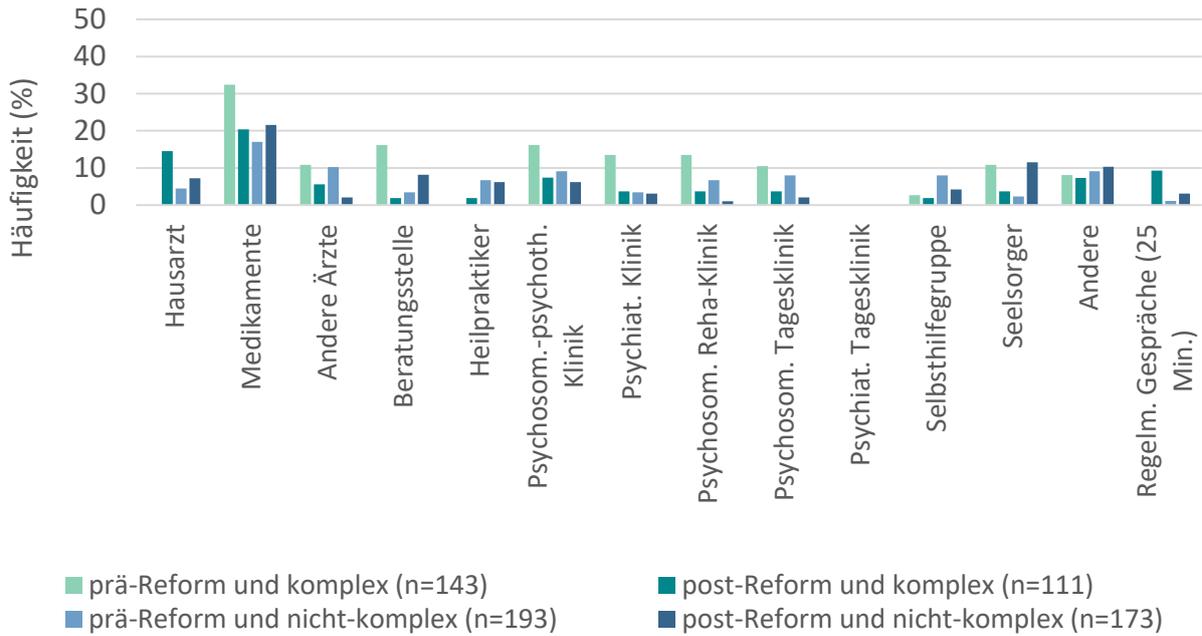
eTabelle 26. Nicht-Inanspruchnahme-Population: Wahrnehmung weiterer Behandlungsangebote (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=82)	prä-Re- form kE (n=6)	post-Re- form kE (n=30)	prä-Re- form nkE (n=12)	post-Re- form nkE (n=34)	χ^2 - Test
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Ja	22 (27,4)	2 (30,0)	14 (47,0)	2 (16,6)	4 (12,9)	n.a. ¹
Nein	59 (72,6)	4 (70,0)	16 (53,0)	10 (83,4)	29 (87,1)	
Hausarzt	11 (13,4)	1 (16,7)	8 (25,8)	0 (0,0)	2 (6,1)	n.a. ¹
Regelmäßige Gespräche (25 min.)	7 (8,4)	0 (0,0)	6 (19,4)	0 (0,0)	1 (2,9)	n.a. ¹
Medikamente	8 (9,8)	1 (16,7)	4 (13,3)	1 (8,3)	2 (5,9)	n.a. ¹
Andere Ärzte	5 (6,2)	1 (16,7)	3 (10,0)	1 (8,3)	0 (0,0)	n.a. ¹
Beratungsstelle	3 (3,7)	1 (16,7)	0 (0,0)	1 (8,3)	1 (3,0)	n.a. ¹
Heilpraktiker	2 (2,5)	1 (16,7)	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	n.a. ¹
Psychosomatische-psycho- therapeutische Klinik	3 (3,7)	1 (16,7)	2 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	n.a. ¹
Psychiatrische Klinik	3 (3,7)	0 (0,0)	2 (6,7)	1 (8,3)	0 (0,0)	n.a. ¹
Psychosomatische Reha- Klinik	3 (3,7)	1 (16,7)	1 (3,3)	1 (3,3)	0 (0,0)	n.a. ¹
Psychosomatische Tages- klinik	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	n.a. ¹
Psychiatrische Tagesklinik	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	n.a. ¹
Selbsthilfegruppe	2 (2,5)	1 (16,7)	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	n.a. ¹
Seelsorger	1 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,9)	n.a. ¹
Andere	8 (9,8)	0 (0,0)	6 (19,4)	1 (8,3)	1 (3,0)	n.a. ¹

Anmerkungen. Die Fallzahlen beziehen sich auf die Personen, die das jeweilige Item mit ja beantwortet haben. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 82). ¹Bei einer erwarteten Zelhäufigkeit von N < 5 ist der χ^2 -Test nicht auswertbar..

Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Wahrnehmung weiterer Behandlungsangebote

Die Gruppe, die ausschließlich ein Erstgespräch und keine weiterführende PT wahrgenommen hatte, benannte über alle Gruppen hinweg am häufigsten eine medikamentöse Behandlung in Anspruch genommen zu haben. Es fanden sich keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen kE und nKE bzw. prä- und post-Reform. Für Details siehe eTabelle 27 und eAbbildung 11.



eAbbildung 11. Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Wahrnehmung weiterer Behandlungsangebote (Anteile kE und nKE prä- bzw. post-Reform).

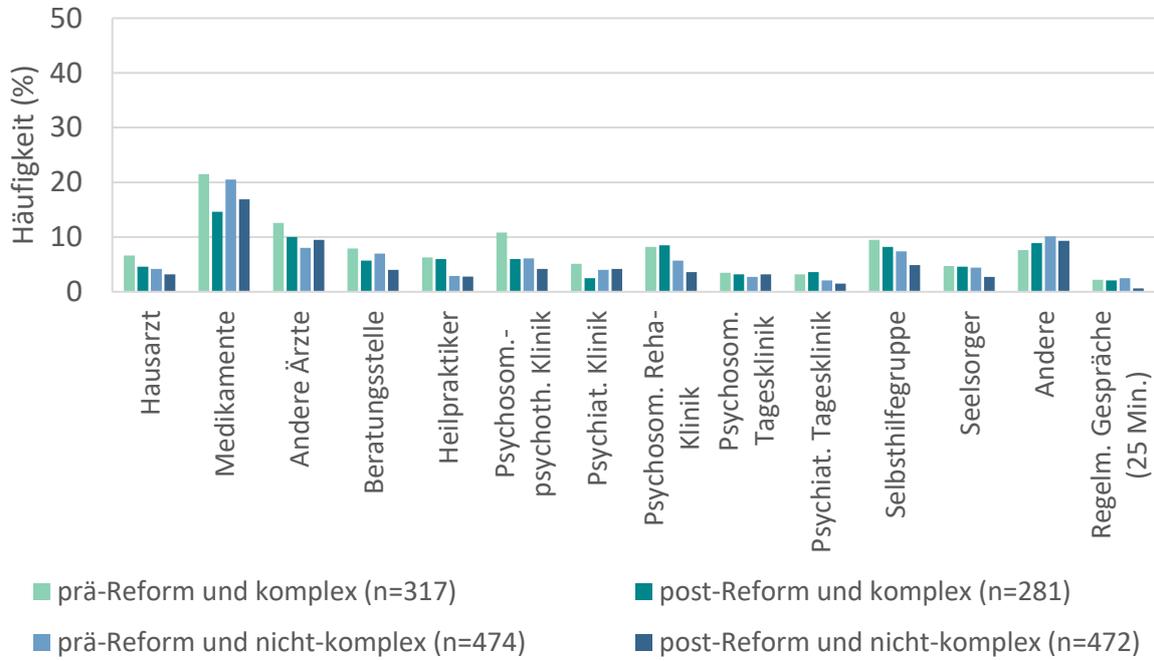
eTabelle 27. Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Wahrnehmung weiterer Behandlungsangebote (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=277)	prä-Reform kE (n=38)	post-Reform kE (n=54)	prä-Reform nkE (n=88)	post-Reform nkE (n=97)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Ja	105 (38,0)	16 (43,1)	19 (35,3)	32 (36,5)	38 (38,9)	$\chi^2_{(3)} = 0,702, p = 0,873$
Nein	171 (62,0)	21 (56,9)	35 (64,7)	56 (63,5)	59 (61,1)	
Hausarzt	19 (6,9)	0 (0,0)	8 (14,5)	4 (4,5)	7 (7,2)	n.a. ¹
Regelmäßige Gespräche (25 min.)	9 (3,3)	0 (0,0)	5 (9,3)	1 (1,1)	3 (3,1)	n.a. ¹
Medikamente	59 (21,4)	12 (32,4)	11 (20,4)	15 (17,0)	21 (21,6)	$\chi^2_{(3)} = 3,732, p = 0,292$
Andere Ärzte	18 (6,5)	4 (10,8)	3 (5,6)	9 (10,2)	2 (2,1)	n.a. ¹
Beratungsstelle	18 (6,5)	6 (16,2)	1 (1,9)	3 (3,4)	8 (8,2)	n.a. ¹
Heilpraktiker	13 (4,7)	0 (0,0)	1 (1,9)	6 (6,7)	6 (6,2)	n.a. ¹
Psychosomatische-psychotherapeutische Klinik	24 (8,7)	6 (16,2)	4 (7,4)	8 (9,1)	6 (6,2)	n.a. ¹
Psychiatrische Klinik	13 (4,7)	5 (13,5)	2 (3,7)	3 (3,4)	3 (3,1)	n.a. ¹
Psychosomatische Reha-Klinik	14 (5,1)	5 (13,5)	2 (3,7)	6 (6,7)	1 (1,0)	n.a. ¹
Psychosomatische Tagesklinik	15 (5,4)	4 (10,5)	2 (3,7)	7 (8,0)	2 (2,1)	n.a. ¹
Psychiatrische Tagesklinik	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	n.a. ¹
Selbsthilfegruppe	13 (4,7)	1 (2,7)	1 (1,9)	7 (8,0)	4 (4,2)	n.a. ¹
Seelsorger	19 (6,9)	4 (10,8)	2 (3,7)	2 (2,3)	11 (11,5)	n.a. ¹
Andere	25 (9,0)	3 (8,1)	4 (7,3)	8 (9,1)	10 (10,3)	n.a. ¹

Anmerkungen. Die Fallzahlen beziehen sich auf die Personen, die das jeweilige Item mit ja beantwortet haben. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 277). ¹Bei einer erwarteten Zellohäufigkeit von $N < 5$ ist der χ^2 -Test nicht auswertbar.

PT-Inanspruchnahme-Population: Wahrnehmung weiterer Behandlungsangebote

In der Gruppe, die eine ambulante PT in Anspruch genommen hatte, fanden sich in der Gruppe der kE prä-Reform signifikant häufiger als post-Reform Behandlungen in psychosomatisch-psychotherapeutische Kliniken ($\chi^2_{(3)} = 9,454, p = 0,024$). Zudem nannten post-Reform kE signifikant häufiger als nkE eine zusätzliche Behandlung durch Heilpraktiker ($\chi^2_{(3)} = 7,822, p = 0,050$). Für Details siehe eTabelle 28 und eAbbildung 12.



eAbbildung 12. PT-Inanspruchnahme Population: Wahrnehmung weiterer Behandlungsangebote (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

eTabelle 28. PT-Inanspruchnahme Population: Wahrnehmung weiterer Behandlungsangebote (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=1.544)	prä-Reform kE (n=317)	post-Reform kE (n=281)	prä-Reform nkE (n=474)	post-Reform nkE (n=472)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Ja	515 (33,3)	126 (40,0)	92 (32,9)	160 (33,8)	135 (28,6)	$\chi^2_{(3)} = 11,193, p = 0,011$
Nein	1.027 (66,5)	190 (60,0)	18 (67,1)	312 (65,7)	337 (71,4)	
Hausarzt	69 (4,5)	21 (6,6)	13 (4,6)	20 (4,2)	15 (3,2)	$\chi^2_{(3)} = 1,843, p = 0,606$
Regelmäßige Gespräche (25 min.)	28 (1,8)	7 (2,2)	6 (2,1)	12 (2,5)	3 (0,6)	$\chi^2_{(3)} = 6,901, p = 0,075$
Medikamente	286 (18,5)	68 (21,5)	41 (14,6)	97 (20,5)	80 (16,9)	$\chi^2_{(3)} = 7,559, p = 0,056$
Andere Ärzte	151 (9,8)	40 (12,6)	28 (10,0)	38 (8,0)	45 (9,5)	$\chi^2_{(3)} = 3,492, p = 0,322$
Beratungsstelle	93 (6,0)	25 (7,9)	16 (5,7)	33 (7,0)	19 (4,0)	$\chi^2_{(3)} = 2,548, p = 0,467$
Heilpraktiker	64 (4,1)	20 (6,3)	17 (6,0)	14 (2,9)	13 (2,8)	$\chi^2_{(3)} = 7,822, p = 0,050$
Psychosomatische-psychotherapeutische Klinik	100 (6,5)	34 (10,8)	17 (6,0)	29 (6,1)	20 (4,2)	$\chi^2_{(3)} = 9,454, p = 0,024$
Psychiatrische Klinik	62 (4,0)	16 (5,1)	7 (2,5)	19 (4,0)	20 (4,2)	$\chi^2_{(3)} = 5,330, p = 0,149$
Psychosomatische Reha-Klinik	94 (6,1)	26 (8,2)	24 (8,5)	27 (5,7)	17 (3,6)	$\chi^2_{(3)} = 5,222, p = 0,156$
Psychosomatische Tagesklinik	48 (3,1)	11 (3,5)	9 (3,2)	13 (2,7)	15 (3,2)	$\chi^2_{(3)} = 0,450, p = 0,930$
Psychiatrische Tagesklinik	37 (2,4)	10 (3,2)	10 (3,6)	10 (2,1)	7 (1,5)	$\chi^2_{(3)} = 2,193, p = 0,533$
Selbsthilfegruppe	111 (7,2)	30 (9,5)	23 (8,2)	35 (7,4)	23 (4,9)	$\chi^2_{(3)} = 1,475, p = 0,688$
Seelsorger	62 (4,0)	15 (4,7)	13 (4,6)	21 (4,4)	13 (2,7)	$\chi^2_{(3)} = 0,826, p = 0,843$
Andere	141 (9,1)	24 (7,6)	25 (8,9)	48 (10,1)	44 (9,3)	$\chi^2_{(3)} = 4,434, p = 0,218$

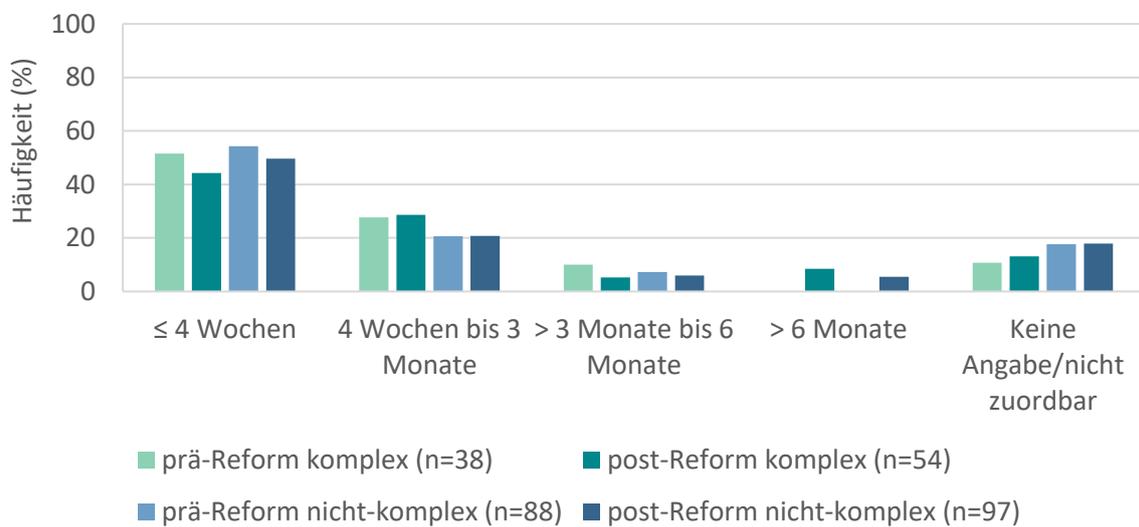
Anmerkungen. Die Fallzahlen beziehen sich auf die Personen, die das jeweilige Item mit ja beantwortet haben. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 1.544).

Anhang 10: Ergebnisse Teilstudie II – Wartezeiten

Nachfolgend werden detailliert die verschiedenen Wartezeiten abgebildet. Unterschieden wird die Wartezeit auf ein Erstgespräch in der Gruppe derjenigen Befragten, die ausschließlich ein Erstgespräch in Anspruch nahmen („Population Nicht-Inanspruchnahme“), sowie die Wartezeiten auf ein Erstgespräch („Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch“) sowie auf PT („PT-Inanspruchnahme Population“) in der Gruppe derjenigen, die psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nahmen.

Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Wartezeit auf ein Erstgespräch

Mit Blick auf die Wartezeit auf ein Erstgespräch zeigte sich in der „Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch“, dass ein Erstgespräch am häufigsten innerhalb von vier Wochen stattfand. Sehr lange Wartezeiten von über sechs Monaten wurden prä-Reform nicht genannt, post-Reform etwas häufiger in der Gruppe der kE im Vergleich zur Gruppe der nkE. Es fanden sich im Vergleich prä- zu post-Reform bzw. kE/nkE keine signifikanten Unterschiede. Für Details, siehe eTabelle 29 und eAbbildung 13.



eAbbildung 13. Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Wartezeit auf ein Erstgespräch (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

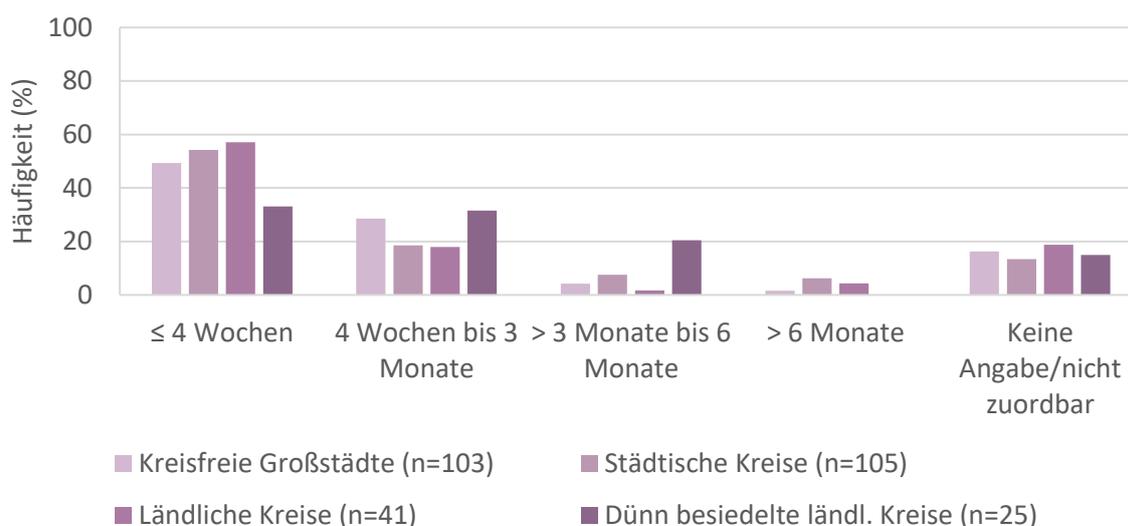
eTabelle 29. Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Wartezeit auf ein Erstgespräch (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=277)	prä-Reform kE (n=38)	post-Re- form kE (n=54)	prä-Reform nkE (n=88)	post-Re- form nkE (n=97)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
≤ 4 Wochen	139 (50,4)	19 (51,6)	24 (44,3)	48 (54,3)	48 (49,7)	
4 Wochen bis 3 Monate	64 (23,2)	10 (27,7)	16 (28,7)	18 (20,7)	20 (20,8)	
> 3 Monate bis 6 Monate	19 (6,8)	4 (10,0)	3 (5,3)	6 (7,3)	6 (6,0)	n.a. ¹
> 6 Monate	10 (3,6)	0 (0,0)	5 (8,5)	0 (0,0)	5 (5,5)	
Keine An- gabe/ nicht zuordbar	44 (16,0)	4 (10,8)	7 (13,1)	16 (17,7)	17 (17,9)	

Anmerkungen. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 277). ¹Bei einer erwarteten Zellhäufigkeit von N < 5 ist der Chi²-Test nicht auswertbar.

Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Regionale Einflüsse –Wartezeit auf Erstgespräch

In der regionalen Betrachtung zeigte sich, dass in der „Population nur Erstgespräch“ ein Erstgespräch am häufigsten innerhalb von 4 Wochen wahrgenommen wurde. Sehr lange Wartezeiten von über 6 Monaten wurden am häufigsten in städtischen Kreisen benannt, gefolgt von ländlichen Kreisen und kreisfreien Großstädten. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich kE und nkE bzw. prä- und post-Reform. Für Details, siehe eTabelle 30 und eAbbildung 14.



eAbbildung 14. Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Regionale Einflüsse – Wartezeit auf ein Erstgespräch (Anteile aufgeteilt BBSR).

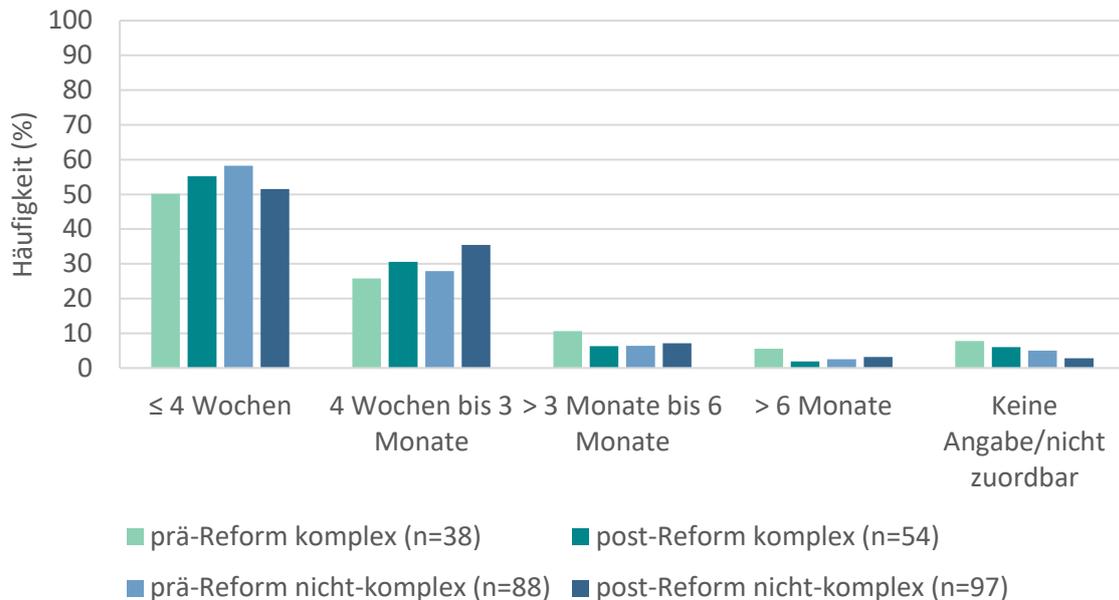
eTabelle 30. Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Regionale Einflüsse – Wartezeit auf ein Erstgespräch (Anteile aufgeteilt BBSR).

	Gesamt (n=277)	Kreisfreie Großstädte (n=103)	Städtische Kreise (n=105)	Ländliche Kreise (n=41)	Dünn besie- delte ländl. Kreise (n=25)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
≤ 4 Wochen	139 (50,4)	51 (49,4)	57 (54,2)	24 (57,1)	8 (33,1)	
4 Wochen bis 3 Monate	64 (23,2)	29 (28,6)	20 (18,6)	7 (18,0)	8 (31,5)	
> 3 Monate bis 6 Monate	19 (6,8)	4 (4,2)	8 (7,5)	1 (1,7)	5 (20,4)	n.a. ¹
> 6 Monate	10 (3,6)	2 (1,6)	7 (6,3)	2 (4,3)	0 (0,0)	
Keine An- gabe/nicht zuordbar	44 (16,0)	17 (16,3)	14 (13,4)	8 (18,8)	4 (15,0)	

Anmerkungen. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 277). ¹Bei einer erwarteten Zellhäufigkeit von N < 5 ist der Chi²-Test nicht auswertbar.

PT-Inanspruchnahme Population: Wartezeit auf ein Erstgespräch

Die „PT-Inanspruchnahme-Population“ benannte am häufigsten eine Wartezeit auf ein Erstgespräch von unter vier Wochen. Sehr lange Wartezeiten von über sechs Monaten wurden kaum genannt. In der Gruppe nkE wurde prä-Reform signifikant häufiger als post-Reform ein Erstgespräch innerhalb von vier Wochen wahrgenommen. Prä-Reform nannten kE signifikant seltener als nkE, ein Erstgespräch innerhalb von vier Wochen wahrgenommen zu haben ($\chi^2_{(12)} = 33,234, p < 0,001$). Für Details, siehe eTabelle 31 und eAbbildung 15.



eAbbildung 15. PT-Inanspruchnahme Population: Wartezeit auf ein Erstgespräch (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

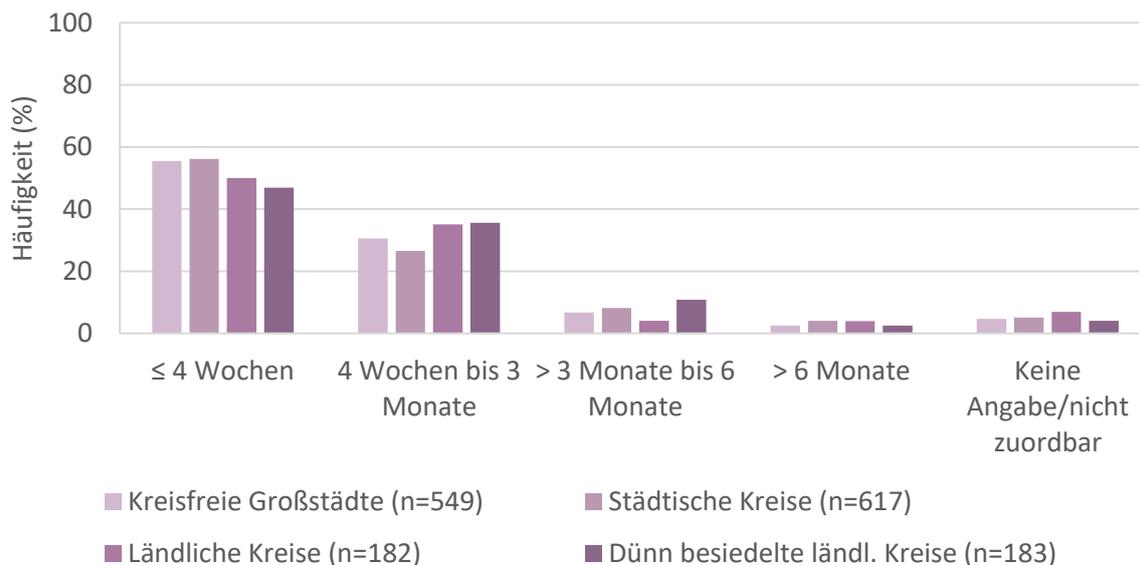
eTabelle 31. PT-Inanspruchnahme Population: Wartezeit auf ein Erstgespräch (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=1.544)	prä-Reform kE (n=317)	post-Re- form kE (n=281)	prä-Reform nkE (n=474)	post-Re- form nkE (n=472)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
≤ 4 Wochen	833 (54,0)	158 (50,1)	155 (55,2)	276 (58,2)	243 (51,5)	
4 Wochen bis 3 Mo- nate	467 (30,2)	82 (25,8)	86 (30,6)	132 (27,9)	167 (35,4)	
> 3 Monate bis 6 Mo- nate	115 (7,5)	34 (10,6)	18 (6,3)	30 (6,4)	33 (7,1)	$\chi^2_{(12)} = 33,234,$ $p < 0,001$
> 6 Monate	50 (3,3)	18 (5,6)	5 (1,9)	12 (2,5)	15 (3,2)	
Keine An- gabe/nicht zuordbar	78 (5,1)	25 (7,8)	17 (6,0)	24 (5,0)	13 (2,8)	

Anmerkungen. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 1.544).

PT-Inanspruchnahme-Population: Regionale Einflüsse – Wartezeit auf Erstgespräch

In der regionalen Betrachtung zeigte sich, dass innerhalb der „PT-Inanspruchnahme-Population“ ein Erstgespräch am häufigsten innerhalb von vier Wochen wahrgenommen wurde. Am seltensten wurden Wartezeiten von über sechs Monaten angegeben. Dabei finden sich für städtische Kreise sowohl die häufigste Angabe von innerhalb von vier Wochen, als auch von über sechs Monaten, sodass sich die Variabilität innerhalb dieser Gruppe als sehr hoch präsentiert. Dabei fanden sich jedoch keine signifikanten Unterschiede. Für Details siehe eTabelle 32 und eAbbildung 16.



eAbbildung 16. PT-Inanspruchnahme Population: Regionale Unterschiede – Wartezeit auf ein Erstgespräch (aufgeteilt nach BBSR).

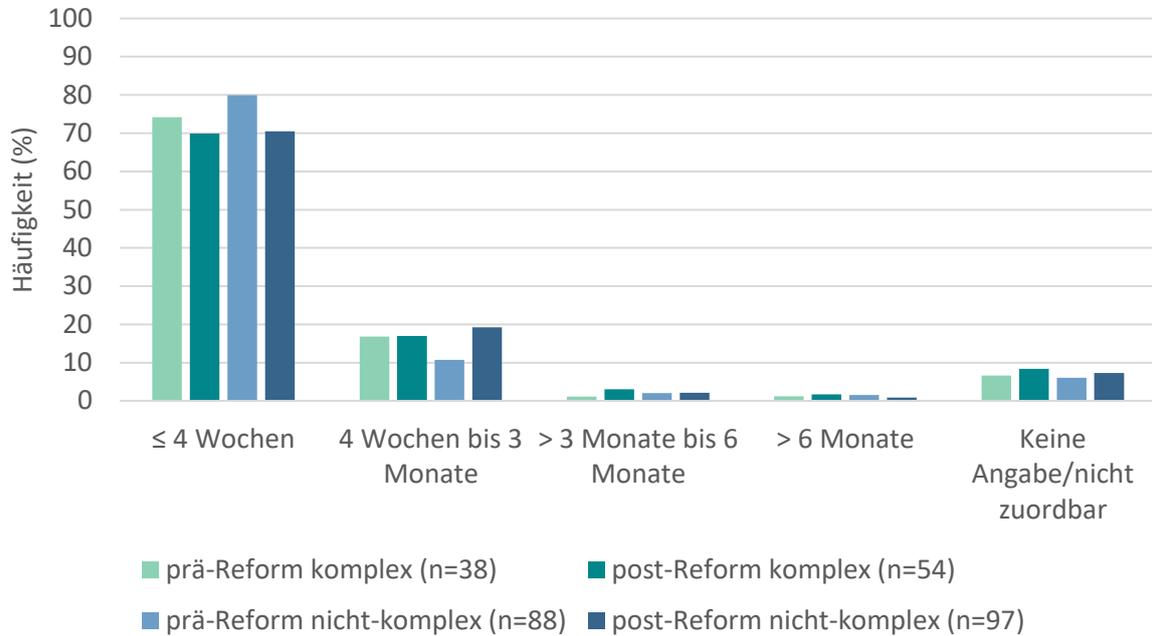
eTabelle 32. PT-Inanspruchnahme Population: Regionale Unterschiede – Wartezeit auf ein Erstgespräch (aufgeteilt nach BBSR).

	Gesamt (n=1.538)	Kreisfreie Großstädte (n=549)	Städtische Kreise (n=617)	Ländliche Kreise (n=182)	Dünn be- siedelte ländl. Kreise (n=183)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
≤ 4 Wochen	830 (54,0)	304 (55,4)	346 (56,2)	91 (50,0)	86 (46,9)	
4 Wochen bis 3 Monate	463 (30,1)	168 (30,6)	164 (26,6)	64 (35,1)	65 (35,6)	
> 3 Monate bis 6 Monate	115 (7,5)	37 (6,7)	51 (8,2)	7 (4,0)	20 (10,8)	n.a. ¹
> 6 Monate	50 (3,3)	14 (2,5)	24 (4,0)	7 (3,9)	5 (2,5)	
Keine Angabe/ nicht zuordbar	78 (5,1)	26 (4,7)	31 (5,1)	13 (6,9)	7 (4,1)	

Anmerkungen. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 1.538). ¹Bei einer erwarteten Zellenhäufigkeit von $N < 5$ ist der χ^2 -Test nicht auswertbar.

PT-Inanspruchnahme-Population – Wartezeit auf PT

In der „PT-Inanspruchnahme-Population“ wurde am häufigsten eine Wartezeit auf ambulante PT von ≤ 4 Wochen angegeben. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede in den Gruppen kE und nkE bzw. prä- und post-Reform. Für Details siehe eTabelle 33 und eAbbildung 17.



eAbbildung 17. PT-Inanspruchnahme Population: Wartezeit auf PT (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

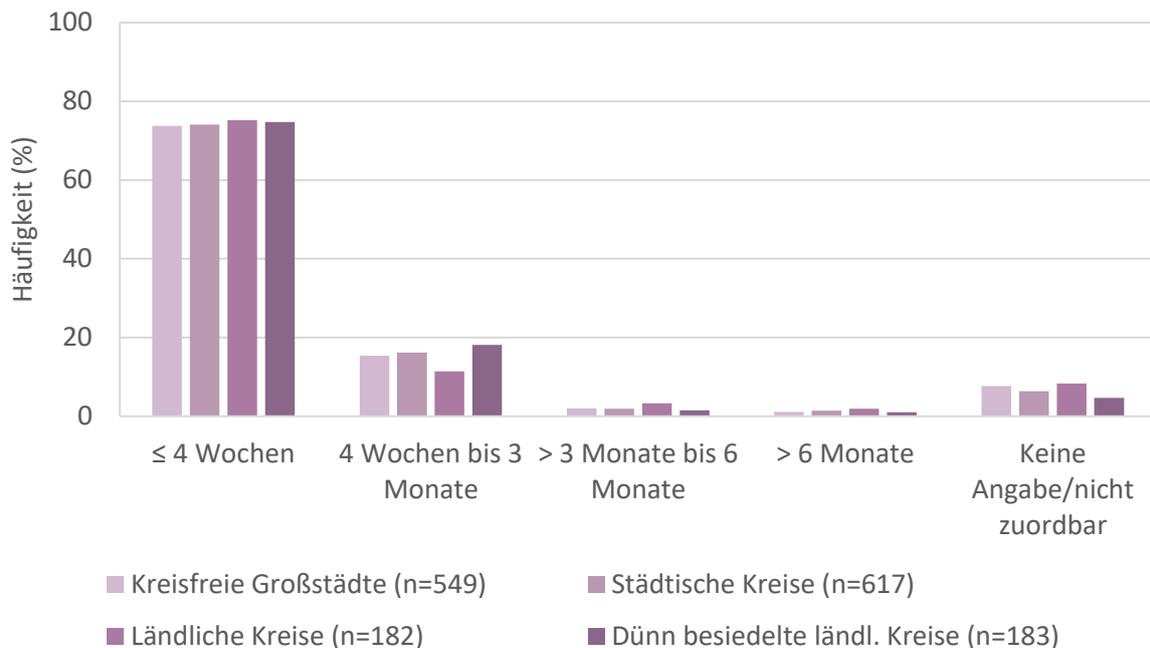
eTabelle 33. PT-Inanspruchnahme Population: Wartezeit auf PT (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=1.544)	prä-Reform kE (n=317)	post-Reform kE (n=281)	prä-Reform nkE (n=474)	post-Reform nkE (n=472)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
≤ 4 Wochen	1.143 (74,0)	235 (74,2)	196 (69,9)	379 (79,9)	333 (70,5)	
4 Wochen bis 3 Monate	242 (15,7)	53 (16,8)	48 (17,0)	51 (10,7)	91 (19,2)	
> 3 Monate bis 6 Monate	31 (2,0)	3 (1,1)	8 (3,0)	9 (2,0)	10 (2,1)	n.a. ¹
> 6 Monate	20 (1,3)	4 (1,2)	5 (1,7)	7 (1,5)	4 (0,9)	
Keine An- gabe/nicht zuordbar	107 (6,9)	21 (6,6)	24 (8,4)	28 (6,0)	34 (7,3)	

Anmerkungen. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 1.544). ¹Bei einer erwarteten Zellenhäufigkeit von $N < 5$ ist der χ^2 -Test nicht auswertbar.

PT-Inanspruchnahme-Population: Regionale Einflüsse – Wartezeit auf PT

Ähnliches wie bei der Wartezeit auf ein Erstgespräch zeigte sich für die Wartezeit auf PT, welche ebenfalls am häufigsten innerhalb von vier Wochen stattfand. Wartezeiten über sechs Monate wurden am seltensten angegeben. Dabei scheint die Wartezeit auf PT am kürzesten in ländlichen Kreisen zu sein, während hier gleichzeitig die Wartezeit von über sechs Monaten am höchsten waren. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich KE und nKE bzw. prä- und post-Reform. Für Details siehe eTabelle 34 und eAbbildung 18.



eAbbildung 18. PT-Inanspruchnahme Population: Regionale Einflüsse – Wartezeit auf PT (aufgeteilt nach BBSR).

eTabelle 34. PT-Inanspruchnahme Population: Regionale Einflüsse – Wartezeit auf PT (aufgeteilt nach BBSR).

	Gesamt (n=1.538)	Kreisfreie Großstädte (n=549)	Städtische Kreise (n=617)	Ländliche Kreise (n=182)	Dünn besie- delte ländl. Kreise (n=183)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
≤ 4 Wochen	1.138 (74,0)	406 (73,8)	457 (74,1)	137 (75,2)	136 (74,7)	
4 Wochen bis 3 Monate	241 (15,7)	85 (15,4)	100 (16,2)	21 (11,4)	33 (18,1)	
> 3 Monate bis 6 Monate	31 (2,0)	11 (2,0)	12 (1,9)	6 (3,3)	3 (1,5)	n.a. ¹
> 6 Monate	20 (1,3)	6 (1,1)	9 (1,4)	3 (1,9)	2 (1,0)	
Keine An- gabe/nicht zuord- bar	107 (7,0)	42 (7,7)	39 (6,4)	15 (8,3)	9 (4,7)	

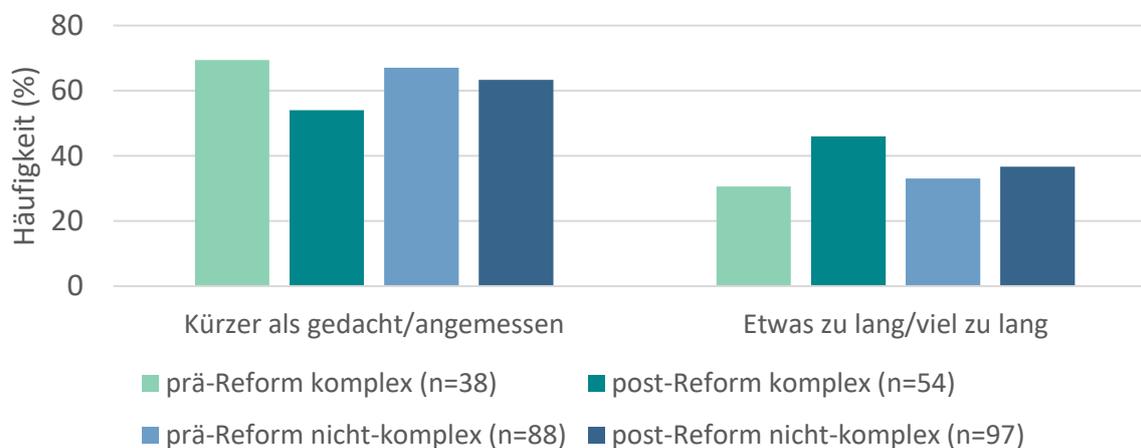
Anmerkungen. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 1.538). ¹Bei einer erwarteten Zellhäufigkeit von N < 5 ist der χ^2 -Test nicht auswertbar.

Anhang 11: Ergebnisse Teilstudie II – Zufriedenheit mit Wartezeit

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Zufriedenheit mit der Wartezeit detailliert für die Gruppen „Population Nicht-Inanspruchnahme“, „Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch“ sowie „PT-Inanspruchnahme Population“ dargestellt.

Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Zufriedenheit mit der Wartezeit auf ein Erstgespräch

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Wartezeit auf ein Erstgespräch zeigte sich in der „Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch“, dass insgesamt knapp zwei Drittel die Wartezeit als kürzer als gedacht oder angemessen einschätzen. Besonders häufig wurde dies in der Gruppe kE prä-Reform angegeben, während eine etwas oder viel zu lange Wartezeit insbesondere in der Gruppe kE post-Reform benannt wurde. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich kE und nkE bzw. prä- und post-Reform. Für Details siehe eTabelle 35 und eAbbildung 19.



eAbbildung 19. Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Zufriedenheit mit Wartezeit auf ein Erstgespräch (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

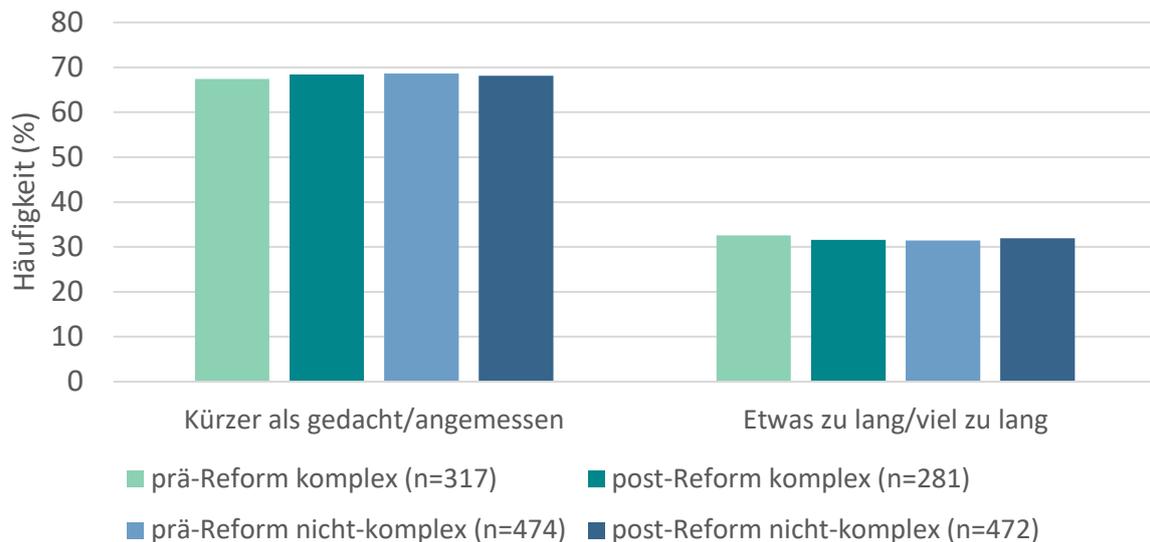
eTabelle 35. Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Zufriedenheit mit Wartezeit auf ein Erstgespräch (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=277)	prä-Reform kE (n=38)	post-Reform kE (n=54)	prä-Reform nkE (n=88)	post-Reform nkE (n=97)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Kürzer als gedacht/angemessen	172 (63,5)	26 (69,4)	29 (54,0)	57 (67,0)	60 (63,3)	n.a. ¹
Etwas zu lang/viel zu lang	99 (36,7)	12 (30,6)	24 (46,0)	28 (33,0)	35 (36,7)	

Anmerkungen. Die Fallzahlen beziehen sich auf die Personen, die das jeweilige Item mit ja beantwortet haben. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 277). ¹Bei einer erwarteten Zelhäufigkeit von N < 5 ist der Chi²-Test nicht auswertbar.

PT-Inanspruchnahme-Population – Zufriedenheit mit der Wartezeit auf ein Erstgespräch

In der „PT-Inanspruchnahme-Population“ zeigte sich hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Wartezeit auf ein Erstgespräch, dass mit etwa zwei Dritteln die Mehrheit angab, kürzer als gedacht oder angemessen lang auf ein Erstgespräch gewartet zu haben. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich kE und nkE bzw. prä- und post-Reform. Für Details siehe eTabelle 36 und eAbbildung 20.



eAbbildung 20. PT-Inanspruchnahme Population: Zufriedenheit mit Wartezeit auf ein Erstgespräch (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

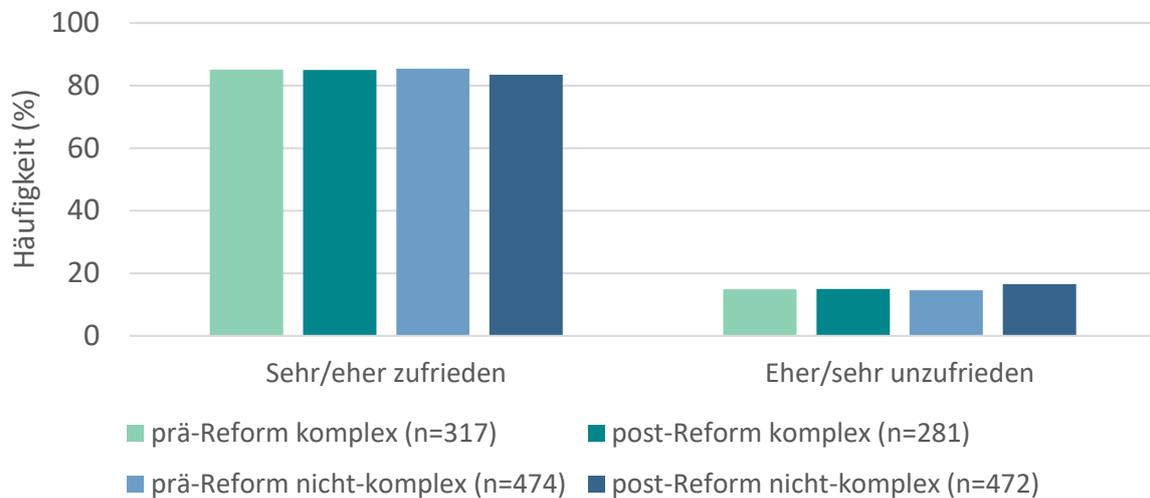
eTabelle 36. PT-Inanspruchnahme Population: Zufriedenheit mit Wartezeit auf ein Erstgespräch (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=1.544)		prä-Reform kE (n=317)		post-Reform kE (n=281)		prä-Reform nkE (n=474)		post-Reform nkE (n=472)		χ^2 -Test
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Kürzer als gedacht/angemessen	1.039	(68,2)	209	(67,4)	190	(68,4)	323	(68,6)	318	(68,1)	$\chi^2_{(3)} = 0,137,$ $p = 0,987$
Etwas zu lang/viel zu lang	485	(31,8)	101	(32,6)	87	(31,6)	147	(31,4)	149	(31,9)	

Anmerkungen. Die Fallzahlen beziehen sich auf die Personen, die das jeweilige Item mit ja beantwortet haben. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 1.544).

PT-Inanspruchnahme-Population: Zufriedenheit mit der Wartezeit auf PT

In der „PT-Inanspruchnahme-Population“ gab die Mehrheit an, sehr oder eher zufrieden mit der Wartezeit auf eine PT zu sein. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich kE und nkE bzw. prä- und post-Reform. Für Details siehe eTabelle 37 und eAbbildung 21.



eAbbildung 21. PT-Inanspruchnahme Population: Zufriedenheit mit Wartezeit auf PT (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

eTabelle 37. PT-Inanspruchnahme Population: Zufriedenheit mit Wartezeit auf PT (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=1.544)		prä-Reform kE (n=317)		post-Reform kE (n=281)		prä-Reform nkE (n=474)		post-Reform nkE (n=472)		χ^2 -Test
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Sehr/eher zufrieden	1.260	(84,7)	262	(85,1)	225	(85,0)	397	(85,4)	375	(83,5)	$\chi^2_{(3)} = 0,725,$ $p = 0,867$
Eher/sehr unzufrieden	227	(5,3)	46	(14,9)	40	(15,0)	68	(14,6)	74	(16,5)	

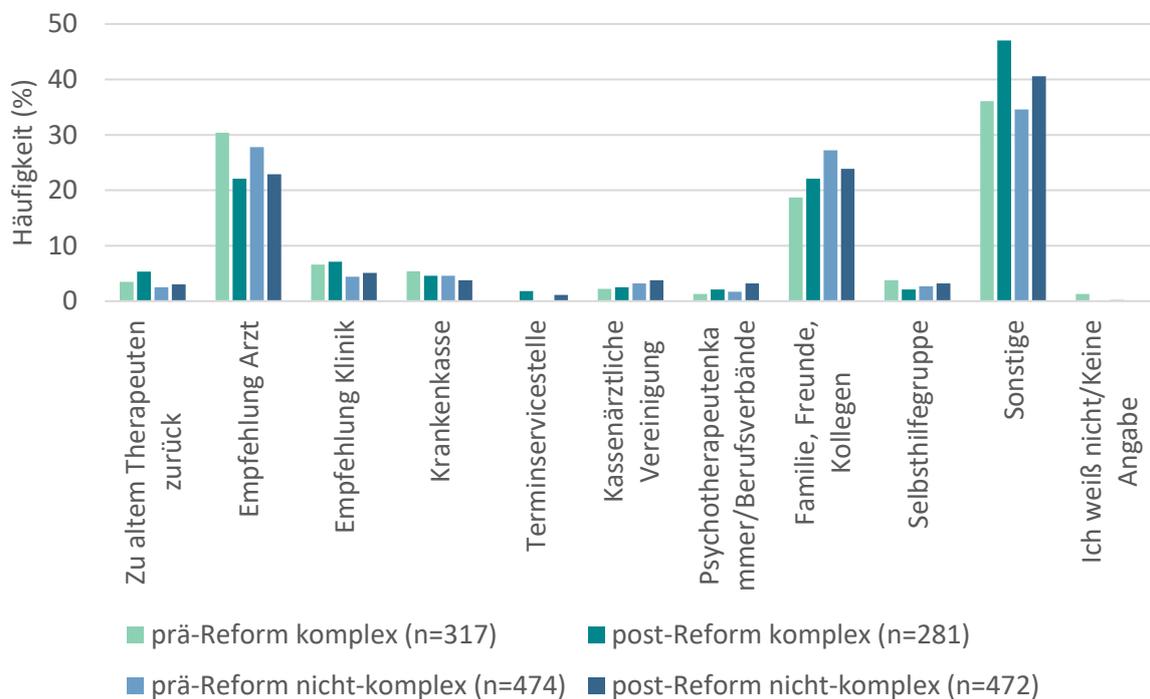
Anmerkungen. Die Fallzahlen beziehen sich auf die Personen, die das jeweilige Item mit ja beantwortet haben. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 1.544).

Anhang 12: Ergebnisse Teilstudie II – Zuweisungswege

Im Folgenden werden die Ergebnisse möglicher Zuweisungswege zum PTen bzw. zur PT detailliert in der Gruppe „PT-Inanspruchnahme Population“ dargestellt.

PT-Inanspruchnahme-Population: Zuweisungswege

In der „PT-Inanspruchnahme-Population“ wurde erfragt, über welche Wege in die PT gefunden wurde. Mit Blick auf die Zuweisungswege fand sich in der Selbstangabe der Patienten insbesondere die Eigenrecherche in Internet und Telefonbüchern, gefolgt von Überweisungen durch Ärzte sowie persönliche Empfehlungen von Freunden, Familie, oder Bekannten. Prä-Reform gaben kE signifikant seltener die persönliche Empfehlung durch Familie, Freunde, oder Bekannte an als nKE ($\chi^2_{(1)} = 7,489, p = 0,006$), während sich post-Reform keine signifikanten Unterschiede zeigten. Für Details siehe eTabelle 38 und eAbbildung 22.



eAbbildung 22. PT-Inanspruchnahme Population: Zuweisungswege (Anteile kE und nKE prä- bzw. post-Reform).

eTabelle 38. PT-Inanspruchnahme Population: Zuweisungswege (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=1.544)		prä-Reform kE (n=317)		post-Reform kE (n=281)		prä-Reform nkE (n=474)		post-Reform nkE (n=472)		χ^2 -Test prä-Reform	χ^2 -Test post-Reform
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
Zu altem Therapeu- ten zurück	52	(3,3)	11	(3,5)	15	(5,3)	12	(2,5)	14	(3,0)	$\chi^2_{(1)} = 0,818, p = 0,366$	$\chi^2_{(1)} = 2,422, p = 0,120$
Empfehlung Arzt	398	(25,8)	96	(30,4)	62	(22,1)	132	(27,8)	108	(22,9)	$\chi^2_{(1)} = 0,500, p = 0,480$	$\chi^2_{(1)} = 0,098, p = 0,755$
Empfehlung Klinik	86	(5,6)	21	(6,6)	20	(7,1)	21	(4,4)	24	(5,1)	$\chi^2_{(1)} = 1,773, p = 0,183$	$\chi^2_{(1)} = 1,208, p = 0,272$
Krankenkasse	70	(4,5)	17	(5,4)	13	(4,6)	22	(4,6)	18	(3,8)	$\chi^2_{(1)} = 0,335, p = 0,563$	$\chi^2_{(1)} = 0,198, p = 0,656$
Terminservicestelle	10	(0,6)	-	-	5	(1,8)	-	-	5	(1,1)	-	n.a. ¹
Kassenärztliche Vereinigung	47	(3,0)	7	(2,2)	7	(2,5)	15	(3,2)	18	(3,8)	$\chi^2_{(1)} = 0,494, p = 0,482$	$\chi^2_{(1)} = 0,779, p = 0,378$
Psychotherapeu- tenkammer/Be- rufsverbände	33	(2,1)	4	(1,3)	6	(2,1)	8	(1,7)	15	(3,2)	n.a. ¹	$\chi^2_{(1)} = 0,621, p = 0,431$
Familie, Freunde, Kollegen	234	(15,2)	59	(18,7)	62	(22,1)	129	(27,2)	113	(23,9)	$\chi^2_{(1)} = 7,489, p = 0,006$	$\chi^2_{(1)} = 0,324, p = 0,569$
Selbsthilfegruppe	46	(3,0)	12	(3,8)	6	(2,1)	13	(2,7)	15	(3,2)	$\chi^2_{(1)} = 0,708, p = 0,400$	$\chi^2_{(1)} = 0,753, p = 0,386$
Sonstige	602	(39,0)	114	(36,1)	132	(47,0)	164	(34,6)	192	(40,6)	$\chi^2_{(1)} = 0,155, p = 0,694$	$\chi^2_{(1)} = 2,902, p = 0,088$
Ich weiß nicht/Keine An- gabe	5	(0,3)	4	(1,3)	0	(0,0)	1	(0,2)	0	(0,0)	n.a. ¹	n.a. ¹

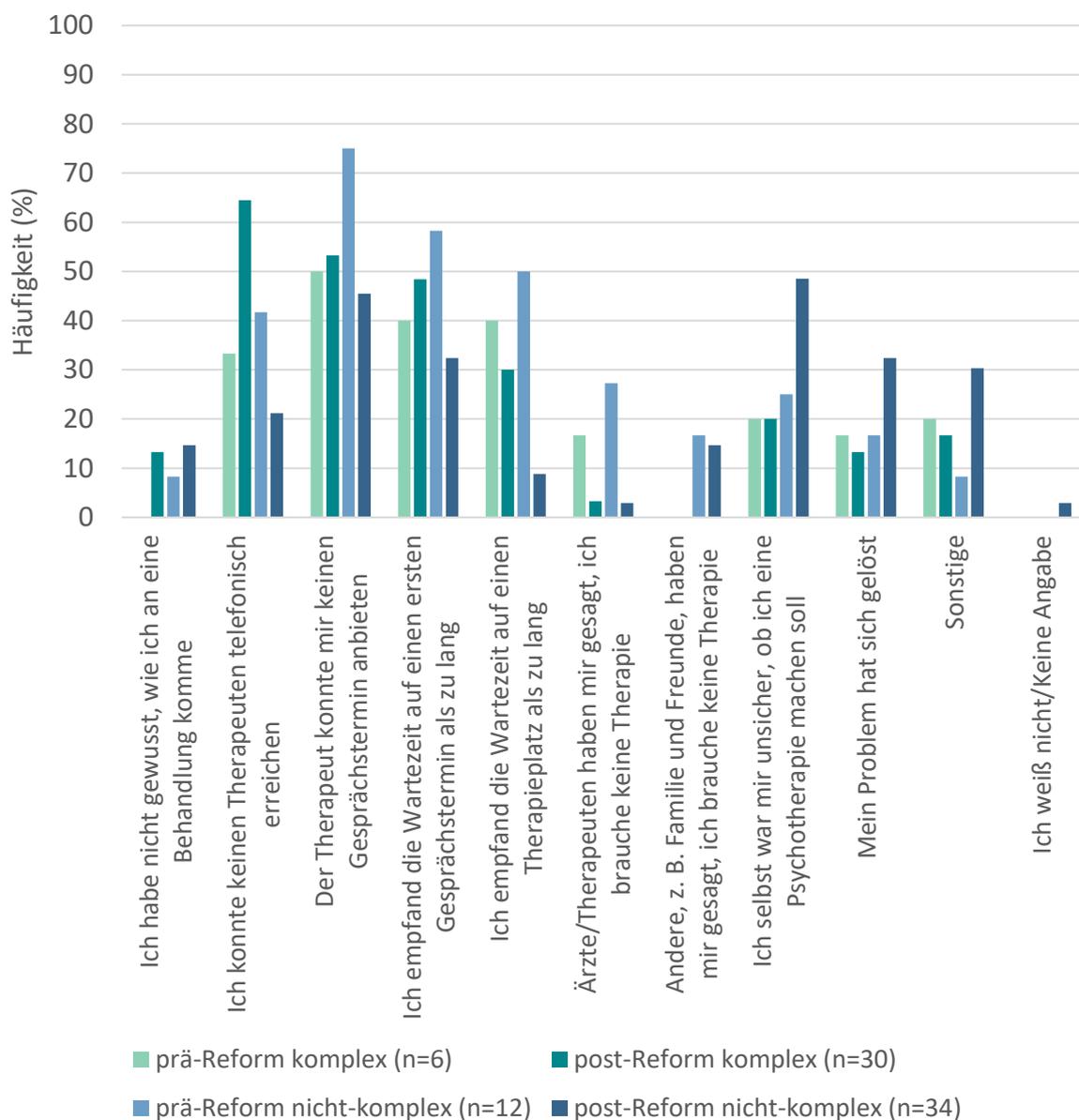
Anmerkungen. Die Fallzahlen beziehen sich auf die Personen, die das jeweilige Item mit ja beantwortet haben. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 1.544). ¹Bei einer erwarteten Zellhäufigkeit von N < 5 ist der Chi²-Test nicht auswertbar.

Anhang 13: Ergebnisse Teilstudie II – Barrieren

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu möglichen Barrieren im Zugang zur PT detailliert dargestellt. Hierzu wird die „Population Nicht-Inanspruchnahme“ herangezogen.

Nicht-Inanspruchnahme Population: Barrieren

Hinsichtlich der Barrieren zu PT wurde in der „Nicht-Inanspruchnahme-Population“ (trotz Therapiewunsch kein Therapeutenkontakt) am häufigsten „Der Therapeut konnte mir keinen Gesprächstermin anbieten.“, „Ich konnte keinen Therapeuten telefonisch erreichen.“ sowie „Ich empfand die Wartezeit auf einen ersten Gesprächstermin als zu lang.“ genannt. Die mangelnde telefonische Erreichbarkeit der Therapeuten wurde insbesondere von kE angeführt. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich kE und nKE bzw. prä- und post-Reform. Für Details siehe eTabelle 39 und eAbbildung 23.



eAbbildung 23. Nicht-Inanspruchnahme-Population: Barrieren (Anteile kE und nKE prä- bzw. post-Reform).

eTabelle 39. Nicht-Inanspruchnahme-Population: Barrieren (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=82)	prä-Reform kE (n=6)	post-Reform kE (n=30)	prä-Reform nkE (n=12)	post-Reform nkE (n=34)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Ich habe nicht gewusst, wie ich an eine Behandlung komme	10 (12,2)	0 (0,0)	4 (13,3)	1 (8,3)	52 (14,7)	n.a. ¹
Ich konnte keinen Therapeuten telefonisch erreichen	34 (41,5)	2 (33,3)	20 (64,5)	5 (41,7)	7 (21,2)	n.a. ¹
Der Therapeut konnte mir keinen Gesprächstermin anbieten	43 (53,1)	3 (50,0)	16 (53,3)	9 (75,0)	15 (45,5)	n.a. ¹
Ich empfand die Wartezeit auf einen ersten Gesprächstermin als zu lang	35 (42,7)	2 (40,0)	15 (48,4)	7 (58,3)	11 (32,4)	n.a. ¹
Ich empfand die Wartezeit auf einen Therapieplatz als zu lang	20 (24,7)	2 (40,0)	9 (30,0)	6 (50,0)	3 (8,8)	n.a. ¹
Ärzte/Therapeuten haben mir gesagt, ich brauche keine Therapie	6 (7,4)	1 (16,7)	1 (3,3)	3 (27,3)	1 (2,9)	n.a. ¹
Andere, z. B. Familie und Freunde, haben mir gesagt, ich brauche keine Therapie	7 (8,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (16,7)	5 (14,7)	n.a. ¹
Ich selbst war mir unsicher, ob ich eine Psychotherapie machen soll	26 (32,5)	1 (20,0)	6 (20,0)	3 (25,0)	16 (48,5)	n.a. ¹
Mein Problem hat sich gelöst	18 (22,0)	1 (16,7)	4 (13,3)	2 (16,7)	11 (32,4)	n.a. ¹
Sonstige	17 (21,3)	1 (20,0)	5 (16,7)	1 (8,3)	10 (30,3)	n.a. ¹
Ich weiß nicht/Keine Angabe	1 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,9)	n.a. ¹

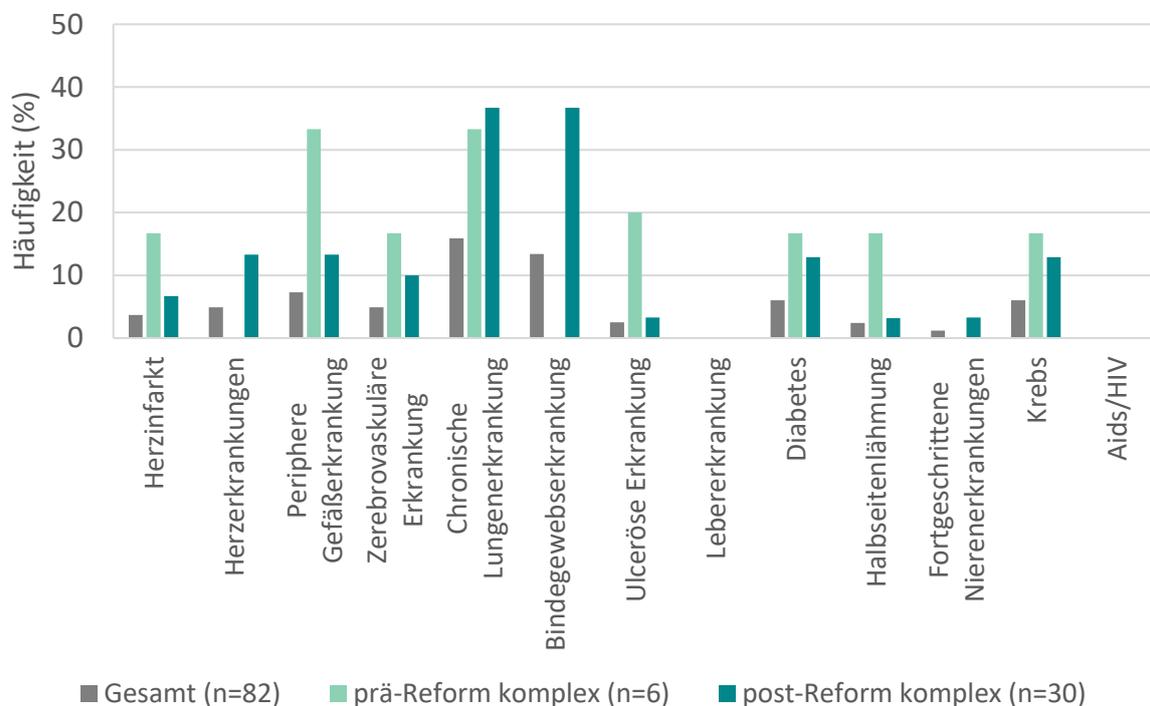
Anmerkungen. Die Fallzahlen beziehen sich auf die Personen, die das jeweilige Item mit ja beantwortet haben. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 82). ¹Bei einer erwarteten Zelhäufigkeit von N < 5 ist der Chi²-Test nicht auswertbar.

Anhang 14: Ergebnisse Teilstudie II – Morbidität

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Morbidität, also dem Vorliegen chronischer somatischer Erkrankungen in Anlehnung an den CCI, detailliert für die Gruppen „Population Nicht-Inanspruchnahme“, „Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch“ sowie „PT-Inanspruchnahme Population“ dargestellt.

Nicht-Inanspruchnahme Population: Morbidität

Die in der „Nicht-Inanspruchnahme-Population“ (nur KE denen es trotz Therapiewunsch nicht gelungen ist, einen Kontakt zum PTen herzustellen) am häufigsten genannten chronischen Erkrankungen waren chronische Lungenerkrankungen, Bindegewbserkrankungen sowie periphere Gefäßerkrankungen. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich prä- und post-Reform. Für Details siehe eTabelle 40 und **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden..**



eAbbildung 24. Nicht-Inanspruchnahme-Population: Morbidität (Anteile KE prä- bzw. post-Reform).

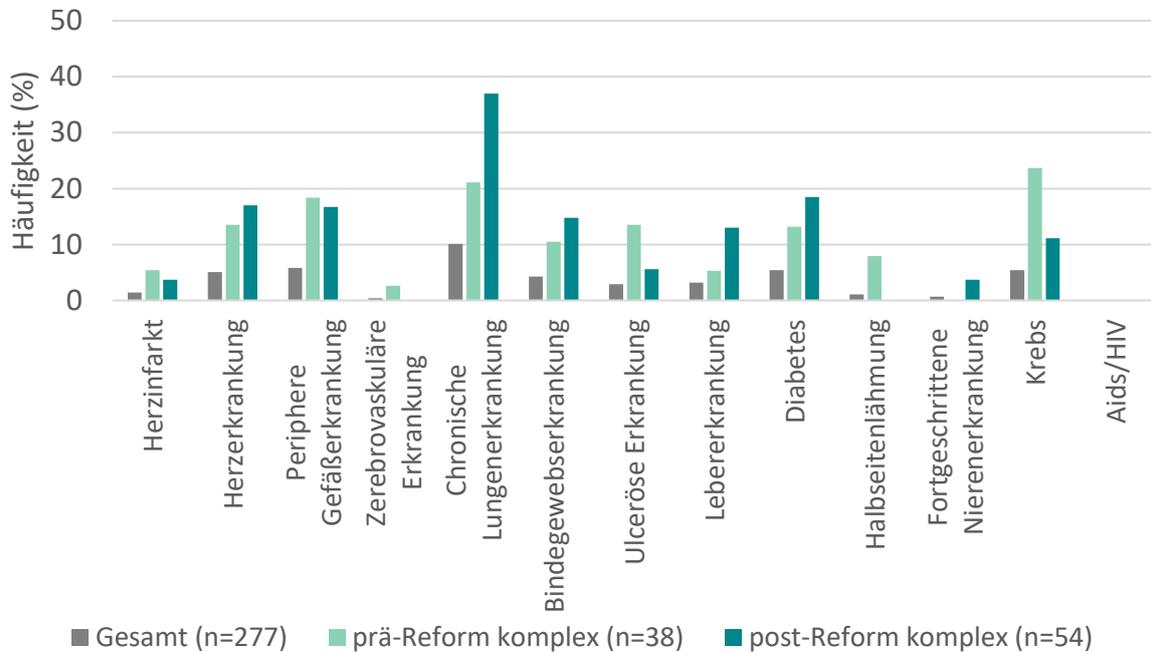
eTabelle 40. Nicht-Inanspruchnahme-Population: Morbidität (Anteile kE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=82)		prä-Reform kE (n=6)		post-Reform kE (n=30)		χ^2 -Test
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Herzinfarkt	3	(3,7)	1	(16,7)	2	(6,7)	n.a. ¹
Herzerkrankung	4	(4,9)	0	(0,0)	4	(13,3)	n.a. ¹
Periphere Gefäßerkrankung	6	(7,3)	2	(33,3)	4	(13,3)	n.a. ¹
Zerebrovaskuläre Erkrankung	4	(4,9)	1	(16,7)	3	(10,0)	n.a. ¹
Chronische Lungenerkrankung	13	(15,9)	2	(33,3)	11	(36,7)	n.a. ¹
Bindegewebserkrankung	11	(13,4)	0	(0,0)	11	(36,7)	n.a. ¹
Ulceröse Erkrankung	2	(2,5)	1	(20,0)	1	(3,3)	n.a. ¹
Lebererkrankung	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	n.a. ¹
Diabetes	5	(6,0)	1	(16,7)	4	(12,9)	n.a. ¹
Halbseitenlähmung	2	(2,4)	1	(16,7)	1	(3,2)	n.a. ¹
Fortgeschrittene Nierenerkrankung	1	(1,2)	0	(0,0)	1	(3,3)	n.a. ¹
Krebs	5	(6,0)	1	(16,7)	4	(12,9)	n.a. ¹
Aids/HIV	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	n.a. ¹

Anmerkungen. Die Fallzahlen beziehen sich nur Personen der Gruppe der kE, die das jeweilige Item mit ja beantwortet haben. Mehrfachnennungen möglich. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe und umfasst kE und nkE (n = 82). ¹Bei einer erwarteten Zelhäufigkeit von N < 5 ist der Chi²-Test nicht auswertbar.

Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Morbidität

Die in der „Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch“ (nur KE) am häufigsten genannten chronischen Erkrankungen waren chronische Lungenerkrankungen, periphere Gefäßerkrankungen sowie Krebs und Diabetes. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich prä- und post-Reform. Für Details siehe eTabelle 41 und **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden..**



eAbbildung 25. Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Morbidität (Anteile KE prä- bzw. post-Reform).

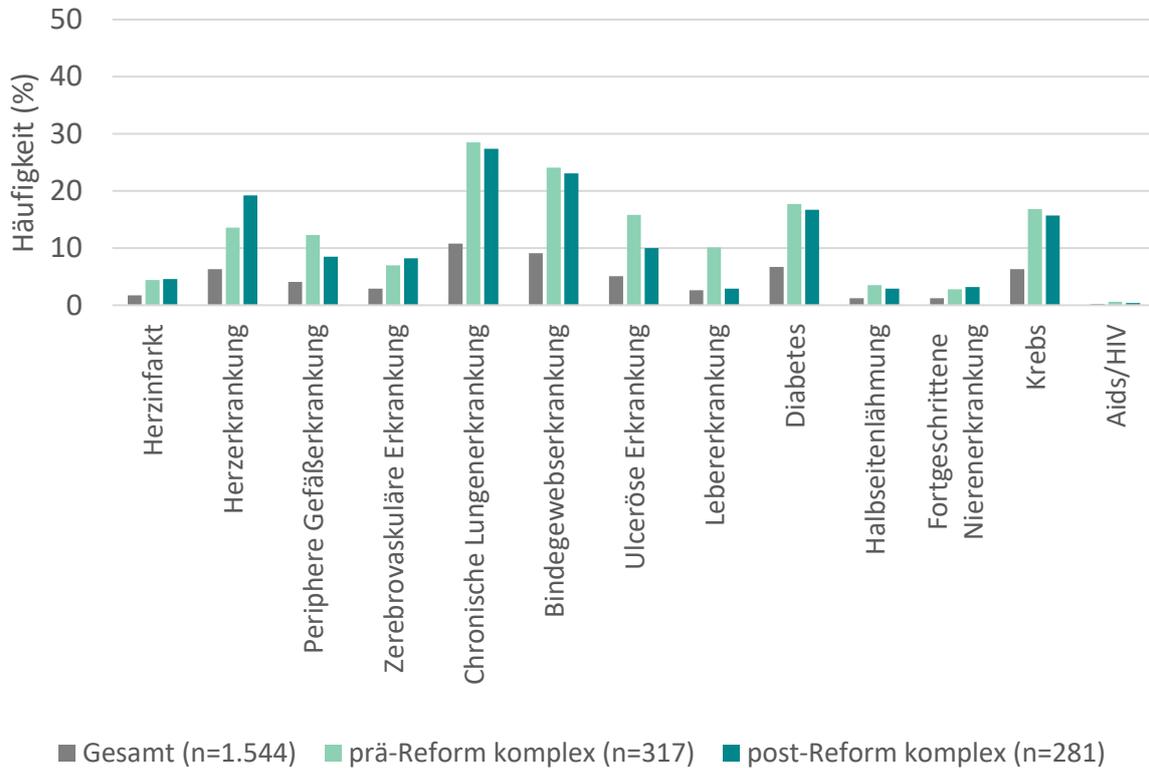
eTabelle 41. Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Morbidität (Anteile kE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=277)		prä-Reform kE (n=38)		post-Reform kE (n=54)		χ^2 -Test
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Herzinfarkt	4	(1,4)	2	(5,4)	2	(3,7)	n.a. ¹
Herzerkrankung	14	(5,1)	5	(13,5)	9	(17,0)	$\chi^2_{(1)} = 0,549, p = 0,459$
Periphere Gefäßerkrankung	16	(5,8)	7	(18,4)	9	(16,7)	$\chi^2_{(1)} = 0,097, p = 0,756$
Zerebrovaskuläre Erkrankung	1	(0,4)	1	(2,6)	0	(0,0)	n.a. ¹
Chronische Lungenerkrankung	28	(10,1)	8	(21,1)	20	(37,0)	$\chi^2_{(1)} = 3,734, p = 0,053$
Bindegewebserkrankung	12	(4,3)	4	(10,5)	8	(14,8)	$\chi^2_{(1)} = 1,210, p = 0,271$
Ulceröse Erkrankung	8	(2,9)	5	(13,5)	3	(5,6)	n.a. ¹
Lebererkrankung	9	(3,2)	2	(5,3)	7	(13,0)	n.a. ¹
Diabetes	15	(5,4)	5	(13,2)	10	(18,5)	$\chi^2_{(1)} = 0,850, p = 0,357$
Halbseitenlähmung	3	(1,1)	3	(7,9)	0	(0,0)	n.a. ¹
Fortgeschrittene Nierenerkrankung	2	(0,7)	0	(0,0)	2	(3,7)	n.a. ¹
Krebs	9	(5,4)	9	(23,7)	6	(11,1)	$\chi^2_{(1)} = 1,147, p = 0,284$
Aids/HIV	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	n.a. ¹

Anmerkungen. Die Fallzahlen beziehen sich auf Personen in der Gruppe der kE, die das jeweilige Item mit ja beantwortet haben. Mehrfachnennungen möglich. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe und umfasst kE und nkE (n = 277). ¹Bei einer erwarteten Zelhäufigkeit von $N < 5$ ist der χ^2 -Test nicht auswertbar.

PT-Inanspruchnahme-Population: Morbidität

Die in der „PT-Inanspruchnahme-Population“ (nur kE) am häufigsten genannten chronischen Erkrankungen waren chronische Lungenerkrankungen, Bindegeweberkrankungen sowie Diabetes. kE nannten prä-Reform signifikant häufiger als post-Reform ulceröse Erkrankungen sowie Lebererkrankungen ($\chi^2_{(1)} = 5,845$, $p = 0,016$; $\chi^2_{(1)} = 13,281$, $p < 0,001$). Für Details siehe eTabelle 42 und Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden..



eAbbildung 26. PT-Inanspruchnahme Population: Morbidität (Anteile kE prä- bzw. post-Reform).

eTabelle 42. PT-Inanspruchnahme Population: Morbidität (Anteile kE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=1.544)		prä-Reform kE (n=317)		post-Reform kE (n=281)		χ^2 -Test
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Herzinfarkt	27	(1,7)	14	(4,4)	13	(4,6)	$\chi^2_{(1)} = 0,001, p = 0,980$
Herzerkrankung	97	(6,3)	43	(13,6)	54	(19,2)	$\chi^2_{(1)} = 1,983, p = 0,159$
Periphere Gefäß- erkrankung	63	(4,1)	39	(12,3)	24	(8,5)	$\chi^2_{(1)} = 3,084, p = 0,079$
Zerebrovaskuläre Erkrankung	45	(2,9)	22	(7,0)	23	(8,2)	$\chi^2_{(1)} = 0,154, p = 0,695$
Chronische Lun- generkrankung	167	(10,8)	90	(28,5)	77	(27,4)	$\chi^2_{(1)} = 0,556, p = 0,456$
Bindegewebser- krankung	141	(9,1)	76	(24,1)	65	(23,1)	$\chi^2_{(1)} = 0,457, p = 0,491$
Ulceröse Erkan- kung	78	(5,1)	50	(15,8)	28	(10,0)	$\chi^2_{(1)} = 5,845, p = 0,016$
Lebererkrankung	40	(2,6)	32	(10,1)	8	(2,9)	$\chi^2_{(1)} = 13,281, p < 0,001$
Diabetes	103	(6,7)	56	(17,7)	47	(16,7)	$\chi^2_{(1)} = 0,487, p = 0,485$
Halbseitenlähmung	19	(1,2)	11	(3,5)	8	(2,9)	$\chi^2_{(1)} = 0,182, p = 0,670$
Fortgeschrittene Nierenerkrankung	18	(1,2)	9	(2,8)	9	(3,2)	$\chi^2_{(1)} = 0,006, p = 0,937$
Krebs	97	(6,3)	53	(16,8)	44	(15,7)	$\chi^2_{(1)} = 0,478, p = 0,489$
Aids/HIV	3	(0,2)	2	(0,6)	1	(0,4)	n.a. ¹

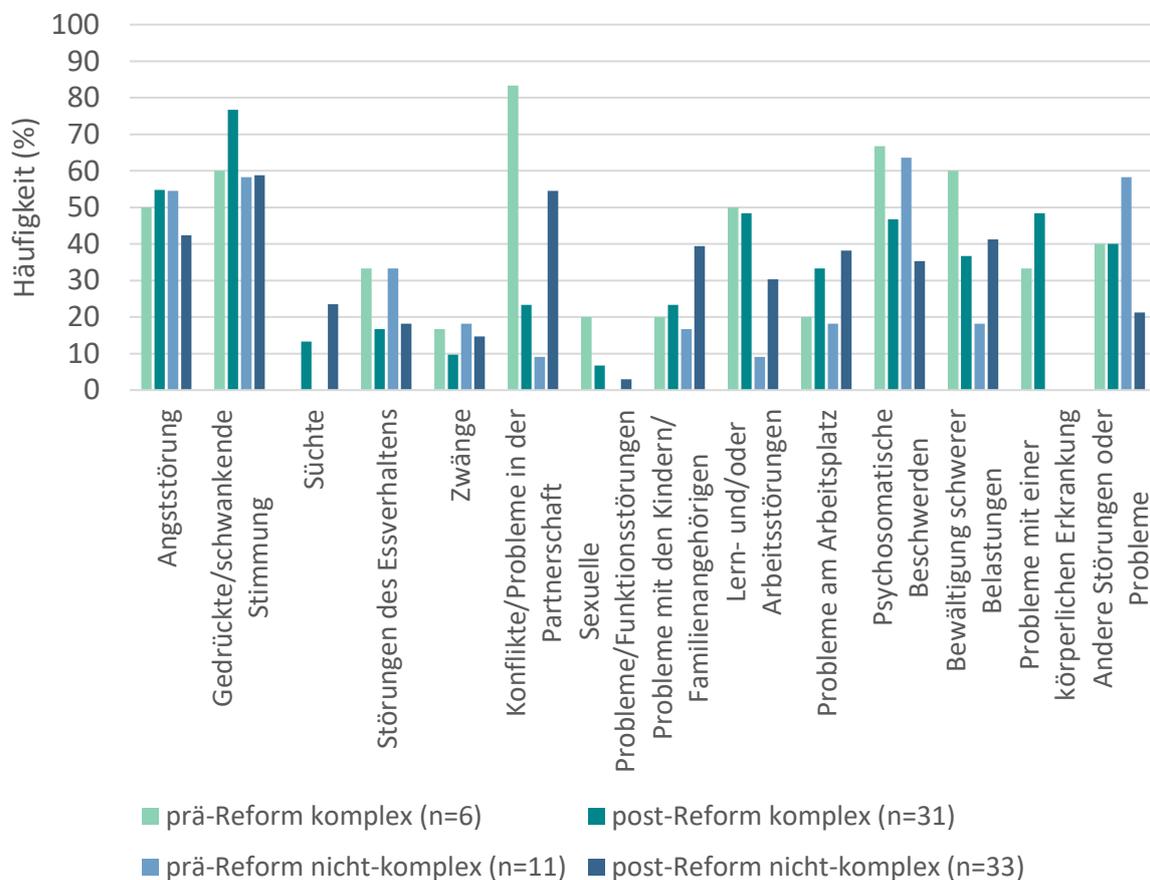
Anmerkungen. Die Fallzahlen beziehen sich auf Personen der Gruppe der kE, die das jeweilige Item mit ja beantwortet haben. Mehrfachnennungen möglich. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe und umfasst kE und nkE (n = 1.544). ¹Bei einer erwarteten Zelhäufigkeit von N < 5 ist der Chi²-Test nicht auswertbar.

Anhang 15: Ergebnisse Teilstudie II – Beschwerden

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den in die Behandlung führenden Beschwerden detailliert für die Gruppen „Population Nicht-Inanspruchnahme“, „Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch“ sowie „PT-Inanspruchnahme Population“ dargestellt.

Nicht-Inanspruchnahme Population: Beschwerden

In der „Nicht-Inanspruchnahme-Population“ (trotz Therapiewunsch kein PTen-Kontakt) waren die am häufigsten genannten Beschwerden gedrückte/schwankende Stimmung, Angststörungen sowie psychosomatische Beschwerden. Tendenziell gaben kE häufiger gedrückte/schwankende Stimmung an als nKE. Auch Lern- und/oder Arbeitsstörungen sowie Probleme bei der Bewältigung einer körperlichen Erkrankung wurden von kE häufiger benannt. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich kE und nKE bzw. prä- und post-Reform. Für Details siehe Für Details siehe eTabelle 43 und eAbbildung 27.



eAbbildung 27. Nicht-Inanspruchnahme-Population: Beschwerden (Anteile kE und nKE prä- bzw. post-Reform).

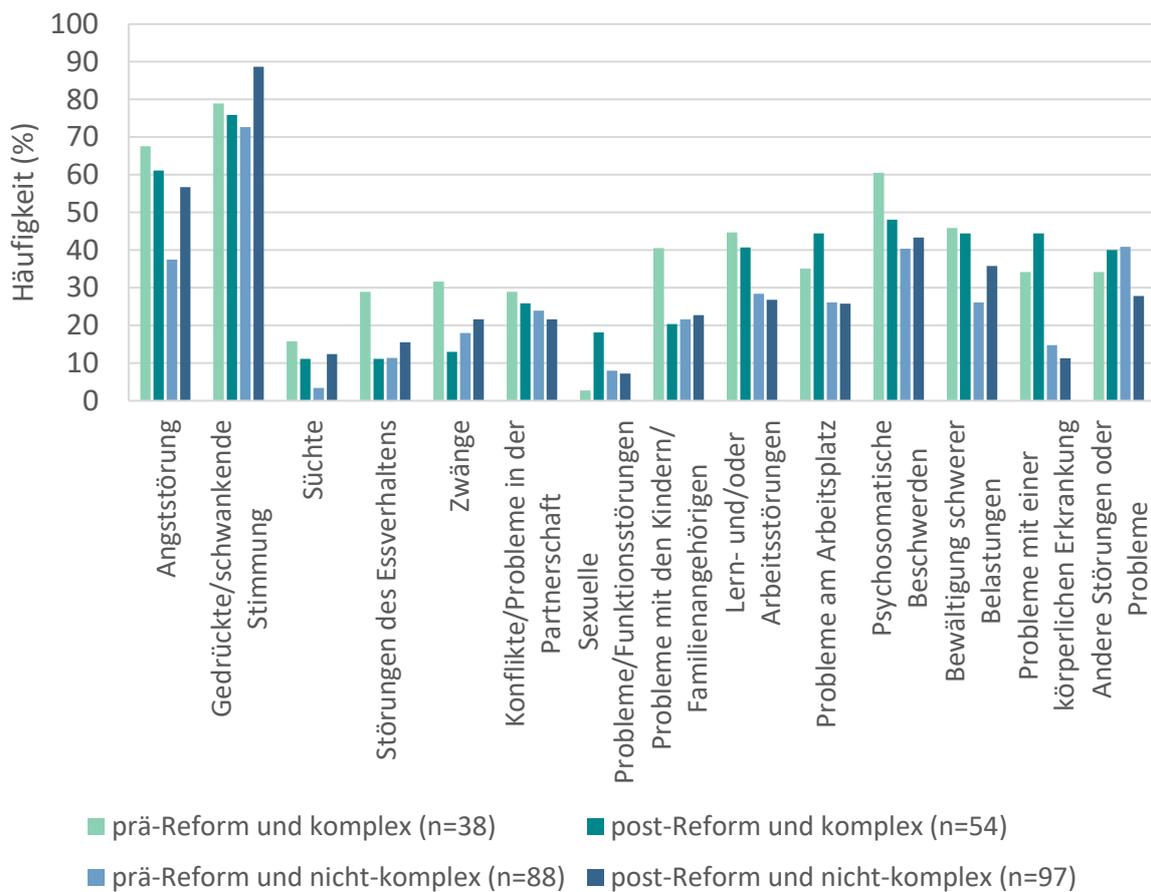
eTabelle 43. Nicht-Inanspruchnahme-Population: Beschwerden (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=82)	prä-Reform kE (n=6)	post-Reform kE (n=30)	prä-Reform nkE (n=12)	post-Reform nkE (n=34)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Angststörungen	40 (49,4)	3 (50,0)	17 (54,8)	6 (54,5)	14 (42,4)	n.a. ¹
Gedrückte/schwankende Stimmung	53 (65,4)	3 (60,0)	23 (76,7)	7 (58,3)	20 (58,8)	n.a. ¹
Süchte	12 (14,6)	0 (0,0)	4 (13,3)	0 (0,0)	8 (23,5)	n.a. ¹
Störungen des Essverhaltens	17 (21,0)	2 (33,3)	5 (16,7)	4 (33,3)	6 (18,2)	n.a. ¹
Zwänge	11 (13,4)	1 (16,7)	3 (9,7)	2 (18,2)	5 (14,7)	n.a. ¹
Konflikte/Probleme in der Partnerschaft	31 (38,8)	5 (83,3)	7 (23,3)	1 (9,1)	18 (54,5)	n.a. ¹
Sexuelle Probleme/Funktionsstörungen	4 (5,0)	1 (20,0)	2 (6,7)	0 (0,0)	1 (3,0)	n.a. ¹
Probleme mit Kindern/Familie	23 (28,7)	1 (20,0)	7 (23,3)	2 (16,7)	13 (39,4)	n.a. ¹
Lern- und/oder Arbeitsstörungen	29 (35,8)	3 (50,0)	15 (48,4)	1 (9,1)	10 (30,3)	n.a. ¹
Probleme am Arbeitsplatz	26 (32,5)	1 (20,0)	10 (33,3)	2 (18,2)	13 (38,2)	n.a. ¹
Psychosomatische Beschwerden	37 (45,7)	4 (66,7)	14 (46,7)	7 (63,6)	12 (35,3)	n.a. ¹
Bewältigung schwerer Belastungen	30 (37,5)	3 (60,0)	11 (36,7)	2 (18,2)	14 (41,2)	n.a. ¹
Probleme mit einer körperlichen Erkrankung	17 (21,0)	2 (33,3)	15 (48,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	n.a. ¹
Andere Störungen oder Probleme	28 (35,0)	2 (40,0)	12 (40,0)	7 (58,3)	7 (21,2)	n.a. ¹

Anmerkungen. Die Fallzahlen beziehen sich auf die Personen, die das jeweilige Item mit ja beantwortet haben. Persönlichkeitsstörungen wurden aufgrund von inhaltlich nicht korrekten Freitextangaben und damit verbundenen Verzerrungen von den Auswertungen ausgeschlossen. Mehrfachnennungen möglich. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 82). ¹Bei einer erwarteten Zelhäufigkeit von N < 5 ist der Chi²-Test nicht auswertbar.

Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Beschwerden

Die in der Erstgespräch-Inanspruchnahmepopulation am häufigsten benannten Beschwerden waren Angststörungen, gedrückte/schwankende Stimmung sowie psychosomatische Beschwerden. Prä-Reform benannten kE im Vergleich zu nkE signifikant häufiger Angststörungen, Essstörungen sowie Probleme mit einer körperlichen Erkrankung ($\chi^2_{(3)} = 13,135, p = 0,004$; $\chi^2_{(3)} = 7,821, p = 0,050$; $\chi^2_{(3)} = 29,138, p < 0,001$). Post-Reform benannten kE im Vergleich zu nkE signifikant häufiger Probleme mit einer körperlichen Erkrankung ($\chi^2_{(3)} = 29,138, p < 0,001$). Zudem fanden sich nkE prä-Reform signifikant seltener Angststörungen als post-Reform ($\chi^2_{(3)} = 13,135, p = 0,004$). Für Details siehe Für Details siehe eTabelle 44 und eAbbildung 28.



eAbbildung 28. Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Beschwerden (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

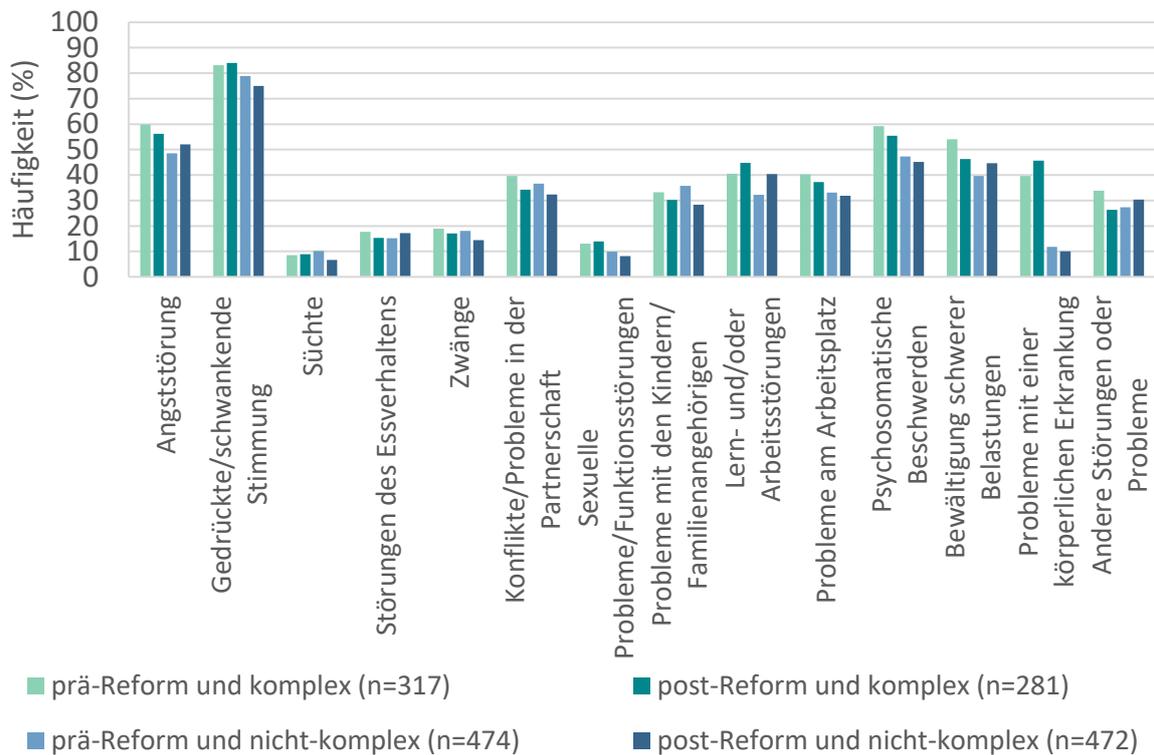
eTabelle 44. Population Inanspruchnahme nur Erstgespräch: Beschwerden (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=277)	prä-Reform kE (n=38)	post-Reform kE (n=54)	prä-Reform nkE (n=88)	post-Reform nkE (n=97)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Angststörungen	146 (52,9)	25 (67,6)	33 (61,1)	33 (37,5)	55 (56,7)	$\chi^2_{(3)} = 13,135, p = 0,004$
Gedrückte/schwankende Stimmung	221 (79,8)	30 (78,9)	41 (75,9)	64 (72,7)	86 (88,7)	$\chi^2_{(3)} = 7,401, p = 0,060$
Süchte	27 (9,7)	6 (15,8)	6 (11,1)	3 (3,4)	12 (12,4)	n.a. ¹
Störungen des Essverhaltens	42 (15,2)	11 (28,9)	6 (11,1)	10 (11,4)	15 (15,5)	$\chi^2_{(3)} = 7,821, p = 0,050$
Zwänge	56 (20,1)	12 (31,6)	7 (13,0)	16 (18,0)	21 (21,6)	$\chi^2_{(3)} = 5,077, p = 0,166$
Konflikte/Probleme in der Partnerschaft	67 (24,2)	11 (28,9)	14 (25,9)	21 (23,9)	21 (21,6)	$\chi^2_{(3)} = 0,912, p = 0,822$
Sexuelle Probleme/Funktionsstörungen	25 (9,0)	1 (2,7)	10 (18,2)	7 (8,0)	7 (7,2)	n.a. ¹
Probleme mit Kindern/Familie	67 (24,3)	15 (40,5)	11 (20,4)	19 (21,6)	22 (22,7)	$\chi^2_{(3)} = 6,620, p = 0,085$
Lern- und/oder Arbeitsstörungen	90 (32,5)	17 (44,7)	22 (40,7)	25 (28,4)	26 (26,8)	$\chi^2_{(3)} = 6,484, p = 0,090$
Probleme am Arbeitsplatz	85 (30,8)	13 (35,1)	24 (44,4)	23 (26,1)	25 (25,8)	$\chi^2_{(3)} = 6,753, p = 0,080$
Psychosomatische Beschwerden	127 (45,7)	23 (60,5)	26 (48,1)	36 (40,4)	42 (43,3)	$\chi^2_{(3)} = 5,226, p = 0,156$
Bewältigung schwerer Belastungen	101 (36,7)	17 (45,9)	24 (44,4)	23 (26,1)	37 (38,5)	$\chi^2_{(3)} = 6,693, p = 0,082$
Probleme mit einer körperlichen Erkrankung	61 (22,0)	13 (34,2)	24 (44,4)	13 (14,8)	11 (11,3)	$\chi^2_{(3)} = 29,138, p < 0,001$
Andere Störungen oder Probleme	98 (35,3)	13 (34,2)	22 (40,0)	36 (40,9)	27 (27,8)	$\chi^2_{(3)} = 3,627, p = 0,305$

Anmerkungen. Die Fallzahlen beziehen sich auf die Personen, die das jeweilige Item mit ja beantwortet haben. Persönlichkeitsstörungen wurden aufgrund von inhaltlich nicht korrekten Freitextangaben und damit verbundenen Verzerrungen von den Auswertungen ausgeschlossen. Mehrfachnennungen möglich. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 277). ¹Bei einer erwarteten Zelhäufigkeit von $N < 5$ ist der χ^2 -Test nicht auswertbar.

PT-Inanspruchnahme-Population: Beschwerden

In der „PT-Inanspruchnahme-Population“ waren die am häufigsten benannten Beschwerden Angststörungen, gedrückte/schwankende Stimmung sowie psychosomatische Beschwerden. Prä-Reform benannten kE signifikant häufiger als nkE Angststörungen sowie Lern- und Arbeitsstörungen ($\chi^2_{(3)} = 15,452, p < 0,001$; $\chi^2_{(3)} = 29,138, p < 0,001$). Es fanden sich in der Gruppe der kE keine prä-post-Unterschiede. In der Gruppe der nkE fanden sich prä-Reform im Vergleich zu post-Reform signifikant seltener Lern- und Arbeitsstörungen ($\chi^2_{(3)} = 13,074, p = 0,004$). Post-Reform fanden sich bei kE signifikant häufiger als bei nkE Angststörungen, gedrückte/schwankende Stimmung sowie sexuelle Funktionsstörungen ($\chi^2_{(3)} = 15,452, p < 0,001$; $\chi^2_{(3)} = 10,020, p = 0,018$; $\chi^2_{(3)} = 8,549, p = 0,036$). Für Details siehe eTabelle 45 und eAbbildung 29.



eAbbildung 29. PT-Inanspruchnahme Population: Beschwerden (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

eTabelle 45. PT-Inanspruchnahme Population: Beschwerden (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=1.544)	prä-Reform kE (n=317)	post-Reform kE (n=281)	prä-Reform nkE (n=474)	post-Reform nkE (n=472)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Angststörungen	802 (52,0)	189 (59,8)	158 (56,2)	230 (48,5)	225 (52,0)	$\chi^2_{(3)} = 15,452, p < 0,001$
Gedrückte/schwankende Stimmung	1.226 (79,5)	262 (83,2)	236 (84,0)	374 (78,9)	354 (75,0)	$\chi^2_{(3)} = 10,020, p = 0,018$
Süchte	131 (8,5)	27 (8,5)	25 (8,9)	48 (10,1)	31 (6,6)	$\chi^2_{(3)} = 3,561, p = 0,313$
Störungen des Essverhaltens	252 (16,3)	56 (17,7)	43 (15,3)	72 (15,2)	81 (17,2)	$\chi^2_{(3)} = 1,380, p = 0,710$
Zwänge	262 (17,0)	60 (19,0)	48 (17,1)	86 (18,1)	68 (14,4)	$\chi^2_{(3)} = 3,396, p = 0,334$
Konflikte/Probleme in der Partnerschaft	548 (35,5)	125 (39,6)	96 (34,2)	174 (36,6)	153 (32,3)	$\chi^2_{(3)} = 4,802, p = 0,187$
Sexuelle Probleme/Funktionsstörungen	166 (10,8)	41 (13,0)	39 (13,9)	47 (9,9)	39 (8,2)	$\chi^2_{(3)} = 8,549, p = 0,036$
Probleme mit Kindern/Familie	494 (32,0)	105 (33,2)	85 (30,2)	170 (35,8)	134 (28,3)	$\chi^2_{(3)} = 6,755, p = 0,080$
Lern- und/oder Arbeitsstörungen	598 (38,7)	128 (40,5)	126 (44,8)	153 (32,2)	191 (40,4)	$\chi^2_{(3)} = 13,074, p = 0,004$
Probleme am Arbeitsplatz	540 (35,0)	127 (40,3)	105 (37,2)	157 (33,1)	151 (31,9)	$\chi^2_{(3)} = 6,803, p = 0,078$
Psychosomatische Beschwerden	780 (50,6)	187 (59,2)	156 (55,5)	224 (47,3)	213 (45,1)	$\chi^2_{(3)} = 20,240, p < 0,001$
Bewältigung schwerer Belastungen	699 (45,3)	170 (54,0)	130 (46,3)	188 (39,6)	211 (44,6)	$\chi^2_{(3)} = 15,733, p < 0,001$
Probleme mit einer körperlichen Erkrankung	356 (23,1)	125 (39,6)	128 (45,7)	56 (11,8)	47 (10,0)	$\chi^2_{(3)} = 208,994, p < 0,001$
Andere Störungen oder Probleme	454 (29,4)	107 (33,9)	74 (26,3)	130 (27,4)	143 (30,3)	$\chi^2_{(3)} = 6,021, p = 0,111$

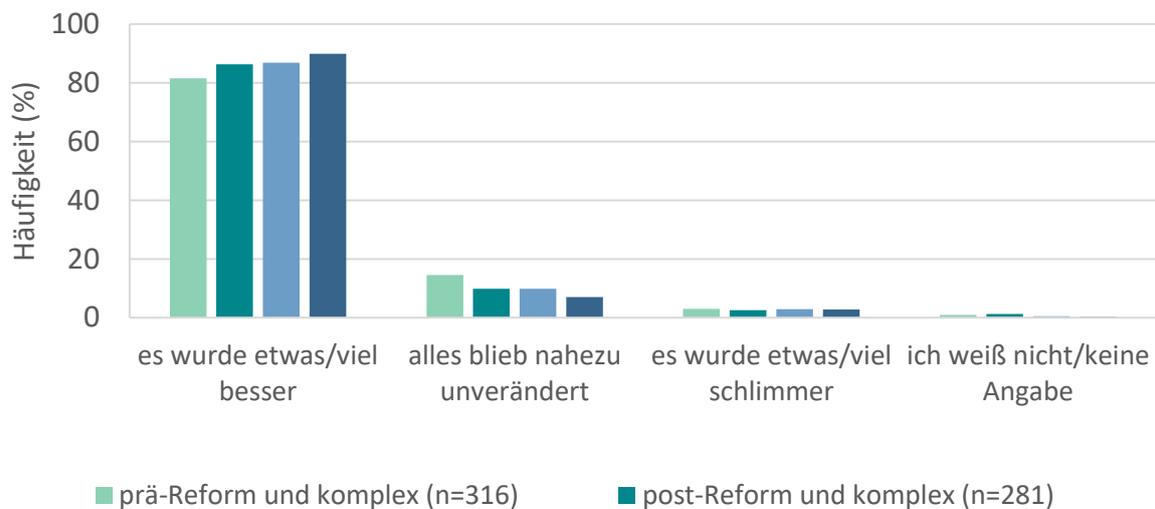
Anmerkungen. Die Fallzahlen beziehen sich auf die Personen, die das jeweilige Item mit ja beantwortet haben. Persönlichkeitsstörungen wurden aufgrund von inhaltlich nicht korrekten Freitextangaben und damit verbundenen Verzerrungen von den Auswertungen ausgeschlossen. Mehrfachnennungen möglich. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 1.544).

Anhang 16: Ergebnisse Teilstudie II – Beschwerdeverlauf

Im Folgenden werden für die Gruppe „PT-Inanspruchnahme-Population“ die Ergebnisse zum Beschwerdeverlauf detailliert dargestellt.

PT-Inanspruchnahme-Population: Beschwerdeverlauf

Mit Blick auf den Beschwerdeverlauf gaben die große Mehrheit der Befragte der „PT-Inanspruchnahme-Population“ an, dass die Beschwerden nach der PT etwas oder viel besser geworden seien, dies galt sowohl für kE als für nkE, prä- wie post-Reform. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich kE und nkE bzw. prä- und post-Reform. Für Details siehe eTabelle 46 und **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden..**



eAbbildung 30. PT-Inanspruchnahme Population: Beschwerdeverlauf (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

eTabelle 46. PT-Inanspruchnahme Population: Beschwerdeverlauf (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=1.544)	prä-Reform kE (n=317)	post-Re- form kE (n=281)	prä-Reform nkE (n=474)	post-Re- form nkE (n=472)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Es wurde etwa/viel besser	1.337 (86,6)	258 (81,5)	242 (86,3)	412 (86,8)	425 (89,9)	
Alles blieb nahezu unverändert	153 (9,9)	46 (14,5)	28 (9,8)	47 (9,9)	33 (7,0)	$\chi^2_{(3)} = 12,528,$ $p = 0,051$
Es wurde etwas/viel schlimmer	43 (2,8)	10 (3,0)	7 (2,6)	14 (2,9)	13 (2,8)	
Ich weiß nicht/Keine Angabe	10 (0,6)	3 (0,9)	4 (1,3)	2 (0,4)	1 (0,3)	

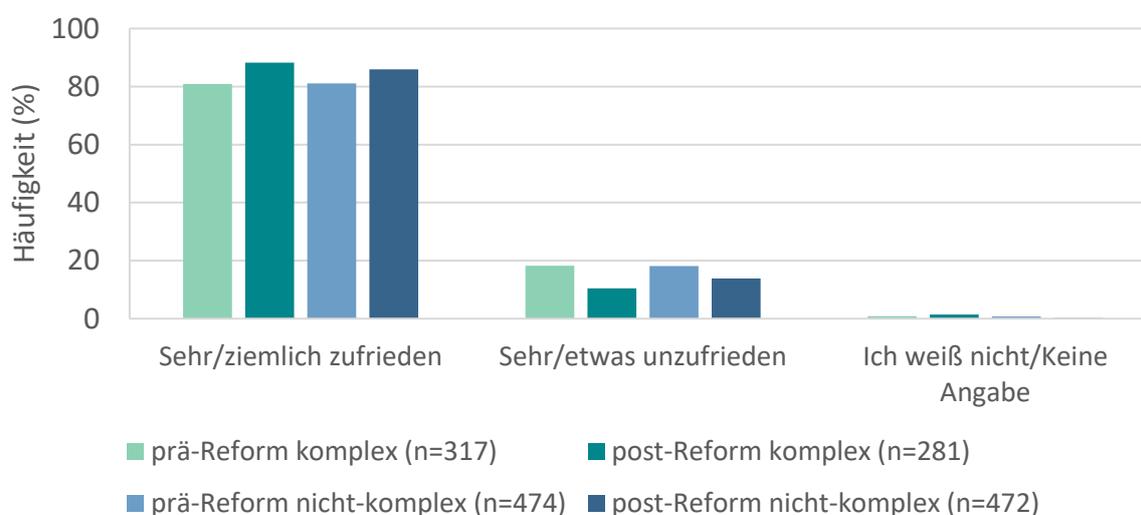
Anmerkungen. Die Fallzahlen beziehen sich auf die Personen, die das jeweilige Item mit ja beantwortet haben. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 1.544).

Anhang 17: Ergebnisse Teilstudie II – Zufriedenheit mit der Behandlung

Im Folgenden werden für Gruppe „PT-Inanspruchnahme-Population“ die Ergebnisse zur Zufriedenheit mit der Behandlung detailliert dargestellt.

PT-Inanspruchnahme-Population: Zufriedenheit mit der Behandlung

Auch die Zufriedenheit mit der Behandlung war in der „PT-Inanspruchnahme-Population“ durchgängig sehr hoch (sehr/ziemlich zufrieden), wobei sich in der Gruppe der kE eine signifikante Zunahme der Zufriedenheit mit der Behandlung prä- zu post-Reform fand ($\chi^2_{(3)} = 10,673$, $p = 0,014$). Für Details siehe eTabelle 47 und eAbbildung 31.



eAbbildung 31. PT-Inanspruchnahme Population: Zufriedenheit mit Behandlung (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

eTabelle 47. PT-Inanspruchnahme Population: Zufriedenheit mit Behandlung (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=1.544)	prä-Reform kE (n=317)	post-Re- form kE (n=281)	prä-Reform nkE (n=474)	post-Re- form nkE (n=472)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Sehr/ziemlich zufrieden	1.294 (83,8)	256 (80,9)	248 (88,2)	385 (81,1)	406 (85,9)	
Sehr/etwas unzufrieden	238 (15,4)	57 (18,2)	29 (10,4)	86 (18,1)	66 (13,9)	$\chi^2_{(3)} = 10,673$, $p = 0,014$
Ich weiß nicht/Keine Angabe	11 (0,7)	3 (0,9)	4 (1,4)	4 (0,8)	1 (0,2)	

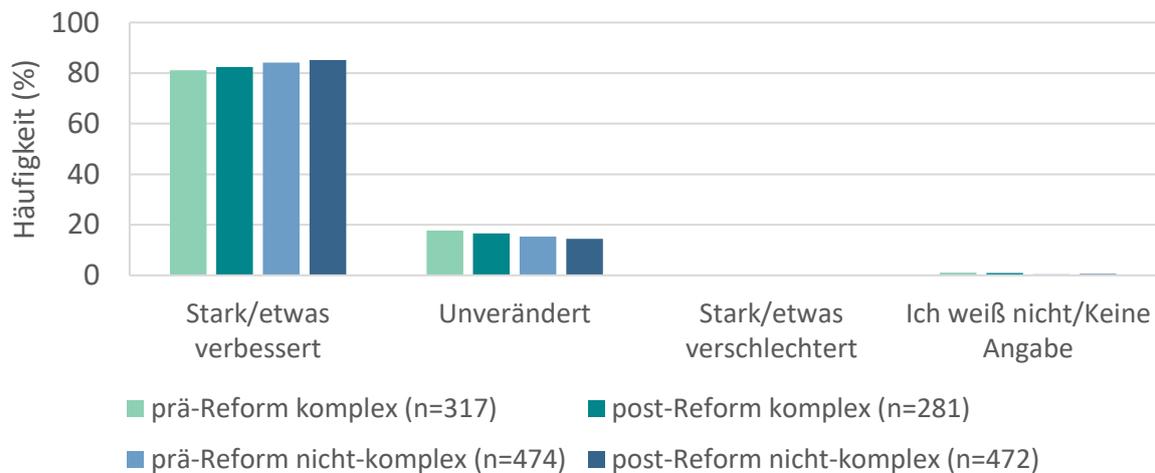
Anmerkungen. Die Fallzahlen beziehen sich auf die Personen, die das jeweilige Item mit ja beantwortet haben. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 1.544).

Anhang 18: Ergebnisse Teilstudie II – Lebensqualität

Im Folgenden werden für Gruppe „PT-Inanspruchnahme-Population“ die Ergebnisse zur Lebensqualität detailliert dargestellt.

PT-Inanspruchnahme-Population: Lebensqualität

Hinsichtlich der Verbesserung ihrer Lebensqualität durch die Behandlung nannten berichtete die „PT-Inanspruchnahme-Population“, dass diese sich stark oder etwas verbessert habe, gefolgt von der Angabe „unverändert“. In keiner der vier Gruppen wurde berichtet, dass die Lebensqualität sich durch die PT stark oder etwas verschlechtert habe. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich kE und nkE bzw. prä- und post-Reform Für Details siehe eTabelle 48 und **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden..**



eAbbildung 32. PT-Inanspruchnahme Population: Lebensqualität (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

eTabelle 48. PT-Inanspruchnahme Population: Lebensqualität (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=1.544)	prä-Reform kE (n=317)	post-Re- form kE (n=281)	prä-Reform nkE (n=474)	post-Re- form nkE (n=472)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Stark/etwas verbessert	1.278 (83,5)	253 (81,1)	230 (82,4)	396 (84,2)	399 (85,2)	
Unverändert	242 (15,9)	56 (17,8)	46 (16,6)	73 (15,4)	68 (14,5)	
Stark/etwas verschlechtert	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	$\chi^2_{(3)} = 1,920,$ $p = 0,589$
Ich weiß nicht/Keine Angabe	9 (0,6)	3 (1,1)	3 (1,0)	2 (0,4)	9 (0,6)	

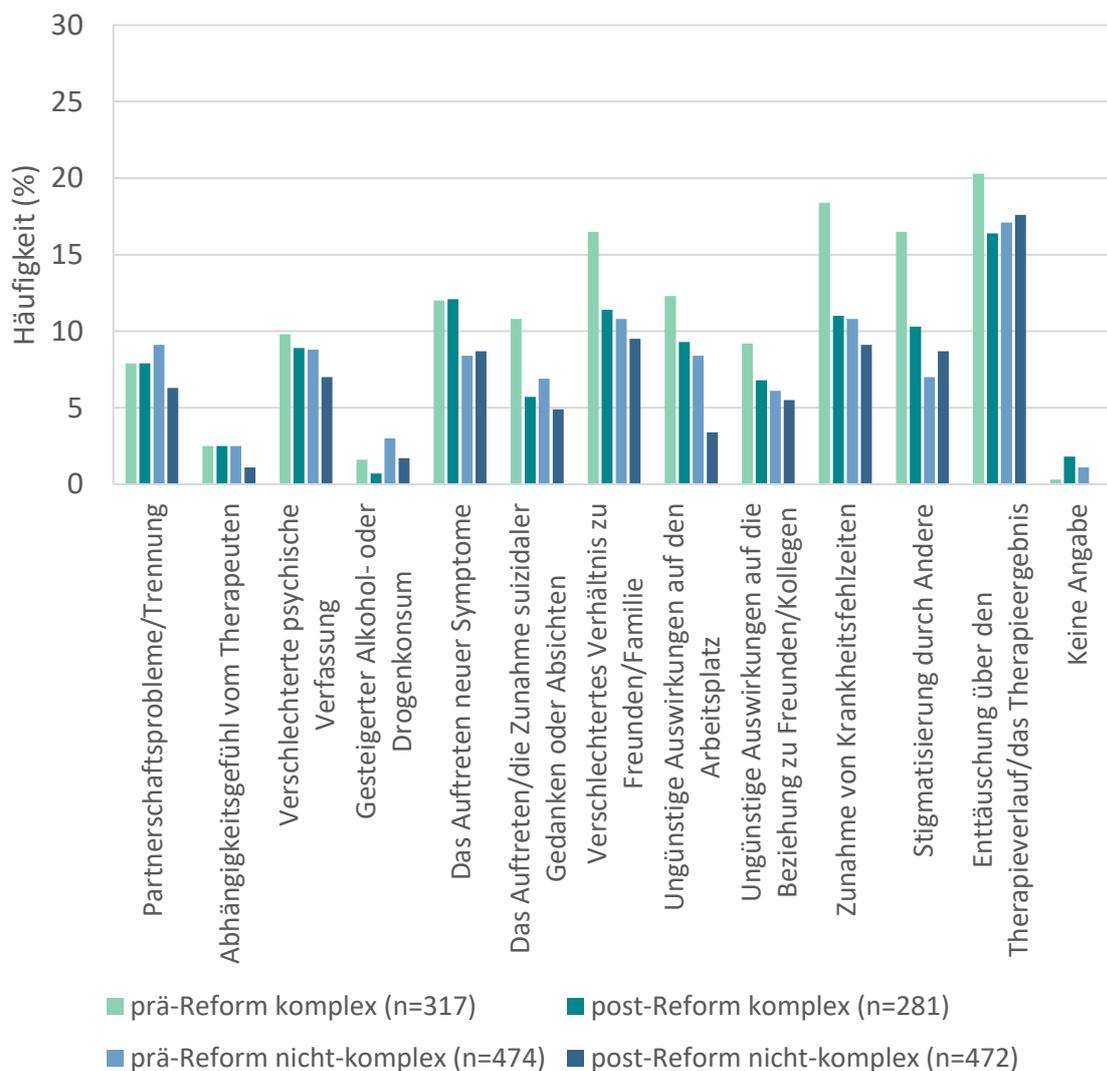
Anmerkungen. Die Fallzahlen beziehen sich auf die Personen, die das jeweilige Item mit ja beantwortet haben. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 1.544).

Anhang 19: Ergebnisse Teilstudie II – Unerwünschte Veränderungen durch PT

Im Folgenden werden für Gruppe „PT-Inanspruchnahme-Population“ die Ergebnisse zur zu möglichen unerwünschten Veränderungen durch die PT detailliert dargestellt.

PT-Inanspruchnahme-Population: Unerwünschte Veränderungen durch PT

Es wurde erfragt, ob durch die PT auch unerwünschte Veränderungen aufgetreten seien. Dabei fand sich in der „PT-Inanspruchnahme-Population“ prä-Reform bei kE im Vergleich zu nkE signifikant seltener die Angabe, dass unerwünschte Veränderungen aufgetreten seien ($\chi^2_{(3)} = 8,051, p = 0,045$). Hinsichtlich der abgefragten unerwünschten Nebenwirkungen von PT benannten kE prä-Reform signifikant häufiger als post-Reform das Auftreten oder die Zunahme von suizidalen Gedanken, die Zunahme von Krankheitsfehlzeiten sowie Stigmatisierung durch andere ($\chi^2_{(3)} = 10,810, p = 0,013$; $\chi^2_{(3)} = 16,146, p < 0,001$; $\chi^2_{(3)} = 20,977, p < 0,001$). Bei nkE fand sich prä-Reform signifikant häufiger als post-Reform die Nennung von Auswirkungen auf die Arbeitsplatzsituation ($\chi^2_{(3)} = 22,721, p < 0,001$). Zudem nannten prä-Reform kE signifikant häufiger als nkE ein verschlechtertes Verhältnis zu Freunden oder Familie, die Zunahme von Krankheitsfehlzeiten sowie Stigmatisierung durch andere ($\chi^2_{(3)} = 8,870, p = 0,031$; $\chi^2_{(3)} = 16,146, p < 0,001$; $\chi^2_{(3)} = 20,977, p < 0,001$). Post-Reform nannten kE signifikant häufiger als nkE Auswirkungen auf die Arbeitsplatzsituation ($\chi^2_{(3)} = 22,721, p < 0,001$). Für Detail siehe eTabelle 49 und **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**



eAbbildung 33. PT-Inanspruchnahme Population: Unerwünschte Veränderungen durch PT (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

eTabelle 49. PT-Inanspruchnahme Population: Unerwünschte Veränderungen durch PT (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=1.544)	prä-Reform kE (n=317)	post-Re- form kE (n=281)	prä-Reform nkE (n=474)	post-Re- form nkE (n=472)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Ja	656 (42,8)	155 (49,2)	122 (44,0)	190 (40,5)	189 (40,0)	$\chi^2_{(3)} = 8,051, p = 0,045$
Nein	877 (57,2)	160 (50,8)	155 (56,0)	279 (59,5)	283 (60,0)	
Partnerschaftsprobleme/Trennung	120 (7,8)	25 (7,9)	22 (7,9)	43 (9,1)	30 (6,3)	$\chi^2_{(3)} = 2,564, p = 0,464$
Abhängigkeitsgefühl vom Therapeuten	32 (2,1)	8 (2,5)	7 (2,5)	12 (2,5)	5 (1,1)	$\chi^2_{(3)} = 3,504, p = 0,320$
Verschlechterte psychische Verfassung	131 (8,5)	31 (9,8)	25 (8,9)	42 (8,8)	33 (7,0)	$\chi^2_{(3)} = 2,174, p = 0,537$
Gesteigerter Alkohol- oder Drogenkonsum	29 (1,9)	5 (1,6)	2 (0,7)	14 (3,0)	8 (1,7)	$\chi^2_{(3)} = 5,153, p = 0,161$
Das Auftreten neuer Symptome	153 (9,9)	38 (12,0)	34 (12,1)	40 (8,4)	41 (8,7)	$\chi^2_{(3)} = 4,925, p = 0,177$
Das Auftreten/die Zunahme suizidaler Gedanken oder Absichten	106 (6,9)	34 (10,8)	16 (5,7)	33 (6,9)	23 (4,9)	$\chi^2_{(3)} = 10,810, p = 0,013$
Verschlechtertes Verhältnis zu Freunden/Familie	180 (11,7)	52 (16,5)	32 (11,4)	51 (10,8)	45 (9,5)	$\chi^2_{(3)} = 8,870, p = 0,031$
Ungünstige Auswirkungen auf den Arbeitsplatz	121 (7,8)	39 (12,3)	26 (9,3)	40 (8,4)	16 (3,4)	$\chi^2_{(3)} = 22,721, p < 0,001$
Ungünstige Auswirkungen auf die Beziehung zu Freunden/Kollegen	103 (6,7)	29 (9,2)	19 (6,8)	29 (6,1)	26 (5,5)	$\chi^2_{(3)} = 4,672, p = 0,197$
Zunahme von Krankheitsfehlzeiten	183 (11,9)	58 (18,4)	31 (11,0)	51 (10,8)	43 (9,1)	$\chi^2_{(3)} = 16,46, p < 0,001$
Stigmatisierung durch Andere	155 (10,0)	52 (16,5)	29 (10,3)	33 (7,0)	41 (8,7)	$\chi^2_{(3)} = 20,977, p < 0,001$
Enttäuschung über den Therapieverlauf/das Therapieergebnis	274 (17,7)	64 (20,3)	46 (16,4)	81 (17,1)	83 (17,6)	$\chi^2_{(3)} = 1,809, p = 0,613$
Keine Angabe	11 (0,7)	1 (0,3)	5 (1,8)	5 (1,1)	0 (0,0)	n.a. ¹

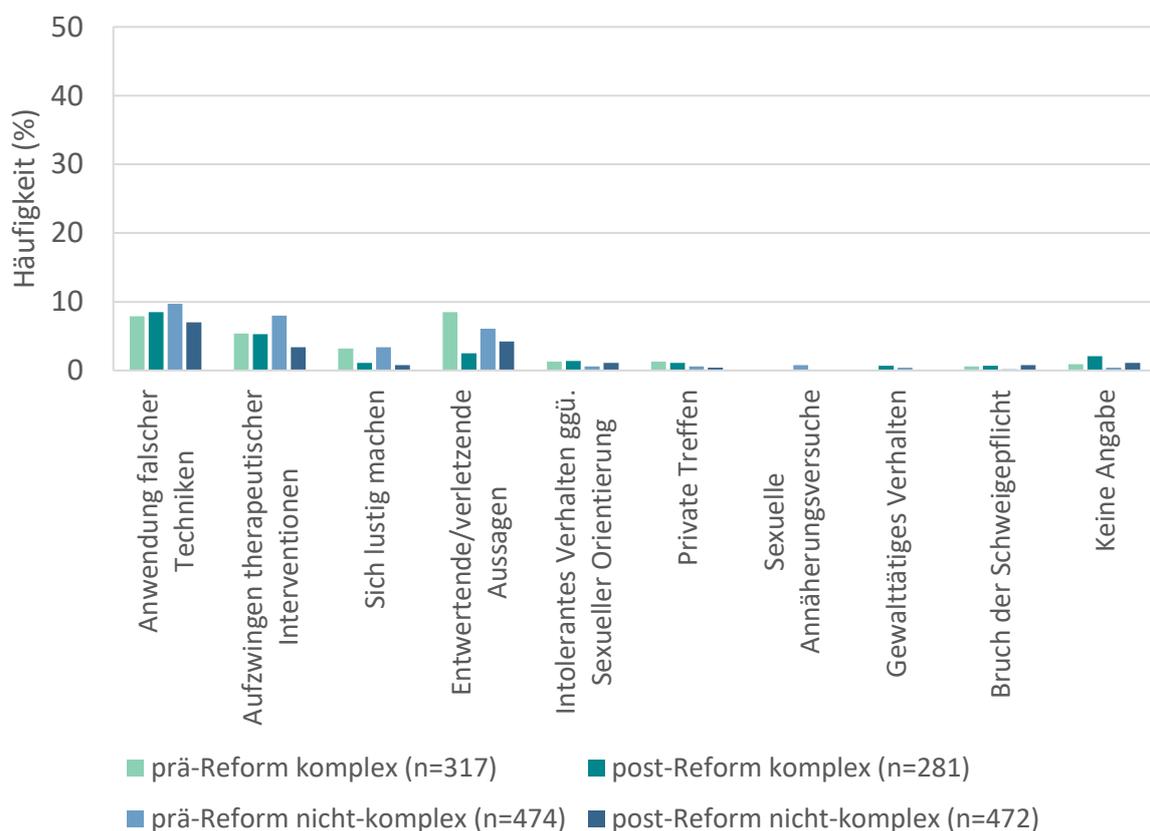
Anmerkungen. Die Fallzahlen beziehen sich auf die Personen, die das jeweilige Item mit ja beantwortet haben. Mehrfachnennungen möglich. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 1.544). ¹Bei einer erwarteten Zellohäufigkeit von $N < 5$ ist der χ^2 -Test nicht auswertbar.

Anhang 20: Ergebnisse Teilstudie II – Therapeutisches Fehlverhalten

Im Folgenden werden für Gruppe „PT-Inanspruchnahme-Population“ die Ergebnisse zu möglichem therapeutischen Fehlverhalten detailliert dargestellt.

PT-Inanspruchnahme-Population: Therapeutisches Fehlverhalten

Es wurde weiterhin therapeutisches Fehlverhalten erfragt. Während in der „PT-Inanspruchnahme-Population“ am häufigsten kein therapeutisches Fehlverhalten angegeben wurde, zeigte sich in der Gruppe der nKE prä- zu post-Reform eine signifikante Zunahme von Fehlverhalten ($\chi^2_{(3)} = 8,238, p = 0,041$). Hinsichtlich des abgefragten therapeutischen Fehlverhaltens wurde von den Patienten insgesamt am häufigsten die Anwendung falscher Techniken, das Aufzwingen therapeutischer Interventionen sowie entwertende oder verletzende Aussagen benannt. In der Gruppe der kE fand sich prä-Reform im Vergleich zu post-Reform eine signifikant häufigere Nennung von als entwertend oder verletzend wahrgenommene Aussagen ($\chi^2_{(3)} = 12,730, p = 0,005$). Bei den nKE fanden sich prä-Reform signifikant häufiger als post-Reform das Aufzwingen von Interventionen sowie Situationen, in denen der Therapeut sich lustig gemacht habe ($\chi^2_{(3)} = 9,932, p = 0,019; \chi^2_{(3)} = 9,387, p = 0,025$). Für Details siehe eTabelle 50 und **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**



eAbbildung 34. PT-Inanspruchnahme Population: Therapeutisches Fehlverhalten (Anteile kE und nKE prä- bzw. post-Reform).

eTabelle 50. PT-Inanspruchnahme Population: Therapeutisches Fehlverhalten (Anteile kE und nkE prä- bzw. post-Reform).

	Gesamt (n=1.544)	prä-Reform kE (n=317)	post-Re- form kE (n=281)	prä-Reform nkE (n=474)	post-Re- form nkE (n=472)	χ^2 -Test
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Ja	253 (16,4)	59 (18,7)	46 (16,4)	89 (18,7)	59 (12,5)	$\chi^2_{(3)} = 8,238, p = 0,041$
Nein	1.291 (83,6)	257 (81,3)	235 (83,6)	386 (81,3)	413 (87,5)	
Anwendung falscher Techniken	128 (8,3)	25 (7,9)	24 (8,5)	46 (9,7)	33 (7,0)	$\chi^2_{(3)} = 2,234, p = 0,525$
Aufzwingen therapeutischer Interventionen	86 (5,6)	17 (5,4)	15 (5,3)	38 (8,0)	16 (3,4)	$\chi^2_{(3)} = 9,932, p = 0,019$
Sich lustig machen	33 (2,1)	10 (3,2)	3 (1,1)	16 (3,4)	4 (0,8)	$\chi^2_{(3)} = 9,387, p = 0,025$
Entwertende/verletzende Aussagen	83 (5,4)	27 (8,5)	7 (2,5)	29 (6,1)	20 (4,2)	$\chi^2_{(3)} = 12,730, p = 0,005$
Intolerantes Verhalten ggü. sexueller Orientierung	16 (1,0)	4 (1,3)	4 (1,4)	3 (0,6)	5 (1,1)	n.a. ¹
Private Treffen	12 (0,8)	4 (1,3)	3 (1,1)	3 (0,6)	2 (0,4)	n.a. ¹
Sexuelle Annäherungsversuche	4 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (0,8)	0 (0,0)	n.a. ¹
Gewalttätiges Verhalten	4 (0,3)	0 (0,0)	2 (0,7)	2 (0,4)	0 (0,0)	n.a. ¹
Bruch der Schweigepflicht	9 (0,6)	2 (0,6)	2 (0,7)	1 (0,2)	4 (0,8)	n.a. ¹
Keine Angabe	16 (1,0)	3 (0,9)	6 (2,1)	2 (0,4)	5 (1,1)	n.a. ¹

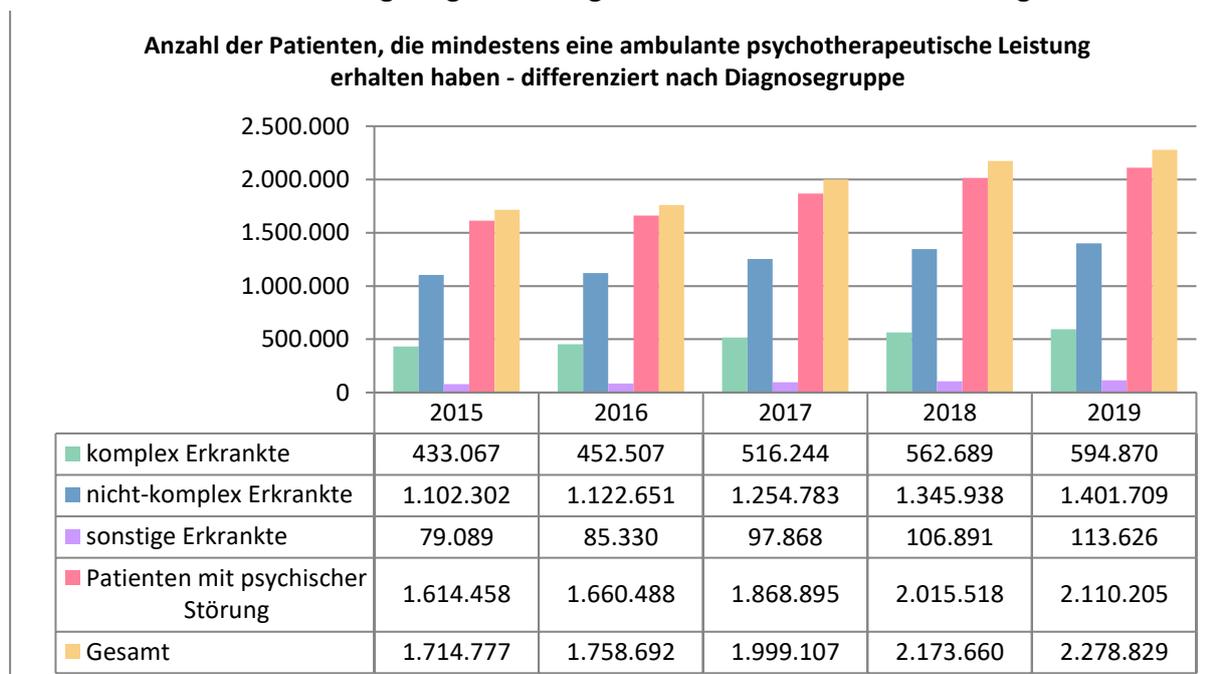
Anmerkungen. Die Fallzahlen beziehen sich auf die Personen, die das jeweilige Item mit ja beantwortet haben. Mehrfachnennungen möglich. Die Bezugsgröße ist die Gesamtgruppe (n = 1.544). ¹Bei einer erwarteten Zelhäufigkeit von N < 5 ist der Chi²-Test nicht auswertbar.

Anhang 21: Ergebnisse Teilstudie III – Ergebnisse der primären Fragestellung

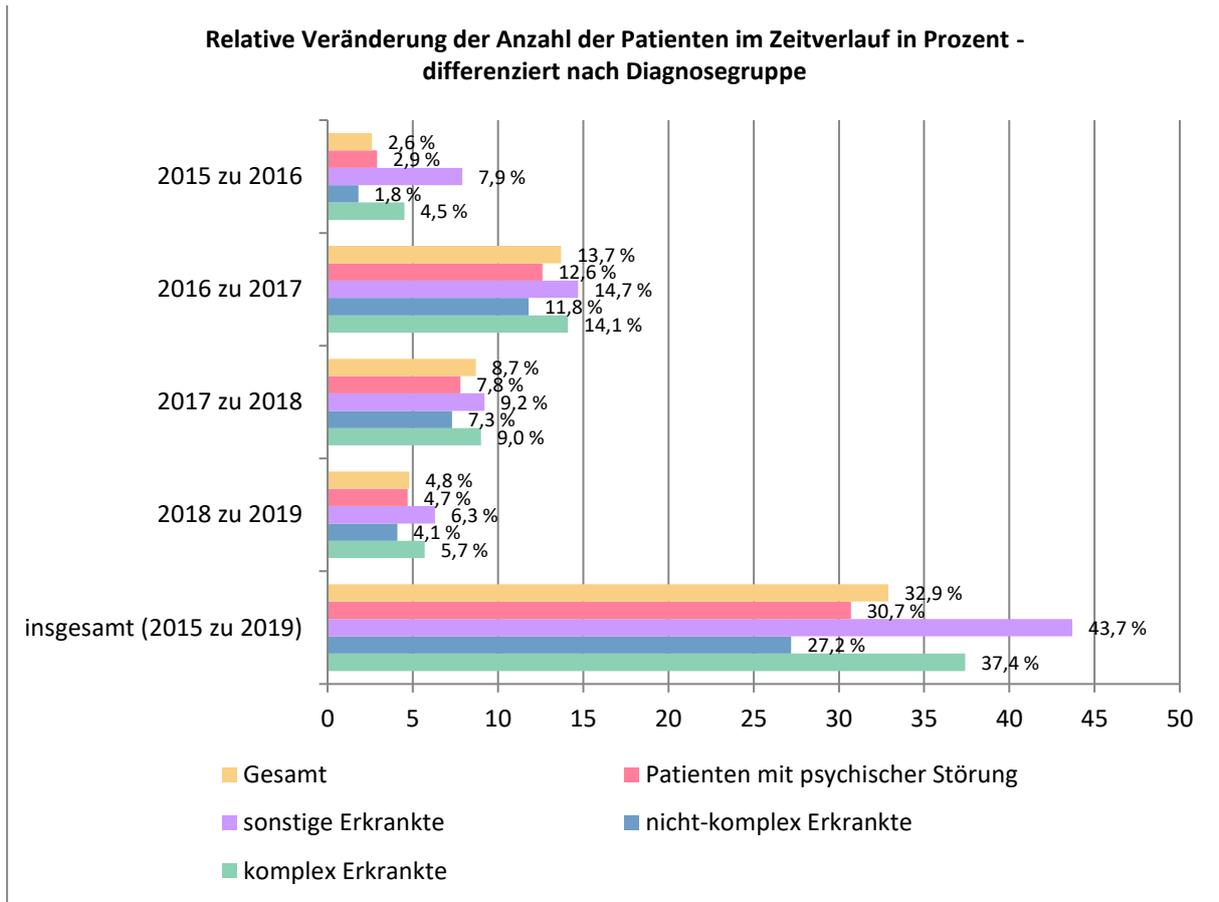
In der eAbbildung 35 sind die Anzahl der eingeschlossenen Patienten und die Größe der Diagnosegruppen dargestellt. Die korrespondierende eTabelle befindet sich weiter unten im Anhang. Die Größe des Patientenkollektivs wie auch die Anzahl der Patienten in den einzelnen Subgruppen nimmt im Zeitverlauf stetig zu. Die Anzahl der Patienten, die nicht den Subgruppen kE oder nkE zugeordnet werden konnten, ist äußerst gering. Die Anzahl der Patienten mit psychischen Störungen steigt von 1.614.458 im Jahr 2015 auf 2.110.205 im Jahr 2019 an. Die Anzahl der nkE steigt von 1.102.302 im Jahr 2015 auf 1.401.709 im Jahr 2019 an. Die Anzahl der kE steigt von 433.067 im Jahr 2015 auf 594.870 im Jahr 2019 an.

In der eAbbildung 36 sind diese Veränderungen in Relation zum jeweiligen Vorjahr bzw. zu 2015 in Prozent dargestellt. Die korrespondierende eTabelle befindet sich weiter unten im Anhang. Die Anzahl der kE hat von 2015 bis 2019 stärker zugenommen (37,4 %) als die Anzahl der nkE (27,2 %). Die Anzahl der Patienten, die nicht eindeutig einer Subgruppe zugeordnet werden konnten, steigt am stärksten (43,7 %), allerdings ist die absolute Häufigkeit dieser Patienten, wie zuvor beschreiben, sehr gering. Die absoluten Häufigkeiten nehmen am stärksten von 2016 zu 2017 und danach von 2017 zu 2018 zu.

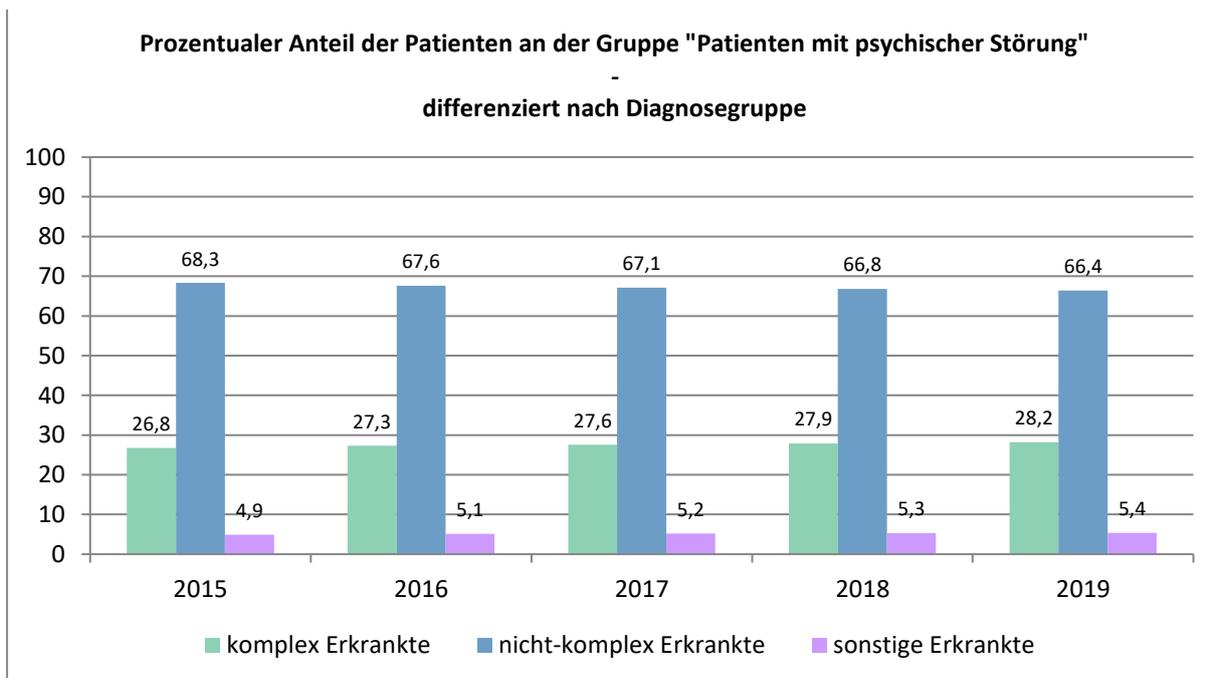
In der eAbbildung 37 ist der prozentuale Anteil der jeweiligen Diagnosegruppen an der Gruppe der Patienten mit psychischen Störungen dargestellt. Die korrespondierende eTabelle befindet sich weiter unten im Anhang. Nur ein geringer Anteil der Patienten mit psychischer Störung (ca. 5 %) kann nicht eindeutig den Subgruppen „komplex erkrankt“ oder „nicht-komplex erkrankt“ zugeordnet werden. Dieser Anteil verändert sich im Zeitverlauf kaum und wird daher im Rahmen der sekundären Datenanalysen nicht abgebildet. Im Jahr 2015 erfüllen 26,8 % der behandelten Patienten mit psychischen Störungen die Kriterien für kE und 68,3 % der behandelten Patienten mit psychischen Störungen die Kriterien für nkE. Die Anteile dieser beiden Diagnosegruppen, bleiben relativ konstant, verschieben sich allerdings stetig ein wenig zugunsten der Gruppe der kE. Der Anteil der kE nimmt von 2015 zu 2019 von 26,8 % auf 28,2 % zu (+ 1,4 %). Der Anteil der nkE nimmt von 2015 zu 2019 von 68,3 % auf 66,4 % ab (- 1,9 %). Die Zu- und Abnahmen erfolgten gleichmäßig über die einzelnen Jahre hinweg.



eAbbildung 35. Anzahl der Patienten, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung in einer bestimmten Diagnosegruppe erhalten haben – differenziert nach Diagnosegruppe.



eAbbildung 36. Relative Veränderungen der Anzahl Patienten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung in einer bestimmten Diagnosegruppe erhalten haben, im Vergleich zum Vorjahr bzw. zu 2015 in Prozent – differenziert nach Diagnosegruppe.



eAbbildung 37. Prozentuale Anteile der Patienten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung in einer bestimmten Diagnosegruppe erhalten haben, an der Gruppe „Patienten mit psychischer Störung“ – differenziert nach Diagnosegruppe.

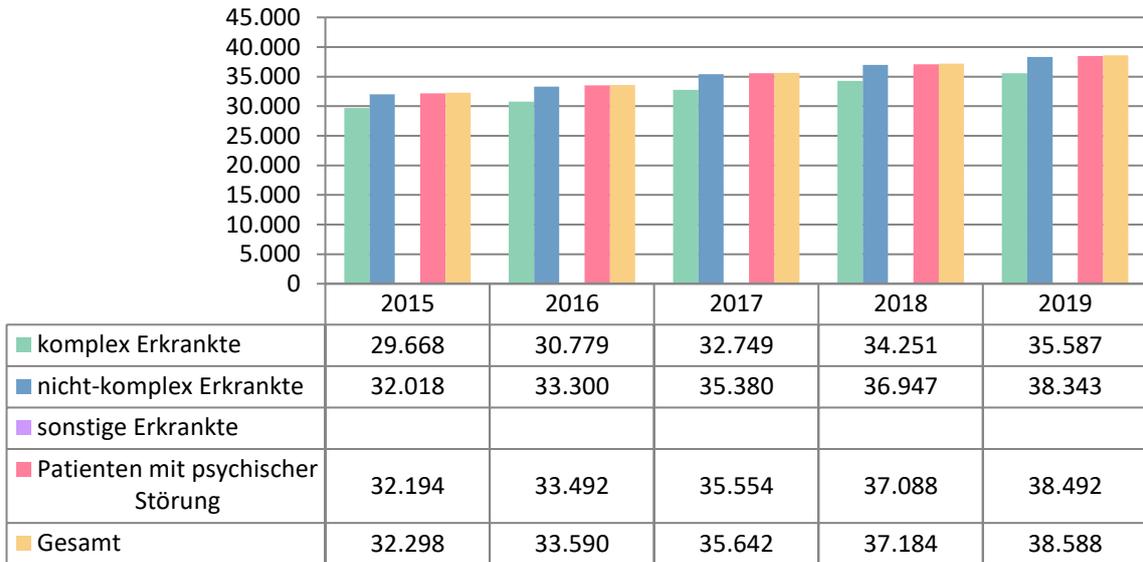
Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Anzahl der eingeschlossenen Patienten zwischen 2015 und 2019 zunimmt. Der Anstieg ist besonders stark im Zeitraum der Reform (2016 auf 2017 und 2017 auf 2018). Nur gut ein Viertel der Patienten mit psychischer Störung ist kE. Jedoch nimmt dieser Anteil von Jahr zu Jahr um etwa 0,3 % zu, während der Anteil der nkE sogar abnimmt. Damit kann die Hypothese untermauert werden, dass der Umfang der realisierten ambulanten psychotherapeutischen Leistungen in der Gruppe der kE stärker ansteigt als in der Gruppe der nkE. Die Zu- und Abnahmen erfolgten allerdings gleichmäßig über die einzelnen Jahre hinweg, sodass davon auszugehen ist, dass die Reform der Richtlinienpsychotherapie ab dem 3. Quartal 2017 keinen Einfluss auf diese Veränderungen hatte. Wie hoch der Anteil der Patienten innerhalb der Gruppe der kE ist, die keine ambulanten psychotherapeutischen Leistungen erhalten, lässt sich aus dem Routinedatensatz der KBV nicht ermitteln. Dieser enthält nur Patienten, für die tatsächlich Leistungen im GKV-System abgerechnet wurden. Patienten, die die Diagnosekriterien für kE erfüllen aber keine Leistung erhalten, sind nicht abgebildet.

In den eAbbildung 38 bis eAbbildung 43 sind die entsprechenden Größen der Therapeuten- und Leistungskollektive dargestellt. Die korrespondierenden eTabellen befinden sich weiter unten im Anhang.

Die Anzahl der Therapeuten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erbringen, steigt im Zeitverlauf relativ gleichmäßig um insgesamt etwa 20 % an (siehe eAbbildung 38 und 39). Dabei gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Subgruppen der kE und nkE. Da die Anzahl der Therapeuten, die mindestens eine Leistung für mindestens einen sonstigen Erkrankten erbracht haben, verschwindend gering ist, wird diese Subgruppe auf Therapeutenebene nicht dargestellt. Etwa 92 % der Therapeuten, die Patienten mit psychischer Störung behandelt haben, erbringen in den einzelnen betrachteten Jahren mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung für mindestens einen kE. Etwa 8 % der Therapeuten, die Patienten mit psychischer Störung behandelt haben, erbringen keine einzige Leistung für keinen einzigen kE (siehe eAbbildung 38). Diese Beobachtung könnte erklärt werden durch den Anteil der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten bzw. -Psychiater, die wenig kE im Praxisalltag sehen, da diese Diagnosekriterien in der entsprechenden Altersgruppe selten erfüllt sind. Eine genauere Betrachtung der Anteile kE bzw. nkE im Patienten-, Therapeuten- und Leistungskollektiv in Abhängigkeit vom Alter der Patienten und der Berufsgruppe der Therapeuten erfolgt in der Ergebnisdarstellung der sekundären Fragestellung. Die berichteten Anteile verändern sich kaum im Zeitverlauf.

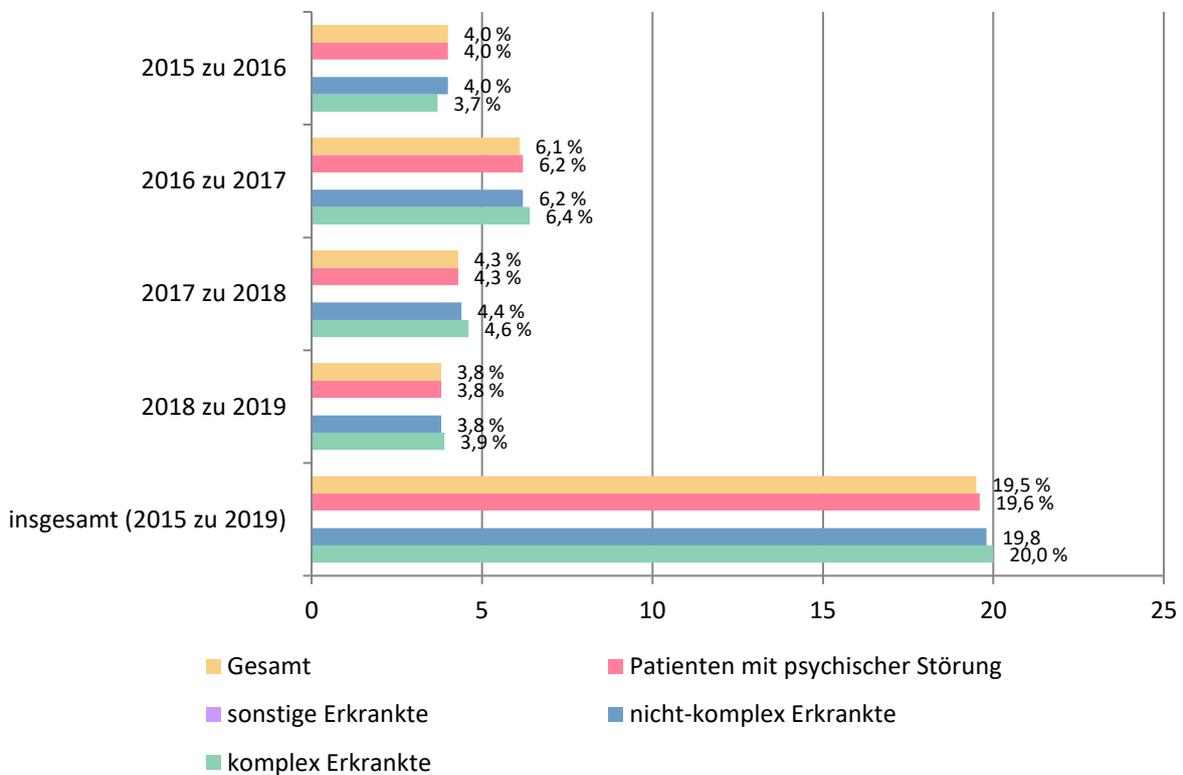
Die Ergebnisse auf der Ebene der abgerechneten Leistungen spiegeln im Wesentlichen die bereits berichteten Ergebnisse im Patientenkollektiv wider. Die Anzahl der abgerechneten ambulanten psychotherapeutischen Leistungen steigt sowohl bei kE als auch bei nkE von 2015 bis 2019 deutlich an (siehe eAbbildung 41). Die größten Anstiege finden von 2016 zu 2017 sowie von 2017 zu 2018 statt. Die Anzahl der Leistungen, die für kE abgerechnet wurden, steigt etwas stärker an (43,4 %) als die Anzahl der Leistungen, die für nkE abgerechnet wurden (35,1 %) (siehe eAbbildung 42). Innerhalb der Gruppe der Patienten mit psychischer Störung entfallen etwa 25 % der Leistungen auf kE und etwa 70 % auf nkE. Nur ein geringer Anteil von 5 % der Leistungen wird für sonstige Erkrankte abgerechnet. Im Zeitverlauf nimmt der Anteil der Leistungen, die für kE abgerechnet wurden, geringfügig um etwa 1 % zu und der Anteil der Leistungen, die für nkE abgerechnet wurden, um etwa 1,5 % ab (siehe eAbbildung 43). Diese minimalen Verschiebungen der Anteile erfolgen gleichmäßig im Zeitverlauf. Auch auf der Ebene der abgerechneten Leistungen kann die Hypothese, dass der Umfang der realisierten ambulanten psychotherapeutischen Leistungen in der Gruppe der kE stärker zunimmt als in der Gruppe der nkE, bestätigt werden. Allerdings können wir keine Hinweise auf einen entscheidenden Einfluss der Reform auf diese Veränderungen nachweisen.

Anzahl der Therapeuten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erbracht haben - differenziert nach Diagnosegruppe



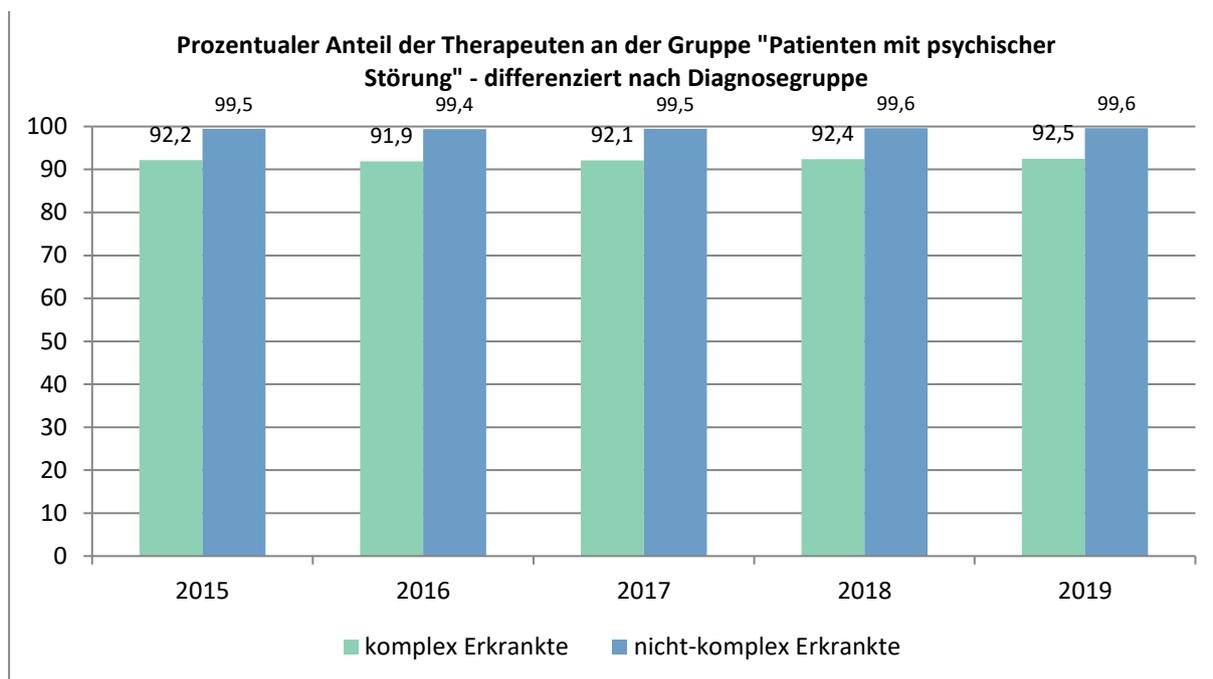
eAbbildung 38. Anzahl der Therapeuten, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung für eine bestimmte Diagnosegruppe erbracht haben – differenziert nach Diagnosegruppe.

Relative Veränderung der Anzahl Therapeuten im Zeitverlauf in Prozent - differenziert nach Diagnosegruppe

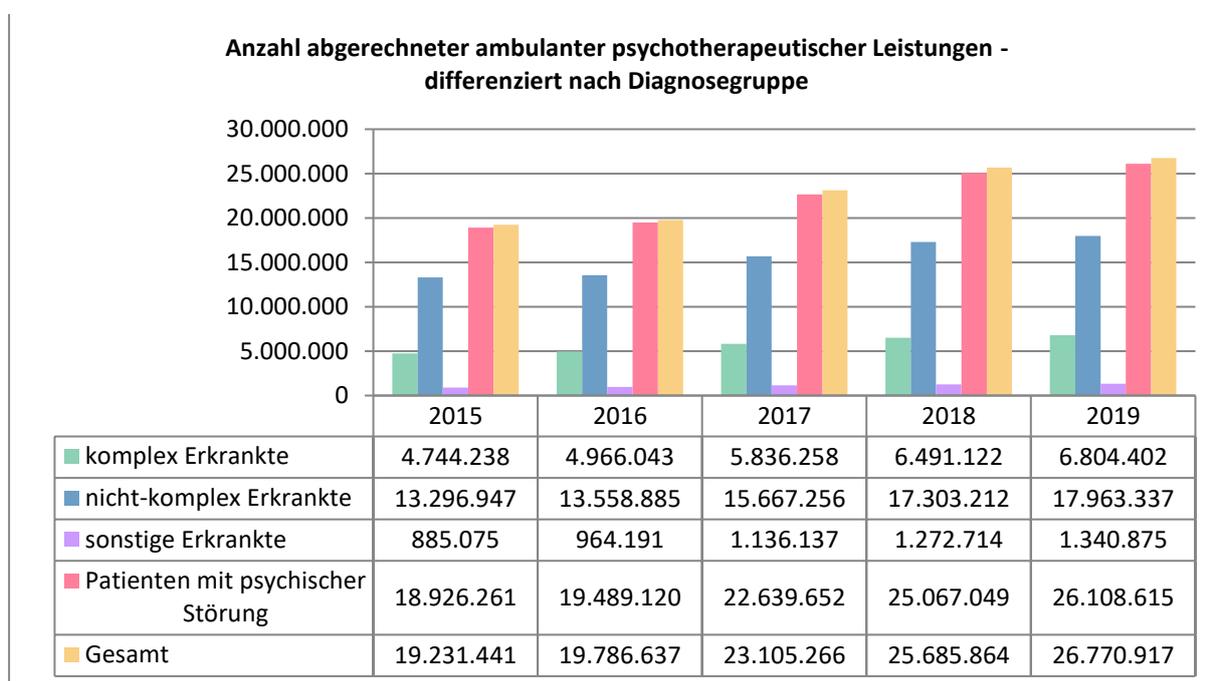


eAbbildung 39. Relative Veränderungen der Anzahl Therapeuten, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung für eine bestimmte

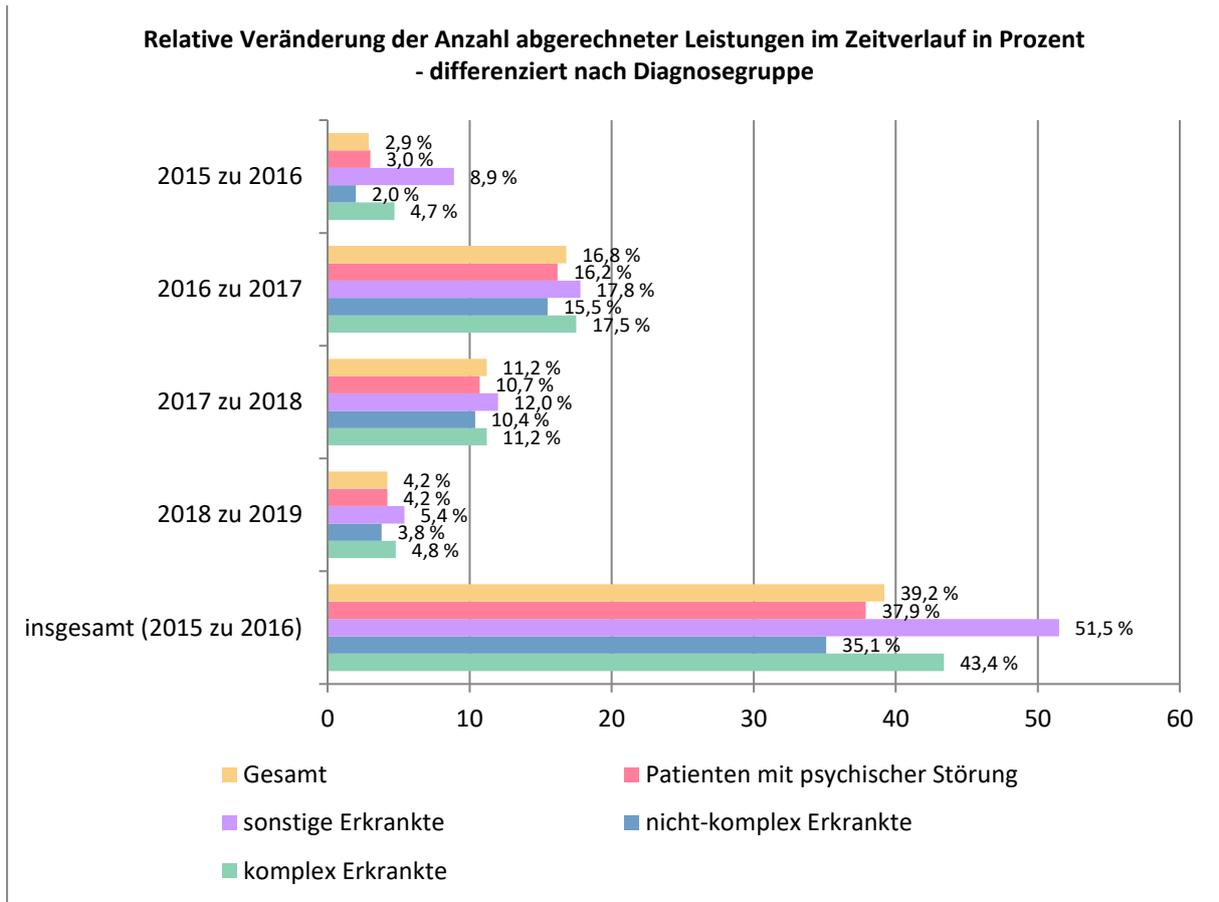
Diagnosegruppe erbracht haben, im Vergleich zum Vorjahr bzw. zu 2015 in Prozent – differenziert nach Diagnosegruppe.



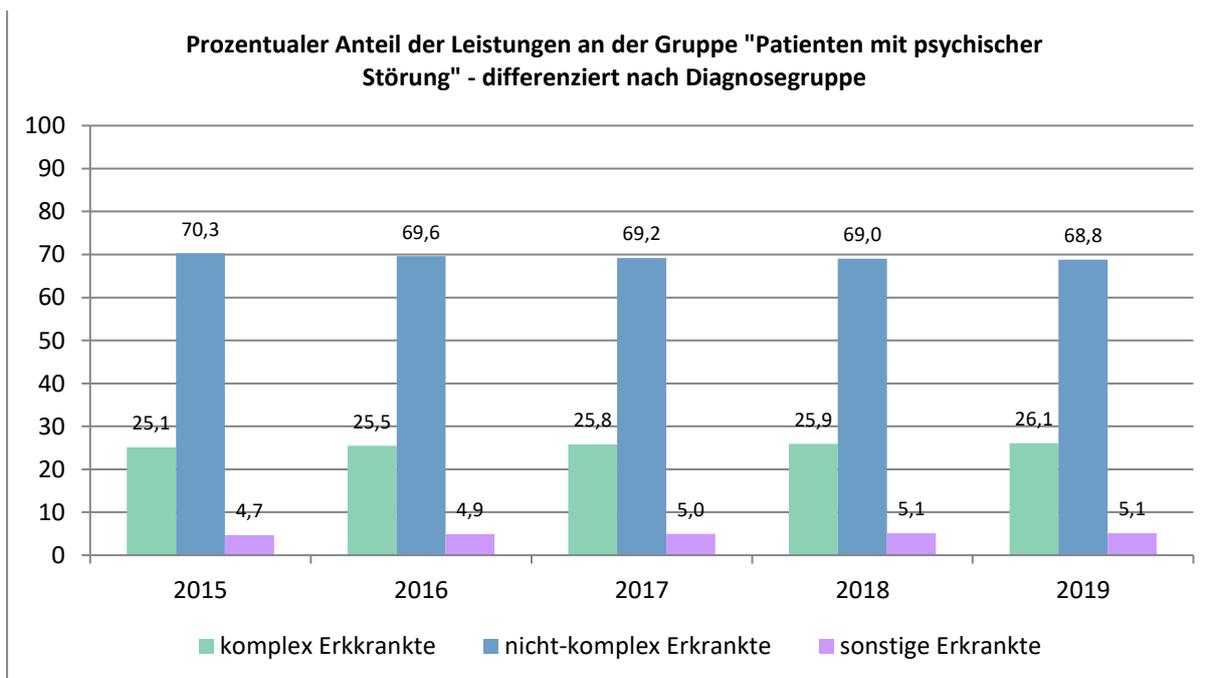
eAbbildung 40. Prozentuale Anteile der Therapeuten, die für die einzelnen Diagnosegruppen Leistungen erbracht haben, an allen Therapeuten, die Leistungen für Patienten mit psychischer Störung erbracht haben – differenziert nach Diagnosegruppe.



eAbbildung 41. Anzahl der ambulanten psychotherapeutischen Leistungen, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 für eine bestimmte Diagnosegruppe abgerechnet wurden – differenziert nach Diagnosegruppe.



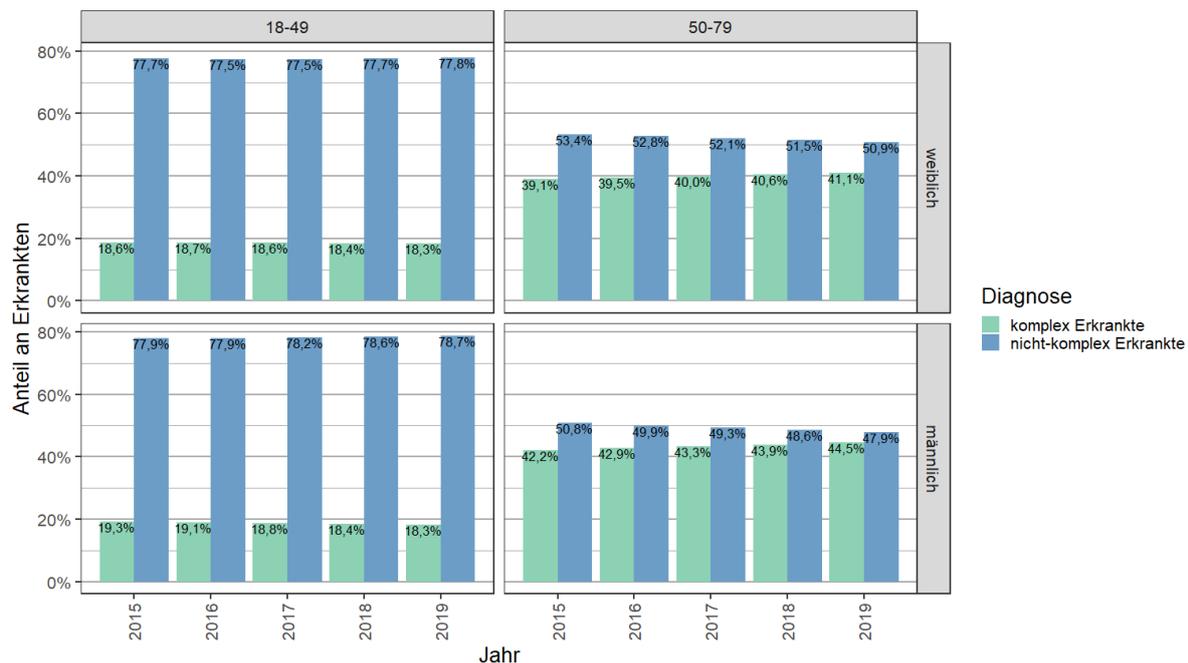
eAbbildung 42. Relative Veränderungen der Anzahl der ambulanten psychotherapeutischen Leistungen, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 für eine bestimmte Diagnosegruppe abgerechnet wurden, im Vergleich zum Vorjahr bzw. zu 2015 in Prozent – differenziert nach Diagnosegruppe.



eAbbildung 43. Prozentuale Anteile der Leistungen, die für die einzelnen Diagnosegruppen abgerechnet wurden, an allen Leistungen, die für Patienten mit psychischer Störung abgerechnet wurden – differenziert nach Diagnosegruppe.

Anhang 22: Ergebnisse Teilstudie III – Ergebnisse der sekundären Fragestellungen: Unterschiede zwischen kE und nkE in Abhängigkeit von dem Alter und Geschlecht der Patienten

Patientenkollektiv: Die absoluten Häufigkeiten und deren relative Veränderungen sind im Anhang in der eTabelle 51 dargestellt. Die eAbbildung 44 stellt die prozentualen Anteile der Patienten, die in den einzelnen Diagnosegruppen mindestens eine Leistung erhalten haben, an allen behandelten Patienten mit psychischer Störung grafisch dar. In dieser Abbildung sind die einzelnen Alterskohorten zu den zwei Gruppen 18-49 Jahre sowie 50-79 Jahre zusammengefasst. Die korrespondierende eTabelle befindet sich weiter unten im Anhang. Zusätzlich sind in eTabelle 62, eTabelle 63 und eTabelle 64 des Anhangs die prozentualen Anteile differenziert nach den Alterskohorten 18-19 Jahre, 20-29 Jahre, 30-39 Jahre und 40-49 Jahre bzw. 50-59 Jahre, 60-69 Jahre und 70-79 Jahre dargestellt.



eAbbildung 44. Prozentuale Anteile der Patienten, die mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung in einer bestimmten Diagnosegruppe erhalten haben, an der Gruppe „Patienten mit psychischer Störung“ – differenziert nach Alter und Geschlecht der Patienten.

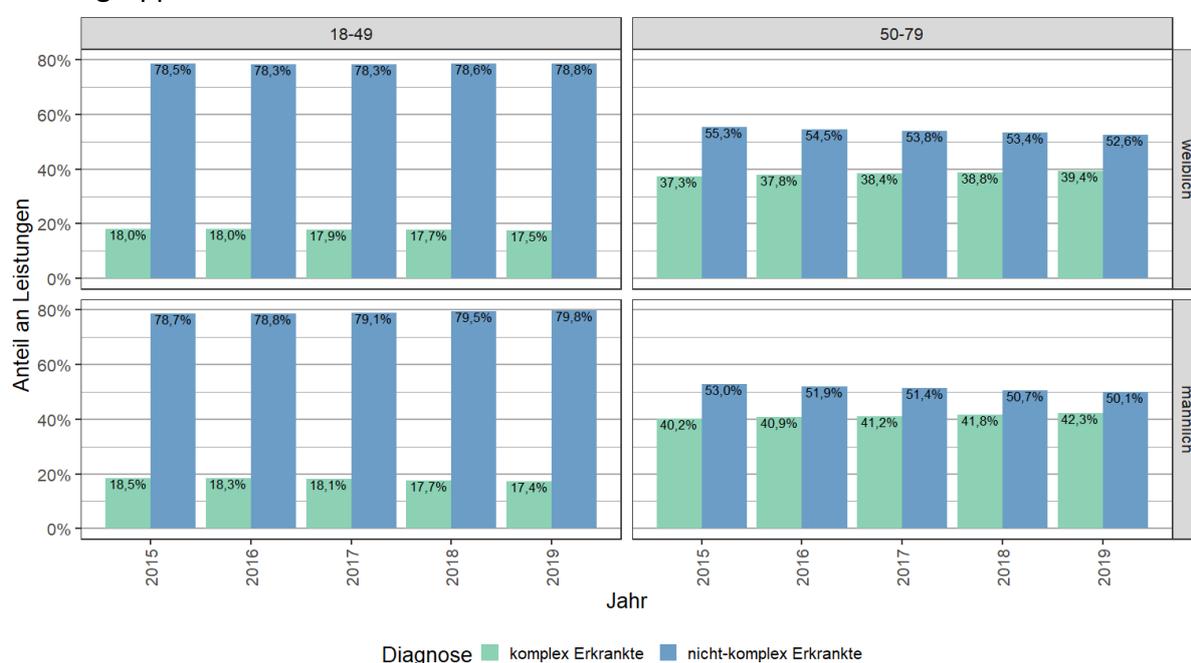
Anhand von eAbbildung 44 sieht man, dass die Anteile kE bzw. nkE erheblich mit dem Alter variieren. Bei den 18-49-Jährigen blieb der Anteil der kE über die Jahre des Beobachtungszeitraumes relativ konstant bei knapp unter 19 %. Der Anteil lag 2015 bei den Männern etwas höher als bei den Frauen (19,1 % gegenüber 18,6 %). Ähnlich verhält sich der Anteil der nkE. Bei den Frauen unter 49 Jahren lag er von 2015 bis 2019 fast unverändert bei ca. 77,7 %. Bei den Männern unter 49 Jahren lag er 2015 und 2016 bei 77,9 % und stieg minimal auf 78,6 % (2018) bzw. 78,7 % (2019) an.

Bei den über 50-Jährigen sind sowohl die Anteile zwischen Männern und Frauen als auch die Anteile zwischen den Jahren unterschiedlicher:

Der Anteil kE Männer an allen männlichen Patienten mit psychischer Störung stieg von 42,2 % in 2015 kontinuierlich auf 44,5 % in 2019 an. Umgekehrt fiel der Anteil nkE Männer von 50,8 % in 2015 kontinuierlich auf 47,9 % in 2019 ab. Der Anteil kE Frauen an allen weiblichen Patienten mit psychischer Störung stieg von 39,1 % in 2015 kontinuierlich auf 41,1 % in 2019. Umgekehrt fiel der Anteil nkE Frauen von 53,4 % in 2015 kontinuierlich auf 50,9 % in 2019. Zusammengefasst gilt für über 50-Jährige Patienten mit psychischer Störung, dass der Anteil kE in

jedem Kalenderjahr zwischen 2015 und 2019 bei Männern mindestens drei Prozent höher war als bei Frauen. Der KE stieg entsprechend bei Männern und Frauen gleichermaßen zwischen den 2015 und 2019 um rund 2 % an.

Leistungskollektiv: Die eAbbildung 45 fasst die prozentualen Anteile an Leistungen, die auf die einzelnen Diagnosegruppen entfallen, aggregiert über die zwei Altersgruppen 18-49 Jahre sowie 50-79 Jahre zusammen. Die korrespondierende eTabelle befindet sich weiter unten im Anhang. Zusätzlich sind in eTabelle 69, eTabelle 70 und eTabelle 71 des Anhangs die prozentualen Anteile differenziert nach den Alterskohorten 18-19 Jahre, 20-29 Jahre, 30-39 Jahre und 40-49 Jahre bzw. 50-59 Jahre, 60-69 Jahre und 70-79 Jahre dargestellt. Alle Aussagen bezüglich der Unterschiede zwischen den Alterskohorten bzw. den Geschlechtern und bezüglich der Entwicklung zwischen den Jahren 2015 und 2019 sind identisch zu den Aussagen auf der Ebene der Patienten. Allerdings waren die Anteile der Leistungen für KE bei den unter 49-Jährigen knapp 1 % geringer als die Anteile der entsprechenden Patientengruppen und bei den über 50-Jährigen rund 2 % geringer als die Anteile der entsprechenden Patientengruppen.



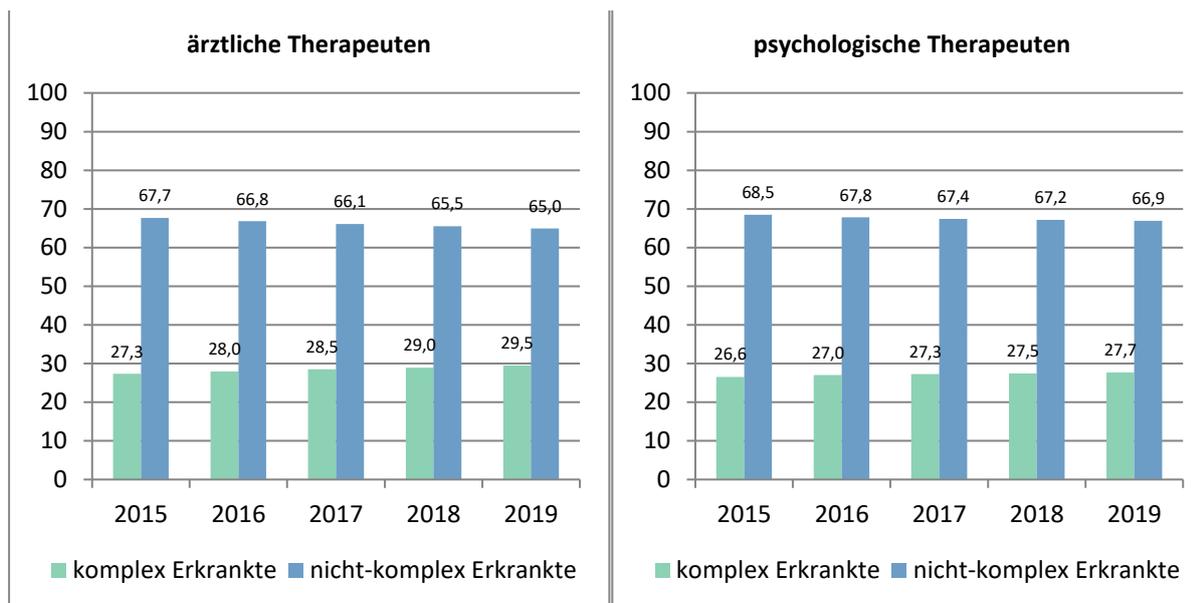
eAbbildung 45. Prozentuale Anteile der Leistungen, die für die einzelnen Diagnosegruppen abgerechnet wurden, an allen Leistungen, die für Patienten mit psychischer Störung abgerechnet wurden – differenziert nach Alter und Geschlecht der Patienten.

Anhang 23: Ergebnisse Teilstudie III – Ergebnisse der sekundären Fragestellungen: Unterschiede zwischen kE und nkE in Abhängigkeit von der Berufsgruppe der Therapeuten

In der Teilstudie III wurden folgende Fachgruppen zur Gruppe der „ärztlichen Therapeuten“ zusammengefasst: Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (FG60), psychotherapeutisch tätige Ärzte (Zusatzbezeichnung) (FG61) und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (FG58). Im Jahr 2019 machte diese Therapeutengruppe 17,6 % des Therapeutenkollektivs der Teilstudie III aus (= Therapeuten, die in einem Kalenderjahr mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung für mindestens einen eingeschlossenen Patienten erbracht haben). Psychologische Psychotherapeuten (FG68) wurden als „psychologische Therapeuten“ eingeordnet und machten im Jahr 2019 75,6 % des Therapeutenkollektivs aus. Auch die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (FG69) wurden als gesonderte Gruppe betrachtet und machten einen Anteil von 15,2 % aller eingeschlossenen Therapeuten aus. Als „sonstige Therapeuten“ wurden alle Therapeuten zusammengefasst, die eine Leistung für einen eingeschlossenen Patienten erbracht haben und einer anderen Fachgruppe als der zuvor genannten angehören (z. B. FG47: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder FG51: Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie). Diese Gruppe machte im Jahr 2019 9,1 % des Therapeutenkollektivs aus. Zudem gibt es Therapeuten, die innerhalb eines Kalenderjahres Leistungen unter verschiedenen Fachgruppennummern abgerechnet haben. Ein Teil dieser Therapeuten lässt sich aufgrund dessen mehr als einer der zuvor genannten definierten Therapeutengruppen zuordnen. Letztgenannte Therapeuten entsprachen jedoch insgesamt nur 0,6 % des Therapeutenkollektivs im Jahr 2019. Im Folgenden werden nur die Ergebnisse der zwei größten Therapeutengruppen „ärztliche Therapeuten“ und „psychologische Therapeuten“ dargestellt. Die Ergebnisse der anderen Therapeutengruppen sind in den eTabellen im Anhang dargestellt.

Patientenkollektiv: Die absoluten Häufigkeiten und deren relative Veränderungen sind im Anhang in der eTabelle 74 dargestellt. Die eAbbildung 46 stellt die prozentualen Anteile der Patienten, die in den einzelnen Diagnosegruppen mindestens eine Leistung erhalten haben, an allen behandelten Patienten mit psychischer Störung getrennt nach Therapeutengruppe grafisch dar. Die korrespondierende eTabelle findet sich weiter unten im Anhang.

Im Jahr 2015 waren 27,3 % aller Patienten mit psychischer Störung, die von ärztlichen Therapeuten behandelt werden, kE und 67,7 % nkE. Der Anteil der kE steigt im Zeitverlauf um 2,2 % an, während der Anteil der nkE um 2,7 % sinkt. In der Gruppe der psychologischen Therapeuten bilden sich ähnliche Unterschiede und Trends ab, allerdings ist hier der Anteil kE noch etwas geringer und steigt im nicht so stark an. Im Jahr 2015 waren 26,6 % aller Patienten mit psychischer Störung, die von psychologischen Therapeuten behandelt werden, kE und 68,5 % nkE. Der Anteil der kE steigt im Zeitverlauf um 1,2 % an, während der Anteil der nkE um 1,6 % sinkt.



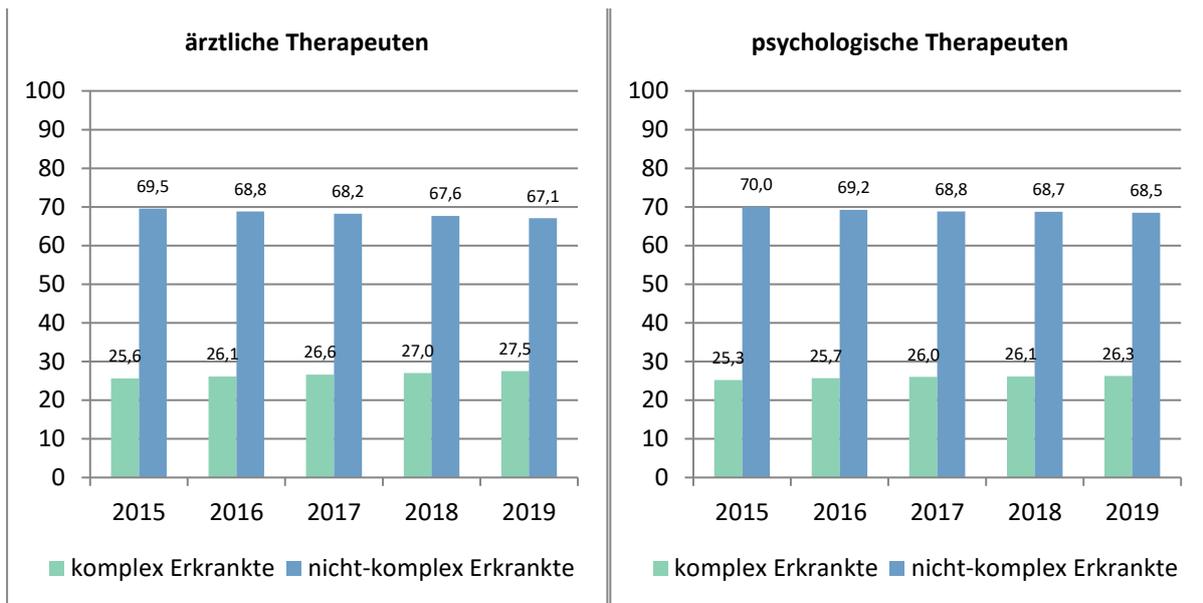
eAbbildung 46. Prozentuale Anteile der Patienten, die in einer Diagnosegruppe Leistungen von einem ärztlichen oder psychologischen Therapeuten erhalten haben, an allen Patienten mit psychischer Störung, die von der jeweiligen Therapeutengruppe Leistungen erhalten haben.

Therapeutenkollektiv: Die absoluten Häufigkeiten, deren relative Veränderungen sowie die prozentualen Anteile der Subgruppen der kE und nkE an der Gruppe der Patienten mit psychischer Störung sind weiter unten im Anhang in eTabelle 74 und eTabelle 75 dargestellt.

Leistungskollektiv: Die absoluten Häufigkeiten und deren relative Veränderungen sind weiter unten im Anhang in der eTabelle 78 dargestellt.

Die eAbbildung 47 stellt die prozentualen Anteile der Leistungen, die für die einzelnen Diagnosegruppen abgerechnet wurden, an allen Leistungen, die für Patienten mit psychischer Störung abgerechnet wurden, getrennt nach Therapeutengruppe grafisch dar. Die korrespondierende eTabelle findet sich weiter unten im Anhang.

Im Jahr 2015 entfielen 25,6 % aller Leistungen, die von ärztlichen Therapeuten für Patienten mit psychischer Störung abgerechnet wurden, auf kE und 69,5 % auf nkE. Der Anteil der Leistungen für kE steigt im Zeitverlauf um 1,9 % an, während der Anteil für nkE um 2,4 % sinkt. In der Gruppe der psychologischen Therapeuten bilden sich ähnliche Gruppenunterschiede und zeitliche Trends ab, allerdings ist hier der Anteil der Leistungen für kE noch etwas geringer und steigt im nicht so stark an. Im Jahr 2015 entfielen 25,3 % aller Leistungen, die von psychologischen Therapeuten für Patienten mit psychischer Störung abgerechnet wurden, auf kE und 70,0 % auf nkE. Der Anteil der Leistungen für kE steigt im Zeitverlauf um 1,0 % an, während der Anteil für nkE um 1,5 % sinkt.



eAbbildung 47. Prozentuale Anteile der Leistungen, die für eine Diagnosegruppe von einem ärztlichen oder psychologischen Therapeuten abgerechnet wurden, an allen Leistungen, die für Patienten mit psychischer Störung von der jeweiligen Therapeutengruppe abgerechnet wurden.

Anhang 24: Ergebnisse Teilstudie III – Ergebnisse der sekundären Fragestellungen: Unterschiede zwischen kE und nkE in Abhängigkeit von dem KV-Versorgungsgebiet

Patientenkollektiv: Die absoluten Häufigkeiten und deren relative Veränderungen sind weiter unten im Anhang in der eTabelle 80 dargestellt.

Die eAbbildung 48 stellt die prozentualen Anteile der Patienten, die in den einzelnen Diagnosgruppen mindestens eine Leistung erhalten haben, an allen behandelten Patienten mit psychischer Störung getrennt nach KV-Versorgungsgebiet grafisch dar. Die korrespondierende eTabelle findet sich weiter unten im Anhang.

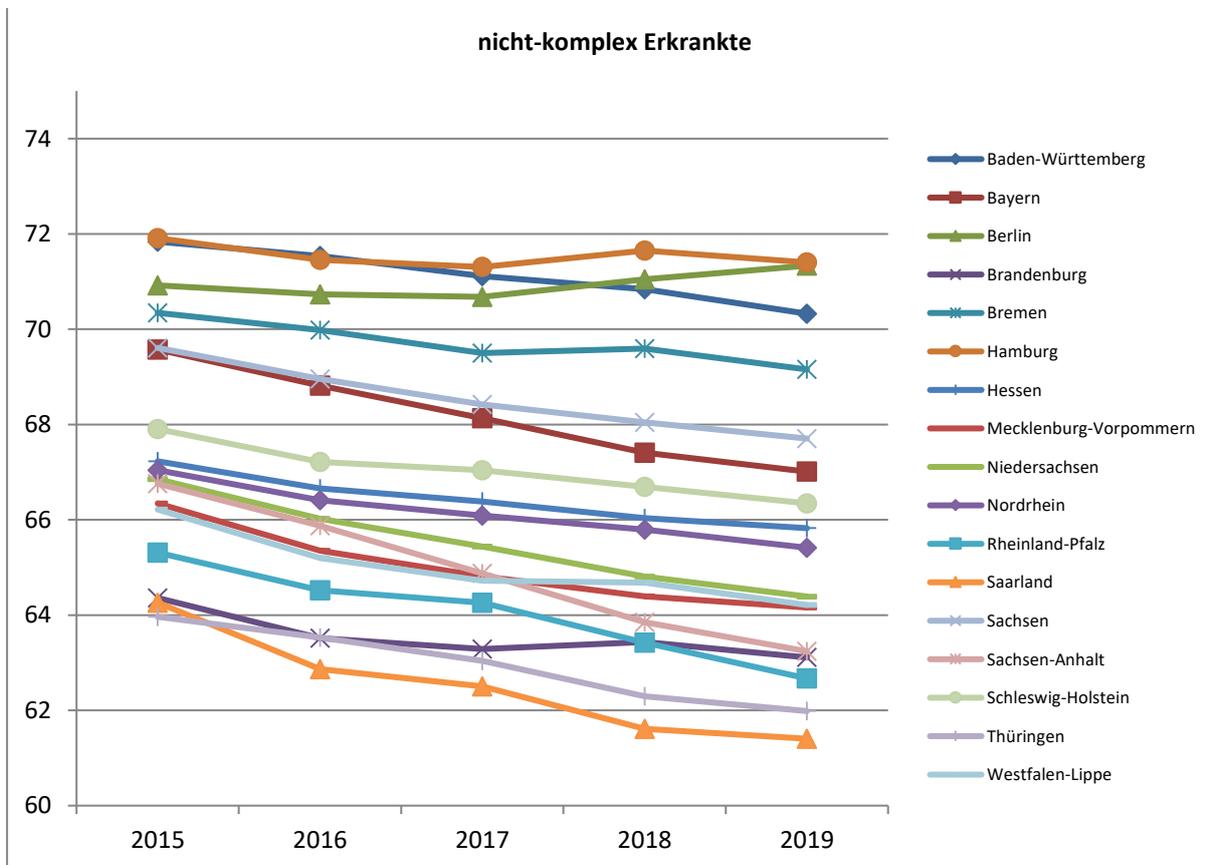
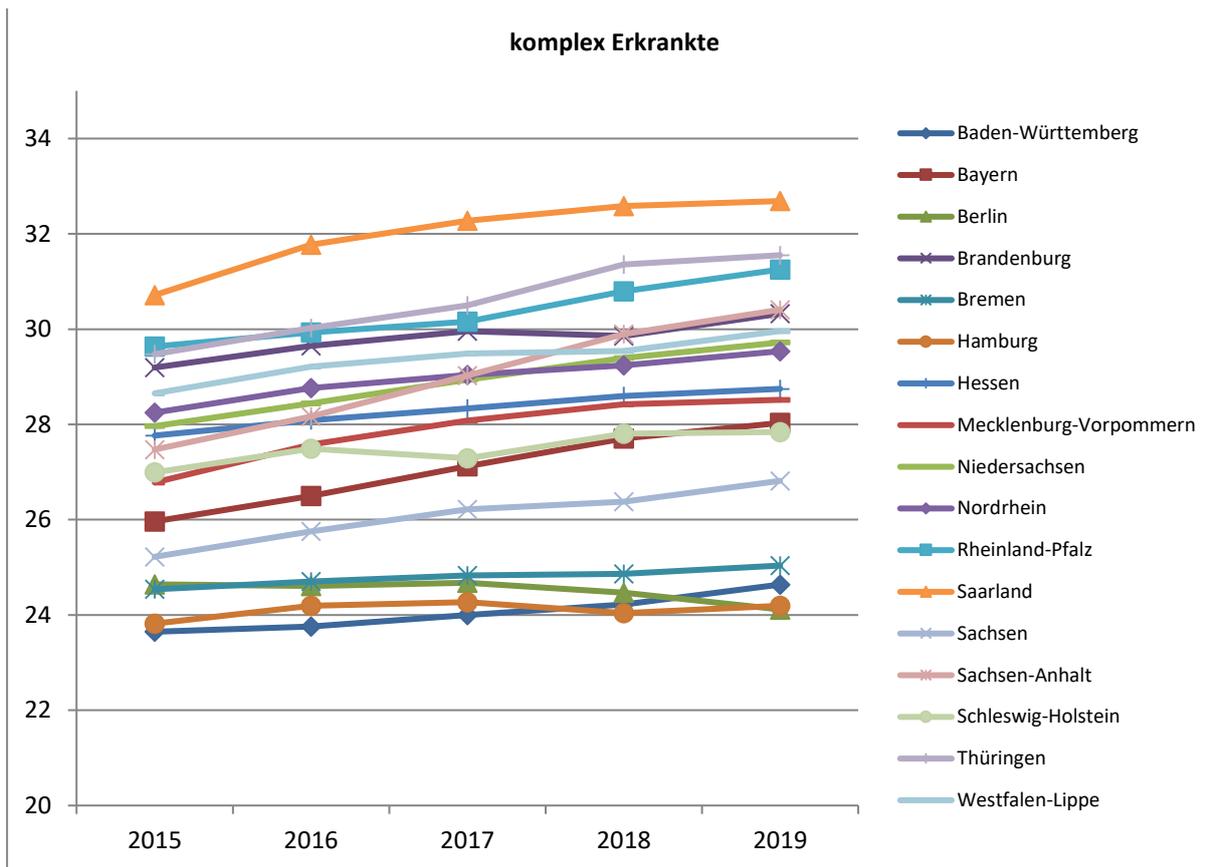
Der Anteil der behandelten kE an allen behandelten Patienten mit psychischer Störung war in den Jahren 2015 bis 2019 am größten im Saarland (31 %-33 %), gefolgt von Thüringen (29 %-32 %) und Rheinland-Pfalz (29 %-31 %) und am geringsten in Berlin (25 %-24 %), Hamburg (ca. 24 %), Baden-Württemberg (24 %-25 %) und Bremen (ca. 25 %).

Der Anteil der kE stieg von 2015 bis 2019 am stärksten in Sachsen-Anhalt (2,9 %), Thüringen bzw. Bayern (2,1 %) und im Saarland (2,0 %) an und nahm am schwächsten zu in Hamburg (0,4 %), Bremen (0,8 %), Schleswig-Holstein (0,9 %) und Hessen/Baden-Württemberg (1,0 %). In Berlin sank der Anteil behandelter kE von 2015 bis 2019 sogar um 0,5 %.

Der Anteil der behandelten nkE an allen behandelten Patienten mit psychischer Störung war in den Jahren 2015 bis 2019 am größten in Hamburg (72 %-71 %), Berlin (ca. 71 %) und Baden-Württemberg (72-70 %) und am geringsten im Saarland (64 %-61 %) und in Thüringen (64 %-62 %).

Der Anteil der nkE sank von 2015 bis 2019 am stärksten in Sachsen-Anhalt (-3,5 %), im Saarland (-2,9 %), in Rheinland-Pfalz bzw. Bayern (je 2,6 %) und Niedersachsen (-2,5 %) und nahm am schwächsten ab in Hamburg (-0,5 %), Bremen (-1,2 %), Brandenburg (-1,3 %), Hessen (-1,4 %) und Baden-Württemberg (-1,5 %).

In Berlin stieg der Anteil behandelter nkE von 2015 bis 2019 sogar um 0,4 %.



eAbbildung 48. Prozentuale Anteile der Patienten, die in einer Diagnosegruppe Leistungen innerhalb eines bestimmten KV-Versorgungsgebietes erhalten haben, an allen Patienten mit psychischer Störung, die innerhalb dieses KV-Versorgungsgebietes Leistungen erhalten haben.

Therapeutenkollektiv: Die absoluten Häufigkeiten, deren relative Veränderungen sowie die prozentualen Anteile der Subgruppen der kE und nkE an der Gruppe der Patienten mit psychischer Störung sind weiter unten im Anhang in eTabelle 82 und eTabelle 83 dargestellt.

Leistungskollektiv: Die absoluten Häufigkeiten und deren relative Veränderungen sind weiter unten im Anhang in der eTabelle 84 dargestellt.

Die eAbbildung 49 stellt die prozentualen Anteile der Leistungen, die für die einzelnen Diagnosegruppen abgerechnet wurden, an allen Leistungen, die für Patienten mit psychischer Störung abgerechnet wurden, getrennt nach KV-Versorgungsgebiet grafisch dar. Die korrespondierende eTabelle findet sich weiter unten im Anhang.

Der Anteil der Leistungen, die für kE abgerechnet wurden, an allen Leistungen, die für Patienten mit psychischer Störung abgerechnet wurden, war im Jahr 2019 am größten im Saarland (31 %) und in Thüringen bzw. Rheinland-Pfalz (je 30 %) und am geringsten in Berlin (21 %) und in Hamburg bzw. Baden-Württemberg bzw. Bremen (je 23 %)

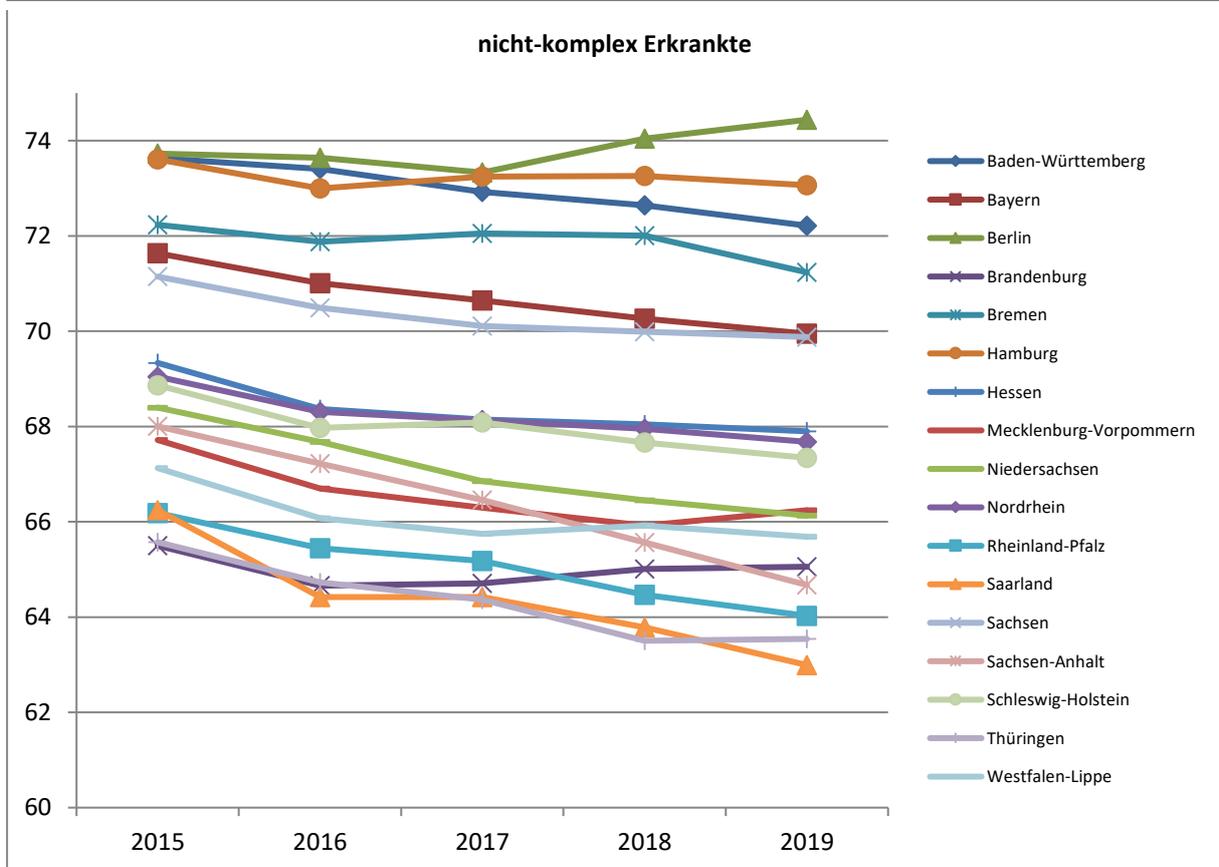
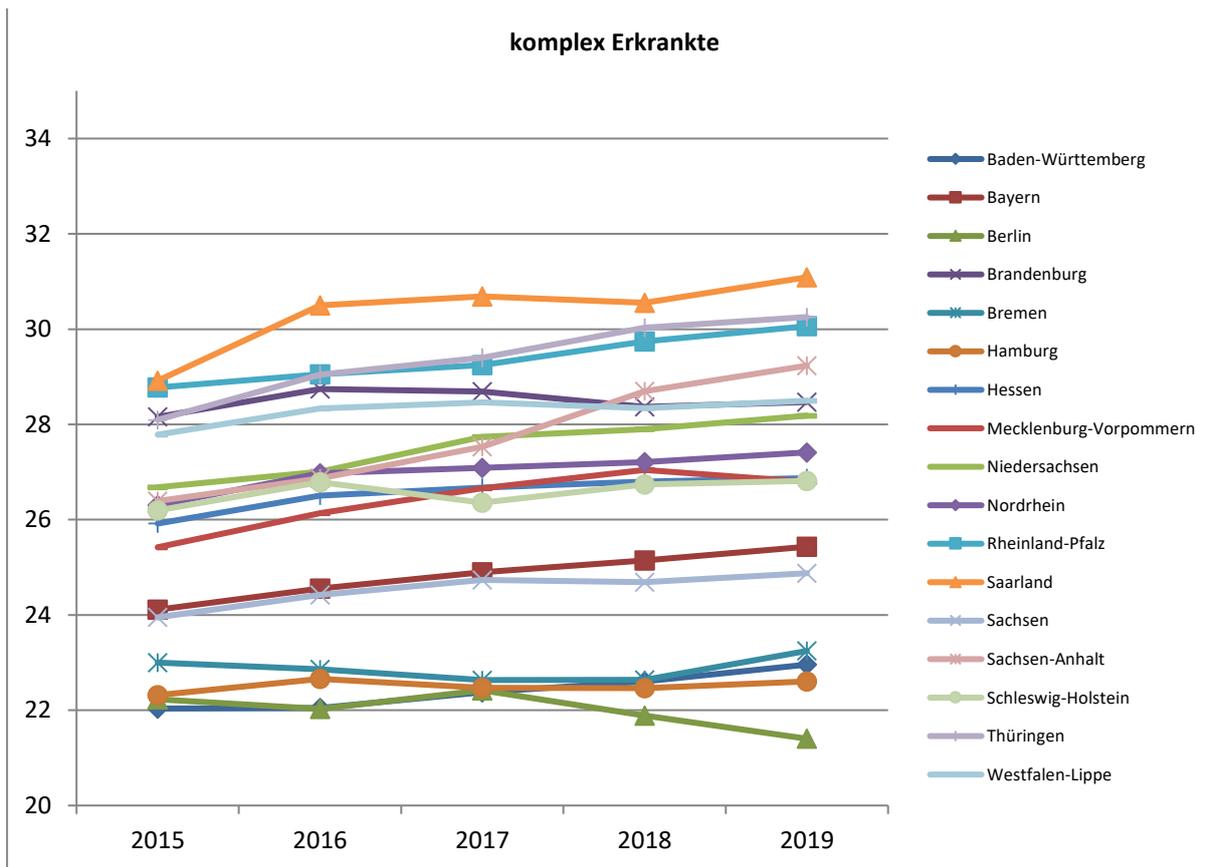
Der Anteil der Leistungen für kE stieg von 2015 bis 2019 am stärksten in Sachsen-Anhalt (2,8 %) und im Saarland bzw. in Thüringen (2,2 %) und nahm am schwächsten zu in Bremen bzw. Hamburg bzw. Brandenburg (je 0,3 %), Schleswig-Holstein (0,6 %) und Westfalen-Lippe (0,7 %).

In Berlin sank der Anteil der Leistungen für kE sogar um 0,8 %.

Der Anteil der Leistungen, die für nkE abgerechnet wurden, an den Leistungen, die für Patienten mit psychischer Störung abgerechnet wurden, war im Jahr 2019 am größten in Berlin (74 %), Hamburg (73 %), Baden-Württemberg (72 %) und Bremen (71 %) und am geringsten im Saarland (63 %), in Thüringen (63,5 %) und in Rheinland-Pfalz (64 %).

Der Anteil der Leistungen für nkE sank von 2015 bis 2019 am stärksten in Sachsen-Anhalt und im Saarland (je -3,3 %) nahm am schwächsten ab in Brandenburg (-0,4 %), Hamburg (-0,5 %) und Bremen (-1,0 %).

In Berlin stieg der Anteil der Leistungen für nkE sogar um 0,7 %.



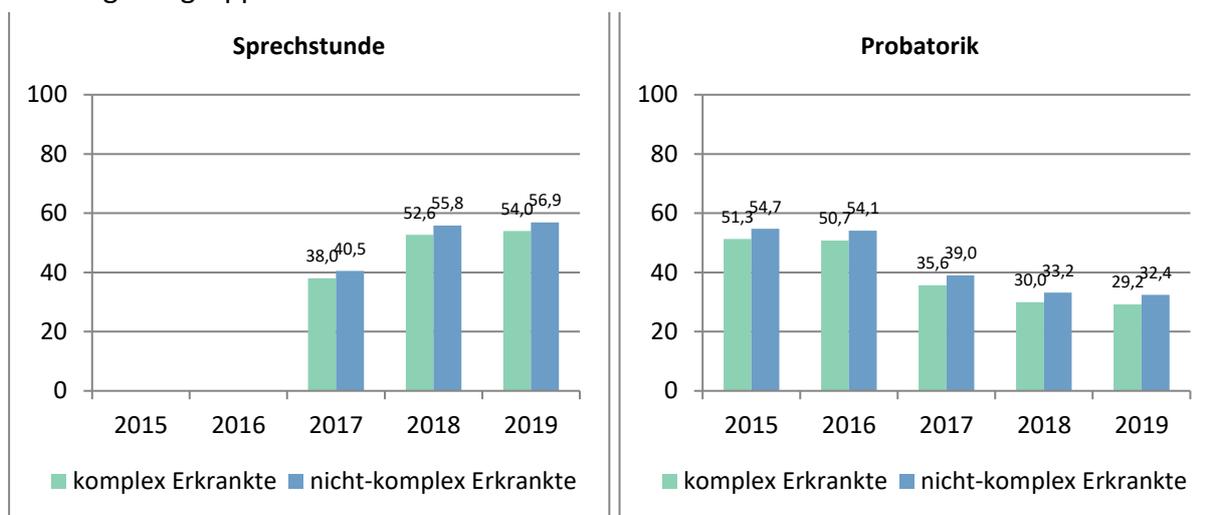
eAbbildung 49. Prozentuale Anteile der Leistungen, die in einer Diagnosegruppe innerhalb eines bestimmten KV-Versorgungsgebietes abgerechnet wurden, an allen Leistungen, die für

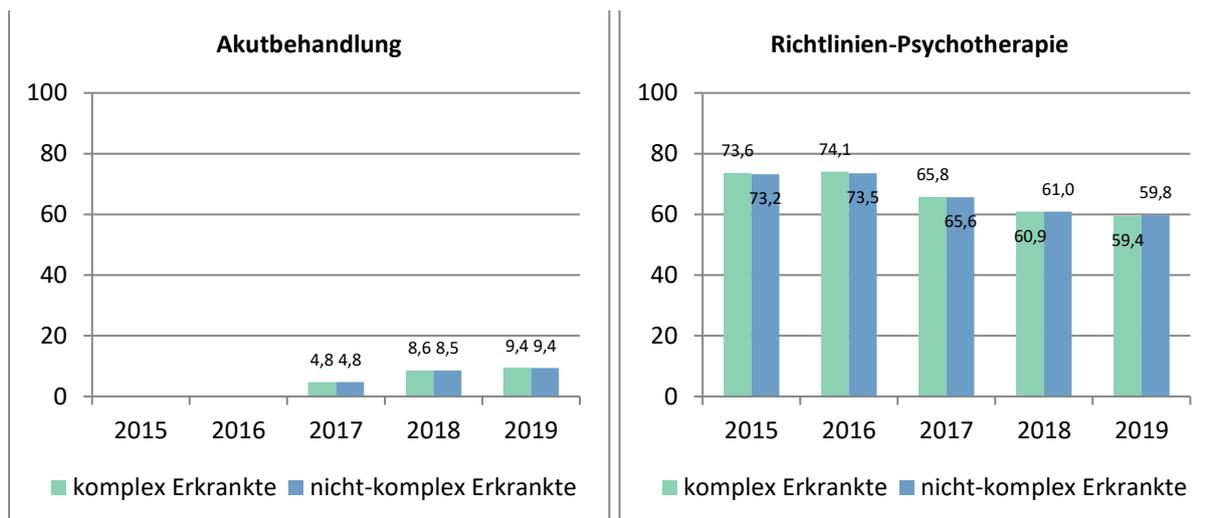
Patienten mit psychischer Störung innerhalb dieses KV-Versorgungsgebietes abgerechnet wurden.

Anhang 25: Ergebnisse Teilstudie III – Ergebnisse der sekundären Fragestellungen: Unterschiede zwischen kE und nKE in Abhängigkeit von der Leistungsart

Patientenkollektiv: Die absoluten Häufigkeiten und deren relative Veränderungen sind weiter unten im Anhang in der eTabelle 86 dargestellt.

Die eAbbildung 50 stellt die prozentualen Anteile der Patienten, die in einer Diagnosegruppe Leistungen einer bestimmten Art erhalten haben, an allen behandelten Patienten einer Diagnosegruppe grafisch dar. Die korrespondierende eTabelle findet sich weiter unten im Anhang. Innerhalb der Subgruppe der nKE erhalten etwas mehr Patienten eine Sprechstunde als innerhalb der Subgruppe der kE. Im Jahr 2017 erhielten 40,5 % der nKE mindestens eine Einheit Sprechstunde im Vergleich zu 38,0 % der kE. Diese Anteile nehmen in beiden Diagnosegruppen im Zeitverlauf um etwa 16 % zu. Innerhalb der Subgruppe der nKE erhalten ebenfalls etwas mehr Patienten eine Probatorik-Sitzung als innerhalb der Subgruppe der kE. Im Jahr 2015 erhielten 54,7 % der nKE mindestens eine Einheit Probatorik im Vergleich zu 51,3 % der kE. Diese Anteile nehmen in beiden Diagnosegruppen im Zeitverlauf um etwa 22 % ab. Die Anteile der Patienten, die mindestens eine Einheit Akutbehandlung erhalten haben, sind in beiden Diagnosegruppen gleich groß und nehmen in beiden Diagnosegruppen von 2017 zu 2019 um etwa 5 % zu (von 4,8 % auf 9,4 %). Auch die Anteile der Patienten, die mindestens eine Einheit Richtlinientherapie erhalten haben, sind in beiden Diagnosegruppen gleich groß (circa 73 % im Jahr 2015) und nehmen im Zeitverlauf in der Diagnosegruppe der kE um etwa 14 % bzw. in der Diagnosegruppe der nKE um etwa 13 % zu.





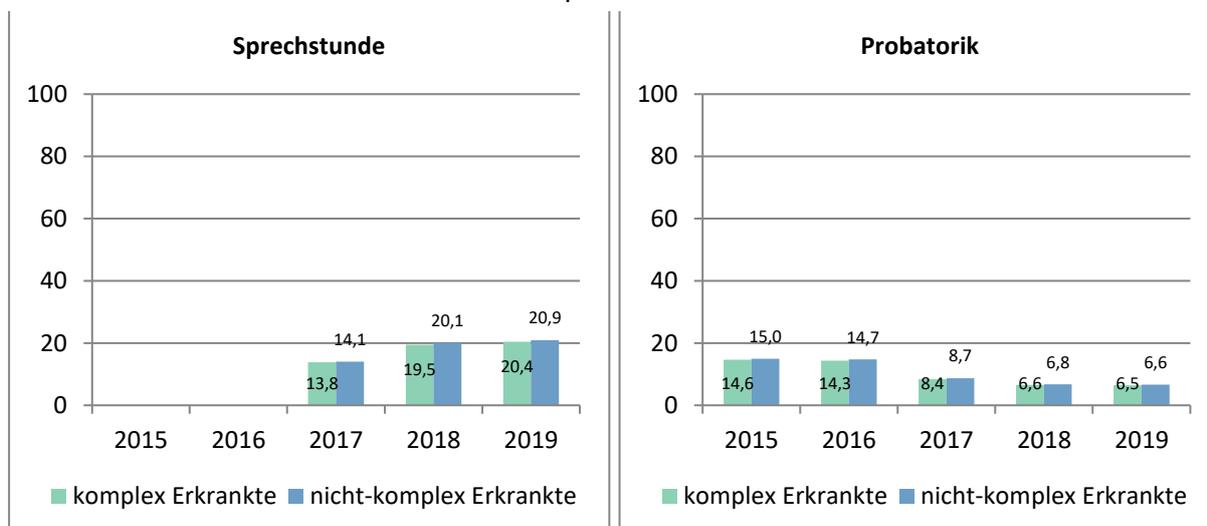
eAbbildung 50. Prozentuale Anteile der Patienten, die in einer Diagnosegruppe Leistungen einer bestimmten Art erhalten haben, an allen behandelten Patienten einer Diagnosegruppe.

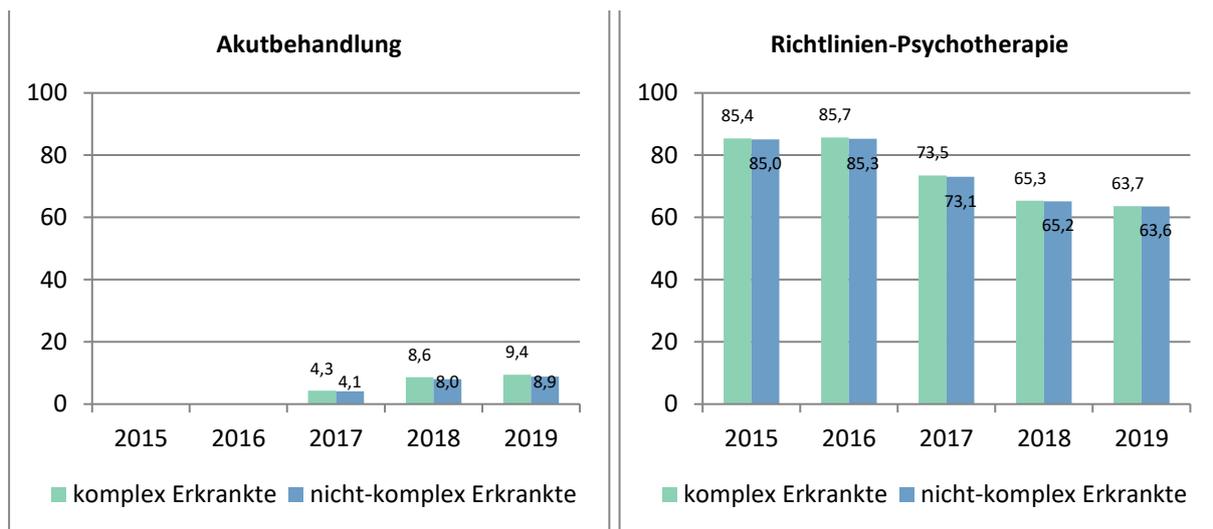
Therapeutenkollektiv: Die absoluten Häufigkeiten der behandelnden Therapeuten, deren relative Veränderungen im Zeitverlauf sowie die prozentualen Anteile der einzelnen durchgeführten Leistungsarten innerhalb der Subgruppen der kE und nkE sind weiter unten im Anhang in eTabelle 88 und eTabelle 89 dargestellt.

Leistungskollektiv: Die absoluten Häufigkeiten und deren relative Veränderungen sind weiter unten im Anhang in der eTabelle 90 dargestellt.

Die eAbbildung 51 stellt die prozentualen Anteile der Leistungen, die für eine Diagnosegruppe für eine bestimmte Leistungsart abgerechnet wurden, an allen Leistungen, die für eine Diagnosegruppe abgerechnet wurden, grafisch dar. Die korrespondierende eTabelle findet sich weiter unten im Anhang.

Die prozentualen Anteile der Leistungen, die in den einzelnen Bereichen abgerechnet wurden, unterscheiden sich zwischen den Diagnosegruppen der kE und nkE kaum. Die maximale Differenz zwischen den Diagnosegruppen beträgt 0,6 Prozentpunkte (Sprechstunde im Jahr 2018, Probatorik im Jahr 2015, Akutbehandlung im Jahr 2018). Die prozentualen Anteile der Leistungen in beiden Diagnosegruppen nehmen im Zeitverlauf im Bereich der Sprechstunde um etwa 7 % zu, im Bereich der Probatorik um etwa 8 % ab, im Bereich der Akutbehandlung um etwa 5 % zu und im Bereich der Richtlinien-therapie um etwa 22 % ab.





eAbbildung 51. Prozentuale Anteile der Leistungen, die für eine Diagnosegruppe für eine bestimmte Leistungsart abgerechnet wurden, an allen Leistungen, die für eine Diagnosegruppe abgerechnet wurden.

Anhang 26: Ergebnisse Teilstudie III – Ergebnisse der sekundären Fragestellungen: Unterschiede zwischen kE und nKE in Abhängigkeit von dem Therapiesetting, der Therapiedauer und dem Richtlinienverfahren

Patientenkollektiv: Die absoluten Häufigkeiten und deren relative Veränderungen sind weiter unten im Anhang in der eTabelle 92 dargestellt.

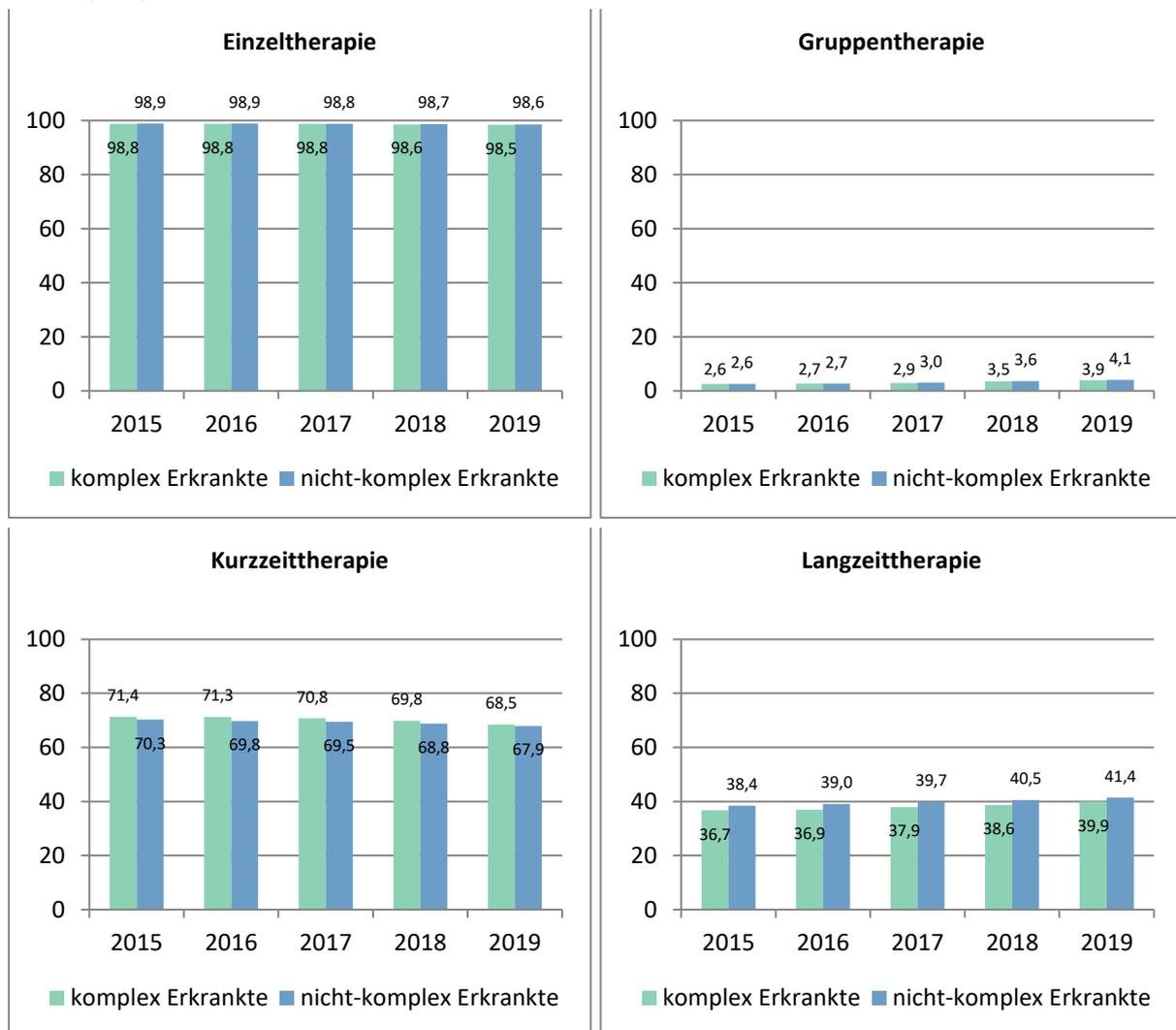
eAbbildung 52 und eAbbildung 53 stellen die prozentualen Anteile der Patienten, die in einer Diagnosegruppe Leistungen eines bestimmten Therapiesettings, einer bestimmten Therapiedauer bzw. eines bestimmten Richtlinienverfahrens erhalten haben, an allen behandelten Patienten einer Diagnosegruppe grafisch dar. Die korrespondierende eTabelle findet sich weiter unten im Anhang.

Die prozentualen Anteile der Patienten, die eine Einzeltherapie bzw. eine Gruppentherapie erhalten, an allen Patienten, die eine Richtlinienpsychotherapie erhalten, unterscheiden sich zwischen den beiden Diagnosegruppen nicht. Im Jahr 2015 erhielten 98,8 % der kE bzw. 98,9 % der nKE mindestens eine Einheit Einzeltherapie sowie jeweils 2,5 % der kE bzw. nKE mindestens eine Einheit Gruppentherapie. Die prozentualen Anteile nehmen im Hinblick auf die Einzeltherapie um 0,4 % (kE) bzw. 0,3 % (nKE) ab sowie im Hinblick auf die Gruppentherapie um 1,4 % (kE) bzw. 1,5 % (nKE) zu.

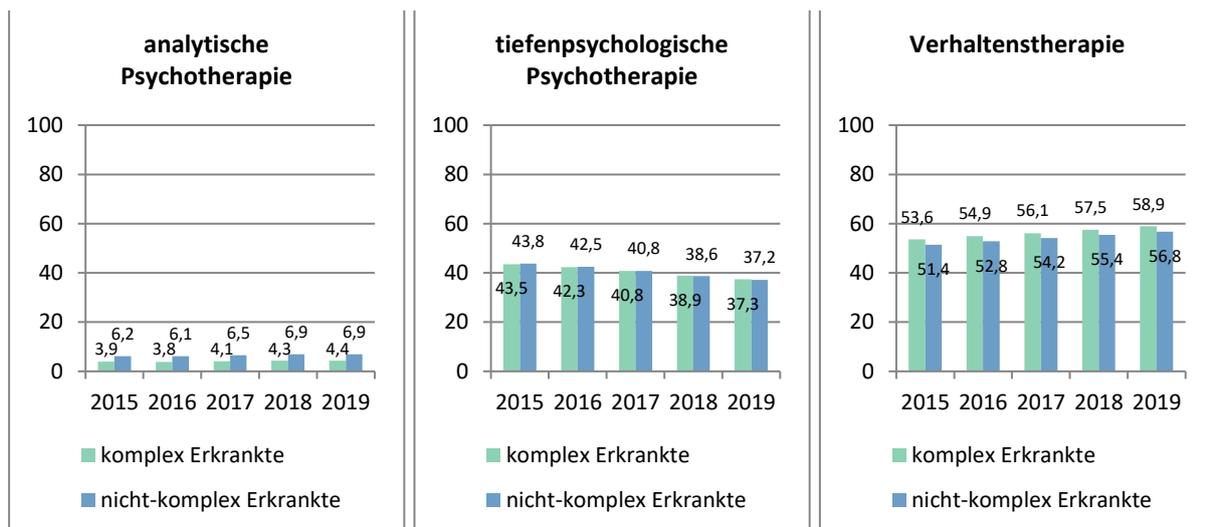
Die prozentualen Anteile der Patienten, die eine Kurzzeittherapie erhalten, an allen Patienten, die eine Richtlinienpsychotherapie erhalten, sind in der Gruppe der kE ein wenig höher ausgeprägt und nehmen im Zeitverlauf ein wenig stärker ab als in der Gruppe der nKE. Im Jahr 2015 erhielten 71,4 % der kE bzw. 70,3 % der nKE mindestens eine Einheit Kurzzeittherapie. Die prozentualen Anteile nahmen im Zeitverlauf um 2,9 % (kE) bzw. 2,4 % (nKE) ab. Die prozentualen Anteile der Patienten, die eine Langzeittherapie erhalten, an allen Patienten, die eine Richtlinienpsychotherapie erhalten, sind in der Gruppe der kE ein wenig niedriger ausgeprägt und nehmen im Zeitverlauf ein wenig stärker zu als in der Gruppe der nKE. Im Jahr 2015 erhielten 36,7 % der kE bzw. 38,4 % der nKE mindestens eine Einheit Langzeittherapie. Die prozentualen Anteile nahmen im Zeitverlauf um 3,2 % (kE) bzw. 3,0 % (nKE) zu.

Der prozentuale Anteil der Patienten, die eine analytische Psychotherapie erhalten, ist in der Diagnosegruppe der kE etwas geringer ausgeprägt als in der Diagnosegruppe der nKE. Im Jahr

2015 erhielten 3,9 % der kE bzw. 6,2 % der nkE mindestens eine Einheit analytische Psychotherapie. Der prozentuale Anteil Patienten in analytischer Psychotherapie nimmt im Zeitverlauf um 0,5 % (kE) bzw. 0,7 % (nkE) zu. Der prozentuale Anteil der Patienten, die eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie erhalten, ist in beiden Diagnosegruppen etwa gleich groß. Im Jahr 2015 erhielten 43,5 % der kE bzw. 43,8 % der nkE mindestens eine Einheit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Der prozentuale Anteil Patienten in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie nimmt im Zeitverlauf um 6,2 % (kE) bzw. 6,6 % (nkE) ab. Der prozentuale Anteil der Patienten, die eine Verhaltenstherapie erhalten, ist in der Diagnosegruppe der kE etwas höher ausgeprägt als in der Diagnosegruppe der nkE. Im Jahr 2015 erhielten 53,6 % der kE bzw. 51,4 % der nkE mindestens eine Einheit Verhaltenstherapie. Der prozentuale Anteil Patienten in Verhaltenstherapie nimmt im Zeitverlauf um 5,3 % (kE) bzw. 5,4 % (nkE) zu.



eAbbildung 52. Prozentuale Anteile der Patienten, die in einer Diagnosegruppe Leistungen eines bestimmten Therapiesettings bzw. einer bestimmten Therapiedauer erhalten haben, an allen behandelten Patienten (Richtlinienpsychotherapie) einer Diagnosegruppe.



eAbbildung 53. Prozentuale Anteile der Patienten, die in einer Diagnosegruppe Leistungen eines bestimmten Richtlinienverfahrens erhalten haben, an allen behandelten Patienten (Richtlinienpsychotherapie) einer Diagnosegruppe.

Therapeutenkollektiv: Die absoluten Häufigkeiten der behandelnden Therapeuten, deren relative Veränderungen im Zeitverlauf sowie die prozentualen Anteile der einzelnen durchgeführten Therapie-Spezifika innerhalb der Subgruppen der kE und nkE sind weiter unten im Anhang in eTabelle 94 und eTabelle 95 dargestellt.

Leistungskollektiv: Die absoluten Häufigkeiten und deren relative Veränderungen sind weiter unten im Anhang in der eTabelle 96 dargestellt.

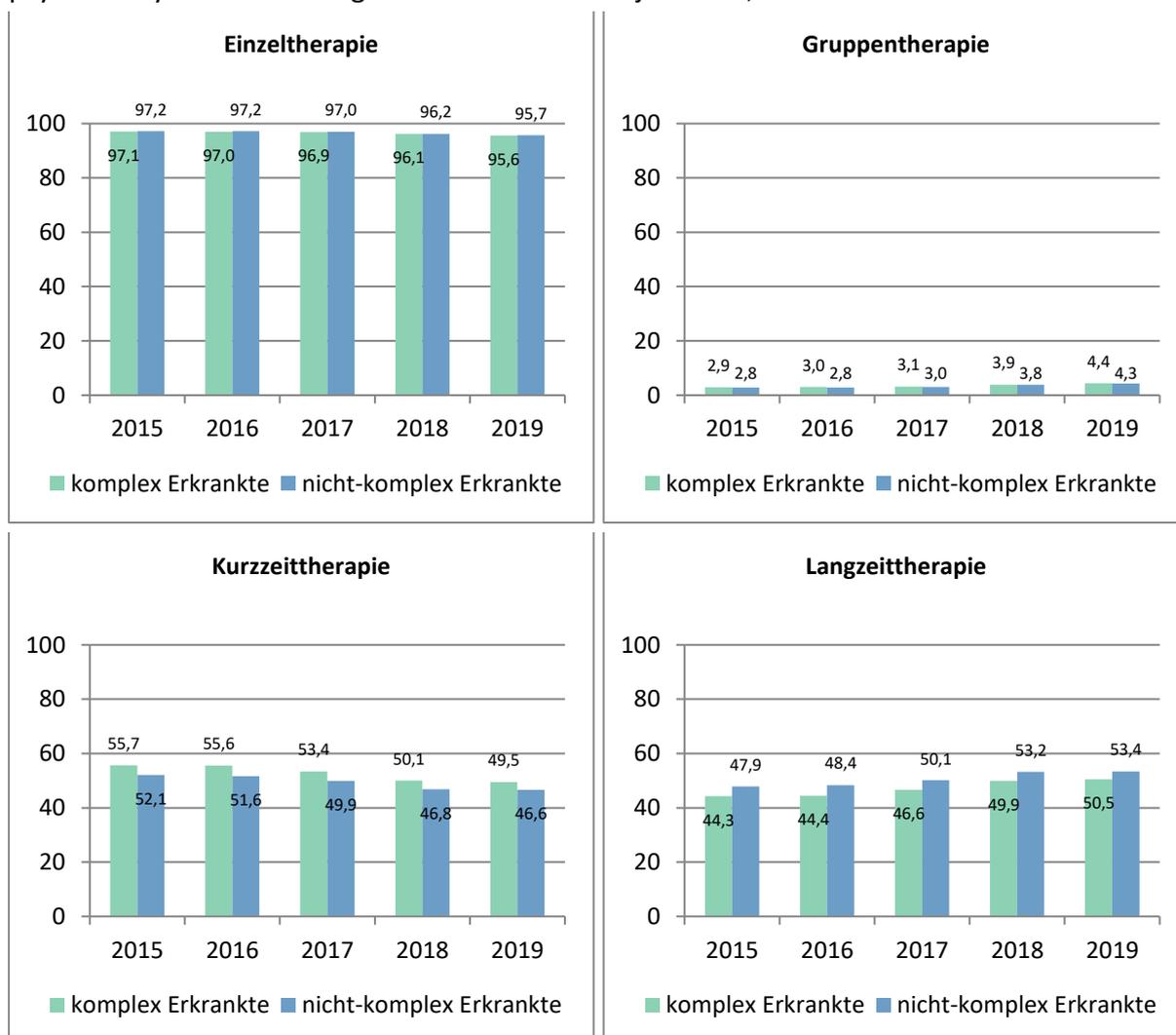
Die eAbbildung 54 und die eAbbildung 55 stellen die prozentualen Anteile der Leistungen, die für eine Diagnosegruppe für ein bestimmtes Therapiesetting, eine bestimmte Therapiedauer bzw. ein bestimmtes Richtlinienverfahren abgerechnet wurden, an allen Leistungen, die in einer Diagnosegruppe abgerechnet wurden, grafisch dar. Die korrespondierende eTabelle findet sich weiter unten im Anhang.

Die prozentualen Anteile der im Bereich Einzeltherapie abgerechneten Leistungen an allen abgerechneten Leistungen im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie unterscheiden sich in beiden Diagnosegruppen kaum. Im Jahr 2015 wurden in der Subgruppe der kE 97,1 % aller Richtlinien-Leistungen und in der Subgruppe der nkE 97,2 % aller Richtlinien-Leistungen im Bereich Einzeltherapie abgerechnet. Die prozentualen Anteile nehmen im Zeitverlauf in beiden Diagnosegruppen um 1,5 % ab. Auch die prozentualen Anteile der im Bereich Gruppentherapie abgerechneten Leistungen an allen abgerechneten Leistungen im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie unterscheiden sich in beiden Diagnosegruppen kaum. Im Jahr 2015 wurden in der Subgruppe der kE 2,9 % aller Richtlinien-Leistungen und in der Subgruppe der nkE 2,8 % aller Richtlinien-Leistungen im Bereich Gruppentherapie abgerechnet. Die prozentualen Anteile nehmen im Zeitverlauf in beiden Diagnosegruppen um 1,5 % zu.

Die prozentualen Anteile der im Bereich Kurzzeittherapie abgerechneten Leistungen an allen abgerechneten Leistungen im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie sind in der Subgruppe der kE etwas höher ausgeprägt als in der Subgruppe der nkE. Im Jahr 2015 wurden in der Subgruppe der kE 55,7 % aller Richtlinien-Leistungen und in der Subgruppe der nkE 52,1 % aller Richtlinien-Leistungen im Bereich Kurzzeittherapie abgerechnet. Die prozentualen Anteile nehmen im Zeitverlauf um 6,2 % (kE) bzw. 5,5 % (nkE) ab. Auch die prozentualen Anteile der im Bereich Langzeittherapie abgerechneten Leistungen an allen abgerechneten Leistungen im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie sind in der Subgruppe der kE etwas geringer ausgeprägt als in der Subgruppe der nkE. Im Jahr 2015 wurden in der Subgruppe der kE 44,3 % aller Richtlinien-Leistungen und in der Subgruppe der nkE 47,9 % aller Richtlinien-Leistungen

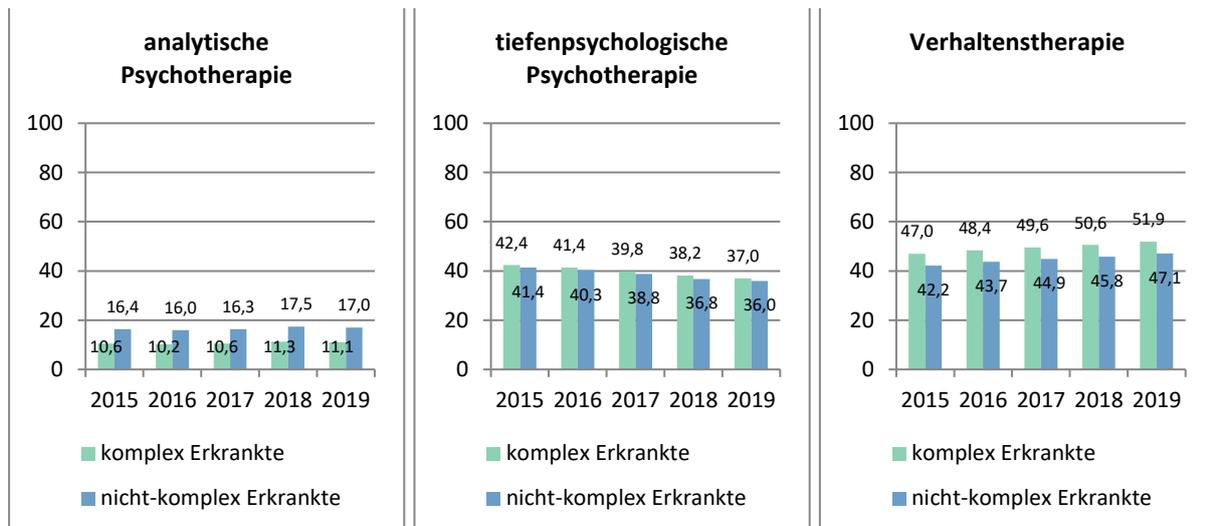
im Bereich Langzeittherapie abgerechnet. Die prozentualen Anteile nehmen im Zeitverlauf in beiden Diagnosegruppen um 6,2 % (kE) bzw. 5,5 % (nkE) zu.

Der prozentuale Anteil der im Bereich analytische Psychotherapie abgerechneten Leistungen an allen Richtlinien-Leistungen ist bei den kE geringer ausgeprägt als bei den nkE. Im Jahr 2015 wurden in der Subgruppe der kE 10,6 % aller Richtlinien-Leistungen bzw. in der Subgruppe der nkE 16,4 % aller Richtlinien-Leistungen im Bereich analytische Psychotherapie abgerechnet. In beiden Diagnosegruppen steigt der prozentuale Anteil abgerechneter psychoanalytischer Leistungen im Zeitverlauf um 0,5 % (kE) bzw. 0,6 % (nkE) an. Der prozentuale Anteil der im Bereich tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie abgerechneten Leistungen ist in beiden Diagnosegruppen etwa gleich ausgeprägt. Im Jahr 2015 wurden in der Subgruppe der kE 42,4 % aller Richtlinien-Leistungen bzw. in der Subgruppe der nkE 41,4 % aller Richtlinien-Leistungen im Bereich tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie abgerechnet. In beiden Diagnosegruppen sinkt der prozentuale Anteil abgerechneter tiefenpsychologischer Leistungen im Zeitverlauf um jeweils 5,4 % ab. Der prozentuale Anteil der im Bereich Verhaltenstherapie abgerechneten Leistungen an allen Richtlinien-Leistungen ist bei den kE höher ausgeprägt als bei den nkE. Im Jahr 2015 wurden in der Subgruppe der kE 47,0 % aller Richtlinien-Leistungen bzw. in der Subgruppe der nkE 42,2 % aller Richtlinien-Leistungen im Bereich Verhaltenstherapie abgerechnet. In beiden Diagnosegruppen steigt der prozentuale Anteil abgerechneter psychoanalytischer Leistungen im Zeitverlauf um jeweils 4,9 % an.



eAbbildung 54. Prozentuale Anteile der Leistungen, die für eine Diagnosegruppe für ein bestimmtes Therapiesetting bzw. eine bestimmte Therapiedauer abgerechnet wurden, an

allen Leistungen (Richtlinienpsychotherapie), die in einer Diagnosegruppe abgerechnet wurden.



eAbbildung 55. Prozentuale Anteile der Leistungen, die für eine Diagnosegruppe für ein bestimmtes Richtlinienverfahren abgerechnet wurden, an allen Leistungen (Richtlinienpsychotherapie), die in einer Diagnosegruppe abgerechnet wurden.

Anhang 27: Ergebnisse Teilstudie III – Patienten-, Therapeuten- und Leistungskollektive

eTabelle 51. Absolute Häufigkeiten der Patienten, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erhalten haben sowie prozentuale Veränderung in jedem Jahr relativ zum Vorjahr und prozentuale Veränderung in 2019 relativ zu 2015 – differenziert nach Ein- und Ausschlusskriterien.

Empfänger der Leistung	absolute Häufigkeiten 2015	Veränderung 2015-2016 in %	absolute Häufigkeiten 2016	Veränderung 2016-2015 in %	absolute Häufigkeiten 2017	Veränderung 2017-2018 in %	absolute Häufigkeiten 2018	Veränderung 2018-2019 in %	absolute Häufigkeiten 2019	Veränderung 2015-2019 in %
<18 Jahre	237.927	2,40	243.629	22,18	297.661	16,43	346.555	7,27	371.745	56,24
>79 Jahre	8.524	13,14	9.644	33,69	12.893	31,28	16.926	18,60	20.074	135,50
F00-09	39.631	2,85	40.761	16,46	47.470	9,20	51.836	5,41	54.641	37,87
F70-79	13.058	1,72	13.283	20,82	16.048	15,40	18.520	7,80	19.964	52,89
ausgeschlossen* ²	291.472	2,85	299.789	21,48	364.194	15,78	421.659	7,47	453.175	55,48
eingeschlossen	1.714.777	2,56	1.758.692	13,67	1.999.107	8,73	2.173.660	4,84	2.278.829	32,89
Patienten mit psychischer Störung	1.614.458	2,85	1.660.488	12,55	1.868.895	7,85	2.015.518	4,70	2.110.205	30,71
KBV-Datensatz* ¹	2.006.249	2,60	2.058.481	14,81	2.363.301	9,82	2.595.319	5,27	2.732.004	36,17

*¹ Patienten, die im KBV-Datensatz als eigenständige Person geführt werden, aber nicht einer physischen Person entsprechen müssen.

*² Subsummiert Patienten, die die Ausschlusskriterien erfüllen (<18 Jahre, >79 Jahre, F00-09, F70-79) und Dateneinträge, die keiner physischen Person entsprechen.

eTabelle 52. Absolute Häufigkeiten der Therapeuten, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erbracht haben sowie prozentuale Veränderung in jedem Jahr relativ zum Vorjahr und prozentuale Veränderung in 2019 relativ zu 2015 – differenziert nach Ein- und Ausschlusskriterien.

Empfänger der Leistung	absolute Häufigkeiten 2015	Veränderung 2015-2016 in %	absolute Häufigkeiten 2015	Veränderung 2016-2017 in %	absolute Häufigkeiten 2015	Veränderung 2017-2018 in %	absolute Häufigkeiten 2015	Veränderung 2018-2019 in %	absolute Häufigkeiten 2015	Veränderung 2015-2019 in %
ausgeschlossen*	332	-5,42	314	6,05	333	-15,32	282	7,80	304	-8,43
eingeschlossen	32.298	4,00	33.590	6,11	35.642	4,33	37.184	3,78	38.588	19,47
Patienten mit psychischer Störung	32.194	4,03	33.492	6,16	35.554	4,31	37.088	3,79	38.492	19,56
KBV-Datensatz	32.630	3,90	33.904	6,11	35.975	4,14	37.466	3,81	38.892	19,19

* Subsummiert alle Therapeuten, die im entsprechenden Kalenderjahr keine Leistung für einen eingeschlossenen Patienten abgerechnet haben. Eine differenzierte Aufstellung konnte uns von Seiten der KBV nicht zur Verfügung gestellt werden.

eTabelle 53. Absolute Häufigkeiten der ambulanten psychotherapeutischen Leistungen, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 abgerechnet wurden sowie prozentuale Veränderung in jedem Jahr relativ zum Vorjahr und prozentuale Veränderung in 2019 relativ zu 2015 – differenziert nach Ein- und Ausschlusskriterien.

Empfänger der Leistung	absolute Häufigkeiten 2015	Veränderung 2015-2016 in %	absolute Häufigkeiten 2016	Veränderung 2016-2015 in %	absolute Häufigkeiten 2017	Veränderung 2017-2018 in %	absolute Häufigkeiten 2018	Veränderung 2018-2019 in %	absolute Häufigkeiten 2019	Veränderung 2015-2019 in %
<18 Jahre	3.029.981	2,60	3.108.660,0	22,77	3.816.352,0	16,05	4.428.879,0	6,20	4.703.533,5	55,23
>79 Jahre	52.023	16,71	60.714,5	41,41	85.858,5	34,36	115.360,5	16,55	134.455,0	158,45
F00-09	374.830	2,92	385.764,5	19,10	459.426,5	11,02	510.061,5	3,07	525.703,5	40,25

F70-79	131.502	1,91	134.013,5	22,88	164.669,5	13,16	186.347,5	5,97	197.480,0	50,17
ausgeschlossen*	3.504.131	3,00	3.609.429,5	22,49	4.421.328,5	15,70	5.115.362,5	6,21	5.433.044,5	55,05
eingeschlossen	19.231.441	2,89	19.786.637,0	16,77	23.105.266,5	11,17	25.685.864,0	4,22	26.770.917,5	39,20
Patienten mit psychischer Störung	18.926.262	2,97	19.489.120,0	16,17	22.639.652,5	10,72	25.067.049,0	4,16	26.108.615,5	37,95
KBV-Datensatz	22.735.572	2,91	23.396.066,5	17,65	27.526.595,0	11,90	30.801.226,5	4,55	32.203.962,0	41,65

* Subsummiert alle Leistungen, die für ausgeschlossene Patienten abgerechnet wurden (u.a. <18 Jahre, >79 Jahre, F00-09, F70-79)

eTabelle 54. Prozentuale Anteile der ambulanten psychotherapeutischen Leistungen, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 abgerechnet wurden, an allen Leistungen des KBV-Datensatzes und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019 – differenziert nach Ein- und Ausschlusskriterien.

Empfänger der Leistung	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
<18 Jahre	13,33	-0,04	13,29	0,58	13,86	0,51	14,38	0,23	14,61	1,28
>79 Jahre	0,23	0,03	0,26	0,05	0,31	0,06	0,37	0,04	0,42	0,19
F00-09	1,65	0,00	1,65	0,02	1,67	-0,01	1,66	-0,02	1,63	-0,02
F70-79	0,58	-0,01	0,57	0,03	0,60	0,01	0,61	0,01	0,61	0,03
ausgeschlossen	15,41	0,01	15,43	0,63	16,06	0,55	16,61	0,26	16,87	1,46
eingeschlossen	84,59	-0,01	84,57	-0,63	83,94	-0,55	83,39	-0,26	83,13	-1,46
Patienten mit psychischer Störung	83,25	0,06	83,30	-1,05	82,25	-0,86	81,38	-0,31	81,07	-2,17

Primäre Fragestellung: Zeitliche Entwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen

eTabelle 55. Absolute Häufigkeiten (a. H.) der Patienten, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 in einer spezifischen Diagnosegruppe mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erhalten haben sowie prozentuale Veränderung (p. V.) in jedem Jahr relativ zum Vorjahr und prozentuale Veränderung (p. V.) in 2019 relativ zu 2015 – differenziert nach Diagnosegruppe.

Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015-2016	a. H. 2016	p. V. 2016-2017	a. H. 2017	p. V. 2017-2018	a. H. 2018	p. V. 2018-2019	a. H. 2019	p.V. 2015-2019
komplex Erkrankte	433.067	4,49	452.507	14,09	516.244	9,00	562.689	5,72	594.870	37,36
nicht-komplex Erkrankte	1.102.302	1,85	1.122.651	11,77	1.254.783	7,26	1.345.938	4,14	1.401.709	27,16
sonstige Erkrankte	79.089	7,89	85.330	14,69	97.868	9,22	106.891	6,30	113.626	43,67
Patienten mit psychischer Störung	1.614.458	2,85	1.660.488	12,55	1.868.895	7,85	2.015.518	4,70	2.110.205	30,71
eingeschlossene Patienten	1.714.777	2,56	1.758.692	13,67	1.999.107	8,73	2.173.660	4,84	2.278.829	32,89

eTabelle 56. Prozentuale Anteile der Patienten, die Leistungen in einer spezifischen Diagnosegruppe erhalten haben, an allen eingeschlossenen Patienten und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019 – differenziert nach Diagnosegruppe.

Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
komplex Erkrankte	25,26	0,47	25,73	0,09	25,82	0,06	25,89	0,22	26,10	0,85
nicht-komplex Erkrankte	64,28	-0,45	63,83	-1,07	62,77	-0,85	61,92	-0,41	61,51	-2,77
sonstige Erkrankte	4,61	0,24	4,85	0,04	4,90	0,02	4,92	0,07	4,99	0,37

Patienten mit psychischer Störung	94,15	0,27	94,42	-0,93	93,49	-0,76	92,72	-0,12	92,60	-1,55
-----------------------------------	-------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

eTabelle 57. Prozentuale Anteile der Patienten, die Leistungen in einer spezifischen Diagnosegruppe erhalten haben, an allen Patienten mit psychischer Störung, und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019 – differenziert nach Diagnosegruppe.

Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
komplex Erkrankte	26,82	0,43	27,25	0,37	27,62	0,29	27,92	0,27	28,19	1,37
nicht-komplex Erkrankte	68,28	-0,67	67,61	-0,47	67,14	-0,36	66,78	-0,35	66,43	-1,85
sonstige Erkrankte	4,90	0,24	5,14	0,10	5,24	0,07	5,30	0,08	5,38	0,49

eTabelle 58. Absolute Häufigkeiten (a. H.) der Therapeuten, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung für eine bestimmte Diagnosegruppe erbracht haben sowie prozentuale Veränderung (p. V.) in jedem Jahr relativ zum Vorjahr und prozentuale Veränderung (p. V.) in 2019 relativ zu 2015 – differenziert nach Diagnosegruppe.

Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015-2016	a. H. 2016	p. V. 2016-2017	a. H. 2017	p. V. 2017-2018	a. H. 2018	p. V. 2018-2019	a. H. 2019	p. V. 2015-2019
komplex Erkrankte	29.668	3,74	30.779	6,40	32.749	4,59	34.251	3,90	35.587	19,95
nicht-komplex Erkrankte	32.018	4,00	33.300	6,25	35.380	4,43	36.947	3,78	38.343	19,75
Patienten mit psychischer Störung	32.194	4,03	33.492	6,16	35.554	4,31	37.088	3,79	38.492	19,56

eingeschlossene Patienten	32.298	4,00	33.590	6,11	35.642	4,33	37.184	3,78	38.588	19,47
---------------------------	--------	------	--------	------	--------	------	--------	------	--------	-------

eTabelle 59. Prozentuale Anteile der Therapeuten, die Leistungen für eine bestimmte Diagnosegruppe erbracht haben, an allen Therapeuten, die Leistungen für Patienten mit psychischer Störung erbracht haben, und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019.

Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
komplex Erkrankte	92,15	-0,25	91,90	0,21	92,11	0,24	92,35	0,10	92,45	0,30
nicht-komplex Erkrankte	99,45	-0,03	99,43	0,08	99,51	0,11	99,62	-0,01	99,61	0,16

eTabelle 60. Absolute Häufigkeiten (a. H.) der ambulanten psychotherapeutischen Leistungen, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 für eine spezifische Diagnosegruppe abgerechnet wurden, sowie prozentuale Veränderung (p. V.) in jedem Jahr relativ zum Vorjahr und prozentuale Veränderung (p. V.) in 2019 relativ zu 2015 – differenziert nach Diagnosegruppe.

Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015-2016	a. H. 2016	p. V. 2016-2017	a. H. 2017	p. V. 2017-2018	a. H. 2018	p. V. 2018-2019	a. H. 2019	p. V. 2015-2019
komplex Erkrankte	4.744.238,5	4,68	4.966.043,5	17,52	5.836.258,5	11,22	6.491.122,5	4,83	6.804.402,5	43,42
nicht-komplex Erkrankte	13.296.947,5	1,97	13.558.885,0	15,55	15.667.256,5	10,44	17.303.212,5	3,82	17.963.337,5	35,09
sonstige Erkrankte	885.075,5	8,94	964.191,5	17,83	1.136.137,5	12,02	1.272.714,0	5,36	1.340.875,5	51,50
Patienten mit psychischer Störung	18.926.261,5	2,97	19.489.120,0	16,17	22.639.652,5	10,72	25.067.049,0	4,16	26.108.615,5	37,95

eingeschlossene Patienten	19.231.441,0	2,89	19.786.637,0	16,77	23.105.266,5	11,17	25.685.864,0	4,22	26.770.917,5	39,20
---------------------------	--------------	------	--------------	-------	--------------	-------	--------------	------	--------------	-------

eTabelle 61. Prozentuale Anteile der Leistungen, die für eine spezifische Diagnosegruppen abgerechnet wurden, an allen Leistungen, die für Patienten mit psychischer Störung abgerechnet wurden, und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019 – differenziert nach Diagnosegruppe.

Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
komplex Erkrankte	25,07	0,41	25,48	0,30	25,78	0,12	25,90	0,17	26,06	0,99
nicht-komplex Erkrankte	70,26	-0,69	69,57	-0,37	69,20	-0,18	69,03	-0,23	68,80	-1,45
sonstige Erkrankte	4,68	0,27	4,95	0,07	5,02	0,06	5,08	0,06	5,14	0,46

Sekundäre Fragestellung: Zusammenhang zwischen Diagnosegruppe und Demographie (Alter und Geschlecht der behandelten Patienten)

eTabelle 62. Absolute Häufigkeiten (a. H.) der eingeschlossenen Patienten sowie prozentuale Veränderung (p. V.) in jedem Jahr relativ zum Vorjahr und prozentuale Veränderung (p. V.) in 2019 relativ zu 2015 – differenziert nach Alter, Geschlecht und Diagnosegruppe der Leistungsempfänger.

Alter	Geschlecht	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015-2016	a. H. 2016	p. V. 2016-2017	a. H. 2017	p. V. 2017-2018	a. H. 2018	p. V. 2018-2019	a. H. 2019	p. V. 2015-2019
18-19 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	3.673	3,29	3.794	12,84	4.281	3,01	4.410	2,88	4.537	23,52
		nicht-komplex Erkrankte	24.572	7,46	26.404	14,50	30.233	10,42	33.382	4,45	34.868	41,90

		sonstige Er- krankte	468	10,26	516	10,08	568	4,93	596	3,86	619	32,26
		Patienten mit psychischer Stö- rung	28.713	6,97	30.714	14,22	35.082	9,42	38.388	4,26	40.024	39,39
		eingeschlossene Patienten	33.436	5,77	35.364	15,87	40.977	11,09	45.523	4,47	47.560	42,24
	männlich	komplex Er- krankte	1.449	2,83	1.490	18,59	1.767	10,75	1.957	0,97	1.976	36,37
		nicht-komplex Er- krankte	9.513	8,20	10.293	28,65	13.242	9,73	14.531	0,06	14.539	52,83
		sonstige Er- krankte	92	27,17	117	24,79	146	13,70	166	3,01	171	85,87
		Patienten mit psychischer Stö- rung	11.054	7,65	11.900	27,35	15.155	9,89	16.654	0,19	16.686	50,95
		eingeschlossene Patienten	14.690	7,00	15.719	28,48	20.196	13,62	22.947	0,90	23.153	57,61
	Gesamt	komplex Er- krankte	5.122	3,16	5.284	14,46	6.048	5,27	6.367	2,29	6.513	27,16
		nicht-komplex Er- krankte	34.085	7,66	36.697	18,47	43.475	10,21	47.913	3,12	49.407	44,95
		sonstige Er- krankte	560	13,04	633	12,80	714	6,72	762	3,67	790	41,07
		Patienten mit psychischer Stö- rung	39.767	7,16	42.614	17,89	50.237	9,56	55.042	3,03	56.710	42,61
		eingeschlossene Patienten	48.126	6,14	51.083	19,75	61.173	11,93	68.470	3,28	70.713	46,93

20-29 Jahre	weiblich	komplex Er- krankte	23.536	1,92	23.987	11,51	26.748	5,73	28.280	2,49	28.983	23,14
		nicht-komplex Er- krankte	147.623	1,19	149.378	12,34	167.811	8,17	181.529	5,10	190.781	29,24
		sonstige Er- krankte	4.205	8,04	4.543	12,08	5.092	8,74	5.537	3,76	5.745	36,62
		Patienten mit psychischer Stö- rung	175.364	1,45	177.908	12,22	199.651	7,86	215.346	4,72	225.509	28,59
		eingeschlossene Patienten	190.471	1,15	192.659	13,99	219.613	9,11	239.629	4,98	251.568	32,08

Alter	Ge- schlecht	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2019 -2020
20-29 Jahre	männlich	komplex Er- krankte	9.491	4,71	9.938	15,54	11.482	9,16	12.534	7,59	13.485	42,08
		nicht-komplex Er- krankte	60.507	5,90	64.075	18,06	75.644	12,84	85.354	7,04	91.366	51,00
		sonstige Er- krankte	1.083	9,33	1.184	12,92	1.337	19,15	1.593	5,52	1.681	55,22
		Patienten mit psychischer Stö- rung	71.081	5,79	75.197	17,64	88.463	12,45	99.481	7,09	106.532	49,87
		eingeschlossene Patienten	82.189	5,24	86.497	20,21	103.974	13,80	118.320	7,65	127.377	54,98
	Gesamt	komplex Er- krankte	33.027	2,72	33.925	12,69	38.230	6,76	40.814	4,05	42.468	28,59
		nicht-komplex Er- krankte	208.130	2,56	213.453	14,06	243.455	9,62	266.883	5,72	282.147	35,56

		sonstige Erkrankte	5.288	8,30	5.727	12,26	6.429	10,90	7.130	4,15	7.426	40,43
		Patienten mit psychischer Störung	246.445	2,70	253.105	13,83	288.114	9,27	314.827	5,47	332.041	34,73
		eingeschlossene Patienten	272.660	2,38	279.156	15,92	323.587	10,62	357.949	5,87	378.945	38,98
30-39 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	39.655	2,57	40.674	9,19	44.410	6,67	47.373	3,78	49.163	23,98
		nicht-komplex Erkrankte	189.278	1,50	192.123	9,72	210.790	6,89	225.312	3,97	234.265	23,77
		sonstige Erkrankte	7.829	10,24	8.631	13,60	9.805	7,50	10.540	6,00	11.172	42,70
		Patienten mit psychischer Störung	236.762	1,97	241.428	9,77	265.005	6,88	283.225	4,02	294.600	24,43
		eingeschlossene Patienten	250.077	1,77	254.492	10,93	282.314	7,82	304.402	4,25	317.336	26,90
	männlich	komplex Erkrankte	15.988	4,93	16.777	13,14	18.982	8,92	20.675	5,92	21.899	36,97
		nicht-komplex Erkrankte	76.732	4,50	80.185	14,66	91.939	10,19	101.311	6,45	107.847	40,55
		sonstige Erkrankte	2.236	12,88	2.524	23,49	3.117	10,97	3.459	8,93	3.768	68,52
		Patienten mit psychischer Störung	94.956	4,77	99.486	14,63	114.038	10,00	125.445	6,43	133.514	40,61
		eingeschlossene Patienten	104.591	4,32	109.106	16,50	127.110	11,23	141.384	6,89	151.123	44,49

Gesamt	komplex Erkrankte	55.643	3,25	57.451	10,34	63.392	7,34	68.048	4,43	71.062	27,71
	nicht-komplex Erkrankte	266.010	2,37	272.308	11,17	302.729	7,89	326.623	4,74	342.112	28,61
	sonstige Erkrankte	10.065	10,83	11.155	15,84	12.922	8,33	13.999	6,72	14.940	48,44
	Patienten mit psychischer Störung	331.718	2,77	340.914	11,18	379.043	7,82	408.670	4,76	428.114	29,06
	eingeschlossene Patienten	354.668	2,52	363.598	12,60	409.424	8,88	445.786	5,09	468.459	32,08

Alter	Geschlecht	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015-2016	a. H. 2016	p. V. 2016-2017	a. H. 2017	p. V. 2017-2018	a. H. 2018	p. V. 2018-2019	a. H. 2019	p. V. 2019-2020
40-49 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	66.515	-1,60	65.451	7,43	70.314	2,40	72.004	1,06	72.769	9,40
		nicht-komplex Erkrankte	194.577	-3,71	187.360	5,43	197.532	1,53	200.560	0,39	201.337	3,47
		sonstige Erkrankte	13.276	2,26	13.576	8,41	14.718	3,28	15.201	2,61	15.597	17,48
		Patienten mit psychischer Störung	274.368	-2,91	266.387	6,07	282.564	1,84	287.765	0,67	289.703	5,59
		eingeschlossene Patienten	285.752	-3,10	276.885	6,72	295.485	2,50	302.885	0,82	305.382	6,87
	männlich	komplex Erkrankte	28.506	-1,27	28.143	10,24	31.024	3,46	32.096	1,46	32.564	14,24
		nicht-komplex Erkrankte	77.490	-2,31	75.700	8,83	82.387	3,71	85.447	2,04	87.194	12,52

		sonstige Er- krankte	4.840	3,04	4.987	8,76	5.424	2,60	5.565	2,61	5.710	17,98
		Patienten mit psychischer Stö- rung	110.836	-1,81	108.830	9,19	118.835	3,60	123.108	1,92	125.468	13,20
		eingeschlossene Patienten	118.592	-2,15	116.043	10,47	128.195	4,52	133.991	2,22	136.970	15,50
	Gesamt	komplex Er- krankte	95.021	-1,50	93.594	8,27	101.338	2,73	104.100	1,18	105.333	10,85
		nicht-komplex Er- krankte	272.067	-3,31	263.060	6,41	279.919	2,17	286.007	0,88	288.531	6,05
		sonstige Er- krankte	18.116	2,47	18.563	8,51	20.142	3,10	20.766	2,61	21.307	17,61
		Patienten mit psychischer Stö- rung	385.204	-2,59	375.217	6,98	401.399	2,36	410.873	1,05	415.171	7,78
		eingeschlossene Patienten	404.344	-2,82	392.928	7,83	423.680	3,11	436.876	1,25	442.352	9,40
50-59 Jahre	weiblich	komplex Er- krankte	103.540	5,68	109.426	14,62	125.427	8,79	136.458	5,12	143.438	38,53
		nicht-komplex Er- krankte	177.188	3,92	184.141	11,99	206.222	6,35	219.309	2,77	225.373	27,19
		sonstige Er- krankte	20.053	8,86	21.830	14,30	24.951	9,51	27.323	5,57	28.844	43,84
		Patienten mit psychischer Stö- rung	300.781	4,86	315.397	13,06	356.600	7,43	383.090	3,80	397.655	32,21
		eingeschlossene Patienten	310.372	4,58	324.596	13,68	368.995	7,91	398.189	3,74	413.066	33,09

	männlich	komplex Erkrankte	45.592	7,39	48.960	15,96	56.775	10,38	62.669	5,46	66.091	44,96
		nicht-komplex Erkrankte	67.626	4,63	70.756	13,71	80.458	8,15	87.018	3,71	90.249	33,45
		sonstige Erkrankte	7.922	7,50	8.516	17,53	10.009	12,57	11.267	5,05	11.836	49,41
		Patienten mit psychischer Störung	121.140	5,85	128.232	14,82	147.242	9,31	160.954	4,49	168.176	38,83
		eingeschlossene Patienten	127.290	5,66	134.492	15,61	155.487	9,87	170.839	4,53	178.571	40,29

Alter	Geschlecht	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015-2016	a. H. 2016	p. V. 2016-2017	a. H. 2017	p. V. 2017-2018	a. H. 2018	p. V. 2018-2019	a. H. 2019	p. V. 2019-2020
50-59 Jahre	Gesamt	komplex Erkrankte	149.132	6,21	158.386	15,04	182.202	9,29	199.127	5,22	209.529	40,50
		nicht-komplex Erkrankte	244.814	4,12	254.897	12,47	286.680	6,85	306.327	3,03	315.622	28,92
		sonstige Erkrankte	27.975	8,48	30.346	15,20	34.960	10,38	38.590	5,42	40.680	45,42
		Patienten mit psychischer Störung	421.921	5,15	443.629	13,57	503.842	7,98	544.044	4,00	565.831	34,11
		eingeschlossene Patienten	437.662	4,90	459.088	14,24	524.482	8,49	569.028	3,97	591.637	35,18
60-69 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	50.958	9,94	56.025	20,41	67.458	15,28	77.766	10,69	86.079	68,92
		nicht-komplex Erkrankte	49.331	8,35	53.449	19,73	63.996	13,67	72.745	10,77	80.580	63,35

		sonstige Erkrankte	9.393	13,36	10.648	20,52	12.833	12,84	14.481	10,84	16.051	70,88
		Patienten mit psychischer Störung	109.682	9,52	120.122	20,12	144.287	14,35	164.992	10,74	182.710	66,58
		eingeschlossene Patienten	113.164	9,18	123.558	20,64	149.065	14,88	171.244	10,59	189.379	67,35
	männlich	komplex Erkrankte	20.653	10,94	22.912	22,30	28.021	18,69	33.257	13,66	37.799	83,02
		nicht-komplex Erkrankte	16.703	6,16	17.732	22,32	21.689	16,27	25.217	12,15	28.280	69,31
		sonstige Erkrankte	3.248	14,04	3.704	23,43	4.572	17,24	5.360	17,29	6.287	93,57
		Patienten mit psychischer Störung	40.604	9,22	44.348	22,40	54.282	17,60	63.834	13,37	72.366	78,22
		eingeschlossene Patienten	42.704	8,86	46.488	22,84	57.107	18,34	67.579	13,12	76.445	79,01
	Gesamt	komplex Erkrankte	71.611	10,23	78.937	20,96	95.479	16,28	111.023	11,58	123.878	72,99
		nicht-komplex Erkrankte	66.034	7,79	71.181	20,38	85.685	14,33	97.962	11,12	108.860	64,85
		sonstige Erkrankte	12.641	13,54	14.352	21,27	17.405	14,00	19.841	12,59	22.338	76,71
		Patienten mit psychischer Störung	150.286	9,44	164.470	20,73	198.569	15,24	228.826	11,47	255.076	69,73
		eingeschlossene Patienten	155.868	9,10	170.046	21,24	206.172	15,84	238.823	11,31	265.824	70,54

70-79 Jahre	weiblich	komplex Er- krankte	18.024	6,32	19.164	18,51	22.711	11,31	25.280	8,29	27.375	51,88
		nicht-komplex Er- krankte	9.210	-0,89	9.128	15,94	10.583	10,30	11.673	5,75	12.344	34,03
		sonstige Er- krankte	3.648	1,26	3.694	16,78	4.314	9,78	4.736	5,70	5.006	37,23
		Patienten mit psychischer Stö- rung	30.882	3,57	31.986	17,58	37.608	10,85	41.689	7,28	44.725	44,83
		eingeschlossene Patienten	32.431	3,27	33.490	18,08	39.546	11,37	44.041	7,13	47.179	45,48

Alter	Ge- schlecht	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2019 -2020
70-79 Jahre	männlich	komplex Er- krankte	5.487	5,08	5.766	18,70	6.844	15,87	7.930	9,86	8.712	58,78
		nicht-komplex Er- krankte	1.952	-1,28	1.927	17,13	2.257	12,98	2.550	5,33	2.686	37,60
		sonstige Er- krankte	796	8,04	860	14,19	982	8,66	1.067	6,75	1.139	43,09
		Patienten mit psychischer Stö- rung	8.235	3,86	8.553	17,89	10.083	14,52	11.547	8,57	12.537	52,24
		eingeschlossene Patienten	9.018	3,16	9.303	18,70	11.043	14,89	12.687	8,14	13.720	52,14
	Gesamt	komplex Er- krankte	23.511	6,04	24.930	18,55	29.555	12,37	33.210	8,66	36.087	53,49
		nicht-komplex Er- krankte	11.162	-0,96	11.055	16,15	12.840	10,77	14.223	5,67	15.030	34,65

		sonstige Erkrankte	4.444	2,48	4.554	16,29	5.296	9,57	5.803	5,89	6.145	38,28
		Patienten mit psychischer Störung	39.117	3,64	40.539	17,64	47.691	11,63	53.236	7,56	57.262	46,39
		eingeschlossene Patienten	41.449	3,24	42.793	18,22	50.589	12,14	56.728	7,35	60.899	46,93
Gesamt	weiblich	komplex Erkrankte	305.901	4,13	318.521	13,45	361.349	8,36	391.571	5,31	412.344	34,80
		nicht-komplex Erkrankte	791.779	1,29	801.983	10,62	887.167	6,46	944.510	3,71	979.548	23,71
		sonstige Erkrankte	58.872	7,76	63.438	13,94	72.281	8,48	78.414	5,89	83.034	41,04
		Patienten mit psychischer Störung	1.156.552	2,37	1.183.942	11,56	1.320.797	7,09	1.414.495	4,27	1.474.926	27,53
		eingeschlossene Patienten	1.215.703	2,08	1.241.044	12,49	1.395.995	7,87	1.505.913	4,35	1.571.470	29,26
	männlich	komplex Erkrankte	127.166	5,36	133.986	15,61	154.895	10,47	171.118	6,67	182.526	43,53
		nicht-komplex Erkrankte	310.523	3,27	320.668	14,64	367.616	9,20	401.428	5,16	422.161	35,95
		sonstige Erkrankte	20.217	8,29	21.892	16,88	25.587	11,29	28.477	7,43	30.592	51,32
		Patienten mit psychischer Störung	457.906	4,07	476.546	15,01	548.098	9,66	601.023	5,70	635.279	38,74
		eingeschlossene Patienten	499.074	3,72	517.648	16,51	603.112	10,72	667.747	5,93	707.359	41,73

Gesamt	komplex Erkrankte	433.067	4,49	452.507	14,09	516.244	9,00	562.689	5,72	594.870	37,36
	nicht-komplex Erkrankte	1.102.302	1,85	1.122.651	11,77	1.254.783	7,26	1.345.938	4,14	1.401.709	27,16
	sonstige Erkrankte	79.089	7,89	85.330	14,69	97.868	9,22	106.891	6,30	113.626	43,67
	Patienten mit psychischer Störung	1.614.458	2,85	1.660.488	12,55	1.868.895	7,85	2.015.518	4,70	2.110.205	30,71
	eingeschlossene Patienten	1.714.777	2,56	1.758.692	13,67	1.999.107	8,73	2.173.660	4,84	2.278.829	32,89

eTabelle 63. Prozentuale Anteile der Diagnosegruppen an Patienten mit psychischer Störung und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019 – getrennt nach Alter und Geschlecht.

Alter	Geschlecht	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
18-19 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	12,79	-0,44	12,35	-0,15	12,20	-0,71	11,49	-0,15	11,34	-1,46
		nicht-komplex Erkrankte	85,58	0,39	85,97	0,21	86,18	0,78	86,96	0,16	87,12	1,54
		sonstige Erkrankte	1,63	0,05	1,68	-0,06	1,62	-0,07	1,55	-0,01	1,55	-0,08
	männlich	komplex Erkrankte	13,11	-0,59	12,52	-0,86	11,66	0,09	11,75	0,09	11,84	-1,27
		nicht-komplex Erkrankte	86,06	0,44	86,50	0,88	87,38	-0,12	87,25	-0,12	87,13	1,07
		sonstige Erkrankte	0,83	0,15	0,98	-0,02	0,96	0,03	1,00	0,03	1,02	0,19

	Gesamt	komplex Erkrankte	12,88	-0,48	12,40	-0,36	12,04	-0,47	11,57	-0,08	11,48	-1,40
		nicht-komplex Erkrankte	85,71	0,40	86,11	0,42	86,54	0,51	87,05	0,07	87,12	1,41
		sonstige Erkrankte	1,41	0,08	1,49	-0,06	1,42	-0,04	1,38	0,01	1,39	-0,02
20-29 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	13,42	0,06	13,48	-0,09	13,40	-0,27	13,13	-0,28	12,85	-0,57
		nicht-komplex Erkrankte	84,18	-0,22	83,96	0,09	84,05	0,24	84,30	0,30	84,60	0,42
		sonstige Erkrankte	2,40	0,16	2,55	0,00	2,55	0,02	2,57	-0,02	2,55	0,15
	männlich	komplex Erkrankte	13,35	-0,14	13,22	-0,24	12,98	-0,38	12,60	0,06	12,66	-0,69
		nicht-komplex Erkrankte	85,12	0,09	85,21	0,30	85,51	0,29	85,80	-0,04	85,76	0,64
		sonstige Erkrankte	1,52	0,05	1,57	-0,06	1,51	0,09	1,60	-0,02	1,58	0,05
	Gesamt	komplex Erkrankte	13,40	0,00	13,40	-0,13	13,27	-0,31	12,96	-0,17	12,79	-0,61
		nicht-komplex Erkrankte	84,45	-0,12	84,33	0,17	84,50	0,27	84,77	0,20	84,97	0,52
		sonstige Erkrankte	2,15	0,12	2,26	-0,03	2,23	0,03	2,26	-0,03	2,24	0,09
30-39 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	16,75	0,10	16,85	-0,09	16,76	-0,03	16,73	-0,04	16,69	-0,06
		nicht-komplex Erkrankte	79,94	-0,37	79,58	-0,04	79,54	0,01	79,55	-0,03	79,52	-0,42
		sonstige Erkrankte	3,31	0,27	3,57	0,12	3,70	0,02	3,72	0,07	3,79	0,49

	männlich	komplex Erkrankte	16,84	0,03	16,86	-0,22	16,65	-0,16	16,48	-0,08	16,40	-0,44
		nicht-komplex Erkrankte	80,81	-0,21	80,60	0,02	80,62	0,14	80,76	0,01	80,78	-0,03
		sonstige Erkrankte	2,35	0,18	2,54	0,20	2,73	0,02	2,76	0,06	2,82	0,47
Alter	Geschlecht	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015 -2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016 -2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017 -2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018 -2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2019 -2015 in %
30-39 Jahre	Gesamt	komplex Erkrankte	16,77	0,08	16,85	-0,13	16,72	-0,07	16,65	-0,05	16,60	-0,18
		nicht-komplex Erkrankte	80,19	-0,32	79,88	-0,01	79,87	0,06	79,92	-0,01	79,91	-0,28
		sonstige Erkrankte	3,03	0,24	3,27	0,14	3,41	0,02	3,43	0,06	3,49	0,46
40-49 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	24,24	0,33	24,57	0,31	24,88	0,14	25,02	0,10	25,12	0,88
		nicht-komplex Erkrankte	70,92	-0,58	70,33	-0,43	69,91	-0,21	69,70	-0,20	69,50	-1,42
		sonstige Erkrankte	4,84	0,26	5,10	0,11	5,21	0,07	5,28	0,10	5,38	0,55
	männlich	komplex Erkrankte	25,72	0,14	25,86	0,25	26,11	-0,04	26,07	-0,12	25,95	0,23
		nicht-komplex Erkrankte	69,91	-0,36	69,56	-0,23	69,33	0,08	69,41	0,09	69,50	-0,42
		sonstige Erkrankte	4,37	0,22	4,58	-0,02	4,56	-0,04	4,52	0,03	4,55	0,18

	Gesamt	komplex Erkrankte	24,67	0,28	24,94	0,30	25,25	0,09	25,34	0,03	25,37	0,70
		nicht-komplex Erkrankte	70,63	-0,52	70,11	-0,37	69,74	-0,13	69,61	-0,11	69,50	-1,13
		sonstige Erkrankte	4,70	0,24	4,95	0,07	5,02	0,04	5,05	0,08	5,13	0,43
50-59 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	34,42	0,27	34,69	0,48	35,17	0,45	35,62	0,45	36,07	1,65
		nicht-komplex Erkrankte	58,91	-0,53	58,38	-0,55	57,83	-0,58	57,25	-0,57	56,68	-2,23
		sonstige Erkrankte	6,67	0,25	6,92	0,08	7,00	0,14	7,13	0,12	7,25	0,59
	männlich	komplex Erkrankte	37,64	0,55	38,18	0,38	38,56	0,38	38,94	0,36	39,30	1,66
		nicht-komplex Erkrankte	55,82	-0,65	55,18	-0,53	54,64	-0,58	54,06	-0,40	53,66	-2,16
		sonstige Erkrankte	6,54	0,10	6,64	0,16	6,80	0,20	7,00	0,04	7,04	0,50
	Gesamt	komplex Erkrankte	35,35	0,36	35,70	0,46	36,16	0,44	36,60	0,43	37,03	1,68
		nicht-komplex Erkrankte	58,02	-0,57	57,46	-0,56	56,90	-0,59	56,31	-0,53	55,78	-2,24
		sonstige Erkrankte	6,63	0,21	6,84	0,10	6,94	0,15	7,09	0,10	7,19	0,56
60-69 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	46,46	0,18	46,64	0,11	46,75	0,38	47,13	-0,02	47,11	0,65
		nicht-komplex Erkrankte	44,98	-0,48	44,50	-0,14	44,35	-0,26	44,09	0,01	44,10	-0,87
		sonstige Erkrankte	8,56	0,30	8,86	0,03	8,89	-0,12	8,78	0,01	8,78	0,22

Alter	Geschlecht	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015 -2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016 -2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017 -2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018 -2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015 -2019 in %
60-69 Jahre	männlich	komplex Erkrankte	50,86	0,80	51,66	-0,04	51,62	0,48	52,10	0,13	52,23	1,37
		nicht-komplex Erkrankte	41,14	-1,15	39,98	-0,03	39,96	-0,45	39,50	-0,42	39,08	-2,06
		sonstige Erkrankte	8,00	0,35	8,35	0,07	8,42	-0,03	8,40	0,29	8,69	0,69
	Gesamt	komplex Erkrankte	47,65	0,34	47,99	0,09	48,08	0,43	48,52	0,05	48,57	0,92
		nicht-komplex Erkrankte	43,94	-0,66	43,28	-0,13	43,15	-0,34	42,81	-0,13	42,68	-1,26
		sonstige Erkrankte	8,41	0,31	8,73	0,04	8,77	-0,09	8,67	0,09	8,76	0,35
70-79 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	58,36	1,55	59,91	0,48	60,39	0,25	60,64	0,57	61,21	2,84
		nicht-komplex Erkrankte	29,82	-1,29	28,54	-0,40	28,14	-0,14	28,00	-0,40	27,60	-2,22
		sonstige Erkrankte	11,81	-0,26	11,55	-0,08	11,47	-0,11	11,36	-0,17	11,19	-0,62
	männlich	komplex Erkrankte	66,63	0,78	67,41	0,46	67,88	0,80	68,68	0,81	69,49	2,86
		nicht-komplex Erkrankte	23,70	-1,17	22,53	-0,15	22,38	-0,30	22,08	-0,66	21,42	-2,28
		sonstige Erkrankte	9,67	0,39	10,05	-0,32	9,74	-0,50	9,24	-0,16	9,09	-0,58

Ge- sam	Gesamt	komplex Er- krankte	60,10	1,39	61,50	0,48	61,97	0,41	62,38	0,64	63,02	2,92
		nicht-komplex Er- krankte	28,53	-1,26	27,27	-0,35	26,92	-0,21	26,72	-0,47	26,25	-2,29
		sonstige Er- krankte	11,36	-0,13	11,23	-0,13	11,10	-0,20	10,90	-0,17	10,73	-0,63
	weiblich	komplex Er- krankte	26,45	0,45	26,90	0,45	27,36	0,32	27,68	0,27	27,96	1,51
		nicht-komplex Er- krankte	68,46	-0,72	67,74	-0,57	67,17	-0,40	66,77	-0,36	66,41	-2,05
		sonstige Er- krankte	5,09	0,27	5,36	0,11	5,47	0,07	5,54	0,09	5,63	0,54
	männlich	komplex Er- krankte	27,77	0,34	28,12	0,14	28,26	0,21	28,47	0,26	28,73	0,96
		nicht-komplex Er- krankte	67,81	-0,52	67,29	-0,22	67,07	-0,28	66,79	-0,34	66,45	-1,36
		sonstige Er- krankte	4,42	0,18	4,59	0,07	4,67	0,07	4,74	0,08	4,82	0,40
Gesamt	komplex Er- krankte	26,82	0,43	27,25	0,37	27,62	0,29	27,92	0,27	28,19	1,37	
	nicht-komplex Er- krankte	68,28	-0,67	67,61	-0,47	67,14	-0,36	66,78	-0,35	66,43	-1,85	
	sonstige Er- krankte	4,90	0,24	5,14	0,10	5,24	0,07	5,30	0,08	5,38	0,49	

eTabelle 64. Prozentuale Anteile der Patienten einer Diagnosegruppe an allen Patienten mit psychischer Störung und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019 – getrennt nach Kohorte.

Alter	Geschlecht	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
18-19 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	12,79	-0,44	12,35	-0,15	12,20	-0,71	11,49	-0,15	11,34	-1,46
		nicht-komplex Erkrankte	85,58	0,39	85,97	0,21	86,18	0,78	86,96	0,16	87,12	1,54
	männlich	komplex Erkrankte	13,11	-0,59	12,52	-0,86	11,66	0,09	11,75	0,09	11,84	-1,27
		nicht-komplex Erkrankte	86,06	0,44	86,50	0,88	87,38	-0,12	87,25	-0,12	87,13	1,07
	Gesamt	komplex Erkrankte	12,88	-0,48	12,40	-0,36	12,04	-0,47	11,57	-0,08	11,48	-1,40
		nicht-komplex Erkrankte	85,71	0,40	86,11	0,42	86,54	0,51	87,05	0,07	87,12	1,41
20-29 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	13,42	0,06	13,48	-0,09	13,40	-0,27	13,13	-0,28	12,85	-0,57
		nicht-komplex Erkrankte	84,18	-0,22	83,96	0,09	84,05	0,24	84,30	0,30	84,60	0,42
	männlich	komplex Erkrankte	13,35	-0,14	13,22	-0,24	12,98	-0,38	12,60	0,06	12,66	-0,69
		nicht-komplex Erkrankte	85,12	0,09	85,21	0,30	85,51	0,29	85,80	-0,04	85,76	0,64
	Gesamt	komplex Erkrankte	13,40	0,00	13,40	-0,13	13,27	-0,31	12,96	-0,17	12,79	-0,61

		nicht-komplex Erkrankte	84,45	-0,12	84,33	0,17	84,50	0,27	84,77	0,20	84,97	0,52
30-39 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	16,75	0,10	16,85	-0,09	16,76	-0,03	16,73	-0,04	16,69	-0,06
		nicht-komplex Erkrankte	79,94	-0,37	79,58	-0,04	79,54	0,01	79,55	-0,03	79,52	-0,42
	männlich	komplex Erkrankte	16,84	0,03	16,86	-0,22	16,65	-0,16	16,48	-0,08	16,40	-0,44
		nicht-komplex Erkrankte	80,81	-0,21	80,60	0,02	80,62	0,14	80,76	0,01	80,78	-0,03
	Gesamt	komplex Erkrankte	16,77	0,08	16,85	-0,13	16,72	-0,07	16,65	-0,05	16,60	-0,18
		nicht-komplex Erkrankte	80,19	-0,32	79,88	-0,01	79,87	0,06	79,92	-0,01	79,91	-0,28
40-49 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	24,24	0,33	24,57	0,31	24,88	0,14	25,02	0,10	25,12	0,88
		nicht-komplex Erkrankte	70,92	-0,58	70,33	-0,43	69,91	-0,21	69,70	-0,20	69,50	-1,42
	männlich	komplex Erkrankte	25,72	0,14	25,86	0,25	26,11	-0,04	26,07	-0,12	25,95	0,23
		nicht-komplex Erkrankte	69,91	-0,36	69,56	-0,23	69,33	0,08	69,41	0,09	69,50	-0,42
	Gesamt	komplex Erkrankte	24,67	0,28	24,94	0,30	25,25	0,09	25,34	0,03	25,37	0,70
		nicht-komplex Erkrankte	70,63	-0,52	70,11	-0,37	69,74	-0,13	69,61	-0,11	69,50	-1,13
Alter	Geschlecht	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015	Anteil 2016 in %	Differenz 2016	Anteil 2017 in %	Differenz 2017	Anteil 2018 in %	Differenz 2018	Anteil 2019 in %	Differenz 2019

				-2016 in %		-2017 in %		-2018 in %		-2019 in %		-2019 in %
50-59 Jahre	weiblich	komplex Er- krankte	34,42	0,27	34,69	0,48	35,17	0,45	35,62	0,45	36,07	1,65
		nicht-komplex Er- krankte	58,91	-0,53	58,38	-0,55	57,83	-0,58	57,25	-0,57	56,68	-2,23
	männlich	komplex Er- krankte	37,64	0,55	38,18	0,38	38,56	0,38	38,94	0,36	39,30	1,66
		nicht-komplex Er- krankte	55,82	-0,65	55,18	-0,53	54,64	-0,58	54,06	-0,40	53,66	-2,16
	Gesamt	komplex Er- krankte	35,35	0,36	35,70	0,46	36,16	0,44	36,60	0,43	37,03	1,68
		nicht-komplex Er- krankte	58,02	-0,57	57,46	-0,56	56,90	-0,59	56,31	-0,53	55,78	-2,24
60-69 Jahre	weiblich	komplex Er- krankte	46,46	0,18	46,64	0,11	46,75	0,38	47,13	-0,02	47,11	0,65
		nicht-komplex Er- krankte	44,98	-0,48	44,50	-0,14	44,35	-0,26	44,09	0,01	44,10	-0,87
	männlich	komplex Er- krankte	50,86	0,80	51,66	-0,04	51,62	0,48	52,10	0,13	52,23	1,37
		nicht-komplex Er- krankte	41,14	-1,15	39,98	-0,03	39,96	-0,45	39,50	-0,42	39,08	-2,06
	Gesamt	komplex Er- krankte	47,65	0,34	47,99	0,09	48,08	0,43	48,52	0,05	48,57	0,92
		nicht-komplex Er- krankte	43,94	-0,66	43,28	-0,13	43,15	-0,34	42,81	-0,13	42,68	-1,26
70-79 Jahre	weiblich	komplex Er- krankte	58,36	1,55	59,91	0,48	60,39	0,25	60,64	0,57	61,21	2,84
		nicht-komplex Er- krankte	29,82	-1,29	28,54	-0,40	28,14	-0,14	28,00	-0,40	27,60	-2,22

	männlich	komplex Erkrankte	66,63	0,78	67,41	0,46	67,88	0,80	68,68	0,81	69,49	2,86
		nicht-komplex Erkrankte	23,70	-1,17	22,53	-0,15	22,38	-0,30	22,08	-0,66	21,42	-2,28
	Gesamt	komplex Erkrankte	60,10	1,39	61,50	0,48	61,97	0,41	62,38	0,64	63,02	2,92
		nicht-komplex Erkrankte	28,53	-1,26	27,27	-0,35	26,92	-0,21	26,72	-0,47	26,25	-2,29
Gesamt	weiblich	komplex Erkrankte	26,45	0,45	26,90	0,45	27,36	0,32	27,68	0,27	27,96	1,51
		nicht-komplex Erkrankte	68,46	-0,72	67,74	-0,57	67,17	-0,40	66,77	-0,36	66,41	-2,05
	männlich	komplex Erkrankte	27,77	0,34	28,12	0,14	28,26	0,21	28,47	0,26	28,73	0,96
		nicht-komplex Erkrankte	67,81	-0,52	67,29	-0,22	67,07	-0,28	66,79	-0,34	66,45	-1,36
	Gesamt	komplex Erkrankte	26,82	0,43	27,25	0,37	27,62	0,29	27,92	0,27	28,19	1,37
		nicht-komplex Erkrankte	68,28	-0,67	67,61	-0,47	67,14	-0,36	66,78	-0,35	66,43	-1,85

eTabelle 65. Prozentuale Anteile der Patienten einer Kohorte an allen Patienten mit psychischer Störung und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019.

Alter	Geschlecht	Anteil 2015 in %	Differenz 2015 -2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016 -2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017 -2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018 -2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015 -2019 in %
18-19	weiblich	1,78	4,00	1,85	1,48	1,88	1,46	1,90	-0,42	1,90	6,65
Jahre	männlich	0,68	4,67	0,72	13,15	0,81	1,90	0,83	-4,30	0,79	15,49

	Gesamt	2,46	4,19	2,57	4,74	2,69	1,59	2,73	-1,59	2,69	9,10
20-29 Jahre	weiblich	10,86	-1,36	10,71	-0,29	10,68	0,01	10,68	0,02	10,69	-1,62
	männlich	4,40	2,86	4,53	4,52	4,73	4,27	4,94	2,28	5,05	14,66
	Gesamt	15,26	-0,14	15,24	1,14	15,42	1,32	15,62	0,74	15,74	3,08
30-39 Jahre	weiblich	14,67	-0,86	14,54	-2,47	14,18	-0,90	14,05	-0,65	13,96	-4,80
	männlich	5,88	1,87	5,99	1,84	6,10	2,00	6,22	1,66	6,33	7,57
	Gesamt	20,55	-0,08	20,53	-1,21	20,28	-0,03	20,28	0,06	20,29	-1,26
40-49 Jahre	weiblich	16,99	-5,60	16,04	-5,76	15,12	-5,57	14,28	-3,84	13,73	-19,22
	männlich	6,87	-4,53	6,55	-2,98	6,36	-3,94	6,11	-2,66	5,95	-13,39
	Gesamt	23,86	-5,29	22,60	-4,95	21,48	-5,09	20,39	-3,49	19,67	-17,54
50-59 Jahre	weiblich	18,63	1,95	18,99	0,46	19,08	-0,39	19,01	-0,86	18,84	1,15
	männlich	7,50	2,92	7,72	2,02	7,88	1,36	7,99	-0,20	7,97	6,21
	Gesamt	26,13	2,23	26,72	0,91	26,96	0,12	26,99	-0,66	26,81	2,60
60-69 Jahre	weiblich	6,79	6,48	7,23	6,72	7,72	6,03	8,19	5,77	8,66	27,45
	männlich	2,52	6,19	2,67	8,75	2,90	9,04	3,17	8,28	3,43	36,35
	Gesamt	9,31	6,40	9,90	7,27	10,62	6,85	11,35	6,47	12,09	29,85
70-79 Jahre	weiblich	1,91	0,70	1,93	4,47	2,01	2,79	2,07	2,47	2,12	10,80
	männlich	0,51	0,98	0,52	4,74	0,54	6,19	0,57	3,70	0,59	16,47
	Gesamt	2,42	0,76	2,44	4,52	2,55	3,51	2,64	2,74	2,71	12,00
Gesamt	weiblich	71,64	-0,47	71,30	-0,88	70,67	-0,70	70,18	-0,41	69,89	-2,43
	männlich	28,36	1,19	28,70	2,19	29,33	1,68	29,82	0,96	30,11	6,14

eTabelle 66. Absolute Häufigkeiten (a. H.) der eingeschlossenen Patienten sowie prozentuale Veränderung (p. V.) in jedem Jahr relativ zum Vorjahr und prozentuale Veränderung (p. V.) in 2019 relativ zu 2015 – differenziert nach zwei Altersgruppen, Geschlecht und Diagnosegruppe.

Alter	Ge- schlecht	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2015 -2019
-------	-----------------	----------------	---------------	------------------------	---------------	------------------------	---------------	------------------------	---------------	------------------------	---------------	------------------------

18-49 Jahre	weiblich	komplex Er- krankte	133.379	0,40	133.906	8,85	145.753	4,33	152.067	2,23	155.452	16,55
		nicht-komplex Er- krankte	556.050	-0,14	555.265	9,20	606.366	5,68	640.783	3,19	661.251	18,92
		sonstige Er- krankte	25.778	5,77	27.266	10,70	30.183	5,60	31.874	3,95	33.133	28,53
		Patienten mit psychischer Stö- rung	715.207	0,17	716.437	9,19	782.302	5,42	824.724	3,04	849.836	18,82
		eingeschlossene Patienten	759.736	-0,04	759.400	10,40	838.389	6,45	892.439	3,30	921.846	21,34
	männlich	komplex Er- krankte	55.434	1,65	56.348	12,26	63.255	6,33	67.262	3,96	69.924	26,14
		nicht-komplex Er- krankte	224.242	2,68	230.253	14,31	263.212	8,90	286.643	4,99	300.946	34,21
		sonstige Er- krankte	8.251	6,80	8.812	13,75	10.024	7,57	10.783	5,07	11.330	37,32
		Patienten mit psychischer Stö- rung	287.927	2,60	295.413	13,91	336.491	8,38	364.688	4,80	382.200	32,74
		eingeschlossene Patienten	320.062	2,28	327.365	15,92	379.475	9,79	416.642	5,28	438.623	37,04
	Gesamt	komplex Er- krankte	188.813	0,76	190.254	9,86	209.008	4,94	219.329	2,76	225.376	19,36
		nicht-komplex Er- krankte	780.292	0,67	785.518	10,70	869.578	6,65	927.426	3,75	962.197	23,31
		sonstige Er- krankte	34.029	6,02	36.078	11,44	40.207	6,09	42.657	4,23	44.463	30,66

		Patienten mit psychischer Störung	1.003.134	0,87	1.011.850	10,57	1.118.793	6,31	1.189.412	3,58	1.232.036	22,82
		eingeschlossene Patienten	1.079.798	0,65	1.086.765	12,06	1.217.864	7,49	1.309.081	3,93	1.360.469	25,99
50-79 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	172.522	7,01	184.615	16,78	215.596	11,09	239.504	7,26	256.892	48,90
		nicht-komplex Erkrankte	235.729	4,66	246.718	13,81	280.801	8,16	303.727	4,80	318.297	35,03
		sonstige Erkrankte	33.094	9,30	36.172	16,38	42.098	10,55	46.540	7,22	49.901	50,79
		Patienten mit psychischer Störung	441.345	5,93	467.505	15,18	538.495	9,52	589.771	5,99	625.090	41,63
		eingeschlossene Patienten	455.967	5,63	481.644	15,77	557.606	10,02	613.474	5,89	649.624	42,47
	männlich	Komplex	71.732	8,23	77.638	18,03	91.640	13,33	103.856	8,42	112.602	56,98
		nicht-komplex Erkrankte	86.281	4,79	90.415	15,47	104.404	9,94	114.785	5,60	121.215	40,49
		sonstige Erkrankte	11.966	9,31	13.080	18,98	15.563	13,69	17.694	8,86	19.262	60,97
		Patienten mit psychischer Störung	169.979	6,56	181.133	16,82	211.607	11,69	236.335	7,08	253.079	48,89
		eingeschlossene Patienten	179.012	6,30	190.283	17,53	223.637	12,28	251.105	7,02	268.736	50,12
Alter	Geschlecht	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015-2016	a. H. 2016	p. V. 2016-2017	a. H. 2017	p. V. 2017-2018	a. H. 2018	p. V. 2018-2019	a. H. 2019	p. V. 2015-2019

50-79 Jahre	Gesamt	komplex Er- krankte	244.254	7,37	262.253	17,15	307.236	11,76	343.360	7,61	369.494	51,27
		nicht-komplex Er- krankte	322.010	4,70	337.133	14,26	385.205	8,65	418.512	5,02	439.512	36,49
		sonstige Er- krankte	45.060	9,30	49.252	17,07	57.661	11,40	64.234	7,67	69.163	53,49
		Patienten mit psychischer Stö- rung	611.324	6,10	648.638	15,64	750.102	10,13	826.106	6,30	878.169	43,65
		eingeschlossene Patienten	634.979	5,82	671.927	16,27	781.243	10,67	864.579	6,22	918.360	44,63
Ge- samt	weiblich	komplex Er- krankte	305.901	4,13	318.521	13,45	361.349	8,36	391.571	5,31	412.344	34,80
		nicht-komplex Er- krankte	791.779	1,29	801.983	10,62	887.167	6,46	944.510	3,71	979.548	23,71
		sonstige Er- krankte	58.872	7,76	63.438	13,94	72.281	8,48	78.414	5,89	83.034	41,04
		Patienten mit psychischer Stö- rung	1.156.5 52	2,37	1.183.9 42	11,56	1.320.7 97	7,09	1.414.4 95	4,27	1.474.9 26	27,53
		eingeschlossene Patienten	1.215.7 03	2,08	1.241.0 44	12,49	1.395.9 95	7,87	1.505.9 13	4,35	1.571.4 70	29,26
	männlich	komplex Er- krankte	127.166	5,36	133.986	15,61	154.895	10,47	171.118	6,67	182.526	43,53
		nicht-komplex Er- krankte	310.523	3,27	320.668	14,64	367.616	9,20	401.428	5,16	422.161	35,95
sonstige Er- krankte		20.217	8,29	21.892	16,88	25.587	11,29	28.477	7,43	30.592	51,32	

Gesamt	Patienten mit psychischer Störung	457.906	4,07	476.546	15,01	548.098	9,66	601.023	5,70	635.279	38,74	
	eingeschlossene Patienten	499.074	3,72	517.648	16,51	603.112	10,72	667.747	5,93	707.359	41,73	
	komplex Erkrankte	433.067	4,49	452.507	14,09	516.244	9,00	562.689	5,72	594.870	37,36	
	nicht-komplex Erkrankte	1.102.302	1,85	1.122.651	11,77	1.254.783	7,26	1.345.938	4,14	1.401.709	27,16	
	sonstige Erkrankte	79.089	7,89	85.330	14,69	97.868	9,22	106.891	6,30	113.626	43,67	
	Patienten mit psychischer Störung	1.614.458	2,85	1.660.488	12,55	1.868.895	7,85	2.015.518	4,70	2.110.205	30,71	
	eingeschlossene Patienten	1.714.777	2,56	1.758.692	13,67	1.999.107	8,73	2.173.660	4,84	2.278.829	32,89	

eTabelle 67. Prozentuale Anteile der Patienten in den einzelnen Diagnosegruppen an allen Patienten mit psychischer Störung und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019 – getrennt nach zwei Altersgruppen und Geschlecht.

Alter	Geschlecht	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
18-49 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	18,65	0,22	18,69	-0,32	18,63	-1,03	18,44	-0,79	18,29	-1,91
		nicht-komplex Erkrankte	77,75	-0,31	77,50	0,01	77,51	0,24	77,70	0,14	77,81	0,08
	männlich	komplex Erkrankte	19,25	-0,93	19,07	-1,45	18,80	-1,89	18,44	-0,81	18,30	-4,97

		nicht-komplex Erkrankte	77,88	0,08	77,94	0,36	78,22	0,48	78,60	0,18	78,74	1,10
50-79 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	39,09	1,02	39,49	1,39	40,04	1,43	40,61	1,20	41,10	5,13
		nicht-komplex Erkrankte	53,41	-1,19	52,77	-1,19	52,15	-1,24	51,50	-1,12	50,92	-4,66
	männlich	komplex Erkrankte	42,20	1,57	42,86	1,04	43,31	1,47	43,94	1,25	44,49	5,43
		nicht-komplex Erkrankte	50,76	-1,66	49,92	-1,16	49,34	-1,56	48,57	-1,38	47,90	-5,64

eTabelle 68. Absolute Häufigkeiten (a. H.) der abgerechneten ambulanten psychotherapeutischen Leistungen sowie prozentuale Veränderung (p. V.) in jedem Jahr relativ zum Vorjahr und prozentuale Veränderung (p. V.) in 2019 relativ zu 2015 – differenziert nach Alter, Geschlecht und Diagnosegruppe.

Alter	Ge- schlecht	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2015 -2019
18-19 Jahre	weiblich	komplex Er- krankte	51.574	4,81	54.055	13,09	61.133	10,53	67.572	2,65	69.361	34,49
		nicht-komplex Erkrankte	350.030	7,77	377.225	19,40	450.398	14,84	517.249	6,38	550.226	57,19
		sonstige Er- krankte	6.591	13,06	7.451	10,56	8.238	11,40	9.177	6,73	9.795	48,62
		Patienten mit psychischer Stö- rung	408.194	7,48	438.731	18,47	519.768	14,28	593.998	5,96	629.381	54,19
		eingeschlossene Patienten	435.176	6,61	463.950	19,34	553.683	15,15	637.553	5,78	674.432	54,98
	männlich	komplex Er- krankte	18.085	3,35	18.691	23,07	23.003	16,38	26.771	-0,38	26.669	47,47
		nicht-komplex Erkrankte	119.905	8,34	129.902	32,03	171.505	15,04	197.295	2,04	201.324	67,90
		sonstige Er- krankte	1.169	20,19	1.405	40,43	1.973	11,66	2.203	-7,72	2.033	73,91
		Patienten mit psychischer Stö- rung	139.159	7,79	149.998	30,99	196.480	15,16	226.269	1,66	230.026	65,30
		eingeschlossene Patienten	158.696	7,44	170.500	31,78	224.677	17,26	263.461	1,67	267.865	68,79

Alter	Ge- schlecht	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2019 -2020
18-19 Jahre	Gesamt	komplex Er- krankte	69.658	4,43	72.746	15,66	84.135	12,13	94.343	1,79	96.030	37,86
		nicht-komplex Erkrankte	469.935	7,91	507.127	22,63	621.902	14,90	714.543	5,18	751.549	59,93
		sonstige Er- krankte	7.760	14,13	8.856	15,30	10.211	11,45	11.380	3,94	11.828	52,43
		Patienten mit psychischer Stö- rung	547.353	7,56	588.728	21,66	716.248	14,52	820.266	4,77	859.407	57,01
		eingeschlossene Patienten	593.872	6,83	634.450	22,68	778.359	15,76	901.014	4,58	942.297	58,67
20-29 Jahre	weiblich	komplex Er- krankte	288.560	1,13	291.813	16,53	340.052	9,94	373.844	3,19	385.773	33,69
		nicht-komplex Erkrankte	1.862.674	1,31	1.887.112	17,48	2.217.060	12,32	2.490.116	6,59	2.654.101	42,49
		sonstige Er- krankte	52.047	5,75	55.037	16,54	64.139	15,41	74.025	2,73	76.047	46,11
		Patienten mit psychischer Stö- rung	2.203.281	1,39	2.233.962	17,34	2.621.251	12,08	2.937.984	6,06	3.115.921	41,42
		eingeschlossene Patienten	2.245.564	1,33	2.275.408	18,26	2.690.812	12,67	3.031.655	6,17	3.218.664	43,33
	männlich	komplex Er- krankte	103.677	8,28	112.260	20,50	135.271	11,51	150.843	8,53	163.711	57,91
		nicht-komplex Erkrankte	694.590	7,37	745.796	22,15	911.020	16,04	1.057.137	7,81	1.139.728	64,09

		sonstige Erkrankte	12.571	2,78	12.921	17,43	15.173	18,76	18.020	12,34	20.244	61,04	
		Patienten mit psychischer Störung	810.838	7,42	870.977	21,87	1.061.464	15,50	1.225.999	7,97	1.323.682	63,25	
		eingeschlossene Patienten	845.296	7,13	905.586	23,47	1.118.159	16,36	1.301.130	8,15	1.407.137	66,47	
	Gesamt	komplex Erkrankte	392.237	3,02	404.073	17,63	475.323	10,39	524.686	4,73	549.484	40,09	
		nicht-komplex Erkrankte	2.557.264	2,96	2.632.907	18,81	3.128.080	13,40	3.547.252	6,95	3.793.829	48,35	
		sonstige Erkrankte	64.618	5,17	67.958	16,71	79.312	16,05	92.044	4,61	96.291	49,02	
		Patienten mit psychischer Störung	3.014.118	3,01	3.104.938	18,61	3.682.715	13,07	4.163.982	6,62	4.439.603	47,29	
		eingeschlossene Patienten	3.090.860	2,92	3.180.994	19,74	3.808.970	13,75	4.332.785	6,76	4.625.801	49,66	
	30-39 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	495.906	2,12	506.443	14,15	578.085	9,29	631.782	3,31	652.702	31,62
			nicht-komplex Erkrankte	2.450.193	1,67	2.491.189	14,02	2.840.546	10,00	3.124.548	3,46	3.232.804	31,94
sonstige Erkrankte			98.742	11,99	110.578	13,82	125.861	12,08	141.066	6,10	149.677	51,58	
Patienten mit psychischer Störung			3.044.841	2,08	3.108.210	14,04	3.544.491	9,96	3.897.395	3,54	4.035.182	32,53	
eingeschlossene Patienten			3.082.985	2,00	3.144.645	14,59	3.603.341	10,37	3.976.959	3,64	4.121.588	33,69	

Alter	Ge- schlecht	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2019 -2020
30-39 Jahre	männlich	komplex Er- krankte	186.863	5,90	197.880	15,68	228.901	10,91	253.875	5,67	268.264	43,56
		nicht-komplex Erkrankte	944.993	4,26	985.231	17,70	1.159.605	13,09	1.311.422	6,21	1.392.827	47,39
		sonstige Er- krankte	26.113	13,56	29.655	28,82	38.202	7,91	41.225	9,79	45.260	73,32
		Patienten mit psychischer Stö- rung	1.157.968	4,73	1.212.765	17,64	1.426.707	12,60	1.606.521	6,21	1.706.351	47,36
		eingeschlossene Patienten	1.186.915	4,67	1.242.307	18,63	1.473.690	13,19	1.668.125	6,41	1.775.049	49,55
	Gesamt	komplex Er- krankte	682.769	3,16	704.322	14,58	806.985	9,75	885.656	3,99	920.966	34,89
		nicht-komplex Erkrankte	3.395.186	2,39	3.476.420	15,07	4.000.151	10,90	4.435.970	4,28	4.625.631	36,24
		sonstige Er- krankte	124.855	12,32	140.233	16,99	164.063	11,11	182.291	6,94	194.937	56,13
		Patienten mit psychischer Stö- rung	4.202.809	2,81	4.320.974	15,05	4.971.198	10,72	5.503.916	4,32	5.741.533	36,61
		eingeschlossene Patienten	4.269.900	2,74	4.386.951	15,73	5.077.030	11,19	5.645.084	4,46	5.896.637	38,10
40-49 Jahre	weiblich	komplex Er- krankte	776.993	-1,41	766.068	11,45	853.781	4,92	895.756	0,30	898.401	15,63
		nicht-komplex Erkrankte	2.383.200	-3,77	2.293.241	9,11	2.502.244	4,46	2.613.834	-0,41	2.602.992	9,22

		sonstige Erkrankte	158.209	3,45	163.667	11,49	182.473	6,35	194.052	0,91	195.815	23,77
		Patienten mit psychischer Störung	3.318.401	-2,88	3.222.976	9,79	3.538.498	4,67	3.703.642	-0,17	3.697.208	11,42
		eingeschlossene Patienten	3.349.717	-2,92	3.252.012	10,12	3.581.213	4,98	3.759.405	-0,13	3.754.508	12,08
	männlich	komplex Erkrankte	314.437	-1,93	308.376	13,36	349.587	5,79	369.837	-0,26	368.887	17,32
		nicht-komplex Erkrankte	894.742	-2,12	875.790	11,86	979.672	6,21	1.040.549	1,59	1.057.058	18,14
		sonstige Erkrankte	53711	2,19	54.887	9,12	59.895	7,59	64.444	0,24	64.601	20,27
		Patienten mit psychischer Störung	1.262.890	-1,89	1.239.052	12,11	1.389.154	6,17	1.474.830	1,07	1.490.545	18,03
		eingeschlossene Patienten	1.285.246	-1,99	1.259.605	12,86	1.421.606	6,63	1.515.849	1,18	1.533.719	19,33
	Gesamt	komplex Erkrankte	1.091.430	-1,56	1.074.444	12,00	1.203.368	5,17	1.265.593	0,13	1.267.287	16,11
		nicht-komplex Erkrankte	3.277.942	-3,32	3.169.031	9,87	3.481.916	4,95	3.654.383	0,16	3.660.050	11,66
		sonstige Erkrankte	211.920	3,13	218.554	10,90	242.368	6,65	258.496	0,74	260.416	22,88
		Patienten mit psychischer Störung	4.581.291	-2,60	4.462.028	10,44	4.927.651	5,09	5.178.471	0,18	5.187.752	13,24
		eingeschlossene Patienten	4.634.963	-2,66	4.511.617	10,89	5.002.819	5,45	5.275.253	0,25	5.288.226	14,09

Alter	Ge- schlecht	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2019 -2020
50-59 Jahre	weiblich	komplex Er- krankte	1.143.101	6,15	1.213.399	18,43	1.437.010	11,56	1.603.069	4,52	1.675.505	46,58
		nicht-komplex Erkrankte	2.059.517	4,01	2.142.144	16,08	2.486.495	9,55	2.723.915	1,32	2.759.815	34,00
		sonstige Er- krankte	227.615	10,04	250.477	18,17	295.999	12,14	331.942	5,44	349.985	53,76
		Patienten mit psychischer Stö- rung	3.430.233	5,12	3.606.019	17,01	4.219.503	10,41	4.658.925	2,71	4.785.305	39,50
		eingeschlossene Patienten	3.455.644	5,06	3.630.665	17,31	4.258.986	10,63	4.711.912	2,70	4.839.330	40,04
	männlich	komplex Er- krankte	473.322	8,09	511.620	18,10	604.244	12,60	680.361	4,15	708.612	49,71
		nicht-komplex Erkrankte	754.771	4,29	787.175	16,53	917.294	10,36	1.012.305	2,63	1.038.914	37,65
		sonstige Er- krankte	83.025	9,69	91.067	22,90	111.917	14,35	127.982	2,54	131.229	58,06
		Patienten mit psychischer Stö- rung	1.311.117	6,01	1.389.861	17,53	1.633.454	11,46	1.820.647	3,19	1.878.754	43,29
		eingeschlossene Patienten	1.328.168	5,92	1.406.783	17,99	1.659.835	11,78	1.855.417	3,27	1.916.005	44,26
	Gesamt	komplex Er- krankte	1.616.423	6,72	1.725.019	18,33	2.041.253	11,86	2.283.430	4,41	2.384.117	47,49
		nicht-komplex Erkrankte	2.814.288	4,09	2.929.319	16,20	3.403.788	9,77	3.736.219	1,67	3.798.729	34,98

		sonstige Erkrankte	310.640	9,95	341.543	19,43	407.915	12,75	459.923	4,63	481.213	54,91
		Patienten mit psychischer Störung	4.741.350	5,37	4.995.880	17,16	5.852.956	10,71	6.479.572	2,85	6.664.059	40,55
		eingeschlossene Patienten	4.783.812	5,30	5.037.447	17,50	5.918.821	10,96	6.567.329	2,86	6.755.335	41,21
60-69 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	497.982	11,53	555.414	24,76	692.924	17,14	811.675	10,18	894.306	79,59
		nicht-komplex Erkrankte	515.360	9,46	564.103	21,74	686.762	17,76	808.750	10,03	889.854	72,67
		sonstige Erkrankte	94.728	15,80	109.690	25,22	137.353	14,86	157.766	10,90	174.966	84,70
		Patienten mit psychischer Störung	1.108.069	10,93	1.229.206	23,42	1.517.039	17,21	1.778.191	10,18	1.959.126	76,81
		eingeschlossene Patienten	1.116.529	10,82	1.237.342	23,75	1.531.233	17,47	1.798.743	10,15	1.981.243	77,45
	männlich	komplex Erkrankte	196.023	11,23	218.029	24,67	271.816	20,87	328.537	13,73	373.649	90,62
		nicht-komplex Erkrankte	169.187	6,35	179.936	25,77	226.301	19,49	270.401	11,19	300.650	77,70
		sonstige Erkrankte	31.653	20,34	38.091	22,28	46.576	20,67	56.202	14,29	64.235	102,93
		Patienten mit psychischer Störung	396.862	9,88	436.055	24,91	544.693	20,28	655.140	12,73	738.533	86,09
		eingeschlossene Patienten	402.082	9,86	441.714	25,24	553.186	20,65	667.441	12,66	751.967	87,02

Alter	Ge- schlecht	Diagnose- gruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2015 -2019
60- 69 Jahre	Gesamt	komplex Er- krankte	694.004	11,45	773.442	24,73	964.740	18,19	1.140.212	11,20	1.267.955	82,70
		nicht-komplex Erkrankte	684.547	8,69	744.038	22,72	913.063	18,19	1.079.151	10,32	1.190.504	73,91
		sonstige Er- krankte	126.381	16,93	147.781	24,46	183.929	16,33	213.968	11,79	239.200	89,27
		Patienten mit psychischer Störung	1.504.931	10,65	1.665.261	23,81	2.061.731	18,02	2.433.330	10,86	2.697.659	79,25
		eingeschlos- sene Patien- ten	1.518.611	10,57	1.679.056	24,14	2.084.419	18,32	2.466.183	10,83	2.733.210	79,98
70- 79 Jahre	weiblich	komplex Er- krankte	152.744	8,27	165.368	22,94	203.303	13,16	230.064	7,21	246.649	61,48
		nicht-komplex Erkrankte	80.570	2,12	82.277	19,12	98.012	14,01	111.745	4,75	117.058	45,29
		sonstige Er- krankte	32.250	-0,29	32.157	22,52	39.398	13,38	44.671	4,21	46.551	44,34
		Patienten mit psychischer Störung	265.563	5,36	279.802	21,77	340.713	13,43	386.479	6,15	410.257	54,49
		eingeschlos- sene Patien- ten	268.935	5,26	283.074	22,24	346.040	13,81	393.844	6,04	417.619	55,29
	männ- lich	komplex Er- krankte	44.976	3,68	46.631	22,56	57.153	17,48	67.141	7,11	71.917	59,90

		nicht-komplex Erkrankte	17.218	3,19	17.768	14,51	20.346	17,72	23.951	8,51	25.990	50,95
		sonstige Erkrankte	6.654	6,88	7.112	25,75	8.943	11,18	9.942	5,02	10.441	56,91
		Patienten mit psychischer Störung	68.848	3,87	71.511	20,88	86.441	16,88	101.034	7,24	108.348	57,37
		eingeschlossene Patienten	70.490	3,63	73.051	21,57	88.810	17,52	104.374	7,11	111.795	58,60
	Gesamt	komplex Erkrankte	197.720	7,22	211.999	22,86	260.456	14,11	297.204	7,19	318.566	61,12
		nicht-komplex Erkrankte	97.788	2,31	100.045	18,30	118.358	14,65	135.696	5,42	143.048	46,28
		sonstige Erkrankte	38.904	0,94	39.268	23,10	48.341	12,97	54.613	4,36	56.992	46,49
		Patienten mit psychischer Störung	334.411	5,05	351.312	21,59	427.154	14,13	487.513	6,38	518.605	55,08
		eingeschlossene Patienten	339.425	4,92	356.124	22,11	434.850	14,57	498.218	6,26	529.414	55,97
	Gesamt	weiblich	komplex Erkrankte	3.406.858	4,28	3.552.558	17,28	4166.286	10,74	4.613.760	4,53	4.822.695
nicht-komplex Erkrankte			9.701.543	1,40	9.837.290	14,68	11.281.515	9,83	12.390.154	3,36	12.806.849	32,01
sonstige Erkrankte			670.180	8,79	729.056	17,06	853.461	11,63	952.698	5,26	1.002.835	49,64

	Patienten mit psychischer Störung	13.778.581	2,47	14.118.904	15,46	16.301.261	10,15	17.956.612	3,76	18.632.378	35,23
	eingeschlossene Patienten	13.954.549	2,38	14.287.093	15,95	16.565.306	10,53	18.310.070	3,81	19.007.382	36,21

Alter	Geschlecht	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015-2016	a. H. 2016	p. V. 2016-2017	a. H. 2017	p. V. 2017-2018	a. H. 2018	p. V. 2018-2019	a. H. 2019	p. V. 2019-2020
Ge- samt	männlich	komplex Erkrankte	1.337.381	5,69	1.413.486	18,15	1.669.973	12,42	1.877.363	5,56	1.981.708	48,18
		nicht-komplex Erkrankte	3.595.405	3,51	3.721.595	17,85	4.385.742	12,02	4.913.059	4,95	5.156.489	43,42
		sonstige Erkrankte	214.896	9,42	235.136	20,22	282.677	13,21	320.017	5,63	338.041	57,30
		Patienten mit psychischer Störung	5.147.681	4,32	5.370.217	18,03	6.338.392	12,18	7.110.438	5,14	7.476.238	45,24
		eingeschlossene Patienten	5.276.892	4,22	5.499.544	18,92	6.539.961	12,78	7.375.795	5,26	7.763.536	47,12
	Gesamt	komplex Erkrankte	4.744.239	4,68	4.966.044	17,52	5.836.259	11,22	6.491.123	4,83	6.804.403	43,42
		nicht-komplex Erkrankte	13.296.948	1,97	13.558.885	15,55	15.667.257	10,44	17.303.213	3,82	17.963.338	35,09
		sonstige Erkrankte	885.076	8,94	964.192	17,83	1.136.138	12,02	1.272.714	5,36	1.340.876	51,50

	Patienten mit psychischer Störung	18.926.262	2,97	19.489.120	16,17	22.639.653	10,72	25.067.049	4,16	26.108.616	37,95
	eingeschlossene Patienten	19.231.441	2,89	19.786.637	16,77	23.105.267	11,17	25.685.864	4,22	26.770.918	39,20

eTabelle 69. Prozentuale Anteile der Leistungen für eine Diagnosegruppe an allen Leistungen für Patienten mit psychischer Störung und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019 – getrennt nach Altersgruppe und Geschlecht.

Alter	Geschlecht	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015 -2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016 -2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017 -2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018 -2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015 -2019 in %
18-19 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	12,63	-0,31	12,32	-0,56	11,76	-0,39	11,38	-0,36	11,02	-1,61
		nicht-komplex Erkrankte	85,75	0,23	85,98	0,67	86,65	0,43	87,08	0,34	87,42	1,67
		sonstige Erkrankte	1,61	0,08	1,70	-0,11	1,58	-0,04	1,54	0,01	1,56	-0,06
	männlich	komplex Erkrankte	13,00	-0,53	12,46	-0,75	11,71	0,12	11,83	-0,24	11,59	-1,40
		nicht-komplex Erkrankte	86,16	0,44	86,60	0,69	87,29	-0,09	87,19	0,33	87,52	1,36
		sonstige Erkrankte	0,84	0,10	0,94	0,07	1,00	-0,03	0,97	-0,09	0,88	0,04
	Gesamt	komplex Erkrankte	12,73	-0,37	12,36	-0,61	11,75	-0,25	11,50	-0,33	11,17	-1,55
		nicht-komplex Erkrankte	85,86	0,28	86,14	0,69	86,83	0,28	87,11	0,34	87,45	1,59
		sonstige Erkrankte	1,42	0,09	1,50	-0,08	1,43	-0,04	1,39	-0,01	1,38	-0,04
Alter	Geschlecht	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015 -2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016 -2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017 -2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018 -2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015 -2019 in %
20-29 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	13,10	-0,03	13,06	-0,09	12,97	-0,25	12,72	-0,34	12,38	-0,72
		nicht-komplex Erkrankte	84,54	-0,07	84,47	0,11	84,58	0,18	84,76	0,42	85,18	0,64
		sonstige Erkrankte	2,36	0,10	2,46	-0,02	2,45	0,07	2,52	-0,08	2,44	0,08
		komplex Erkrankte	12,79	0,10	12,89	-0,15	12,74	-0,44	12,30	0,06	12,37	-0,42

	männlich	nicht-komplex Erkrankte	85,66	-0,04	85,63	0,20	85,83	0,40	86,23	-0,12	86,10	0,44
		sonstige Erkrankte	1,55	-0,07	1,48	-0,05	1,43	0,04	1,47	0,06	1,53	-0,02
	Gesamt	komplex Erkrankte	13,01	0,00	13,01	-0,11	12,91	-0,31	12,60	-0,22	12,38	-0,64
		nicht-komplex Erkrankte	84,84	-0,05	84,80	0,14	84,94	0,25	85,19	0,27	85,45	0,61
		sonstige Erkrankte	2,14	0,04	2,19	-0,04	2,15	0,06	2,21	-0,04	2,17	0,03
	30-39 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	16,29	0,01	16,29	0,02	16,31	-0,10	16,21	-0,04	16,18
nicht-komplex Erkrankte			80,47	-0,32	80,15	-0,01	80,14	0,03	80,17	-0,05	80,12	-0,35
sonstige Erkrankte			3,24	0,31	3,56	-0,01	3,55	0,07	3,62	0,09	3,71	0,47
männlich		komplex Erkrankte	16,14	0,18	16,32	-0,27	16,04	-0,24	15,80	-0,08	15,72	-0,42
		nicht-komplex Erkrankte	81,61	-0,37	81,24	0,04	81,28	0,35	81,63	-0,01	81,63	0,02
		sonstige Erkrankte	2,26	0,19	2,45	0,23	2,68	-0,11	2,57	0,09	2,65	0,40
Gesamt		komplex Erkrankte	16,25	0,05	16,30	-0,07	16,23	-0,14	16,09	-0,05	16,04	-0,21
		nicht-komplex Erkrankte	80,78	-0,33	80,45	0,01	80,47	0,13	80,60	-0,03	80,56	-0,22
		sonstige Erkrankte	2,97	0,27	3,25	0,05	3,30	0,01	3,31	0,08	3,40	0,42
40-49 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	23,41	0,35	23,77	0,36	24,13	0,06	24,19	0,11	24,30	0,88
		nicht-komplex Erkrankte	71,82	-0,66	71,15	-0,44	70,71	-0,14	70,57	-0,17	70,40	-1,41
		sonstige Erkrankte	4,77	0,31	5,08	0,08	5,16	0,08	5,24	0,06	5,30	0,53
	männlich	komplex Erkrankte	24,90	-0,01	24,89	0,28	25,17	-0,09	25,08	-0,33	24,75	-0,15
		nicht-komplex Erkrankte	70,85	-0,17	70,68	-0,16	70,52	0,03	70,55	0,36	70,92	0,07
		sonstige Erkrankte	4,25	0,18	4,43	-0,12	4,31	0,06	4,37	-0,04	4,33	0,08

Alter	Geschlecht	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
40-49 Jahre	Gesamt	komplex Erkrankte	23,82	0,26	24,08	0,34	24,42	0,02	24,44	-0,01	24,43	0,60
		nicht-komplex Erkrankte	71,55	-0,53	71,02	-0,36	70,66	-0,09	70,57	-0,02	70,55	-1,00
		sonstige Erkrankte	4,63	0,27	4,90	0,02	4,92	0,07	4,99	0,03	5,02	0,39
50-59 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	33,32	0,32	33,65	0,41	34,06	0,35	34,41	0,60	35,01	1,69
		nicht-komplex Erkrankte	60,04	-0,64	59,40	-0,48	58,93	-0,46	58,47	-0,79	57,67	-2,37
		sonstige Erkrankte	6,64	0,31	6,95	0,07	7,02	0,11	7,12	0,19	7,31	0,68
	männlich	komplex Erkrankte	36,10	0,71	36,81	0,18	36,99	0,38	37,37	0,35	37,72	1,62
		nicht-komplex Erkrankte	57,57	-0,93	56,64	-0,48	56,16	-0,56	55,60	-0,30	55,30	-2,27
		sonstige Erkrankte	6,33	0,22	6,55	0,30	6,85	0,18	7,03	-0,04	6,98	0,65
	Gesamt	komplex Erkrankte	34,09	0,44	34,53	0,35	34,88	0,36	35,24	0,54	35,78	1,68
		nicht-komplex Erkrankte	59,36	-0,72	58,63	-0,48	58,16	-0,49	57,66	-0,66	57,00	-2,35
		sonstige Erkrankte	6,55	0,28	6,84	0,13	6,97	0,13	7,10	0,12	7,22	0,67
60-69 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	44,94	0,24	45,18	0,49	45,68	-0,03	45,65	0,00	45,65	0,71
		nicht-komplex Erkrankte	46,51	-0,62	45,89	-0,62	45,27	0,21	45,48	-0,06	45,42	-1,09
		sonstige Erkrankte	8,55	0,37	8,92	0,13	9,05	-0,18	8,87	0,06	8,93	0,38
	männlich	komplex Erkrankte	49,39	0,61	50,00	-0,10	49,90	0,24	50,15	0,45	50,59	1,20
		nicht-komplex Erkrankte	42,63	-1,37	41,26	0,28	41,55	-0,27	41,27	-0,56	40,71	-1,92
		sonstige Erkrankte	7,98	0,76	8,74	-0,18	8,55	0,03	8,58	0,12	8,70	0,72

	Gesamt	komplex Erkrankte	46,12	0,33	46,45	0,35	46,79	0,07	46,86	0,14	47,00	0,89
		nicht-komplex Erkrankte	45,49	-0,81	44,68	-0,39	44,29	0,06	44,35	-0,22	44,13	-1,36
		sonstige Erkrankte	8,40	0,48	8,87	0,05	8,92	-0,13	8,79	0,07	8,87	0,47
70-79 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	57,52	1,59	59,10	0,57	59,67	-0,14	59,53	0,59	60,12	2,60
		nicht-komplex Erkrankte	30,34	-0,93	29,41	-0,64	28,77	0,15	28,91	-0,38	28,53	-1,81
		sonstige Erkrankte	12,14	-0,65	11,49	0,07	11,56	-0,01	11,56	-0,21	11,35	-0,80

Alter	Geschlecht	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
70-79 Jahre	männlich	komplex Erkrankte	65,33	-0,12	65,21	0,91	66,12	0,34	66,45	-0,08	66,38	1,05
		nicht-komplex Erkrankte	25,01	-0,16	24,85	-1,31	23,54	0,17	23,71	0,28	23,99	-1,02
		sonstige Erkrankte	9,66	0,28	9,94	0,40	10,35	-0,50	9,84	-0,20	9,64	-0,03
	Gesamt	komplex Erkrankte	59,12	1,22	60,34	0,63	60,97	-0,01	60,96	0,46	61,43	2,30
		nicht-komplex Erkrankte	29,24	-0,76	28,48	-0,77	27,71	0,13	27,83	-0,25	27,58	-1,66
		sonstige Erkrankte	11,63	-0,46	11,18	0,14	11,32	-0,11	11,20	-0,21	10,99	-0,64
Gesamt	weiblich	komplex Erkrankte	24,73	0,44	25,16	0,40	25,56	0,14	25,69	0,19	25,88	1,16
		nicht-komplex Erkrankte	70,41	-0,74	69,67	-0,47	69,21	-0,21	69,00	-0,27	68,73	-1,68
		sonstige Erkrankte	4,86	0,30	5,16	0,07	5,24	0,07	5,31	0,08	5,38	0,52
	männlich	komplex Erkrankte	25,98	0,34	26,32	0,03	26,35	0,06	26,40	0,10	26,51	0,53
		nicht-komplex Erkrankte	69,85	-0,54	69,30	-0,11	69,19	-0,10	69,10	-0,12	68,97	-0,87

		sonstige Erkrankte	4,17	0,20	4,38	0,08	4,46	0,04	4,50	0,02	4,52	0,35
	Gesamt	komplex Erkrankte	25,07	0,41	25,48	0,30	25,78	0,12	25,90	0,17	26,06	0,99
		nicht-komplex Erkrankte	70,26	-0,69	69,57	-0,37	69,20	-0,18	69,03	-0,23	68,80	-1,45
		sonstige Erkrankte	4,68	0,27	4,95	0,07	5,02	0,06	5,08	0,06	5,14	0,46

eTabelle 70. Prozentuale Anteile der Leistungen einer Diagnosegruppe an allen Leistungen für Patienten mit psychischer Störung einer Kohorte und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019.

Alter	Geschlecht	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
18-19 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	12,63	-0,31	12,32	-0,56	11,76	-0,39	11,38	-0,36	11,02	-1,61
		nicht-komplex Erkrankte	85,75	0,23	85,98	0,67	86,65	0,43	87,08	0,34	87,42	1,67
	männlich	komplex Erkrankte	13,00	-0,53	12,46	-0,75	11,71	0,12	11,83	-0,24	11,59	-1,40
		nicht-komplex Erkrankte	86,16	0,44	86,60	0,69	87,29	-0,09	87,19	0,33	87,52	1,36
Alter	Geschlecht	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
18-19 Jahre	Gesamt	komplex Erkrankte	12,73	-0,37	12,36	-0,61	11,75	-0,25	11,50	-0,33	11,17	-1,55
		nicht-komplex Erkrankte	85,86	0,28	86,14	0,69	86,83	0,28	87,11	0,34	87,45	1,59
20-29	weiblich	komplex Erkrankte	13,10	-0,03	13,06	-0,09	12,97	-0,25	12,72	-0,34	12,38	-0,72

Jahre		nicht-komplex Erkrankte	84,54	-0,07	84,47	0,11	84,58	0,18	84,76	0,42	85,18	0,64
	männlich	komplex Erkrankte	12,79	0,10	12,89	-0,15	12,74	-0,44	12,30	0,06	12,37	-0,42
		nicht-komplex Erkrankte	85,66	-0,04	85,63	0,20	85,83	0,40	86,23	-0,12	86,10	0,44
	Gesamt	komplex Erkrankte	13,01	0,00	13,01	-0,11	12,91	-0,31	12,60	-0,22	12,38	-0,64
nicht-komplex Erkrankte		84,84	-0,05	84,80	0,14	84,94	0,25	85,19	0,27	85,45	0,61	
30-39 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	16,29	0,01	16,29	0,02	16,31	-0,10	16,21	-0,04	16,18	-0,11
		nicht-komplex Erkrankte	80,47	-0,32	80,15	-0,01	80,14	0,03	80,17	-0,05	80,12	-0,35
	männlich	komplex Erkrankte	16,14	0,18	16,32	-0,27	16,04	-0,24	15,80	-0,08	15,72	-0,42
		nicht-komplex Erkrankte	81,61	-0,37	81,24	0,04	81,28	0,35	81,63	-0,01	81,63	0,02
	Gesamt	komplex Erkrankte	16,25	0,05	16,30	-0,07	16,23	-0,14	16,09	-0,05	16,04	-0,21
		nicht-komplex Erkrankte	80,78	-0,33	80,45	0,01	80,47	0,13	80,60	-0,03	80,56	-0,22
40-49 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	23,41	0,35	23,77	0,36	24,13	0,06	24,19	0,11	24,30	0,88
		nicht-komplex Erkrankte	71,82	-0,66	71,15	-0,44	70,71	-0,14	70,57	-0,17	70,40	-1,41
	männlich	komplex Erkrankte	24,90	-0,01	24,89	0,28	25,17	-0,09	25,08	-0,33	24,75	-0,15
		nicht-komplex Erkrankte	70,85	-0,17	70,68	-0,16	70,52	0,03	70,55	0,36	70,92	0,07
	Gesamt	komplex Erkrankte	23,82	0,26	24,08	0,34	24,42	0,02	24,44	-0,01	24,43	0,60
		nicht-komplex Erkrankte	71,55	-0,53	71,02	-0,36	70,66	-0,09	70,57	-0,02	70,55	-1,00
50-59 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	33,32	0,32	33,65	0,41	34,06	0,35	34,41	0,60	35,01	1,69
		nicht-komplex Erkrankte	60,04	-0,64	59,40	-0,48	58,93	-0,46	58,47	-0,79	57,67	-2,37

	männlich	komplex Erkrankte	36,10	0,71	36,81	0,18	36,99	0,38	37,37	0,35	37,72	1,62
		nicht-komplex Erkrankte	57,57	-0,93	56,64	-0,48	56,16	-0,56	55,60	-0,30	55,30	-2,27

Alter	Geschlecht	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
50-59 Jahre	Gesamt	komplex Erkrankte	34,09	0,44	34,53	0,35	34,88	0,36	35,24	0,54	35,78	1,68
		nicht-komplex Erkrankte	59,36	-0,72	58,63	-0,48	58,16	-0,49	57,66	-0,66	57,00	-2,35
60-69 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	44,94	0,24	45,18	0,49	45,68	-0,03	45,65	0,00	45,65	0,71
		nicht-komplex Erkrankte	46,51	-0,62	45,89	-0,62	45,27	0,21	45,48	-0,06	45,42	-1,09
	männlich	komplex Erkrankte	49,39	0,61	50,00	-0,10	49,90	0,24	50,15	0,45	50,59	1,20
		nicht-komplex Erkrankte	42,63	-1,37	41,26	0,28	41,55	-0,27	41,27	-0,56	40,71	-1,92
	Gesamt	komplex Erkrankte	46,12	0,33	46,45	0,35	46,79	0,07	46,86	0,14	47,00	0,89
		nicht-komplex Erkrankte	45,49	-0,81	44,68	-0,39	44,29	0,06	44,35	-0,22	44,13	-1,36
70-79 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	57,52	1,59	59,10	0,57	59,67	-0,14	59,53	0,59	60,12	2,60
		nicht-komplex Erkrankte	30,34	-0,93	29,41	-0,64	28,77	0,15	28,91	-0,38	28,53	-1,81
70-79 Jahre	männlich	komplex Erkrankte	65,33	-0,12	65,21	0,91	66,12	0,34	66,45	-0,08	66,38	1,05
		nicht-komplex Erkrankte	25,01	-0,16	24,85	-1,31	23,54	0,17	23,71	0,28	23,99	-1,02
	Gesamt	komplex Erkrankte	59,12	1,22	60,34	0,63	60,97	-0,01	60,96	0,46	61,43	2,30

		nicht-komplex Erkrankte	29,24	-0,76	28,48	-0,77	27,71	0,13	27,83	-0,25	27,58	-1,66
Gesamt	weiblich	komplex Erkrankte	24,73	0,44	25,16	0,40	25,56	0,14	25,69	0,19	25,88	1,16
		nicht-komplex Erkrankte	70,41	-0,74	69,67	-0,47	69,21	-0,21	69,00	-0,27	68,73	-1,68
	männlich	komplex Erkrankte	25,98	0,34	26,32	0,03	26,35	0,06	26,40	0,10	26,51	0,53
		nicht-komplex Erkrankte	69,85	-0,54	69,30	-0,11	69,19	-0,10	69,10	-0,12	68,97	-0,87
	Gesamt	komplex Erkrankte	25,07	0,41	25,48	0,30	25,78	0,12	25,90	0,17	26,06	0,99
		nicht-komplex Erkrankte	70,26	-0,69	69,57	-0,37	69,20	-0,18	69,03	-0,23	68,80	-1,45

eTabelle 71. Prozentuale Anteile der Leistungen für eine Kohorte an allen Leistungen für Patienten mit psychischer Störung und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019.

Alter	Geschlecht	Anteil 2015 in %	Differenz 2015 -2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016 -2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017 -2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018 -2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015 -2019 in %
18-19 Jahre	weiblich	2,16	4,38	2,25	1,98	2,30	3,21	2,37	1,73	2,41	11,77
	männlich	0,74	4,68	0,77	12,76	0,87	4,01	0,90	-2,40	0,88	19,82
	Gesamt	2,89	4,45	3,02	4,73	3,16	3,43	3,27	0,59	3,29	13,82
20-29 Jahre	weiblich	11,64	-1,54	11,46	1,01	11,58	1,23	11,72	1,83	11,93	2,52
	männlich	4,28	4,31	4,47	4,91	4,69	4,32	4,89	3,66	5,07	18,34
	Gesamt	15,93	0,04	15,93	2,10	16,27	2,12	16,61	2,37	17,00	6,77
30-39 Jahre	weiblich	16,09	-0,87	15,95	-1,83	15,66	-0,69	15,55	-0,60	15,46	-3,93
	männlich	6,12	1,71	6,22	1,27	6,30	1,70	6,41	1,98	6,54	6,82
	Gesamt	22,21	-0,16	22,17	-0,96	21,96	-0,01	21,96	0,16	21,99	-0,97

40-49 Jahre	weiblich	17,53	-5,68	16,54	-5,49	15,63	-5,47	14,77	-4,16	14,16	-19,23
	männlich	6,67	-4,72	6,36	-3,49	6,14	-4,11	5,88	-2,97	5,71	-14,44
	Gesamt	24,21	-5,42	22,89	-4,93	21,77	-5,09	20,66	-3,82	19,87	-17,91
50-59 Jahre	weiblich	18,12	2,09	18,50	0,73	18,64	-0,28	18,59	-1,38	18,33	1,13
	männlich	6,93	2,94	7,13	1,17	7,22	0,67	7,26	-0,93	7,20	3,87
	Gesamt	25,05	2,33	25,63	0,85	25,85	-0,01	25,85	-1,26	25,52	1,89
60-69 Jahre	weiblich	5,85	7,73	6,31	6,24	6,70	5,86	7,09	5,78	7,50	28,17
	männlich	2,10	6,70	2,24	7,53	2,41	8,63	2,61	8,23	2,83	34,90
	Gesamt	7,95	7,46	8,54	6,58	9,11	6,59	9,71	6,44	10,33	29,94
70-79 Jahre	weiblich	1,40	2,32	1,44	4,82	1,50	2,45	1,54	1,92	1,57	11,99
	männlich	0,36	0,87	0,37	4,06	0,38	5,56	0,40	2,96	0,41	14,08
	Gesamt	1,77	2,02	1,80	4,67	1,89	3,08	1,94	2,13	1,99	12,42
Gesamt	weiblich	72,80	-0,49	72,45	-0,61	72,00	-0,51	71,63	-0,38	71,36	-1,97
	männlich	27,20	1,31	27,55	1,60	28,00	1,32	28,37	0,95	28,64	5,28

eTabelle 72. Absolute Häufigkeiten (a. H.) der ambulanten psychotherapeutischen Leistungen, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 abgerechnet wurden, sowie prozentuale Veränderung (p. V.) in jedem Jahr relativ zum Vorjahr und prozentuale Veränderung (p. V.) in 2019 relativ zu 2015 – getrennt nach Diagnosegruppen und differenziert nach zwei Alterskohorten bzw. Geschlecht.

Alter	Ge- schlecht	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2015 -2019
18-49 Jahre	weiblich	komplex Er- krankte	1.613.03 2	0,33	1.618.37 8	13,26	1.833.05 0	7,41	1.968.95 3	1,89	2.006.23 6	24,38
		nicht-komplex Erkrankte	7.046.09 7	0,04	7.048.76 7	13,64	8.010.24 6	9,18	8.745.74 5	3,37	9.040.12 2	28,30
		sonstige Er- krankte	315.588	6,70	336.733	13,06	380.711	9,88	418.320	3,11	431.334	36,68
		Patienten mit psychischer Stö- rung	8.974.71 6	0,32	9.003.87 7	13,55	10.224.0 07	8,89	11.133.0 18	3,10	11.477.6 91	27,89
		eingeschlossene Patienten	9.113.44 2	0,25	9.136.01 3	14,15	10.429.0 48	9,36	11.405.5 72	3,19	11.769.1 91	29,14
	männlich	komplex Er- krankte	623.061	2,27	637.206	15,62	736.761	8,76	801.325	3,27	827.530	32,82
		nicht-komplex Erkrankte	2.654.23 0	3,11	2.736.71 7	17,73	3.221.80 2	11,94	3.606.40 2	5,12	3.790.93 6	42,83
		sonstige Er- krankte	93.564	5,67	98.868	16,56	115.243	9,24	125.891	4,96	132.137	41,23
Patienten mit psychischer Stö- rung		3.370.85 4	3,02	3.472.79 1	17,31	4.073.80 5	11,29	4.533.61 8	4,79	4.750.60 3	40,93	

		eingeschlossene Patienten	3.476.15 2	2,93	3.577.99 8	18,45	4.238.13 1	12,04	4.748.56 4	4,95	4.983.76 9	43,37
	Gesamt	komplex Erkrankte	2.236.09 3	0,87	2.255.58 4	13,93	2.569.81 1	7,80	2.770.27 8	2,29	2.833.76 6	26,73
		nicht-komplex Erkrankte	9.700.32 6	0,88	9.785.48 4	14,78	11.232.0 48	9,97	12.352.1 47	3,88	12.831.0 58	32,27
		sonstige Erkrankte	409.152	6,46	435.600	13,86	495.954	9,73	544.211	3,54	563.471	37,72
		Patienten mit psychischer Störung	12.345.5 70	1,06	12.476.6 68	14,60	14.297.8 12	9,57	15.666.6 35	3,59	16.228.2 94	31,45
		eingeschlossene Patienten	12.589.5 94	0,99	12.714.0 11	15,36	14.667.1 78	10,14	16.154.1 35	3,71	16.752.9 60	33,07
50-79 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	1.793.82 6	7,82	1.934.18 0	20,63	2.333.23 6	13,35	2.644.80 7	6,49	2.816.46 0	57,01
		nicht-komplex Erkrankte	2.655.44 7	5,01	2.788.52 4	17,31	3.271.26 9	11,41	3.644.40 9	3,36	3.766.72 7	41,85
		sonstige Erkrankte	354.593	10,64	392.323	20,50	472.750	13,04	534.378	6,95	571.501	61,17
		Patienten mit psychischer Störung	4.803.86 5	6,48	5.115.02 7	18,81	6.077.25 4	12,28	6.823.59 4	4,85	7.154.68 7	48,94
		eingeschlossene Patienten	4.841.10 8	6,40	5.151.08 0	19,13	6.136.25 8	12,52	6.904.49 8	4,83	7.238.19 1	49,52

Alter	Ge- schlecht	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2019 -2020
50-79 Jahre	männlich	komplex Erkrankte	714.320	8,67	776.280	20,22	933.212	15,30	1.076.038	7,26	1.154.178	61,58
		nicht-komplex Erkrankte	941.175	4,64	984.878	18,18	1.163.941	12,26	1.306.657	4,51	1.365.554	45,09
		sonstige Erkrankte	121.332	12,31	136.269	22,87	167.435	15,94	194.126	6,07	205.904	69,70
		Patienten mit psychischer Störung	1.776.827	6,79	1.897.426	19,35	2.264.587	13,79	2.576.820	5,78	2.725.635	53,40
		eingeschlossene Patienten	1.800.740	6,71	1.921.547	19,79	2.301.831	14,14	2.627.231	5,81	2.779.767	54,37
	Gesamt	komplex Erkrankte	2.508.146	8,07	2.710.460	20,51	3.266.448	13,91	3.720.845	6,71	3.970.637	58,31
		nicht-komplex Erkrankte	3.596.622	4,92	3.773.402	17,54	4.435.209	11,63	4.951.066	3,66	5.132.280	42,70
		sonstige Erkrankte	475.924	11,07	528.592	21,11	640.184	13,80	728.504	6,71	777.405	63,35
		Patienten mit psychischer Störung	6.580.692	6,56	7.012.453	18,96	8.341.841	12,69	9.400.414	5,11	9.880.322	50,14
		eingeschlossene Patienten	6.641.848	6,49	7.072.627	19,31	8.438.089	12,96	9.531.729	5,10	10.017.958	50,83

Gesamt	weiblich	komplex Erkrankte	3.406.858	4,28	3.552.558	17,28	4.166.286	10,74	4.613.760	4,53	4.822.695	41,56
		nicht-komplex Erkrankte	9.701.543	1,40	9.837.290	14,68	11.281.515	9,83	12.390.154	3,36	12.806.849	32,01
		sonstige Erkrankte	670.180	8,79	729.056	17,06	853.461	11,63	952.698	5,26	1.002.835	49,64
		Patienten mit psychischer Störung	13.778.581	2,47	14.118.904	15,46	16.301.261	10,15	17.956.612	3,76	18.632.378	35,23
		eingeschlossene Patienten	13.954.549	2,38	14.287.093	15,95	16.565.306	10,53	18.310.070	3,81	19.007.382	36,21
	männlich	komplex Erkrankte	1.337.381	5,69	1.413.486	18,15	1.669.973	12,42	1.877.363	5,56	1.981.708	48,18
		nicht-komplex Erkrankte	3.595.405	3,51	3.721.595	17,85	4.385.742	12,02	4.913.059	4,95	5.156.489	43,42
		sonstige Erkrankte	214.896	9,42	235.136	20,22	282.677	13,21	320.017	5,63	338.041	57,30
		Patienten mit psychischer Störung	5.147.681	4,32	5.370.217	18,03	6.338.392	12,18	7.110.438	5,14	7.476.238	45,24
		eingeschlossene Patienten	5.276.892	4,22	5.499.544	18,92	6.539.961	12,78	7.375.795	5,26	7.763.536	47,12
	Gesamt	komplex Erkrankte	4.744.239	4,68	4.966.044	17,52	5.836.259	11,22	6.491.123	4,83	6.804.403	43,42
		nicht-komplex Erkrankte	13.296.948	1,97	13.558.885	15,55	15.667.257	10,44	17.303.213	3,82	17.963.338	35,09

	sonstige Erkrankte	885.076	8,94	964.192	17,83	1.136.138	12,02	1.272.714	5,36	1.340.876	51,50
	Patienten mit psychischer Störung	18.926.262	2,97	19.489.120	16,17	22.639.653	10,72	25.067.049	4,16	26.108.616	37,95
	eingeschlossene Patienten	19.231.441	2,89	19.786.637	16,77	23.105.267	11,17	25.685.864	4,22	26.770.918	39,20

eTabelle 73. Prozentuale Anteile der abgerechneten Leistungen für eine Diagnosegruppen an allen Leistungen für Patienten mit psychischer Störung – differenziert nach zwei Alterskohorten und Geschlecht.

Alter	Geschlecht	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
18-49 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	17,97	0,01	17,97	-0,25	17,93	-1,36	17,69	-1,17	17,48	-2,75
		nicht-komplex Erkrankte	78,51	-0,29	78,29	0,08	78,35	0,27	78,56	0,26	78,76	0,32
	männlich	komplex Erkrankte	18,48	-0,73	18,35	-1,43	18,09	-2,27	17,68	-1,45	17,42	-5,76
		nicht-komplex Erkrankte	78,74	0,08	78,80	0,36	79,09	0,58	79,55	0,32	79,80	1,34
50-79 Jahre	weiblich	komplex Erkrankte	37,34	1,27	37,81	1,53	38,39	0,96	38,76	1,56	39,37	5,42
		nicht-komplex Erkrankte	55,28	-1,38	54,52	-1,26	53,83	-0,78	53,41	-1,43	52,65	-4,76
	männlich	komplex Erkrankte	40,20	1,77	40,91	0,73	41,21	1,33	41,76	1,41	42,35	5,33
		nicht-komplex Erkrankte	52,97	-2,01	51,91	-0,98	51,40	-1,34	50,71	-1,20	50,10	-5,42

Sekundäre Fragestellung: Unterschiede zwischen kE und nkE in Abhängigkeit von der Fachgruppe der behandelnden Therapeuten (ärztliche Therapeuten, psychologische Therapeuten, sonstige Therapeuten)

eTabelle 74. Absolute Häufigkeiten (a. H.) der Patienten, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erhalten haben, sowie prozentuale Veränderung (p. V.) in jedem Jahr relativ zum Vorjahr und prozentuale Veränderung (p. V.) in 2019 relativ zu 2015 – getrennt nach Diagnosegruppe des Patienten und Fachgruppe des behandelnden Therapeuten.

Fachgruppe	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2015 -2019
ärztliche Therapeuten	komplex Erkrankte	114.162	3,55	118.217	17,76	139.209	10,99	154.505	6,43	164.434	44,04
	nicht-komplex Erkrankte	282.633	-0,13	282.265	14,34	322.729	8,36	349.703	3,64	362.436	28,24
	sonstige Erkrankte	20.881	5,76	22.083	18,24	26.112	12,26	29.313	5,67	30.976	48,35
	Patienten mit psychischer Störung	417.676	1,17	422.565	15,50	488.050	9,32	533.521	4,56	557.846	33,56
	eingeschlossene Patienten	441.015	0,95	445.185	16,21	517.329	9,92	568.672	4,56	594.594	34,82
psychologische Therapeuten	komplex Erkrankte	280.255	5,92	296.843	13,53	337.013	8,34	365.108	6,45	388.655	38,68
	nicht-komplex Erkrankte	722.482	3,14	745.151	11,83	833.286	7,11	892.523	5,21	939.066	29,98
	sonstige Erkrankte	51.905	9,96	57.076	14,48	65.342	8,70	71.026	7,07	76.049	46,52
	Patienten mit psychischer Störung	1.054.642	4,21	1.099.070	12,43	1.235.641	7,53	1.328.657	5,65	1.403.770	33,10
	eingeschlossene Patienten	1.106.021	4,00	1.150.300	13,50	1.305.540	8,28	1.413.666	5,81	1.495.732	35,24
Kinder- und Jugend-	komplex Erkrankte	7.508	1,73	7.638	11,93	8.549	5,51	9.020	4,88	9.460	26,00
	nicht-komplex Erkrankte	38.961	7,95	42.059	13,23	47.625	11,11	52.918	7,59	56.937	46,14
	sonstige Erkrankte	1.078	9,74	1.183	7,61	1.273	5,18	1.339	10,46	1.479	37,20

Therapeuten	Patienten mit psychischer Störung	47.547	7,01	50.880	12,91	57.447	10,15	63.277	7,27	67.876	42,76
	eingeschlossene Patienten	53.812	6,62	57.372	13,85	65.316	10,50	72.173	7,33	77.463	43,95
mehrere FG - psychologische Therapeuten	komplex Erkrankte	1.447	-5,67	1.365	22,12	1.667	-3,42	1.610	-9,57	1.456	0,62
	nicht-komplex Erkrankte	3.736	-3,80	3.594	21,09	4.352	-6,16	4.084	-7,15	3.792	1,50
	sonstige Erkrankte	242	17,77	285	10,53	315	-6,35	295	-8,14	271	11,98
	Patienten mit psychischer Störung	5.425	-3,34	5.244	20,79	6.334	-5,45	5.989	-7,85	5.519	1,73
	eingeschlossene Patienten	5.847	-3,90	5.619	21,21	6.811	-4,95	6.474	-7,97	5.958	1,90

Fachgruppe	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2019 -2020
mehrere FG - sonstige Therapeuten	komplex Erkrankte	5.231	-2,12	5.120	-12,54	4.478	9,38	4.898	-36,87	3.092	-40,89
	nicht-komplex Erkrankte	11.790	-2,13	11.539	-22,39	8.955	13,02	10.121	-38,31	6.244	-47,04
	sonstige Erkrankte	958	-0,31	955	-10,58	854	1,76	869	-36,02	556	-41,96
	Patienten mit psychischer Störung	17.979	-2,03	17.614	-18,89	14.287	11,21	15.888	-37,74	9.892	-44,98
	eingeschlossene Patienten	19.130	-2,18	18.713	-17,96	15.352	10,90	17.025	-36,89	10.744	-43,84
sonstige Therapeuten	komplex Erkrankte	40.781	-1,86	40.024	24,73	49.921	18,25	59.033	5,45	62.250	52,64
	nicht-komplex Erkrankte	92.100	-4,95	87.540	23,91	108.470	15,39	125.164	2,80	128.664	39,70
	sonstige Erkrankte	7.090	0,21	7.105	25,05	8.885	15,82	10.291	6,87	10.998	55,12

	Patienten mit psychischer Störung	139.971	-3,79	134.669	24,21	167.276	16,27	194.488	3,82	201.912	44,25
	eingeschlossene Patienten	158.765	-4,24	152.036	25,35	190.583	17,72	224.347	4,14	233.638	47,16
Gesamt	komplex Erkrankte	433.067	4,49	452.507	14,09	516.244	9,00	562.689	5,72	594.870	37,36
	nicht-komplex Erkrankte	1.102.302	1,85	1.122.651	11,77	1.254.783	7,26	1.345.938	4,14	1.401.709	27,16
	sonstige Erkrankte	79.089	7,89	85.330	14,69	97.868	9,22	106.891	6,30	113.626	43,67
	Patienten mit psychischer Störung	1.614.458	2,85	1.660.488	12,55	1.868.895	7,85	2.015.518	4,70	2.110.205	30,71
	eingeschlossene Patienten	1.714.777	2,56	1.758.692	13,67	1.999.107	8,73	2.173.660	4,84	2.278.829	32,89

ärztliche Therapeuten: Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (FG60), psychotherapeutisch tätige Ärzte (Zusatzbezeichnung) (FG61), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (FG58).

psychologische Therapeuten: Psychologische Psychotherapeuten (FG68) - Kinder- und Jugend- Therapeuten: Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (FG69)

mehrere FG - psychologische Therapeuten: Wechsel zwischen FG68 und FG69 innerhalb eines Kalenderjahres

mehrere FG - sonstige Therapeuten: Wechsel zwischen den verbliebenen Fachgruppen (außer FG68 und FG69) innerhalb eines Kalenderjahres

sonstige Therapeuten: alle anderen Fachgruppen des Therapeutenkollektivs (z. B. FG47: Kinder- und Jugendlichen- Psychiatrie und Psychotherapie oder FG51: Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie)

eTabelle 75. Prozentuale Anteile der Diagnosegruppen an allen Patienten mit psychischer Störung und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019 – differenziert nach der Fachgruppe des behandelnden Therapeuten.

Fachgruppe	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
	komplex Erkrankte	27,33	0,64	27,98	0,55	28,52	0,44	28,96	0,52	29,48	2,14

ärztliche Therapeu- ten	nicht-komplex Er- krankte	67,67	-0,87	66,80	-0,67	66,13	-0,58	65,55	-0,58	64,97	-2,70
	sonstige Erkrankte	5,00	0,23	5,23	0,12	5,35	0,14	5,49	0,06	5,55	0,55
psycho- logische Therapeu- ten	komplex Erkrankte	26,57	0,44	27,01	0,27	27,27	0,21	27,48	0,21	27,69	1,11
	nicht-komplex Er- krankte	68,50	-0,71	67,80	-0,36	67,44	-0,26	67,17	-0,28	66,90	-1,61
Kinder- und Jugend- Therapeu- ten	sonstige Erkrankte	4,92	0,27	5,19	0,09	5,29	0,06	5,35	0,07	5,42	0,50
	komplex Erkrankte	15,79	-0,78	15,01	-0,13	14,88	-0,63	14,25	-0,32	13,94	-1,85
	nicht-komplex Er- krankte	81,94	0,72	82,66	0,24	82,90	0,73	83,63	0,25	83,88	1,94
mehrere FG - psycho- logische Therapeu- ten	sonstige Erkrankte	2,27	0,06	2,33	-0,11	2,22	-0,10	2,12	0,06	2,18	-0,09
	komplex Erkrankte	26,67	-0,64	26,03	0,29	26,32	0,56	26,88	-0,50	26,38	-0,29
	nicht-komplex Er- krankte	68,87	-0,33	68,54	0,17	68,71	-0,52	68,19	0,52	68,71	-0,16
mehrere FG - sons- tige Therapeu- ten	sonstige Erkrankte	4,46	0,97	5,43	-0,46	4,97	-0,05	4,93	-0,02	4,91	0,45
	komplex Erkrankte	29,10	-0,03	29,07	2,28	31,34	-0,51	30,83	0,43	31,26	2,16
	nicht-komplex Er- krankte	65,58	-0,07	65,51	-2,83	62,68	1,02	63,70	-0,58	63,12	-2,45
sonstige Therapeu- ten	sonstige Erkrankte	5,33	0,09	5,42	0,56	5,98	-0,51	5,47	0,15	5,62	0,29
	komplex Erkrankte	29,14	0,58	29,72	0,12	29,84	0,51	30,35	0,48	30,83	1,69
	nicht-komplex Er- krankte	65,80	-0,80	65,00	-0,16	64,84	-0,49	64,36	-0,63	63,72	-2,08
Gesamt	sonstige Erkrankte	5,07	0,21	5,28	0,04	5,31	-0,02	5,29	0,16	5,45	0,38
	komplex Erkrankte	26,82	0,43	27,25	0,37	27,62	0,29	27,92	0,27	28,19	1,37
	nicht-komplex Er- krankte	68,28	-0,67	67,61	-0,47	67,14	-0,36	66,78	-0,35	66,43	-1,85

	sonstige Erkrankte	4,90	0,24	5,14	0,10	5,24	0,07	5,30	0,08	5,38	0,49
--	--------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

ärztliche Therapeuten: Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (FG60), psychotherapeutisch tätige Ärzte (Zusatzbezeichnung) (FG61), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (FG58).

psychologische Therapeuten: Psychologische Psychotherapeuten (FG68) - Kinder- und Jugend- Therapeuten: Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (FG69)

mehrere FG - psychologische Therapeuten: Wechsel zwischen FG68 und FG69 innerhalb eines Kalenderjahres

mehrere FG - sonstige Therapeuten: Wechsel zwischen den verbliebenen Fachgruppen (außer FG68 und FG69) innerhalb eines Kalenderjahres

sonstige Therapeuten: alle anderen Fachgruppen des Therapeutenkollektivs (z. B. FG47: Kinder- und Jugendlichen- Psychiatrie und Psychotherapie oder FG51: Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie)

eTabelle 76. Absolute Häufigkeiten (a. H.) der Therapeuten, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erbracht haben, sowie prozentuale Veränderung (p. V.) in jedem Jahr relativ zum Vorjahr und prozentuale Veränderung (p. V.) in 2019 relativ zu 2015 – getrennt nach der Diagnosegruppe des Patienten und der Fachgruppe des behandelnden Therapeuten.

Fach- gruppe	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2015 -2019
ärztliche Therapeu- ten	komplex Er- krankte	6.211	1,34	6.294	3,59	6.520	0,94	6.581	1,08	6.652	7,10
	nicht-komplex Er- krankte	6.346	1,37	6.433	3,39	6.651	0,57	6.689	0,85	6.746	6,30
	Patienten mit psy- chischer Störung	6.375	1,33	6.460	3,33	6.675	0,48	6.707	0,91	6.768	6,16
	eingeschlossene Patienten	6.380	1,30	6.463	3,37	6.681	0,48	6.713	0,91	6.774	6,18
psycho- logische Therapeu- ten	komplex Er- krankte	17.679	5,45	18.642	6,35	19.825	5,65	20.946	5,41	22.080	24,89
	nicht-komplex Er- krankte	17.863	5,39	18.826	6,36	20.024	5,55	21.136	5,11	22.216	24,37
	Patienten mit psy- chischer Störung	17.877	5,41	18.844	6,36	20.043	5,51	21.147	5,13	22.231	24,36

	eingeschlossene Patienten	17.881	5,43	18.852	6,32	20.043	5,53	21.151	5,12	22.233	24,34
Kinder- und Jugend-Therapeuten	komplex Erkrankte	2.716	4,46	2.837	12,97	3.205	8,92	3.491	5,64	3.688	35,79
	nicht-komplex Erkrankte	4.307	7,43	4.627	8,97	5.042	7,16	5.403	6,74	5.767	33,90
	Patienten mit psychischer Störung	4.350	7,40	4.672	8,99	5.092	6,78	5.437	6,84	5.809	33,54
	eingeschlossene Patienten	4.399	7,14	4.713	8,78	5.127	6,83	5.477	6,79	5.849	32,96
mehrere FG - psychologische Therapeuten	komplex Erkrankte	101	-7,92	93	11,83	104	-4,81	99	-18,18	81	-19,80
	nicht-komplex Erkrankte	102	-3,92	98	7,14	105	-0,95	104	-18,27	85	-16,67
	Patienten mit psychischer Störung	102	-3,92	98	7,14	105	-0,95	104	-18,27	85	-16,67
	eingeschlossene Patienten	102	-3,92	98	7,14	105	-0,95	104	-18,27	85	-16,67
mehrere FG - sonstige Therapeuten	komplex Erkrankte	290	3,45	300	-27,67	217	1,38	220	-39,09	134	-53,79
	nicht-komplex Erkrankte	309	2,59	317	-25,55	236	-0,85	234	-41,03	138	-55,34
	Patienten mit psychischer Störung	310	3,23	320	-25,94	237	0,00	237	-41,35	139	-55,16
	eingeschlossene Patienten	310	3,87	322	-26,40	237	0,42	238	-41,18	140	-54,84
sonstige Therapeuten	komplex Erkrankte	2.671	-2,17	2.613	10,14	2.878	1,25	2.914	1,30	2.952	10,52
	nicht-komplex Erkrankte	3.091	-2,98	2.999	10,77	3.322	1,78	3.381	0,30	3.391	9,71

	Patienten mit psychischer Störung	3.180	-2,58	3.098	9,81	3.402	1,59	3.456	0,12	3.460	8,81
	eingeschlossene Patienten	3.226	-2,60	3.142	9,77	3.449	1,51	3.501	0,17	3.507	8,71
Fachgruppe	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015-2016	a. H. 2016	p. V. 2016-2017	a. H. 2017	p. V. 2017-2018	a. H. 2018	p. V. 2018-2019	a. H. 2019	p. V. 2015-2019
Gesamt	komplex Erkrankte	29.668	3,74	30.779	6,40	32.749	4,59	34.251	3,90	35.587	19,95
	nicht-komplex Erkrankte	32.018	4,00	33.300	6,25	35.380	4,43	36.947	3,78	38.343	19,75
	Patienten mit psychischer Störung	32.194	4,03	33.492	6,16	35.554	4,31	37.088	3,79	38.492	19,56
	eingeschlossene Patienten	32.298	4,00	33.590	6,11	35.642	4,33	37.184	3,78	38.588	19,47

ärztliche Therapeuten: Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (FG60), psychotherapeutisch tätige Ärzte (Zusatzbezeichnung) (FG61), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (FG58).

psychologische Therapeuten: Psychologische Psychotherapeuten (FG68) - Kinder- und Jugend- Therapeuten: Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (FG69)

mehrere FG - psychologische Therapeuten: Wechsel zwischen FG68 und FG69 innerhalb eines Kalenderjahres

mehrere FG - sonstige Therapeuten: Wechsel zwischen den verbliebenen Fachgruppen (außer FG68 und FG69) innerhalb eines Kalenderjahres

sonstige Therapeuten: alle anderen Fachgruppen des Therapeutenkollektivs (z. B. FG47: Kinder- und Jugendlichen- Psychiatrie und Psychotherapie oder FG51: Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie)

eTabelle 77. Prozentuale Anteile der Therapeuten, die für die einzelnen Diagnosegruppen Leistungen erbracht haben, an allen Therapeuten, die Leistungen für Patienten mit psychischer Störung erbracht haben und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019 – differenziert nach der Fachgruppe des behandelnden Therapeuten.

Fachgruppe	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015	Anteil 2016 in %	Differenz 2016	Anteil 2017 in %	Differenz 2017	Anteil 2018 in %	Differenz 2018	Anteil 2019 in %	Differenz 2015
------------	----------------	------------------	----------------	------------------	----------------	------------------	----------------	------------------	----------------	------------------	----------------

			-2016 in %		-2017 in %		-2018 in %		-2019 in %		-2019 in %
ärztliche Therapeu- ten	komplex Er- krankte	97,43	0,00	97,43	0,25	97,68	0,44	98,12	0,16	98,29	0,86
	nicht-komplex Erkrankte	99,55	0,04	99,58	0,06	99,64	0,09	99,73	-0,06	99,67	0,13
psychologi- sche Therapeu- ten	komplex Er- krankte	98,89	0,04	98,93	-0,02	98,91	0,14	99,05	0,27	99,32	0,43
	nicht-komplex Erkrankte	99,92	-0,02	99,90	0,00	99,91	0,04	99,95	-0,02	99,93	0,01
Kinder- und Jugend- Therapeu- ten	komplex Er- krankte	62,44	-1,71	60,72	2,22	62,94	1,27	64,21	-0,72	63,49	1,05
	nicht-komplex Erkrankte	99,01	0,03	99,04	-0,02	99,02	0,36	99,37	-0,10	99,28	0,27
mehrere FG - psycho- logische Therapeu- ten	komplex Er- krankte	99,02	-4,12	94,90	4,15	99,05	-3,86	95,19	0,10	95,29	-3,73
	nicht-komplex Erkrankte	100,00	0,00	100,00	0,00	100,00	0,00	100,00	0,00	100,00	0,00
mehrere FG - sons- tige Therapeu- ten	komplex Er- krankte	93,55	0,20	93,75	-2,19	91,56	1,27	92,83	3,58	96,40	2,85
	nicht-komplex Erkrankte	99,68	-0,61	99,06	0,52	99,58	-0,84	98,73	0,55	99,28	-0,40
sonstige Therapeu- ten	komplex Er- krankte	83,99	0,35	84,34	0,25	84,60	-0,28	84,32	1,00	85,32	1,32
	nicht-komplex Erkrankte	97,20	-0,40	96,80	0,84	97,65	0,18	97,83	0,18	98,01	0,80

Gesamt	komplex Erkrankte	92,15	-0,25	91,90	0,21	92,11	0,24	92,35	0,10	92,45	0,30
	nicht-komplex Erkrankte	99,45	-0,03	99,43	0,08	99,51	0,11	99,62	-0,01	99,61	0,16

ärztliche Therapeuten: Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (FG60), psychotherapeutisch tätige Ärzte (Zusatzbezeichnung) (FG61), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (FG58).

psychologische Therapeuten: Psychologische Psychotherapeuten (FG68) - Kinder- und Jugend- Therapeuten: Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (FG69)

mehrere FG - psychologische Therapeuten: Wechsel zwischen FG68 und FG69 innerhalb eines Kalenderjahres

mehrere FG - sonstige Therapeuten: Wechsel zwischen den verbliebenen Fachgruppen (außer FG68 und FG69) innerhalb eines Kalenderjahres

sonstige Therapeuten: alle anderen Fachgruppen des Therapeutenkollektivs (z. B. FG47: Kinder- und Jugendlichen- Psychiatrie und Psychotherapie oder FG51: Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie)

eTabelle 78. Absolute Häufigkeiten (a. H.) der ambulanten psychotherapeutischen Leistungen, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 abgerechnet wurden, sowie prozentuale Veränderung (p. V.) in jedem Jahr relativ zum Vorjahr und prozentuale Veränderung (p. V.) in 2019 relativ zu 2015 – getrennt nach der Diagnosegruppe des Patienten und der Fachgruppe des behandelnden Therapeuten.

Fachgruppe	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2015 -2019
ärztliche Therapeuten	komplex Erkrankte	1.104.917,5	1,91	1.126.040,0	16,97	1.317.161,0	9,92	1.447.880,5	3,16	1.493.652,0	35,18
	nicht-komplex Erkrankte	2.999.772,5	-1,12	2.966.144,0	13,86	3.377.395,0	7,32	3.624.459,5	0,52	3.643.466,5	21,46
	sonstige Erkrankte	208.734,5	5,05	219.274,5	16,35	255.117,0	12,07	285.906,0	3,19	295.028,5	41,34
	Patienten mit psychischer Störung	4.313.424,5	-0,05	4.311.458,5	14,80	4.949.673,0	8,25	5.358.246,0	1,38	5.432.147,0	25,94
	eingeschlossene Patienten	4.373.398,5	-0,08	4.369.788,0	15,38	5.041.725,0	8,63	5.476.597,0	1,44	5.555.495,0	27,03
Psychologische	komplex Erkrankte	3.223.351,5	6,44	3.430.999,0	18,42	4.063.034,0	11,56	4.532.589,5	6,08	4.808.289,5	49,17

Therapeu- ten	nicht-komplex Er- krankte	8.935.744, 5	3,20	9.221.850, 5	16,56	10.749.357 ,5	11,08	11.940.188 ,0	5,11	12.550.769 ,0	40,46
	sonstige Erkrankte	606.609,5	10,76	671.863,5	19,14	800.477,0	12,16	897.831,5	6,67	957.707,5	57,88
	Patienten mit psy- chischer Störung	12.765.705 ,5	4,38	13.324.713 ,0	17,17	15.612.868 ,5	11,26	17.370.609 ,0	5,45	18.316.766 ,0	43,48
	eingeschlossene Pa- tienten	12.923.194 ,0	4,30	13.479.361 ,5	17,76	15.873.541 ,0	11,67	17.726.422 ,0	5,52	18.705.398 ,5	44,74
Kinder- und Jugend- Therapeu- ten	komplex Erkrankte	104.731,0	2,81	107.674,0	14,87	123.685,0	12,86	139.587,5	5,23	146.894,5	40,26
	nicht-komplex Er- krankte	593.369,5	8,64	644.663,0	18,48	763.783,5	16,01	886.032,5	8,33	959.828,0	61,76
	sonstige Erkrankte	14.342,0	14,99	16.492,0	11,94	18.460,5	12,51	20.769,0	8,72	22.581,0	57,45
	Patienten mit psy- chischer Störung	712.442,5	7,91	768.829,0	17,83	905.929,0	15,50	1.046.389, 0	7,92	1.129.303, 5	58,51
	eingeschlossene Pa- tienten	757.627,0	7,42	813.863,5	18,43	963.898,0	16,01	1.118.206, 0	7,82	1.205.616, 0	59,13
mehrere FG - psycho- logische Therapeu- ten	komplex Erkrankte	17.618,5	-6,76	16.427,0	21,71	19.993,0	0,34	20.061,0	- 13,68	17.317,5	-1,71
	nicht-komplex Er- krankte	47.471,5	-7,03	44.136,0	20,26	53.078,0	-3,83	51.047,0	- 10,59	45.639,0	-3,86
	sonstige Erkrankte	3.239,5	18,31	3.832,5	8,08	4.142,0	- 11,13	3.681,0	- 19,83	2.951,0	-8,91
	Patienten mit psy- chischer Störung	68.329,5	-5,76	64.395,5	19,90	77.213,0	-3,14	74.789,0	- 11,88	65.907,5	-3,54
	eingeschlossene Pa- tienten	70.272,5	-5,86	66.152,5	20,25	79.549,0	-2,90	77.241,0	- 11,65	68.241,5	-2,89

Fach- gruppe	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2019 -2019
-----------------	----------------	---------------	------------------------	---------------	------------------------	---------------	------------------------	---------------	------------------------	---------------	------------------------

mehrere FG - sonstige Therapeu- ten	komplex Erkrankte	48.396,0	-4,87	46.037,0	- 23,65	35.147,0	10,06	38.682,0	- 48,43	19.950,0	- 58,78
	nicht-komplex Er- krankte	117.201,0	-0,10	117.085,0	- 33,95	77.335,0	12,00	86.614,0	- 45,86	46.894,0	- 59,99
	sonstige Erkrankte	8.701,0	1,38	8.821,0	- 24,86	6.628,0	8,45	7.188,0	- 46,48	3.847,0	- 55,79
	Patienten mit psy- chischer Störung	174.298,0	-1,35	171.943,0	- 30,73	119.110,0	11,23	132.484,0	- 46,64	70.691,0	- 59,44
	eingeschlossene Pa- tienten	177.596,0	-1,17	175.526,0	- 30,41	122.146,0	11,30	135.947,0	- 46,31	72.987,0	- 58,90
sonstige Therapeu- ten	komplex Erkrankte	245.224,0	-2,59	238.866,5	16,06	277.238,5	12,65	312.322,0	1,91	318.299,0	29,80
	nicht-komplex Er- krankte	603.388,5	-6,36	565.006,5	14,39	646.307,5	10,61	714.871,5	0,26	716.741,0	18,79
	sonstige Erkrankte	43.449,0	1,06	43.908,0	16,86	51.313,0	11,74	57.338,5	2,48	58.760,5	35,24
	Patienten mit psy- chischer Störung	892.061,5	-4,96	847.781,0	14,99	974.859,0	11,25	1.084.532, 0	0,85	1.093.800, 5	22,61
	eingeschlossene Pa- tienten	929.353,0	-5,10	881.945,5	16,15	1.024.407, 5	12,40	1.151.451, 0	1,02	1.163.179, 5	25,16
Gesamt	komplex Erkrankte	4.744.238, 5	4,68	4.966.043, 5	17,52	5.836.258, 5	11,22	6.491.122, 5	4,83	6.804.402, 5	43,42
	nicht-komplex Er- krankte	13.296.947, 5	1,97	13.558.885, 0	15,55	15.667.256, 5	10,44	17.303.212, 5	3,82	17.963.337, 5	35,09
	sonstige Erkrankte	885.075,5	8,94	964.191,5	17,83	1.136.137, 5	12,02	1.272.714, 0	5,36	1.340.875, 5	51,50
	Patienten mit psy- chischer Störung	18.926.261, 5	2,97	19.489.120, 0	16,17	22.639.652, 5	10,72	25.067.049, 0	4,16	26.108.615, 5	37,95
	eingeschlossene Pa- tienten	19.231.441, 0	2,89	19.786.637, 0	16,77	23.105.266, 5	11,17	25.685.864, 0	4,22	26.770.917, 5	39,20

ärztliche Therapeuten: Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (FG60), psychotherapeutisch tätige Ärzte (Zusatzbezeichnung) (FG61), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (FG58).

psychologische Therapeuten: Psychologische Psychotherapeuten (FG68) - Kinder- und Jugend- Therapeuten: Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (FG69)

mehrere FG - psychologische Therapeuten: Wechsel zwischen FG68 und FG69 innerhalb eines Kalenderjahres

mehrere FG - sonstige Therapeuten: Wechsel zwischen den verbliebenen Fachgruppen (außer FG68 und FG69) innerhalb eines Kalenderjahres

sonstige Therapeuten: alle anderen Fachgruppen des Therapeutenkollektivs (z. B. FG47: Kinder- und Jugendlichen- Psychiatrie und Psychotherapie oder FG51: Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie)

eTabelle 79. Prozentuale Anteile der Leistungen, die für die einzelnen Diagnosegruppen abgerechnet wurden, an allen Leistungen, die für Patienten mit psychischer Störung abgerechnet wurden, und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019 – differenziert nach der Fachgruppe des behandelnden Therapeuten.

Fachgruppe	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015 -2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016 -2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017 -2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018 -2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015 -2019 in %
ärztliche Therapeuten	komplex Erkrankte	25,62	0,50	26,12	0,49	26,61	0,41	27,02	0,47	27,50	1,88
	nicht-komplex Erkrankte	69,55	-0,75	68,80	-0,56	68,23	-0,59	67,64	-0,57	67,07	-2,47
	sonstige Erkrankte	4,84	0,25	5,09	0,07	5,15	0,18	5,34	0,10	5,43	0,59
psychologische Therapeuten	komplex Erkrankte	25,25	0,50	25,75	0,27	26,02	0,07	26,09	0,16	26,25	1,00
	nicht-komplex Erkrankte	70,00	-0,79	69,21	-0,36	68,85	-0,11	68,74	-0,22	68,52	-1,48
	sonstige Erkrankte	4,75	0,29	5,04	0,08	5,13	0,04	5,17	0,06	5,23	0,48
Kinder- und Jugend-Therapeuten	komplex Erkrankte	14,70	-0,70	14,00	-0,35	13,65	-0,31	13,34	-0,33	13,01	-1,69
	nicht-komplex Erkrankte	83,29	0,56	83,85	0,46	84,31	0,37	84,68	0,32	84,99	1,71
	sonstige Erkrankte	2,01	0,13	2,15	-0,11	2,04	-0,05	1,98	0,01	2,00	-0,01

mehrere FG - psycho- logische Therapeu- ten	komplex Er- krankte	25,78	-0,28	25,51	0,38	25,89	0,93	26,82	-0,55	26,28	0,49
	nicht-komplex Er- krankte	69,47	-0,94	68,54	0,20	68,74	-0,49	68,25	0,99	69,25	-0,23
	sonstige Erkrankte	4,74	1,21	5,95	-0,59	5,36	-0,44	4,92	-0,44	4,48	-0,26
mehrere FG - sons- tige Therapeu- ten	komplex Er- krankte	27,77	-0,99	26,77	2,73	29,51	-0,31	29,20	-0,98	28,22	0,46
	nicht-komplex Er- krankte	67,24	0,85	68,10	-3,17	64,93	0,45	65,38	0,96	66,34	-0,91
	sonstige Erkrankte	4,99	0,14	5,13	0,43	5,56	-0,14	5,43	0,02	5,44	0,45
sonstige Therapeu- ten	komplex Er- krankte	27,49	0,69	28,18	0,26	28,44	0,36	28,80	0,30	29,10	1,61
	nicht-komplex Er- krankte	67,64	-0,99	66,65	-0,35	66,30	-0,38	65,92	-0,39	65,53	-2,11
	sonstige Erkrankte	4,87	0,31	5,18	0,08	5,26	0,02	5,29	0,09	5,37	0,50
Gesamt	komplex Er- krankte	25,07	0,41	25,48	0,30	25,78	0,12	25,90	0,17	26,06	0,99
	nicht-komplex Er- krankte	70,26	-0,69	69,57	-0,37	69,20	-0,18	69,03	-0,23	68,80	-1,45
	sonstige Erkrankte	4,68	0,27	4,95	0,07	5,02	0,06	5,08	0,06	5,14	0,46

ärztliche Therapeuten: Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (FG60), psychotherapeutisch tätige Ärzte (Zusatzbezeichnung) (FG61), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (FG58).

psychologische Therapeuten: Psychologische Psychotherapeuten (FG68) - Kinder- und Jugend- Therapeuten: Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (FG69)

Mehrere FG - psychologische Therapeuten: Wechsel zwischen FG68 und FG69 innerhalb eines Kalenderjahres

Mehrere FG - sonstige Therapeuten: Wechsel zwischen den verbliebenen Fachgruppen (außer FG68 und FG69) innerhalb eines Kalenderjahres

sonstige Therapeuten: alle anderen Fachgruppen des Therapeutenkollektivs (z. B. FG47: Kinder- und Jugendlichen- Psychiatrie und Psychotherapie oder FG51: Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie)

Sekundäre Fragestellung: Unterschiede zwischen kE und nkE in Abhängigkeit von dem Versorgungsgebiet der zuständigen Krankenversicherung

eTabelle 80. Absolute Häufigkeiten (a. H.) der Patienten, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erhalten haben, sowie prozentuale Veränderung (p. V.) in jedem Jahr relativ zum Vorjahr und prozentuale Veränderung (p. V.) in 2019 relativ zu 2015 – getrennt nach Diagnosegruppe und KV-Versorgungsgebiet.

KV-Versorgungs-gebiet	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2015 -2019
Baden-Württemberg	komplex Erkrankte	46.548	1,91	47.437	8,76	51.592	5,94	54.657	5,66	57.751	24,07
	nicht-komplex Erkrankte	141.403	1,01	142.830	7,04	152.886	4,56	159.862	3,12	164.842	16,58
	sonstige Erkrankte	8.887	5,59	9.384	12,06	10.516	6,09	11.156	5,81	11.804	32,82
	Patienten mit psychischer Störung	196.838	1,43	199.651	7,68	214.994	4,97	225.675	3,86	234.397	19,08
	eingeschlossene Patienten	209.708	1,03	211.863	8,82	230.555	5,91	244.183	3,89	253.684	20,97
Bayern	komplex Erkrankte	65.220	4,82	68.361	16,80	79.844	12,75	90.024	5,98	95.403	46,28
	nicht-komplex Erkrankte	174.762	1,57	177.510	12,99	200.576	9,20	219.036	4,13	228.076	30,51
	sonstige Erkrankte	11.203	7,85	12.082	15,75	13.985	13,56	15.882	6,26	16.877	50,65
	Patienten mit psychischer Störung	251.185	2,69	257.953	14,13	294.405	10,37	324.942	4,74	340.356	35,50
	eingeschlossene Patienten	267.699	2,39	274.095	15,05	315.342	11,08	350.281	4,89	367.419	37,25
Berlin	komplex Erkrankte	26.765	3,00	27.569	11,19	30.655	8,16	33.157	5,31	34.916	30,45

	nicht-komplex Erkrankte	77.036	2,86	79.239	10,81	87.806	9,66	96.289	7,26	103.280	34,07
	sonstige Erkrankte	4.827	8,18	5.222	10,49	5.770	5,32	6.077	8,39	6.587	36,46
	Patienten mit psychischer Störung	108.628	3,13	112.030	10,89	124.231	9,09	135.523	6,83	144.783	33,28
	eingeschlossene Patienten	115.724	3,11	119.323	12,30	133.994	10,13	147.573	7,25	158.278	36,77
Brandenburg	komplex Erkrankte	9.052	6,93	9.679	16,56	11.282	10,02	12.412	7,80	13.380	47,81
	nicht-komplex Erkrankte	19.955	3,90	20.734	14,97	23.838	10,63	26.373	5,59	27.846	39,54
	sonstige Erkrankte	1.999	11,61	2.231	14,07	2.545	9,67	2.791	3,80	2.897	44,92
	Patienten mit psychischer Störung	31.006	5,28	32.644	15,38	37.665	10,38	41.576	6,13	44.123	42,30
	eingeschlossene Patienten	32.462	5,14	34.130	16,14	39.639	11,25	44.098	6,37	46.907	44,50

KV-Versorgungsgebiet	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015-2016	a. H. 2016	p. V. 2016-2017	a. H. 2017	p. V. 2017-2018	a. H. 2018	p. V. 2018-2019	a. H. 2019	p. V. 2015-2019
Bremen	komplex Erkrankte	5.092	0,94	5.140	9,63	5.635	3,87	5.853	3,21	6.041	18,64
	nicht-komplex Erkrankte	14.597	-0,23	14.563	8,30	15.772	3,87	16.383	1,85	16.686	14,31
	sonstige Erkrankte	1.062	4,14	1.106	16,27	1.286	1,40	1.304	7,44	1.401	31,92
	Patienten mit psychischer Störung	20.751	0,28	20.809	9,05	22.693	3,73	23.540	2,50	24.128	16,27
	eingeschlossene Patienten	22.131	-0,59	22.000	9,94	24.187	3,91	25.132	3,04	25.895	17,01

Hamburg	komplex Erkrankte	13.166	3,63	13.644	9,67	14.964	5,36	15.766	6,49	16.789	27,52
	nicht-komplex Erkrankte	39.750	1,38	40.300	9,09	43.965	6,89	46.995	5,43	49.548	24,65
	sonstige Erkrankte	2.360	4,03	2.455	11,12	2.728	3,63	2.827	8,17	3.058	29,58
	Patienten mit psychischer Störung	55.276	2,03	56.399	9,32	61.657	6,38	65.588	5,80	69.395	25,54
	eingeschlossene Patienten	58.941	2,31	60.301	10,53	66.651	7,30	71.517	5,94	75.766	28,55
Hessen	komplex Erkrankte	40.403	5,96	42.809	13,34	48.518	8,26	52.527	4,88	55.091	36,35
	nicht-komplex Erkrankte	97.824	3,87	101.612	11,88	113.684	6,71	121.307	3,99	126.149	28,96
	sonstige Erkrankte	7.285	9,99	8.013	12,89	9.046	9,01	9.861	5,53	10.406	42,84
	Patienten mit psychischer Störung	145.512	4,76	152.434	12,34	171.248	7,27	183.695	4,33	191.646	31,70
	eingeschlossene Patienten	154.228	4,27	160.813	12,75	181.313	7,68	195.239	4,70	204.406	32,53
Mecklenburg-Vorpommern	komplex Erkrankte	6.054	11,58	6.755	16,94	7.899	7,98	8.529	3,82	8.855	46,27
	nicht-komplex Erkrankte	14.997	6,72	16.005	13,93	18.234	5,97	19.323	3,11	19.923	32,85
	sonstige Erkrankte	1.554	11,45	1.732	15,36	1.998	7,96	2.157	5,47	2.275	46,40
	Patienten mit psychischer Störung	22.605	8,35	24.492	14,86	28.131	6,68	30.009	3,48	31.053	37,37
	eingeschlossene Patienten	23.720	8,32	25.693	16,02	29.808	7,45	32.030	3,08	33.016	39,19
Niedersachsen	komplex Erkrankte	38.019	3,72	39.434	16,28	45.852	8,03	49.535	3,74	51.386	35,16

	nicht-komplex Erkrankte	90.890	0,70	91.523	13,28	103.680	5,34	109.216	1,94	111.331	22,49
	sonstige Erkrankte	7.047	8,93	7.676	16,10	8.912	9,61	9.768	4,28	10.186	44,54
	Patienten mit psychischer Störung	135.956	1,97	138.633	14,29	158.444	6,36	168.519	2,60	172.903	27,18
	eingeschlossene Patienten	143.707	1,84	146.347	15,47	168.992	7,34	181.392	2,49	185.911	29,37

KV-Versorgungsgebiet	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015-2016	a. H. 2016	p. V. 2016-2017	a. H. 2017	p. V. 2017-2018	a. H. 2018	p. V. 2018-2019	a. H. 2019	p. V. 2019-2020
Nordrhein	komplex Erkrankte	63.349	5,16	66.615	15,25	76.773	10,04	84.478	7,26	90.608	43,03
	nicht-komplex Erkrankte	150.348	2,28	153.782	13,62	174.730	8,77	190.061	5,58	200.672	33,47
	sonstige Erkrankte	10.566	5,78	11.177	15,39	12.897	11,25	14.348	7,98	15.493	46,63
	Patienten mit psychischer Störung	224.263	3,26	231.574	14,18	264.400	9,26	288.887	6,19	306.773	36,79
	eingeschlossene Patienten	240.474	2,88	247.399	15,41	285.522	10,35	315.084	6,39	335.225	39,40
Rheinland-Pfalz	komplex Erkrankte	20.877	4,20	21.753	16,72	25.391	10,88	28.153	6,20	29.898	43,21
	nicht-komplex Erkrankte	46.008	1,91	46.888	15,38	54.100	7,18	57.985	3,40	59.955	30,31
	sonstige Erkrankte	3.560	13,23	4.031	16,50	4.696	12,63	5.289	9,95	5.815	63,34
	Patienten mit psychischer Störung	70.445	3,16	72.672	15,85	84.187	8,60	91.427	4,64	95.668	35,81
	eingeschlossene Patienten	74.397	2,68	76.390	17,21	89.534	9,04	97.626	4,50	102.019	37,13

Saarland	komplex Erkrankte	6.614	5,50	6.978	11,68	7.793	9,71	8.550	6,64	9.118	37,86
	nicht-komplex Erkrankte	13.838	-0,22	13.807	9,29	15.090	7,13	16.166	5,95	17.128	23,78
	sonstige Erkrankte	1.082	8,78	1.177	7,14	1.261	20,78	1.523	8,21	1.648	52,31
	Patienten mit psychischer Störung	21.534	1,99	21.962	9,94	24.144	8,68	26.239	6,31	27.894	29,53
	eingeschlossene Patienten	22.795	1,68	23.179	10,32	25.571	10,04	28.138	5,68	29.737	30,45
Sachsen	komplex Erkrankte	17.991	4,81	18.857	15,17	21.717	7,37	23.318	5,24	24.541	36,41
	nicht-komplex Erkrankte	49.654	1,68	50.486	12,26	56.676	6,13	60.148	3,02	61.963	24,79
	sonstige Erkrankte	3.688	5,04	3.874	14,58	4.439	11,08	4.931	1,70	5.015	35,98
	Patienten mit psychischer Störung	71.333	2,64	73.217	13,13	82.832	6,72	88.397	3,53	91.519	28,30
	eingeschlossene Patienten	75.234	2,52	77.129	14,35	88.199	7,29	94.631	3,70	98.128	30,43
Sachsen-Anhalt	komplex Erkrankte	7.624	7,94	8.229	19,25	9.813	9,66	10.761	8,32	11.656	52,89
	nicht-komplex Erkrankte	18.526	3,89	19.247	13,96	21.934	4,78	22.983	5,47	24.241	30,85
	sonstige Erkrankte	1.601	8,74	1.741	18,38	2.061	9,17	2.250	8,22	2.435	52,09
	Patienten mit psychischer Störung	27.751	5,28	29.217	15,71	33.808	6,47	35.994	6,50	38.332	38,13
	eingeschlossene Patienten	28.893	5,26	30.413	16,43	35.409	7,33	38.005	6,92	40.634	40,64

KV-Versorgungs-gebiet	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2019 -2019
Schleswig-Holstein	komplex Erkrankte	13.270	1,33	13.447	9,57	14.734	10,28	16.249	4,61	16.998	28,09
	nicht-komplex Erkrankte	33.383	-1,50	32.882	10,07	36.192	7,69	38.974	3,93	40.505	21,33
	sonstige Erkrankte	2.509	3,23	2.590	18,22	3.062	5,06	3.217	10,32	3.549	41,45
	Patienten mit psychischer Störung	49.162	-0,49	48.919	10,36	53.988	8,25	58.440	4,47	61.052	24,19
	eingeschlossene Patienten	52.009	-0,87	51.555	11,55	57.511	8,65	62.484	4,71	65.425	25,80
Thüringen	komplex Erkrankte	9.100	5,33	9.585	15,23	11.045	10,61	12.217	2,62	12.537	37,77
	nicht-komplex Erkrankte	19.748	2,69	20.280	12,57	22.830	6,31	24.271	1,48	24.629	24,72
	sonstige Erkrankte	2.026	1,58	2.058	13,65	2.339	5,81	2.475	3,76	2.568	26,75
	Patienten mit psychischer Störung	30.874	3,40	31.923	13,44	36.214	7,59	38.963	1,98	39.734	28,70
	eingeschlossene Patienten	32.197	3,10	33.196	15,19	38.237	7,50	41.106	2,14	41.986	30,40
Westfalen-Lippe	komplex Erkrankte	45.716	5,06	48.031	14,98	55.228	8,05	59.676	6,13	63.337	38,54
	nicht-komplex Erkrankte	105.651	1,47	107.209	13,07	121.224	7,79	130.671	3,88	135.745	28,48
	sonstige Erkrankte	8.189	12,22	9.190	17,97	10.841	7,65	11.670	5,60	12.324	50,49
	Patienten mit psychischer Störung	159.556	3,05	164.430	13,90	187.293	7,86	202.017	4,65	211.406	32,50

	eingeschlossene Patienten	168.782	2,75	173.429	15,46	200.237	9,52	219.299	4,70	229.614	36,04
Gesamt	komplex Erkrankte	433.067	4,49	452.507	14,09	516.244	9,00	562.689	5,72	594.870	37,36
	nicht-komplex Erkrankte	1.102.302	1,85	1.122.651	11,77	1.254.783	7,26	1.345.938	4,14	1.401.709	27,16
	sonstige Erkrankte	79.089	7,89	85.330	14,69	97.868	9,22	106.891	6,30	113.626	43,67
	Patienten mit psychischer Störung	1.614.458	2,85	1.660.488	12,55	1.868.895	7,85	2.015.518	4,70	2.110.205	30,71
	eingeschlossene Patienten	1.714.777	2,56	1.758.692	13,67	1.999.107	8,73	2.173.660	4,84	2.278.829	32,89

eTabelle 81. Prozentuale Anteile der Patienten, die Leistungen in den einzelnen Diagnosegruppen erhalten haben, an allen Patienten mit psychischer Störung und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019 – differenziert nach KV-Versorgungsgebiet.

KV-Versorgungsgebiet	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
Baden-Württemberg	komplex Erkrankte	23,65	0,11	23,76	0,24	24,00	0,22	24,22	0,42	24,64	0,99
	nicht-komplex Erkrankte	71,84	-0,30	71,54	-0,43	71,11	-0,27	70,84	-0,51	70,33	-1,51
	sonstige Erkrankte	4,51	0,19	4,70	0,19	4,89	0,05	4,94	0,09	5,04	0,52
Bayern	komplex Erkrankte	25,96	0,54	26,50	0,62	27,12	0,58	27,70	0,33	28,03	2,07
	nicht-komplex Erkrankte	69,58	-0,76	68,81	-0,69	68,13	-0,72	67,41	-0,40	67,01	-2,56
	sonstige Erkrankte	4,46	0,22	4,68	0,07	4,75	0,14	4,89	0,07	4,96	0,50

Berlin	komplex Erkrankte	24,64	-0,03	24,61	0,07	24,68	-0,21	24,47	-0,35	24,12	-0,52
	nicht-komplex Erkrankte	70,92	-0,19	70,73	-0,05	70,68	0,37	71,05	0,28	71,33	0,42
	sonstige Erkrankte	4,44	0,22	4,66	-0,02	4,64	-0,16	4,48	0,07	4,55	0,11
Brandenburg	komplex Erkrankte	29,19	0,46	29,65	0,30	29,95	-0,10	29,85	0,47	30,32	1,13
	nicht-komplex Erkrankte	64,36	-0,84	63,52	-0,23	63,29	0,14	63,43	-0,32	63,11	-1,25
	sonstige Erkrankte	6,45	0,39	6,83	-0,08	6,76	-0,04	6,71	-0,15	6,57	0,12
Bremen	komplex Erkrankte	24,54	0,16	24,70	0,13	24,83	0,03	24,86	0,17	25,04	0,50
	nicht-komplex Erkrankte	70,34	-0,36	69,98	-0,48	69,50	0,09	69,60	-0,44	69,16	-1,19
	sonstige Erkrankte	5,12	0,20	5,32	0,35	5,67	-0,13	5,54	0,27	5,81	0,69
Hamburg	komplex Erkrankte	23,82	0,37	24,19	0,08	24,27	-0,23	24,04	0,16	24,19	0,37
	nicht-komplex Erkrankte	71,91	-0,46	71,46	-0,15	71,31	0,35	71,65	-0,25	71,40	-0,51
	sonstige Erkrankte	4,27	0,08	4,35	0,07	4,42	-0,11	4,31	0,10	4,41	0,14
Hessen	komplex Erkrankte	27,77	0,32	28,08	0,25	28,33	0,26	28,59	0,15	28,75	0,98
	nicht-komplex Erkrankte	67,23	-0,57	66,66	-0,27	66,39	-0,35	66,04	-0,21	65,82	-1,40
	sonstige Erkrankte	5,01	0,25	5,26	0,03	5,28	0,09	5,37	0,06	5,43	0,42
Mecklenburg-Vorpommern	komplex Erkrankte	26,78	0,80	27,58	0,50	28,08	0,34	28,42	0,09	28,52	1,73
	nicht-komplex Erkrankte	66,34	-1,00	65,35	-0,53	64,82	-0,43	64,39	-0,23	64,16	-2,19

	sonstige Erkrankte	6,87	0,20	7,07	0,03	7,10	0,09	7,19	0,14	7,33	0,45
--	--------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

KV-Versorgungsgebiet	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015 -2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016 -2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017 -2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018 -2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015 -2019 in %
Niedersachsen	komplex Erkrankte	27,96	0,48	28,44	0,49	28,94	0,46	29,39	0,33	29,72	1,76
	nicht-komplex Erkrankte	66,85	-0,83	66,02	-0,58	65,44	-0,63	64,81	-0,42	64,39	-2,46
	sonstige Erkrankte	5,18	0,35	5,54	0,09	5,62	0,17	5,80	0,09	5,89	0,71
Nordrhein	komplex Erkrankte	28,25	0,52	28,77	0,27	29,04	0,21	29,24	0,29	29,54	1,29
	nicht-komplex Erkrankte	67,04	-0,63	66,41	-0,32	66,09	-0,29	65,79	-0,38	65,41	-1,63
	sonstige Erkrankte	4,71	0,12	4,83	0,05	4,88	0,09	4,97	0,08	5,05	0,34
Rheinland-Pfalz	komplex Erkrankte	29,64	0,30	29,93	0,23	30,16	0,63	30,79	0,46	31,25	1,62
	nicht-komplex Erkrankte	65,31	-0,79	64,52	-0,26	64,26	-0,84	63,42	-0,75	62,67	-2,64
	sonstige Erkrankte	5,05	0,49	5,55	0,03	5,58	0,21	5,78	0,29	6,08	1,02
Saarland	komplex Erkrankte	30,71	1,06	31,77	0,50	32,28	0,31	32,59	0,10	32,69	1,97
	nicht-komplex Erkrankte	64,26	-1,39	62,87	-0,37	62,50	-0,89	61,61	-0,21	61,40	-2,86
	sonstige Erkrankte	5,02	0,33	5,36	-0,14	5,22	0,58	5,80	0,10	5,91	0,88
Sachsen	komplex Erkrankte	25,22	0,53	25,75	0,46	26,22	0,16	26,38	0,44	26,82	1,59

	nicht-komplex Erkrankte	69,61	-0,65	68,95	-0,53	68,42	-0,38	68,04	-0,34	67,71	-1,90
	sonstige Erkrankte	5,17	0,12	5,29	0,07	5,36	0,22	5,58	-0,10	5,48	0,31
Sachsen-Anhalt	komplex Erkrankte	27,47	0,69	28,17	0,86	29,03	0,87	29,90	0,51	30,41	2,94
	nicht-komplex Erkrankte	66,76	-0,88	65,88	-1,00	64,88	-1,03	63,85	-0,61	63,24	-3,52
	sonstige Erkrankte	5,77	0,19	5,96	0,14	6,10	0,15	6,25	0,10	6,35	0,58
Schleswig-Holstein	komplex Erkrankte	26,99	0,50	27,49	-0,20	27,29	0,51	27,80	0,04	27,84	0,85
	nicht-komplex Erkrankte	67,90	-0,69	67,22	-0,18	67,04	-0,35	66,69	-0,35	66,35	-1,56
	sonstige Erkrankte	5,10	0,19	5,29	0,38	5,67	-0,17	5,50	0,31	5,81	0,71
Thüringen	komplex Erkrankte	29,47	0,55	30,03	0,47	30,50	0,86	31,36	0,20	31,55	2,08
	nicht-komplex Erkrankte	63,96	-0,44	63,53	-0,49	63,04	-0,75	62,29	-0,31	61,98	-1,98
	sonstige Erkrankte	6,56	-0,12	6,45	0,01	6,46	-0,11	6,35	0,11	6,46	-0,10

KV-Versorgungsgebiet	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
Westfalen-Lippe	komplex Erkrankte	28,65	0,56	29,21	0,28	29,49	0,05	29,54	0,42	29,96	1,31
	nicht-komplex Erkrankte	66,22	-1,02	65,20	-0,48	64,72	-0,04	64,68	-0,47	64,21	-2,01
	sonstige Erkrankte	5,13	0,46	5,59	0,20	5,79	-0,01	5,78	0,05	5,83	0,70

Gesamt	komplex Erkrankte	26,82	0,43	27,25	0,37	27,62	0,29	27,92	0,27	28,19	1,37
	nicht-komplex Erkrankte	68,28	-0,67	67,61	-0,47	67,14	-0,36	66,78	-0,35	66,43	-1,85
	sonstige Erkrankte	4,90	0,24	5,14	0,10	5,24	0,07	5,30	0,08	5,38	0,49

eTabelle 82. Absolute Häufigkeiten (a. H.) der Therapeuten, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung für eine Diagnosegruppe erbracht haben, sowie prozentuale Veränderung (p. V.) in jedem Jahr relativ zum Vorjahr und prozentuale Veränderung (p. V.) in 2019 relativ zu 2015 – differenziert nach KV-Versorgungsgebiet.

KV-Versorgungsgebiet	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015-2016	a. H. 2016	p. V. 2016-2017	a. H. 2017	p. V. 2017-2018	a. H. 2018	p. V. 2018-2019	a. H. 2019	p. V. 2015-2019
Baden-Württemberg	komplex Erkrankte	3.868	1,78	3.937	4,75	4.124	3,71	4.277	2,99	4.405	13,88
	nicht-komplex Erkrankte	4.251	1,93	4.333	4,22	4.516	3,63	4.680	3,59	4.848	14,04
	Patienten mit psychischer Störung	4.274	2,01	4.360	4,17	4.542	3,63	4.707	3,44	4.869	13,92
	eingeschlossene Patienten	4.288	1,98	4.373	4,09	4.552	3,76	4.723	3,41	4.884	13,90
Bayern	komplex Erkrankte	4.704	3,25	4.857	7,10	5.202	4,34	5.428	3,89	5.639	19,88
	nicht-komplex Erkrankte	5.117	3,09	5.275	6,62	5.624	4,34	5.868	4,09	6.108	19,37
	Patienten mit psychischer Störung	5.143	3,25	5.310	6,33	5.646	4,32	5.890	4,02	6.127	19,13
	eingeschlossene Patienten	5.157	3,14	5.319	6,37	5.658	4,37	5.905	4,10	6.147	19,20

Berlin	komplex Erkrankte	2.406	4,11	2.505	7,07	2.682	7,16	2.874	4,24	2.996	24,52
	nicht-komplex Erkrankte	2.602	4,27	2.713	6,97	2.902	6,03	3.077	4,84	3.226	23,98
	Patienten mit psychischer Störung	2.619	4,47	2.736	6,58	2.916	5,83	3.086	4,89	3.237	23,60
	eingeschlossene Patienten	2.626	4,46	2.743	6,56	2.923	5,75	3.091	4,89	3.242	23,46

KV-Versorgungsgebiet	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015-2016	a. H. 2016	p. V. 2016-2017	a. H. 2017	p. V. 2017-2018	a. H. 2018	p. V. 2018-2019	a. H. 2019	p. V. 2019-2020
Brandenburg	komplex Erkrankte	502	4,98	527	10,44	582	6,70	621	5,31	654	30,28
	nicht-komplex Erkrankte	547	7,86	590	10,00	649	7,24	696	6,47	741	35,47
	Patienten mit psychischer Störung	554	7,58	596	9,40	652	6,90	697	6,89	745	34,48
	eingeschlossene Patienten	559	8,05	604	8,44	655	7,33	703	5,97	745	33,27
Bremen	komplex Erkrankte	436	3,67	452	6,86	483	4,76	506	1,58	514	17,89
	nicht-komplex Erkrankte	469	4,26	489	5,93	518	2,51	531	4,52	555	18,34
	Patienten mit psychischer Störung	473	4,02	492	5,89	521	2,30	533	4,50	557	17,76
	eingeschlossene Patienten	475	3,58	492	6,30	523	2,49	536	4,29	559	17,68

Hamburg	komplex Erkrankte	1.233	3,16	1.272	4,17	1.325	4,91	1.390	3,60	1.440	16,79
	nicht-komplex Erkrankte	1.322	1,97	1.348	5,93	1.428	4,06	1.486	3,84	1.543	16,72
	Patienten mit psychischer Störung	1.325	1,96	1.351	5,77	1.429	4,13	1.488	3,76	1.544	16,53
	eingeschlossene Patienten	1.326	1,96	1.352	5,70	1.429	4,27	1.490	3,89	1.548	16,74
Hessen	komplex Erkrankte	2.942	4,93	3.087	6,74	3.295	4,76	3.452	2,78	3.548	20,60
	nicht-komplex Erkrankte	3.168	5,02	3.327	6,79	3.553	4,81	3.724	2,50	3.817	20,49
	Patienten mit psychischer Störung	3.187	4,99	3.346	6,66	3.569	4,68	3.736	2,73	3.838	20,43
	eingeschlossene Patienten	3.198	5,19	3.364	6,33	3.577	4,81	3.749	2,64	3.848	20,33
Mecklenburg-Vorpommern	komplex Erkrankte	347	8,93	378	6,08	401	4,99	421	3,56	436	25,65
	nicht-komplex Erkrankte	377	7,43	405	9,14	442	4,52	462	4,55	483	28,12
	Patienten mit psychischer Störung	378	7,94	408	9,31	446	4,26	465	4,30	485	28,31
	eingeschlossene Patienten	379	7,92	409	9,54	448	4,24	467	4,28	487	28,50
Niedersachsen	komplex Erkrankte	2.490	3,01	2.565	5,77	2.713	2,25	2.774	3,79	2.879	15,62
	nicht-komplex Erkrankte	2.670	3,93	2.775	5,44	2.926	2,77	3.007	2,43	3.080	15,36
	Patienten mit psychischer Störung	2.691	3,75	2.792	5,52	2.946	2,41	3.017	2,55	3.094	14,98

	eingeschlossene Patienten	2.696	3,86	2.800	5,57	2.956	2,40	3.027	2,51	3.103	15,10
--	---------------------------	-------	------	-------	------	-------	------	-------	------	-------	-------

KV-Versorgungsgebiet	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015-2016	a. H. 2016	p. V. 2016-2017	a. H. 2017	p. V. 2017-2018	a. H. 2018	p. V. 2018-2019	a. H. 2019	p. V. 2015-2019
Nordrhein	komplex Erkrankte	4.025	4,02	4.187	6,52	4.460	6,03	4.729	5,37	4.983	23,80
	nicht-komplex Erkrankte	4.327	4,65	4.528	6,74	4.833	5,28	5.088	4,93	5.339	23,39
	Patienten mit psychischer Störung	4.352	4,53	4.549	6,70	4.854	5,29	5.111	4,99	5.366	23,30
	eingeschlossene Patienten	4.373	4,44	4.567	6,57	4.867	5,18	5.119	5,08	5.379	23,00
Rheinland-Pfalz	komplex Erkrankte	1.140	6,05	1.209	6,62	1.289	3,72	1.337	3,59	1.385	21,49
	nicht-komplex Erkrankte	1.212	5,94	1.284	6,23	1.364	4,69	1.428	3,08	1.472	21,45
	Patienten mit psychischer Störung	1.215	6,17	1.290	6,28	1.371	4,60	1.434	3,07	1.478	21,65
	eingeschlossene Patienten	1.219	6,15	1.294	6,41	1.377	4,43	1.438	3,06	1.482	21,58
Saarland	komplex Erkrankte	349	1,15	353	3,68	366	3,83	380	1,84	387	10,89
	nicht-komplex Erkrankte	365	0,55	367	4,90	385	3,38	398	4,77	417	14,25
	Patienten mit psychischer Störung	366	1,37	371	4,31	387	3,62	401	3,99	417	13,93

	eingeschlossene Patienten	367	1,09	371	4,58	388	3,35	401	3,99	417	13,62
Sachsen	komplex Erkrankte	1.108	2,80	1.139	7,90	1.229	3,74	1.275	4,08	1.327	19,77
	nicht-komplex Erkrankte	1.202	3,16	1.240	6,69	1.323	4,31	1.380	3,41	1.427	18,72
	Patienten mit psychischer Störung	1.206	3,15	1.244	7,07	1.332	3,90	1.384	3,47	1.432	18,74
	eingeschlossene Patienten	1.212	2,97	1.248	7,05	1.336	3,67	1.385	3,61	1.435	18,40
Sachsen-Anhalt	komplex Erkrankte	429	6,76	458	6,11	486	4,12	506	6,52	539	25,64
	nicht-komplex Erkrankte	468	7,91	505	5,15	531	4,52	555	4,32	579	23,72
	Patienten mit psychischer Störung	472	7,20	506	5,53	534	4,12	556	4,50	581	23,09
	eingeschlossene Patienten	473	7,19	507	5,52	535	4,49	559	4,29	583	23,26
Schleswig-Holstein	komplex Erkrankte	841	2,62	863	5,79	913	3,94	949	2,95	977	16,17
	nicht-komplex Erkrankte	899	2,45	921	5,65	973	4,32	1.015	1,38	1.029	14,46
	Patienten mit psychischer Störung	902	2,88	928	5,39	978	4,09	1.018	1,47	1.033	14,52
	eingeschlossene Patienten	903	3,10	931	5,59	983	3,87	1.021	1,47	1.036	14,73

KV-Versorgungsgebiet	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015-2016	a. H. 2016	p. V. 2016-2017	a. H. 2017	p. V. 2017-2018	a. H. 2018	p. V. 2018-2019	a. H. 2019	p. V. 2019-2020
Thüringen	komplex Erkrankte	461	-1,08	456	6,14	484	6,20	514	6,23	546	18,44
	nicht-komplex Erkrankte	505	3,37	522	5,94	553	4,16	576	3,65	597	18,22
	Patienten mit psychischer Störung	508	3,35	525	5,90	556	4,32	580	3,28	599	17,91
	eingeschlossene Patienten	512	2,73	526	6,08	558	3,94	580	3,79	602	17,58
Westfalen-Lippe	komplex Erkrankte	2.547	5,34	2.683	7,90	2.895	3,80	3.005	4,43	3.138	23,20
	nicht-komplex Erkrankte	2.696	5,82	2.853	7,64	3.071	4,49	3.209	3,96	3.336	23,74
	Patienten mit psychischer Störung	2.714	5,53	2.864	7,75	3.086	4,37	3.221	3,94	3.348	23,36
	eingeschlossene Patienten	2.722	5,36	2.868	7,78	3.091	4,46	3.229	3,84	3.353	23,18
Gesamt	komplex Erkrankte	29.668	3,74	30.779	6,40	32.749	4,59	34.251	3,90	35.587	19,95
	nicht-komplex Erkrankte	32.018	4,00	33.300	6,25	35.380	4,43	36.947	3,78	38.343	19,75
	Patienten mit psychischer Störung	32.194	4,03	33.492	6,16	35.554	4,31	37.088	3,79	38.492	19,56
	eingeschlossene Patienten	32.298	4,00	33.590	6,11	35.642	4,33	37.184	3,78	38.588	19,47

eTabelle 83. Prozentuale Anteile der Therapeuten, die für die einzelnen Diagnosegruppen Leistungen erbracht haben, an allen Therapeuten, die Leistungen für Patienten mit psychischer Störung erbracht haben, und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019 – differenziert nach KV-Versorgungsgebiet.

KV-Versorgungsgebiet	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015 -2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016 -2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017 -2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018 -2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015 -2019 in %
Baden-Württemberg	komplex Erkrankte	90,50	-0,20	90,30	0,50	90,80	0,07	90,86	-0,39	90,47	-0,03
	nicht-komplex Erkrankte	99,46	-0,08	99,38	0,05	99,43	0,00	99,43	0,14	99,57	0,11
Bayern	komplex Erkrankte	91,46	0,00	91,47	0,67	92,14	0,02	92,16	-0,12	92,04	0,57
	nicht-komplex Erkrankte	99,49	-0,15	99,34	0,27	99,61	0,02	99,63	0,06	99,69	0,20
Berlin	komplex Erkrankte	91,87	-0,31	91,56	0,42	91,98	1,15	93,13	-0,58	92,55	0,69
	nicht-komplex Erkrankte	99,35	-0,19	99,16	0,36	99,52	0,19	99,71	-0,05	99,66	0,31
Brandenburg	komplex Erkrankte	90,61	-2,19	88,42	0,84	89,26	-0,17	89,10	-1,31	87,79	-2,83
	nicht-komplex Erkrankte	98,74	0,26	98,99	0,55	99,54	0,32	99,86	-0,39	99,46	0,73
KV-Versorgungsgebiet	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015 -2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016 -2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017 -2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018 -2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015 -2019 in %

Bremen	komplex Erkrankte	92,18	-0,31	91,87	0,84	92,71	2,23	94,93	-2,65	92,28	0,10
	nicht-komplex Erkrankte	99,15	0,24	99,39	0,03	99,42	0,20	99,62	0,02	99,64	0,49
Hamburg	komplex Erkrankte	93,06	1,10	94,15	-1,43	92,72	0,69	93,41	-0,15	93,26	0,21
	nicht-komplex Erkrankte	99,77	0,00	99,78	0,15	99,93	-0,06	99,87	0,07	99,94	0,16
Hessen	komplex Erkrankte	92,31	-0,05	92,26	0,06	92,32	0,08	92,40	0,05	92,44	0,13
	nicht-komplex Erkrankte	99,40	0,03	99,43	0,12	99,55	0,13	99,68	-0,23	99,45	0,05
Mecklenburg-Vorpommern	komplex Erkrankte	91,80	0,85	92,65	-2,74	89,91	0,63	90,54	-0,64	89,90	-1,90
	nicht-komplex Erkrankte	99,74	-0,47	99,26	-0,16	99,10	0,25	99,35	0,23	99,59	-0,15
Niedersachsen	komplex Erkrankte	92,53	-0,66	91,87	0,22	92,09	-0,15	91,95	1,11	93,05	0,52
	nicht-komplex Erkrankte	99,22	0,17	99,39	-0,07	99,32	0,35	99,67	-0,12	99,55	0,33
Nordrhein	komplex Erkrankte	92,49	-0,44	92,04	-0,16	91,88	0,64	92,53	0,34	92,86	0,38
	nicht-komplex Erkrankte	99,43	0,11	99,54	0,03	99,57	-0,02	99,55	-0,05	99,50	0,07
Rheinland-Pfalz	komplex Erkrankte	93,83	-0,11	93,72	0,30	94,02	-0,78	93,24	0,47	93,71	-0,12
	nicht-komplex Erkrankte	99,75	-0,22	99,53	-0,05	99,49	0,09	99,58	0,01	99,59	-0,16
Saarland	komplex Erkrankte	95,36	-0,21	95,15	-0,57	94,57	0,19	94,76	-1,96	92,81	-2,55

	nicht-komplex Erkrankte	99,73	-0,80	98,92	0,56	99,48	-0,23	99,25	0,75	100,00	0,27
Sachsen	komplex Erkrankte	91,87	-0,31	91,56	0,71	92,27	-0,14	92,12	0,54	92,67	0,79
	nicht-komplex Erkrankte	99,67	0,01	99,68	-0,35	99,32	0,39	99,71	-0,06	99,65	-0,02
Sachsen-Anhalt	komplex Erkrankte	90,89	-0,38	90,51	0,50	91,01	0,00	91,01	1,76	92,77	1,88
	nicht-komplex Erkrankte	99,15	0,65	99,80	-0,36	99,44	0,38	99,82	-0,16	99,66	0,50
Schleswig-Holstein	komplex Erkrankte	93,24	-0,24	93,00	0,36	93,35	-0,13	93,22	1,36	94,58	1,34
	nicht-komplex Erkrankte	99,67	-0,42	99,25	0,24	99,49	0,22	99,71	-0,09	99,61	-0,05
Thüringen	komplex Erkrankte	90,75	-3,89	86,86	0,19	87,05	1,57	88,62	2,53	91,15	0,40
	nicht-komplex Erkrankte	99,41	0,02	99,43	0,03	99,46	-0,15	99,31	0,36	99,67	0,26
Westfalen-Lippe	komplex Erkrankte	93,85	-0,17	93,68	0,13	93,81	-0,52	93,29	0,43	93,73	-0,12
	nicht-komplex Erkrankte	99,34	0,28	99,62	-0,10	99,51	0,11	99,63	0,01	99,64	0,30

KV-Versorgungsgebiet	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
Gesamt	komplex Erkrankte	92,15	-0,25	91,90	0,21	92,11	0,24	92,35	0,10	92,45	0,30

	nicht-komplex Erkrankte	99,45	-0,03	99,43	0,08	99,51	0,11	99,62	-0,01	99,61	0,16
--	-------------------------	-------	-------	-------	------	-------	------	-------	-------	-------	------

eTabelle 84. Absolute Häufigkeiten (a. H.) der ambulanten psychotherapeutischen Leistungen, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 für eine Diagnosegruppe abgerechnet wurden, sowie prozentuale Veränderung (p. V.) in jedem Jahr relativ zum Vorjahr und prozentuale Veränderung (p. V.) in 2019 relativ zu 2015 – getrennt nach KV-Versorgungsgebiet.

KV-Versorgungs-gebiet	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015-2016	a. H. 2016	p. V. 2016-2017	a. H. 2017	p. V. 2017-2018	a. H. 2018	p. V. 2018-2019	a. H. 2019	p. V. 2015-2019
Baden-Württemberg	komplex Erkrankte	506.719,0	0,63	509.889,5	12,36	572.894,0	9,22	625.733,0	4,60	654.544,5	29,17
	nicht-komplex Erkrankte	1.693.219,5	0,26	1.697.561,0	9,98	1.867.047,5	7,71	2.011.087,5	2,38	2.058.930,0	21,60
	sonstige Erkrankte	99.577,5	5,61	105.168,0	14,31	120.218,0	9,43	131.549,0	4,60	137.602,0	38,19
	Patienten mit psychischer Störung	2.299.516,0	0,57	2.312.618,5	10,70	2.560.159,5	8,13	2.768.369,5	2,99	2.851.076,5	23,99
	eingeschlossene Patienten	2.336.684,5	0,43	2.346.804,0	11,32	2.612.463,5	8,63	2.837.849,5	2,95	2.921.626,5	25,03
Bayern	komplex Erkrankte	718.942,5	4,39	750.533,0	17,52	882.029,0	13,50	1.001.141,0	4,94	1.050.568,5	46,13
	nicht-komplex Erkrankte	2.135.942,0	1,62	2.170.578,0	15,31	2.502.952,5	11,76	2.797.359,5	3,29	2.889.435,0	35,28
	sonstige Erkrankte	126.824,5	6,93	135.613,5	16,39	157.836,0	15,86	182.862,5	4,33	190.783,5	50,43
	Patienten mit psychischer Störung	2.981.709,0	2,52	3.056.724,5	15,90	3.542.817,5	12,38	3.981.363,0	3,75	4.130.787,0	38,54
	eingeschlossene Patienten	3.032.574,0	2,41	3.105.688,5	16,51	3.618.363,5	12,72	4.078.479,0	3,84	4.235.209,0	39,66

Berlin	komplex Erkrankte	368.936,5	2,36	377.627,5	16,35	439.380,0	7,60	472.770,0	3,91	491.242,5	33,15
	nicht-komplex Erkrankte	1.223.587,0	3,17	1.262.380,5	13,85	1.437.244,0	11,29	1.599.456,0	6,82	1.708.564,5	39,64
	sonstige Erkrankte	67.133,5	10,64	74.279,0	12,17	83.318,0	5,52	87.914,0	8,57	95.447,0	42,17
	Patienten mit psychischer Störung	1.659.657,0	3,29	1.714.287,0	14,33	1.959.942,0	10,21	2.160.140,0	6,25	2.295.254,0	38,30
	eingeschlossene Patienten	1.686.476,0	3,25	1.741.290,0	15,02	2.002.824,0	10,61	2.215.343,0	6,39	2.356.828,0	39,75

KV-Versorgungsgebiet	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015-2016	a. H. 2016	p. V. 2016-2017	a. H. 2017	p. V. 2017-2018	a. H. 2018	p. V. 2018-2019	a. H. 2019	p. V. 2015-2019
Brandenburg	komplex Erkrankte	94.039,5	10,09	103.531,5	16,70	120.825,0	11,99	135.308,0	5,87	143.244,0	52,32
	nicht-komplex Erkrankte	218.737,5	6,48	232.903,5	17,01	272.511,5	13,77	310.031,0	5,58	327.321,0	49,64
	sonstige Erkrankte	21.189,0	12,18	23.770,5	16,92	27.791,5	13,65	31.584,0	3,06	32.552,0	53,63
	Patienten mit psychischer Störung	333.966,0	7,86	360.205,5	16,91	421.128,0	13,25	476.923,0	5,49	503.117,0	50,65
	eingeschlossene Patienten	338.259,0	7,73	364.400,5	17,56	428.398,0	13,77	487.374,0	5,71	515.213,0	52,31
Bremen	komplex Erkrankte	68.261,0	-0,36	68.014,5	10,99	75.491,0	9,65	82.775,0	4,86	86.799,0	27,16
	nicht-komplex Erkrankte	214.388,5	-0,24	213.876,5	12,36	240.313,5	9,56	263.283,0	1,03	265.995,0	24,07
	sonstige Erkrankte	14.154,0	10,66	15.662,5	13,19	17.728,0	10,44	19.578,0	5,25	20.605,0	45,58
	Patienten mit psychischer Störung	296.803,5	0,25	297.553,5	12,09	333.532,5	9,63	365.636,0	2,12	373.399,0	25,81

	eingeschlossene Patienten	301.074,5	0,07	301.270,5	12,61	339.272,5	9,76	372.396,0	2,42	381.401,0	26,68
Hamburg	komplex Erkrankte	172.171,5	3,49	178.174,5	11,36	198.415,0	10,43	219.118,5	4,81	229.662,0	33,39
	nicht-komplex Erkrankte	567.838,0	1,09	574.008,0	12,66	646.703,0	10,50	714.634,0	3,89	742.420,0	30,75
	sonstige Erkrankte	31.443,0	8,66	34.166,0	10,68	37.814,5	10,40	41.747,0	5,47	44.032,0	40,04
	Patienten mit psychischer Störung	771.452,5	1,93	786.348,5	12,28	882.932,5	10,48	975.499,5	4,16	1.016.114,0	31,71
	eingeschlossene Patienten	783.876,5	1,96	799.262,5	12,87	902.137,0	10,93	1.000.761,5	4,26	1.043.429,0	33,11
Hessen	komplex Erkrankte	484.301,0	7,47	520.479,0	16,51	606.385,5	11,33	675.109,0	3,36	697.768,0	44,08
	nicht-komplex Erkrankte	1.295.493,5	3,63	1.342.471,0	15,41	1.549.338,0	10,64	1.714.130,0	2,86	1.763.138,0	36,10
	sonstige Erkrankte	88.685,0	13,42	100.590,5	17,10	117.786,5	10,16	129.749,0	4,64	135.773,0	53,10
	Patienten mit psychischer Störung	1.868.479,5	5,09	1.963.540,5	15,79	2.273.510,0	10,80	2.518.988,0	3,08	2.596.679,0	38,97
	eingeschlossene Patienten	1.899.300,0	4,95	1.993.358,0	16,02	2.312.706,0	11,02	2.567.540,0	3,24	2.650.839,0	39,57
Mecklenburg-Vorpommern	komplex Erkrankte	56.836,0	11,49	63.366,0	24,05	78.604,0	11,67	87.775,0	2,03	89.557,0	57,57
	nicht-komplex Erkrankte	151.396,5	6,81	161.710,0	20,89	195.489,0	9,44	213.946,0	3,49	221.404,0	46,24
	sonstige Erkrankte	15.342,0	13,19	17.365,0	19,64	20.775,0	9,92	22.835,0	1,97	23.285,0	51,77
	Patienten mit psychischer Störung	223.574,5	8,44	242.441,0	21,62	294.868,0	10,07	324.556,0	2,99	334.246,0	49,50
	eingeschlossene Patienten	226.229,5	8,56	245.599,0	22,46	300.757,0	10,69	332.910,0	2,94	342.685,0	51,48

KV-Versorgungs-gebiet	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2019 -2019
Niedersachsen	komplex Erkrankte	393.559,0	2,93	405.088,5	21,38	491.691,0	10,59	543.778,5	3,82	564.567,5	43,45
	nicht-komplex Erkrankte	1.008.908,0	0,62	1.015.118,5	16,72	1.184.877,0	9,32	1.295.303,5	2,27	1.324.671,0	31,30
	sonstige Erkrankte	72.614,5	9,72	79.673,0	20,35	95.889,5	14,96	110.232,0	3,35	113.924,0	56,89
	Patienten mit psychischer Störung	1.475.081,5	1,68	1.499.880,0	18,17	1.772.457,5	9,98	1.949.314,0	2,76	2.003.162,5	35,80
	eingeschlossene Patienten	1.498.210,0	1,69	1.523.564,0	18,77	1.809.568,0	10,51	1.999.747,0	2,79	2.055.466,5	37,19
Nordrhein	komplex Erkrankte	665.342,5	6,66	709.654,5	18,99	844.391,5	11,92	945.084,5	7,25	1.013.639,0	52,35
	nicht-komplex Erkrankte	1.746.638,0	2,88	1.797.028,5	18,18	2.123.673,5	11,13	2.360.081,0	6,04	2.502.559,5	43,28
	sonstige Erkrankte	117.702,5	5,54	124.222,0	19,76	148.772,0	12,90	167.967,5	8,07	181.524,5	54,22
	Patienten mit psychischer Störung	2.529.683,0	4,00	2.630.905,0	18,47	3.116.837,0	11,43	3.473.133,0	6,47	3.697.723,0	46,17
	eingeschlossene Patienten	2.577.827,0	3,87	2.677.461,5	19,09	3.188.594,5	11,94	3.569.161,0	6,51	3.801.552,5	47,47
Rheinland-Pfalz	komplex Erkrankte	201.356,5	6,35	214.150,5	23,46	264.384,0	12,98	298.701,0	5,93	316.411,0	57,14
	nicht-komplex Erkrankte	463.134,5	4,15	482.363,5	22,14	589.181,0	9,90	647.510,0	4,08	673.903,5	45,51
	sonstige Erkrankte	35.277,0	14,97	40.559,0	24,24	50.390,0	15,42	58.160,0	6,99	62.223,0	76,38
	Patienten mit psychischer Störung	699.768,0	5,33	737.073,0	22,64	903.955,0	11,11	1.004.371,0	4,80	1.052.537,5	50,41

	eingeschlossene Patienten	710.884,0	5,11	747.197,0	23,44	922.345,0	11,45	1.027.940,0	4,78	1.077.061,5	51,51
Saarland	komplex Erkrankte	67.939,0	7,56	73.074,0	14,03	83.329,0	9,11	90.918,0	5,22	95.668,0	40,81
	nicht-komplex Erkrankte	155.631,5	-0,84	154.322,5	13,37	174.950,0	8,48	189.790,5	2,14	193.843,0	24,55
	sonstige Erkrankte	11.368,0	7,09	12.174,0	9,17	13.290,0	26,67	16.835,0	8,19	18.213,0	60,21
	Patienten mit psychischer Störung	234.938,5	1,97	239.570,5	13,36	271.569,0	9,56	297.543,5	3,42	307.724,0	30,98
	eingeschlossene Patienten	238.636,5	1,79	242.910,5	13,75	276.301,0	10,69	305.837,5	2,82	314.459,0	31,77
Sachsen	komplex Erkrankte	184.737,5	4,27	192.621,5	17,95	227.205,5	8,65	246.852,0	3,78	256.190,5	38,68
	nicht-komplex Erkrankte	548.766,5	1,31	555.955,0	15,83	643.946,5	8,68	699.821,5	2,83	719.643,5	31,14
	sonstige Erkrankte	37.824,0	6,01	40.097,0	17,98	47.308,0	12,55	53.244,5	1,49	54.039,0	42,87
	Patienten mit psychischer Störung	771.328,0	2,25	788.673,5	16,46	918.460,0	8,87	999.918,0	3,00	1.029.873,0	33,52
	eingeschlossene Patienten	782.785,0	2,31	800.901,5	17,01	937.142,0	9,34	1.024.714,0	3,18	1.057.313,0	35,07

KV-Versorgungsgebiet	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015-2016	a. H. 2016	p. V. 2016-2017	a. H. 2017	p. V. 2017-2018	a. H. 2018	p. V. 2018-2019	a. H. 2019	p. V. 2015-2019
Sachsen-Anhalt	komplex Erkrankte	74.060,0	8,38	80.267,5	24,29	99.766,5	16,36	116.084,0	8,09	125.476,0	69,42
	nicht-komplex Erkrankte	190.820,5	5,24	200.820,0	19,91	240.809,0	10,14	265.234,5	4,66	277.592,5	45,47
	sonstige Erkrankte	15.728,5	12,25	17.654,5	23,33	21.773,5	6,68	23.228,0	12,59	26.152,5	66,27

	Patienten mit psychischer Störung	280.609,0	6,46	298.742,0	21,29	362.349,0	11,65	404.546,5	6,10	429.221,0	52,96
	eingeschlossene Patienten	283.661,0	6,37	301.736,0	22,06	368.295,0	12,02	412.568,5	6,30	438.563,0	54,61
Schleswig-Holstein	komplex Erkrankte	139.414,0	1,95	142.139,0	14,35	162.532,5	15,16	187.179,0	4,29	195.213,0	40,02
	nicht-komplex Erkrankte	366.501,0	-1,59	360.669,5	16,40	419.805,0	12,82	473.613,5	3,51	490.258,5	33,77
	sonstige Erkrankte	26.281,5	5,73	27.788,0	23,16	34.224,5	14,52	39.195,5	8,54	42.543,5	61,88
	Patienten mit psychischer Störung	532.196,5	-0,30	530.596,5	16,20	616.562,0	13,53	699.988,0	4,00	728.015,0	36,79
	eingeschlossene Patienten	539.169,5	-0,36	537.232,5	16,88	627.922,0	14,01	715.887,0	4,11	745.344,0	38,24
Thüringen	komplex Erkrankte	86.311,0	5,48	91.037,0	19,34	108.644,5	13,87	123.717,5	3,23	127.719,0	47,98
	nicht-komplex Erkrankte	201.435,0	0,70	202.852,5	17,26	237.856,5	9,99	261.626,5	2,53	268.236,5	33,16
	sonstige Erkrankte	19.449,0	0,32	19.512,0	17,98	23.020,0	15,79	26.654,0	-1,72	26.196,0	34,69
	Patienten mit psychischer Störung	307.195,0	2,02	313.401,5	17,91	369.521,0	11,50	411.998,0	2,46	422.151,5	37,42
	eingeschlossene Patienten	311.154,0	1,90	317.052,0	18,73	376.446,5	11,73	420.594,0	2,51	431.150,0	38,56
Westfalen-Lippe	komplex Erkrankte	461.312,0	5,44	486.395,5	19,30	580.290,5	10,13	639.078,5	4,23	666.133,0	44,40
	nicht-komplex Erkrankte	1.114.510,0	1,77	1.134.266,5	18,19	1.340.559,0	10,87	1.486.304,5	3,30	1.535.422,0	37,77
	sonstige Erkrankte	84.482,0	13,51	95.897,0	23,26	118.202,5	9,46	129.379,0	5,10	135.980,5	60,96
	Patienten mit psychischer Störung	1.660.304,0	3,39	1.716.559,0	18,79	2.039.052,0	10,58	2.254.762,0	3,67	2.337.535,5	40,79

	eingeschlossene Patienten	1.684.640,0	3,34	1.740.909,0	19,58	2.081.731,0	11,29	2.316.762,0	3,71	2.402.777,5	42,63
Gesamt	komplex Erkrankte	4.744.238,5	4,68	4.966.043,5	17,52	5.836.258,5	11,22	6.491.122,5	4,83	6.804.402,5	43,42
	nicht-komplex Erkrankte	13.296.947,5	1,97	13.558.885,0	15,55	15.667.256,5	10,44	17.303.212,5	3,82	17.963.337,5	35,09
	sonstige Erkrankte	885.075,5	8,94	964.191,5	17,83	1.136.137,5	12,02	1.272.714,0	5,36	1.340.875,5	51,50
	Patienten mit psychischer Störung	18.926.261,5	2,97	19.489.120,0	16,17	22.639.652,5	10,72	25.067.049,0	4,16	26.108.615,5	37,95
	eingeschlossene Patienten	19.231.441,0	2,89	19.786.637,0	16,77	23.105.266,5	11,17	25.685.864,0	4,22	26.770.917,5	39,20

eTabelle 85. Prozentuale Anteile der Leistungen, die für die einzelnen Diagnosegruppen abgerechnet wurden, an allen Leistungen, die für Patienten mit psychischer Störung abgerechnet wurden, und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019 – differenziert nach KV-Versorgungsgebiet.

KV-Versorgungsgebiet	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
Baden-Württemberg	komplex Erkrankte	22,04	0,01	22,05	0,33	22,38	0,23	22,60	0,35	22,96	0,92
	nicht-komplex Erkrankte	73,63	-0,23	73,40	-0,48	72,93	-0,28	72,65	-0,43	72,22	-1,42
	sonstige Erkrankte	4,33	0,22	4,55	0,15	4,70	0,06	4,75	0,07	4,83	0,50
Bayern	komplex Erkrankte	24,11	0,44	24,55	0,34	24,90	0,25	25,15	0,29	25,43	1,32
	nicht-komplex Erkrankte	71,63	-0,62	71,01	-0,36	70,65	-0,39	70,26	-0,31	69,95	-1,69

	sonstige Erkrankte	4,25	0,18	4,44	0,02	4,46	0,14	4,59	0,03	4,62	0,37
Berlin	komplex Erkrankte	22,23	-0,20	22,03	0,39	22,42	-0,53	21,89	-0,48	21,40	-0,83
	nicht-komplex Erkrankte	73,73	-0,09	73,64	-0,31	73,33	0,71	74,04	0,39	74,44	0,71
	sonstige Erkrankte	4,05	0,29	4,33	-0,08	4,25	-0,18	4,07	0,09	4,16	0,11
Brandenburg	komplex Erkrankte	28,16	0,58	28,74	-0,05	28,69	-0,32	28,37	0,10	28,47	0,31
	nicht-komplex Erkrankte	65,50	-0,84	64,66	0,05	64,71	0,30	65,01	0,05	65,06	-0,44
	sonstige Erkrankte	6,34	0,25	6,60	0,00	6,60	0,02	6,62	-0,15	6,47	0,13
Bremen	komplex Erkrankte	23,00	-0,14	22,86	-0,22	22,63	0,00	22,64	0,61	23,25	0,25
	nicht-komplex Erkrankte	72,23	-0,35	71,88	0,17	72,05	-0,04	72,01	-0,77	71,24	-1,00
	sonstige Erkrankte	4,77	0,49	5,26	0,05	5,32	0,04	5,35	0,16	5,52	0,75
Hamburg	komplex Erkrankte	22,32	0,34	22,66	-0,19	22,47	-0,01	22,46	0,14	22,60	0,28
	nicht-komplex Erkrankte	73,61	-0,61	73,00	0,25	73,24	0,01	73,26	-0,19	73,06	-0,54
	sonstige Erkrankte	4,08	0,27	4,34	-0,06	4,28	0,00	4,28	0,05	4,33	0,26
Hessen	komplex Erkrankte	25,92	0,59	26,51	0,16	26,67	0,13	26,80	0,07	26,87	0,95
	nicht-komplex Erkrankte	69,33	-0,96	68,37	-0,22	68,15	-0,10	68,05	-0,15	67,90	-1,43
	sonstige Erkrankte	4,75	0,38	5,12	0,06	5,18	-0,03	5,15	0,08	5,23	0,48
	komplex Erkrankte	25,42	0,72	26,14	0,52	26,66	0,39	27,04	-0,25	26,79	1,37

Mecklenburg-Vorpommern	nicht-komplex Erkrankte	67,72	-1,02	66,70	-0,40	66,30	-0,38	65,92	0,32	66,24	-1,48
	sonstige Erkrankte	6,86	0,30	7,16	-0,12	7,05	-0,01	7,04	-0,07	6,97	0,10
KV-Versorgungsgebiet	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
Niedersachsen	komplex Erkrankte	26,68	0,33	27,01	0,73	27,74	0,16	27,90	0,29	28,18	1,50
	nicht-komplex Erkrankte	68,40	-0,72	67,68	-0,83	66,85	-0,40	66,45	-0,32	66,13	-2,27
	sonstige Erkrankte	4,92	0,39	5,31	0,10	5,41	0,24	5,65	0,03	5,69	0,76
Nordrhein	komplex Erkrankte	26,30	0,67	26,97	0,12	27,09	0,12	27,21	0,20	27,41	1,11
	nicht-komplex Erkrankte	69,05	-0,74	68,30	-0,17	68,14	-0,18	67,95	-0,27	67,68	-1,37
	sonstige Erkrankte	4,65	0,07	4,72	0,05	4,77	0,06	4,84	0,07	4,91	0,26
Rheinland-Pfalz	komplex Erkrankte	28,77	0,28	29,05	0,19	29,25	0,49	29,74	0,32	30,06	1,29
	nicht-komplex Erkrankte	66,18	-0,74	65,44	-0,26	65,18	-0,71	64,47	-0,44	64,03	-2,16
	sonstige Erkrankte	5,04	0,46	5,50	0,07	5,57	0,22	5,79	0,12	5,91	0,87
Saarland	komplex Erkrankte	28,92	1,58	30,50	0,18	30,68	-0,13	30,56	0,53	31,09	2,17
	nicht-komplex Erkrankte	66,24	-1,83	64,42	0,01	64,42	-0,64	63,79	-0,79	62,99	-3,25
	sonstige Erkrankte	4,84	0,24	5,08	-0,19	4,89	0,76	5,66	0,26	5,92	1,08
Sachsen	komplex Erkrankte	23,95	0,47	24,42	0,31	24,74	-0,05	24,69	0,19	24,88	0,93

	nicht-komplex Erkrankte	71,15	-0,65	70,49	-0,38	70,11	-0,12	69,99	-0,11	69,88	-1,27
	sonstige Erkrankte	4,90	0,18	5,08	0,07	5,15	0,17	5,32	-0,08	5,25	0,34
Sachsen-Anhalt	komplex Erkrankte	26,39	0,48	26,87	0,66	27,53	1,16	28,69	0,54	29,23	2,84
	nicht-komplex Erkrankte	68,00	-0,78	67,22	-0,76	66,46	-0,89	65,56	-0,89	64,67	-3,33
	sonstige Erkrankte	5,61	0,30	5,91	0,10	6,01	-0,27	5,74	0,35	6,09	0,49
Schleswig-Holstein	komplex Erkrankte	26,20	0,59	26,79	-0,43	26,36	0,38	26,74	0,07	26,81	0,62
	nicht-komplex Erkrankte	68,87	-0,89	67,97	0,11	68,09	-0,43	67,66	-0,32	67,34	-1,52
	sonstige Erkrankte	4,94	0,30	5,24	0,31	5,55	0,05	5,60	0,24	5,84	0,91
Thüringen	komplex Erkrankte	28,10	0,95	29,05	0,35	29,40	0,63	30,03	0,23	30,25	2,16
	nicht-komplex Erkrankte	65,57	-0,85	64,73	-0,36	64,37	-0,87	63,50	0,04	63,54	-2,03
	sonstige Erkrankte	6,33	-0,11	6,23	0,00	6,23	0,24	6,47	-0,26	6,21	-0,13

KV-Versorgungsgebiet	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
Westfalen-Lippe	komplex Erkrankte	27,78	0,55	28,34	0,12	28,46	-0,12	28,34	0,15	28,50	0,71
	nicht-komplex Erkrankte	67,13	-1,05	66,08	-0,33	65,74	0,17	65,92	-0,23	65,69	-1,44
	sonstige Erkrankte	5,09	0,50	5,59	0,21	5,80	-0,06	5,74	0,08	5,82	0,73

Gesamt	komplex Erkrankte	25,07	0,41	25,48	0,30	25,78	0,12	25,90	0,17	26,06	0,99
	nicht-komplex Erkrankte	70,26	-0,69	69,57	-0,37	69,20	-0,18	69,03	-0,23	68,80	-1,45
	sonstige Erkrankte	4,68	0,27	4,95	0,07	5,02	0,06	5,08	0,06	5,14	0,46

Sekundäre Fragestellung: Unterschiede zwischen kE und nKE in Abhängigkeit von der Leistungsart (Sprechstunde, Probatorik, Akutbehandlung, Richtlinienpsychotherapie)

eTabelle 86. Absolute Häufigkeiten (a. H.) der Patienten, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erhalten haben, sowie prozentuale Veränderung (p. V.) in jedem Jahr relativ zum Vorjahr und prozentuale Veränderung (p. V.) in 2019 relativ zu 2015 – getrennt nach Diagnosegruppe und differenziert nach Leistungsart.

Leistungsart	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015-2016	a. H. 2016	p. V. 2016-2017	a. H. 2017	p. V. 2017-2018	a. H. 2018	p. V. 2018-2019	a. H. 2019	p. V. 2015-2019
Sprechstunde	komplex Erkrankte	-	-	-	-	196.130	51,05	296.250	8,43	321.218	-
	nicht-komplex Erkrankte	-	-	-	-	508.199	47,85	751.360	6,24	798.254	-
	sonstige Erkrankte	-	-	-	-	36.822	49,99	55.231	8,29	59.809	-
	Patienten mit psychischer Störung	-	-	-	-	741.151	48,80	1.102.841	6,93	1.179.281	-
	eingeschlossene Patienten	-	-	-	-	823.495	50,53	1.239.648	7,31	1.330.328	-
Probatorik	komplex Erkrankte	222.352	3,23	229.539	-19,84	183.999	-8,27	168.790	3,03	173.911	-21,79
	nicht-komplex Erkrankte	602.825	0,81	607.697	-19,49	489.279	-8,78	446.314	1,86	454.619	-24,59
	sonstige Erkrankte	39.882	7,07	42.700	-18,55	34.779	-7,57	32.147	3,28	33.201	-16,75
	Patienten mit psychischer Störung	865.059	1,72	879.936	-19,53	708.057	-8,59	647.251	2,24	661.731	-23,50
	eingeschlossene Patienten	955.299	1,37	968.429	-21,90	756.295	-11,03	672.899	1,87	685.509	-28,24
Akutbehandlung	komplex Erkrankte	-	-	-	-	24.781	94,96	48.313	16,35	56.212	-
	nicht-komplex Erkrankte	-	-	-	-	60.172	91,15	115.016	14,29	131.456	-
	sonstige Erkrankte	-	-	-	-	4.634	94,50	9.013	16,17	10.470	-

	Patienten mit psychischer Störung	-	-	-	-	89.587	92,37	172.342	14,97	198.138	-
	eingeschlossene Patienten	-	-	-	-	93.113	91,24	178.070	14,84	204.490	-
Richtlinien-Therapie	komplex Erkrankte	318.785	5,20	335.364	1,28	339.659	0,94	342.856	3,13	353.594	10,92
	nicht-komplex Erkrankte	807.122	2,29	825.566	-0,27	823.360	-0,32	820.693	2,16	838.399	3,88
	sonstige Erkrankte	58.969	8,52	63.992	2,66	65.696	1,92	66.960	3,97	69.616	18,06
	Patienten mit psychischer Störung	1.184.876	3,38	1.224.922	0,31	1.228.715	0,15	1.230.509	2,53	1.261.609	6,48
	eingeschlossene Patienten	1.199.531	3,30	1.239.092	0,21	1.241.667	0,22	1.244.443	2,36	1.273.827	6,19

Leistungsart	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015-2016	a. H. 2016	p. V. 2016-2017	a. H. 2017	p. V. 2017-2018	a. H. 2018	p. V. 2018-2019	a. H. 2019	p. V. 2015-2019
Gesamt	komplex Erkrankte	433.067	4,49	452.507	14,09	516.244	9,00	562.689	5,72	594.870	37,36
	nicht-komplex Erkrankte	1.102.302	1,85	1.122.651	11,77	1.254.783	7,26	1.345.938	4,14	1.401.709	27,16
	sonstige Erkrankte	79.089	7,89	85.330	14,69	97.868	9,22	106.891	6,30	113.626	43,67
	Patienten mit psychischer Störung	1.614.458	2,85	1.660.488	12,55	1.868.895	7,85	2.015.518	4,70	2.110.205	30,71
	eingeschlossene Patienten	1.714.777	2,56	1.758.692	13,67	1.999.107	8,73	2.173.660	4,84	2.278.829	32,89

eTabelle 87. Prozentuale Anteile der Patienten, die Leistungen einer bestimmten Art erhalten haben, an allen behandelten Patienten und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019 – differenziert nach Diagnosegruppe.

Leistungsart	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
Sprechstunde	komplex Erkrankte	-	-	-	-	37,99	14,66	52,65	1,35	54,00	-
	nicht-komplex Erkrankte	-	-	-	-	40,50	15,32	55,82	1,12	56,95	-
	sonstige Erkrankte	-	-	-	-	37,62	14,05	51,67	0,97	52,64	-
Probatorik	komplex Erkrankte	51,34	-0,62	50,73	-15,08	35,64	-5,64	30,00	-0,76	29,24	-22,11
	nicht-komplex Erkrankte	54,69	-0,56	54,13	-15,14	38,99	-5,83	33,16	-0,73	32,43	-22,25
	sonstige Erkrankte	50,43	-0,39	50,04	-14,50	35,54	-5,46	30,07	-0,86	29,22	-21,21
Akutbehandlung	komplex Erkrankte	-	-	-	-	4,80	3,79	8,59	0,86	9,45	-
	nicht-komplex Erkrankte	-	-	-	-	4,80	3,75	8,55	0,83	9,38	-
	sonstige Erkrankte	-	-	-	-	4,73	3,70	8,43	0,78	9,21	-
Richtlinientherapie	komplex Erkrankte	73,61	0,50	74,11	-8,32	65,79	-4,86	60,93	-1,49	59,44	-14,17
	nicht-komplex Erkrankte	73,22	0,32	73,54	-7,92	65,62	-4,64	60,98	-1,16	59,81	-13,41
	sonstige Erkrankte	74,56	0,43	74,99	-7,87	67,13	-4,48	62,64	-1,38	61,27	-13,29

eTabelle 88. Absolute Häufigkeiten (a. H.) der Therapeuten, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung erbracht haben, sowie prozentuale Veränderung (p. V.) in jedem Jahr relativ zum Vorjahr und prozentuale Veränderung (p. V.) in 2019 relativ zu 2015 – getrennt nach Diagnosegruppe und Leistungsart.

Leistungsart	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015-2016	a. H. 2016	p. V. 2016-2017	a. H. 2017	p. V. 2017-2018	a. H. 2018	p. V. 2018-2019	a. H. 2019	p. V. 2015-2019
Sprechstunde	komplex Erkrankte	-	-	-	-	26.912	15,03	30.957	4,52	32.355	-
	nicht-komplex Erkrankte	-	-	-	-	31.472	11,93	35.227	4,35	36.758	-
	Patienten mit psychischer Störung	-	-	-	-	31.876	11,38	35.503	4,34	37.045	-
	eingeschlossene Patienten	-	-	-	-	32.217	11,01	35.764	4,39	37.334	-
Probatorik	komplex Erkrankte	27.176	3,31	28.076	0,66	28.262	-0,05	28.247	3,25	29.165	7,32
	nicht-komplex Erkrankte	30.876	3,82	32.057	3,54	33.191	2,15	33.904	3,42	35.064	13,56
	Patienten mit psychischer Störung	31.192	3,85	32.394	3,73	33.601	2,28	34.367	3,52	35.576	14,05
	eingeschlossene Patienten	31.441	3,88	32.660	3,64	33.849	2,10	34.559	3,48	35.763	13,75
Akutbehandlung	komplex Erkrankte	-	-	-	-	9.907	43,32	14.199	9,20	15.505	-
	nicht-komplex Erkrankte	-	-	-	-	15.852	30,22	20.643	7,57	22.206	-
	Patienten mit psychischer Störung	-	-	-	-	17.792	26,67	22.538	7,49	24.226	-
	eingeschlossene Patienten	-	-	-	-	17.977	26,24	22.695	7,40	24.375	-
	komplex Erkrankte	27.854	4,06	28.986	4,97	30.427	3,93	31.623	3,55	32.746	17,56

Richtlinien-therapie	nicht-komplex Erkrankte	30.456	4,36	31.783	5,40	33.500	4,15	34.890	3,65	36.165	18,75
	Erkrankt	30.697	4,32	32.024	5,36	33.739	4,12	35.130	3,66	36.415	18,63
	Gesamt	30.751	4,30	32.073	5,35	33.790	4,10	35.176	3,65	36.460	18,57
Gesamt	komplex Erkrankte	29.668	3,74	30.779	6,40	32.749	4,59	34.251	3,90	35.587	19,95
	nicht-komplex Erkrankte	32.018	4,00	33.300	6,25	35.380	4,43	36.947	3,78	38.343	19,75
	Patienten mit psychischer Störung	32.194	4,03	33.492	6,16	35.554	4,31	37.088	3,79	38.492	19,56
	eingeschlossene Patienten	32.298	4,00	33.590	6,11	35.642	4,33	37.184	3,78	38.588	19,47

eTabelle 89. Prozentuale Anteile der Therapeuten, die eine bestimmte Leistungsart erbracht haben, an allen Therapeuten, die Leistungen erbracht haben, und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019 - getrennt nach der Diagnosegruppe des Patienten.

Leistungsart	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015 -2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016 -2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017 -2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018 -2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015 -2019 in %
Sprechstunde	komplex Erkrankte	-	-	-	-	82,18	8,21	90,38	0,54	90,92	-
	nicht-komplex Erkrankte	-	-	-	-	88,95	6,39	95,34	0,52	95,87	-
Probatorik	komplex Erkrankte	91,60	-0,38	91,22	-4,92	86,30	-3,83	82,47	-0,52	81,95	-9,65
	nicht-komplex Erkrankte	96,43	-0,17	96,27	-2,45	93,81	-2,05	91,76	-0,32	91,45	-4,99
Akutbehandlung	komplex Erkrankte	-	-	-	-	30,25	11,20	41,46	2,11	43,57	-
	nicht-komplex Erkrankte	-	-	-	-	44,80	11,07	55,87	2,04	57,91	-
	komplex Erkrankte	93,89	0,29	94,17	-1,26	92,91	-0,58	92,33	-0,31	92,02	-1,87

Richtlinien-therapie	nicht-komplex Erkrankte	95,12	0,32	95,44	-0,76	94,69	-0,25	94,43	-0,11	94,32	-0,80
----------------------	-------------------------	-------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

eTabelle 90. Absolute Häufigkeiten (a. H.) der ambulanten psychotherapeutischen Leistungen, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 abgerechnet wurden, sowie prozentuale Veränderung (p. V.) in jedem Jahr relativ zum Vorjahr und prozentuale Veränderung (p. V.) in 2019 relativ zu 2015 – getrennt nach Diagnosegruppe der Patienten und Leistungsart.

Leistungsart	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2015 -2019
Sprechstunde	komplex Erkrankte	-	-	-	-	804.902,0	56,96	1.263.391,0	10,10	1.390.992,0	-
	nicht-komplex Erkrankte	-	-	-	-	2.205.166,0	57,45	3.472.128,0	8,33	3.761.365,0	-
	sonstige Erkrankte	-	-	-	-	153.672,0	56,50	240.500,0	9,03	262.228,0	-
	Patienten mit psychischer Störung	-	-	-	-	3.163.740,0	57,28	4.976.019,0	8,81	5.414.585,0	-
	eingeschlossene Patienten	-	-	-	-	3.410.786,0	58,26	5.397.853,0	9,01	5.884.354,0	-

Leistungsart	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2015 -2019
Probatorik	komplex Erkrankte	694.012,0	2,26	709.688,0	-30,84	490.818,0	-12,79	428.062,0	2,88	440.373,0	-36,55
	nicht-komplex Erkrankte	1.991.362,0	0,10	1.993.361,0	-31,32	1.369.134,0	-14,59	1.169.427,0	1,78	1.190.292,0	-40,23

	sonstige Erkrankte	126.234,0	6,20	134.055,0	-29,70	94.242,0	-12,90	82.087,0	3,35	84.833,0	-32,80
	Patienten mit psychischer Störung	2.811.608,0	0,91	2.837.104,0	-31,12	1.954.194,0	-14,05	1.679.576,0	2,14	1.715.498,0	-38,99
	eingeschlossene Patienten	2.992.326,0	0,67	3.012.285,0	-32,06	2.046.432,0	-15,43	1.730.631,0	1,94	1.764.146,0	-41,04
Akut- behand- lung	komplex Erkrankte	-	-	-	-	250.285,0	123,51	559.406,0	14,77	642.023,0	-
	nicht-komplex Erkrankte	-	-	-	-	642.789,0	115,94	1.388.057,0	14,84	1.594.014,0	-
	sonstige Erkrankte	-	-	-	-	47.650,0	121,50	105.546,0	16,06	122.493,0	-
	Patienten mit psychischer Störung	-	-	-	-	940.724,0	118,24	2.053.009,0	14,88	2.358.530,0	-
	eingeschlossene Patienten	-	-	-	-	957.356,0	117,74	2.084.549,0	14,86	2.394.321,0	-
Richtli- nien- therapie	komplex Erkrankte	4.050.226,5	5,09	4.256.355,5	0,80	4.290.253,5	-1,17	4.240.263,5	2,14	4.331.014,5	6,93
	nicht-komplex Erkrankte	11.305.585,5	2,30	11.565.524,0	-1,00	11.450.167,5	-1,54	11.273.600,5	1,28	11.417.666,5	0,99
	sonstige Erkrankte	758.841,5	9,40	830.136,5	1,26	840.573,5	0,48	844.581,0	3,17	871.321,5	14,82
	Patienten mit psychischer Störung	16.114.653,5	3,33	16.652.016,0	-0,43	16.580.994,5	-1,34	16.358.445,0	1,60	16.620.002,5	3,14
	eingeschlossene Patienten	16.239.115,0	3,30	16.774.352,0	-0,50	16.690.692,5	-1,31	16.472.831,0	1,55	16.728.096,5	3,01

Gesamt	komplex Erkrankte	4.744.238,5	4,68	4.966.043,5	17,52	5.836.258,5	11,22	6.491.122,5	4,83	6.804.402,5	43,42
	nicht-komplex Erkrankte	13.296.947,5	1,97	13.558.885,0	15,55	15.667.256,5	10,44	17.303.212,5	3,82	17.963.337,5	35,09
	sonstige Erkrankte	885.075,5	8,94	964.191,5	17,83	1.136.137,5	12,02	1.272.714,0	5,36	1.340.875,5	51,50
	Patienten mit psychischer Störung	18.926.261,5	2,97	19.489.120,0	16,17	22.639.652,5	10,72	25.067.049,0	4,16	26.108.615,5	37,95
	eingeschlossene Patienten	19.231.441,0	2,89	19.786.637,0	16,77	23.105.266,5	11,17	25.685.864,0	4,22	26.770.917,5	39,20

eTabelle 91. Prozentuale Anteile der Leistungen einer bestimmten Art an allen abgerechneten Leistungen und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019 – getrennt nach Diagnosegruppe des Patienten.

Leistungsart	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
Sprechstunde	komplex Erkrankte	-	-	-	-	13,79	5,67	19,46	0,98	20,44	-
	nicht-komplex Erkrankte	-	-	-	-	14,07	5,99	20,07	0,87	20,94	-
	sonstige Erkrankte	-	-	-	-	13,53	5,37	18,90	0,66	19,56	-
Probatorik	komplex Erkrankte	14,63	-0,34	14,29	-5,88	8,41	-1,82	6,59	-0,12	6,47	-8,16
	nicht-komplex Erkrankte	14,98	-0,27	14,70	-5,96	8,74	-1,98	6,76	-0,13	6,63	-8,35
	sonstige Erkrankte	14,26	-0,36	13,90	-5,61	8,29	-1,85	6,45	-0,12	6,33	-7,94

Akut- behand- lung	komplex Er- krankte	-	-	-	-	4,29	4,33	8,62	0,82	9,44	-
	nicht-komplex Erkrankte	-	-	-	-	4,10	3,92	8,02	0,85	8,87	-
	sonstige Er- krankte	-	-	-	-	4,19	4,10	8,29	0,84	9,14	-
Richtli- nien- therapie	komplex Er- krankte	85,37	0,34	85,71	-12,20	73,51	-8,19	65,32	-1,67	63,65	-21,72
	nicht-komplex Erkrankte	85,02	0,27	85,30	-12,22	73,08	-7,93	65,15	-1,59	63,56	-21,46
	sonstige Er- krankte	85,74	0,36	86,10	-12,11	73,99	-7,62	66,36	-1,38	64,98	-20,76

Sekundäre Fragestellung: Unterschiede zwischen kE und nkE in Abhängigkeit von der Art der Richtlinientherapie, d.h. dem Therapiesetting (Einzeltherapie, Gruppentherapie), der Therapiedauer (Kurzzeittherapie, Langzeittherapie) und dem Richtlinienverfahren (analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie)

eTabelle 92. Absolute Häufigkeiten (a. H.) der Patienten, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 mindestens eine Einheit Richtlinientherapie erhalten haben, sowie prozentuale Veränderung (p. V.) in jedem Jahr relativ zum Vorjahr und prozentuale Veränderung (p. V.) in 2019 relativ zu 2015 – getrennt nach Diagnosegruppe, Therapiesetting, Therapiedauer und Richtlinienverfahren.

Richtlinien-therapie	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2015 -2019
Einzel-therapie	komplex Erkrankte	315.058	5,20	331.446	1,24	335.563	0,76	338.116	2,99	348.220	10,53
	nicht-komplex Erkrankte	798.335	2,29	816.587	-0,35	813.739	-0,47	809.936	2,08	826.794	3,56
	sonstige Erkrankte	58.248	8,49	63.192	2,66	64.870	1,77	66.019	3,81	68.533	17,66
	Patienten mit psychischer Störung	1.171.641	3,38	1.211.225	0,24	1.214.172	-0,01	1.214.071	2,43	1.243.547	6,14
	eingeschlossene Patienten	1.186.129	3,30	1.225.222	0,14	1.226.944	0,07	1.227.817	2,26	1.255.606	5,86
Gruppen-therapie	komplex Erkrankte	8.145	10,45	8.996	9,57	9.857	20,50	11.878	17,17	13.918	70,88
	nicht-komplex Erkrankte	20.806	5,24	21.897	12,40	24.612	19,93	29.516	16,24	34.308	64,89
	sonstige Erkrankte	1.572	12,60	1.770	13,62	2.011	22,18	2.457	17,50	2.887	83,65
	Patienten mit psychischer Störung	30.523	7,01	32.663	11,69	36.480	20,21	43.851	16,56	51.113	67,46

	eingeschlossene Patienten	30.789	7,04	32.957	11,66	36.800	20,17	44.221	16,38	51.466	67,16
Kurzzeit- therapie	komplex Erkrankte	227.485	5,06	239.001	0,55	240.325	-0,43	239.289	1,18	242.108	6,43
	nicht-komplex Erkrankte	567.217	1,56	576.073	-0,61	572.536	-1,36	564.764	0,79	569.253	0,36
	sonstige Erkrankte	41.713	8,80	45.384	1,83	46.213	0,64	46.507	1,56	47.234	13,24
	Patienten mit psychischer Störung	836.415	2,87	860.458	-0,16	859.074	-0,99	850.560	0,94	858.595	2,65
	eingeschlossene Patienten	847.394	2,78	870.965	-0,28	868.491	-0,94	860.332	0,81	867.268	2,35
Langzeit- therapie	komplex Erkrankte	116.973	5,91	123.882	3,91	128.724	2,92	132.487	6,50	141.096	20,62
	nicht-komplex Erkrankte	310.066	3,93	322.240	1,50	327.087	1,70	332.651	4,42	347.367	12,03
	sonstige Erkrankte	22.056	9,54	24.161	4,44	25.233	4,59	26.391	8,07	28.520	29,31
	Patienten mit psychischer Störung	449.095	4,72	470.283	2,29	481.044	2,18	491.529	5,18	516.983	15,12
	eingeschlossene Patienten	453.298	4,67	474.458	2,23	485.045	2,30	496.178	5,00	520.975	14,93
Richtlinien- therapie	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2015 -2019
analytische Therapie	komplex Erkrankte	12.427	2,42	12.728	9,29	13.911	6,54	14.821	3,99	15.412	24,02

	nicht-komplex Erkrankte	50.013	0,79	50.409	6,75	53.812	5,73	56.897	1,53	57.767	15,50
	sonstige Erkrankte	2.453	3,47	2.538	6,70	2.708	6,17	2.875	7,37	3.087	25,85
	Patienten mit psychischer Störung	64.893	1,21	65.675	7,24	70.431	5,91	74.593	2,24	76.266	17,53
	eingeschlossene Patienten	65.610	1,14	66.356	7,29	71.193	6,16	75.575	2,02	77.098	17,51
tiefenpsychologische Therapie	komplex Erkrankte	138.743	2,19	141.779	-2,30	138.516	-3,78	133.281	-0,93	132.045	-4,83
	nicht-komplex Erkrankte	353.624	-0,72	351.068	-4,35	335.807	-5,56	317.128	-1,68	311.802	-11,83
	sonstige Erkrankte	25.409	5,27	26.749	-0,47	26.623	-2,17	26.044	-0,45	25.928	2,04
	Patienten mit psychischer Störung	517.776	0,35	519.596	-3,59	500.946	-4,89	476.453	-1,40	469.775	-9,27
	eingeschlossene Patienten	524.751	0,24	525.989	-3,70	506.532	-4,82	482.103	-1,57	474.515	-9,57
Verhaltenstherapie	komplex Erkrankte	170.790	7,83	184.171	3,48	190.577	3,38	197.012	5,72	208.278	21,95
	nicht-komplex Erkrankte	415.037	5,03	435.916	2,28	445.875	1,98	454.709	4,71	476.106	14,71
	sonstige Erkrankte	31.707	11,41	35.325	4,79	37.017	4,04	38.512	6,54	41.030	29,40
	Patienten mit psychischer Störung	617.534	6,13	655.412	2,76	673.469	2,49	690.233	5,10	725.414	17,47

	eingeschlossene Patienten	624.640	6,08	662.637	2,65	680.222	2,56	697.624	4,94	732.115	17,21
--	---------------------------	---------	------	---------	------	---------	------	---------	------	---------	-------

eTabelle 93. Prozentuale Anteile der Patienten, die eine Richtlinientherapiesitzung mit bestimmtem Setting, Dauer oder Verfahren erhalten haben, an allen Patienten mit psychischer Störung, die eine Richtlinientherapiesitzung erhalten haben, und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019 – getrennt nach Diagnosegruppe.

Richtlinien- therapie	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Diffe- renz 2015 -2016 in %	Anteil 2016 in %	Diffe- renz 2016 -2017 in %	Anteil 2017 in %	Diffe- renz 2017 -2018 in %	Anteil 2018 in %	Diffe- renz 2018 -2019 in %	Anteil 2019 in %	Diffe- renz 2015 -2019 in %
Einzel- therapie	komplex Er- krankte	98,83	0,00	98,83	-0,04	98,79	-0,18	98,62	-0,14	98,48	-0,35
	nicht-komplex Er- krankte	98,91	0,00	98,91	-0,08	98,83	-0,14	98,69	-0,07	98,62	-0,30
	sonstige Erkrankte	98,78	-0,03	98,75	-0,01	98,74	-0,15	98,59	-0,15	98,44	-0,33
Gruppen- therapie	komplex Er- krankte	2,56	0,13	2,68	0,22	2,90	0,56	3,46	0,47	3,94	1,38
	nicht-komplex Er- krankte	2,58	0,07	2,65	0,34	2,99	0,61	3,60	0,50	4,09	1,51
	sonstige Erkrankte	2,67	0,10	2,77	0,30	3,06	0,61	3,67	0,48	4,15	1,48
Kurzzeit- therapie	komplex Er- krankte	71,36	-0,09	71,27	-0,51	70,75	-0,96	69,79	-1,32	68,47	-2,89
	nicht-komplex Er- krankte	70,28	-0,50	69,78	-0,24	69,54	-0,72	68,82	-0,92	67,90	-2,38
	sonstige Erkrankte	70,74	0,18	70,92	-0,58	70,34	-0,89	69,45	-1,61	67,85	-2,89
Langzeit- therapie	komplex Er- krankte	36,69	0,25	36,94	0,96	37,90	0,74	38,64	1,26	39,90	3,21
	nicht-komplex Er- krankte	38,42	0,62	39,03	0,69	39,73	0,81	40,53	0,90	41,43	3,02
	sonstige Erkrankte	37,40	0,35	37,76	0,65	38,41	1,00	39,41	1,55	40,97	3,56
analytische Therapie	komplex Er- krankte	3,90	-0,10	3,80	0,30	4,10	0,23	4,32	0,04	4,36	0,46

	nicht-komplex Erkrankte	6,20	-0,09	6,11	0,43	6,54	0,40	6,93	-0,04	6,89	0,69
	sonstige Erkrankte	4,16	-0,19	3,97	0,16	4,12	0,17	4,29	0,14	4,43	0,27
tiefenpsychologische Therapie	komplex Erkrankte	43,52	-1,25	42,28	-1,50	40,78	-1,91	38,87	-1,53	37,34	-6,18
	nicht-komplex Erkrankte	43,81	-1,29	42,52	-1,74	40,78	-2,14	38,64	-1,45	37,19	-6,62
	sonstige Erkrankte	43,09	-1,29	41,80	-1,28	40,52	-1,63	38,89	-1,65	37,24	-5,84
Verhaltenstherapie	komplex Erkrankte	53,58	1,34	54,92	1,19	56,11	1,35	57,46	1,44	58,90	5,33
	nicht-komplex Erkrankte	51,42	1,38	52,80	1,35	54,15	1,25	55,41	1,38	56,79	5,37
	sonstige Erkrankte	53,77	1,43	55,20	1,14	56,35	1,17	57,51	1,42	58,94	5,17

eTabelle 94. Absolute Häufigkeiten (a. H.) der Therapeuten, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 mindestens eine Einheit Richtlinien-therapie erbracht haben, sowie prozentuale Veränderung (p. V.) in jedem Jahr relativ zum Vorjahr und prozentuale Veränderung (p. V.) in 2019 relativ zu 2015 – getrennt nach Diagnosegruppe des Patienten, Therapiesetting, Therapiedauer und Richtlinienverfahren.

Richtlinien-therapie	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2015 -2019
Einzel-therapie	komplex Erkrankte	27.831	4,06	28.961	4,97	30.401	3,88	31.582	3,50	32.688	17,45
	nicht-komplex Erkrankte	30.445	4,36	31.773	5,38	33.482	4,14	34.869	3,64	36.138	18,70
	Patienten mit psychischer Störung	30.690	4,32	32.017	5,33	33.724	4,11	35.111	3,65	36.392	18,58
	eingeschlossene Patienten	30.744	4,30	32.066	5,33	33.776	4,09	35.157	3,64	36.436	18,51

Gruppen- therapie	komplex Er- krankte	1.391	8,12	1.504	17,09	1.761	19,65	2.107	12,72	2.375	70,74
	nicht-komplex Er- krankte	1.689	6,16	1.793	17,85	2.113	16,80	2.468	13,25	2.795	65,48
	Patienten mit psy- chischer Störung	1.733	6,64	1.848	17,64	2.174	15,36	2.508	13,28	2.841	63,94
	eingeschlossene Patienten	1.738	6,67	1.854	17,69	2.182	15,22	2.514	13,25	2.847	63,81
Kurzzeit- therapie	komplex Er- krankte	24.514	3,33	25.330	8,61	27.510	4,74	28.814	3,74	29.893	21,94
	nicht-komplex Er- krankte	28.047	4,29	29.251	8,98	31.877	5,18	33.528	3,88	34.829	24,18
	Patienten mit psy- chischer Störung	28.517	4,16	29.704	8,84	32.329	4,95	33.928	4,00	35.285	23,73
	eingeschlossene Patienten	28.606	4,15	29.792	8,85	32.429	4,92	34.023	4,04	35.398	23,74
Langzeit- therapie	komplex Er- krankte	23.621	4,24	24.622	3,05	25.373	2,27	25.950	3,81	26.938	14,04
	nicht-komplex Er- krankte	27.672	4,14	28.818	3,52	29.833	3,17	30.778	3,70	31.916	15,34
	Erkrankt	28.265	4,17	29.443	3,66	30.521	3,27	31.519	3,83	32.727	15,79
	Gesamt	28.343	4,13	29.514	3,66	30.593	3,24	31.584	3,82	32.792	15,70
analytische Therapie	komplex Er- krankte	4.210	1,59	4.277	1,92	4.359	2,02	4.447	0,22	4.457	5,87
	nicht-komplex Er- krankte	5.651	1,11	5.714	1,91	5.823	1,31	5.899	0,20	5.911	4,60
	Patienten mit psy- chischer Störung	5.736	0,94	5.790	2,12	5.913	1,08	5.977	0,37	5.999	4,59
	eingeschlossene Patienten	5.761	0,95	5.816	1,99	5.932	1,15	6.000	0,27	6.016	4,43

tiefen- psycho- logische Therapie	komplex Er- krankte	14.579	1,10	14.739	1,47	14.955	-1,44	14.740	-0,28	14.698	0,82
	nicht-komplex Er- krankte	16.696	1,43	16.934	2,82	17.411	-0,77	17.277	-1,04	17.097	2,40
	Patienten mit psy- chischer Störung	16.933	1,35	17.162	2,90	17.659	-0,61	17.552	-0,81	17.409	2,81
	eingeschlossene Patienten	16.984	1,29	17.203	2,89	17.701	-0,65	17.586	-0,70	17.463	2,82

Richtlinien- therapie	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2015 -2019
Verhaltens- therapie	komplex Er- krankte	12.806	7,70	13.792	8,45	14.958	6,83	15.979	6,45	17.009	32,82
	nicht-komplex Er- krankte	13.763	7,99	14.863	8,63	16.146	7,49	17.356	6,93	18.559	34,85
	Patienten mit psy- chischer Störung	13.868	7,98	14.975	8,67	16.273	7,45	17.485	6,85	18.683	34,72
	eingeschlossene Patienten	13.890	7,93	14.992	8,70	16.296	7,44	17.509	6,79	18.697	34,61

eTabelle 95. Prozentuale Anteile der Therapeuten, die eine Richtlinientherapiesitzung mit bestimmtem Setting, Dauer oder Verfahren erbracht haben, an allen Therapeuten, die eine Richtlinientherapiesitzung erbracht haben, und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019 – getrennt nach Diagnosegruppe des Patienten.

Richtlinien- therapie	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Diffe- renz 2015 -2016 in %	Anteil 2016 in %	Diffe- renz 2016 -2017 in %	Anteil 2017 in %	Diffe- renz 2017 -2018 in %	Anteil 2018 in %	Diffe- renz 2018 -2019 in %	Anteil 2019 in %	Diffe- renz 2015 -2019 in %
Einzel- therapie	komplex Er- krankte	99,92	0,00	99,91	0,00	99,91	-0,04	99,87	-0,05	99,82	-0,09
	nicht-komplex Er- krankte	99,96	0,00	99,97	-0,02	99,95	-0,01	99,94	-0,01	99,93	-0,04
Gruppen- therapie	komplex Er- krankte	4,99	0,19	5,19	0,60	5,79	0,88	6,66	0,59	7,25	2,26
	nicht-komplex Er- krankte	5,55	0,10	5,64	0,67	6,31	0,77	7,07	0,65	7,73	2,18
Kurzzeit- therapie	komplex Er- krankte	88,01	-0,62	87,39	3,03	90,41	0,70	91,12	0,17	91,29	3,28
	nicht-komplex Er- krankte	92,09	-0,06	92,03	3,12	95,16	0,94	96,10	0,21	96,31	4,22
Langzeit- therapie	komplex Er- krankte	84,80	0,14	84,94	-1,55	83,39	-1,33	82,06	0,20	82,26	-2,54
	nicht-komplex Er- krankte	90,86	-0,19	90,67	-1,62	89,05	-0,84	88,21	0,04	88,25	-2,61
analytische Therapie	komplex Er- krankte	15,11	-0,36	14,76	-0,43	14,33	-0,26	14,06	-0,45	13,61	-1,50
	nicht-komplex Er- krankte	18,55	-0,58	17,98	-0,60	17,38	-0,47	16,91	-0,56	16,34	-2,21
tiefen- psycho-	komplex Er- krankte	52,34	-1,49	50,85	-1,70	49,15	-2,54	46,61	-1,73	44,88	-7,46

logische Therapie	nicht-komplex Erkrankte	54,82	-1,54	53,28	-1,31	51,97	-2,45	49,52	-2,24	47,27	-7,55
-------------------	-------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Richtlinien-therapie	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015-2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016-2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017-2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018-2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015-2019 in %
Verhaltenstherapie	komplex Erkrankte	45,98	1,61	47,58	1,58	49,16	1,37	50,53	1,41	51,94	5,97
	nicht-komplex Erkrankte	45,19	1,57	46,76	1,43	48,20	1,55	49,74	1,57	51,32	6,13

eTabelle 96. Absolute Häufigkeiten (a. H.) der ambulanten Richtlinien-therapie-Einheiten, die in den jeweiligen Jahren 2015 bis 2019 abgerechnet wurden, sowie prozentuale Veränderung (p. V.) in jedem Jahr relativ zum Vorjahr und prozentuale Veränderung (p. V.) in 2019 relativ zu 2015 – getrennt nach Diagnosegruppe des Patienten, Therapiesetting, Therapiedauer und Richtlinienverfahren.

Richtlinien-therapie	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015-2016	a. H. 2016	p. V. 2016-2017	a. H. 2017	p. V. 2017-2018	a. H. 2018	p. V. 2018-2019	a. H. 2019	p. V. 2015-2019
Einzel-therapie	komplex Erkrankte	3.931.564,0	5,01	4.128.691,0	0,64	4.155.264,0	-1,92	4.075.596,0	1,61	4.141.333,0	5,34
	nicht-komplex Erkrankte	10.990.477,0	2,24	11.236.957,0	-1,21	11.100.987,0	-2,34	10.841.020,0	0,77	10.924.718,0	-0,60
	sonstige Erkrankte	736.914,0	9,22	804.877,0	0,97	812.704,0	-0,29	810.328,0	2,59	831.342,0	12,81
	Patienten mit psychischer Störung	15.658.955,0	3,27	16.170.525,0	-0,63	16.068.955,0	-2,13	15.726.944,0	1,08	15.897.393,0	1,52
	eingeschlossene Patienten	15.781.558,0	3,22	16.290.289,0	-0,70	16.176.023,0	-2,09	15.838.090,0	1,04	16.002.675,0	1,40
Gruppen-therapie	komplex Erkrankte	118.662,5	7,59	127.664,5	5,74	134.989,5	21,99	164.667,5	15,19	189.681,5	59,85

	nicht-komplex Erkrankte	315.108,5	4,27	328.567,0	6,27	349.180,5	23,88	432.580,5	13,96	492.948,5	56,44
	sonstige Erkrankte	21.927,5	15,20	25.259,5	10,33	27.869,5	22,90	34.253,0	16,72	39.979,5	82,33
	Patienten mit psychischer Störung	455.698,5	5,66	481.491,0	6,34	512.039,5	23,33	631.501,0	14,43	722.609,5	58,57
	eingeschlossene Patienten	457.557,0	5,79	484.063,0	6,32	514.669,5	23,33	634.741,0	14,29	725.421,5	58,54
Kurzzeittherapie	komplex Erkrankte	2.256.001,0	4,85	2.365.410,0	-3,15	2.290.950,5	-7,30	2.123.775,5	0,91	2.143.166,5	-5,00
	nicht-komplex Erkrankte	5.889.475,0	1,41	5.972.272,0	-4,37	5.711.303,5	-7,61	5.276.777,5	0,87	5.322.833,5	-9,62
	sonstige Erkrankte	416.474,5	9,41	455.652,5	-2,22	445.532,0	-5,80	419.684,5	0,81	423.104,5	1,59
	Patienten mit psychischer Störung	8.561.950,5	2,70	8.793.334,5	-3,93	8.447.786,0	-7,43	7.820.237,5	0,88	7.889.104,5	-7,86
	eingeschlossene Patienten	8.636.774,5	2,65	8.865.718,0	-4,03	8.508.594,0	-7,39	7.879.978,5	0,85	7.946.606,5	-7,99

Richtlinien-therapie	Diagnosegruppe	a. H. 2015	p. V. 2015 -2016	a. H. 2016	p. V. 2016 -2017	a. H. 2017	p. V. 2017 -2018	a. H. 2018	p. V. 2018 -2019	a. H. 2019	p. V. 2019 -2019
Langzeittherapie	komplex Erkrankte	1.794.225,5	5,39	1.890.945,5	5,73	1.999.303,0	5,86	2.116.488,0	3,37	2.187.848,0	21,94
	nicht-komplex Erkrankte	5.416.110,5	3,27	5.593.252,0	2,60	5.738.864,0	4,49	5.996.823,0	1,63	6.094.833,0	12,53
	sonstige Erkrankte	342.367,0	9,38	374.484,0	5,49	395.041,5	7,56	424.896,5	5,49	448.217,0	30,92
	Patienten mit psychischer Störung	7.552.703,0	4,05	7.858.681,5	3,49	8.133.208,5	4,98	8.538.207,5	2,26	8.730.898,0	15,60
	eingeschlossene Patienten	7.602.340,5	4,03	7.908.634,0	3,46	8.182.098,5	5,02	8.592.852,5	2,20	8.781.490,0	15,51

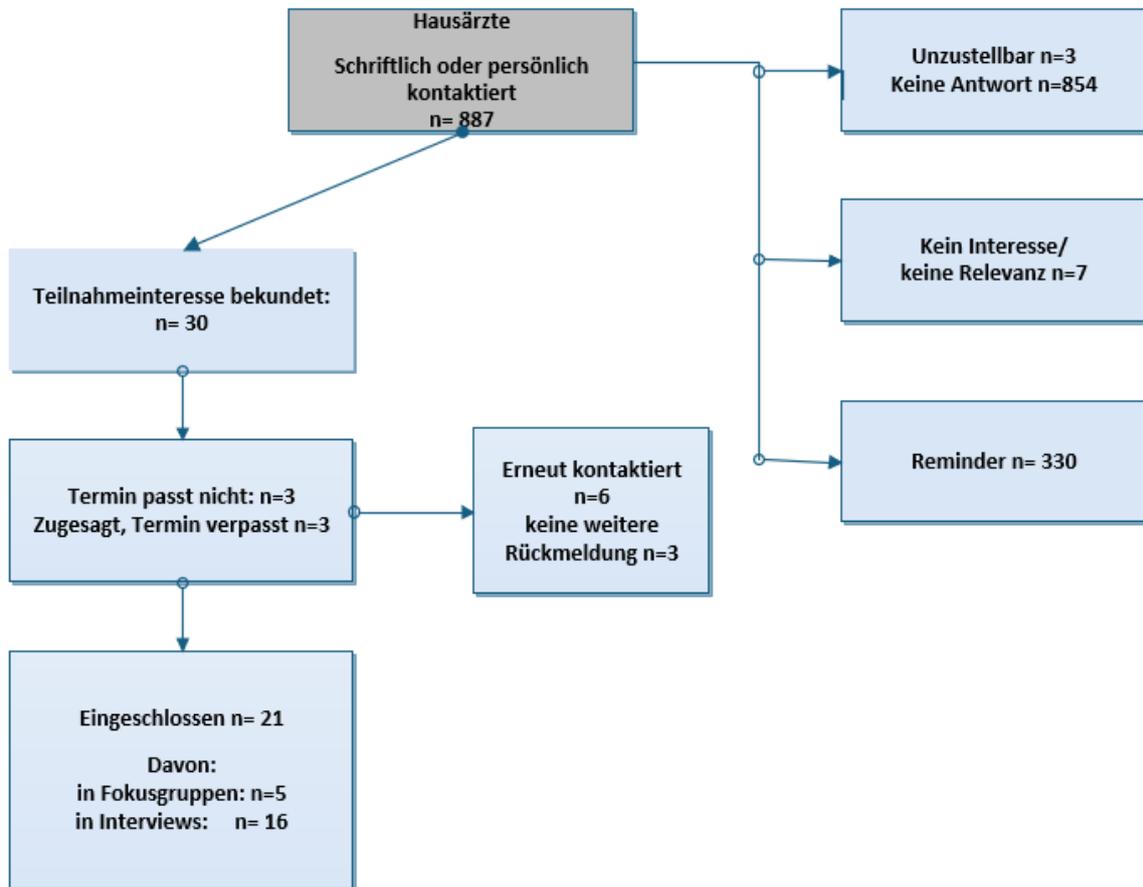
analytische Therapie	komplex Erkrankte	428.541,0	1,46	434.800,0	4,47	454.222,0	5,07	477.259,0	0,83	481.201,0	12,29
	nicht-komplex Erkrankte	1.852.742,0	-0,28	1.847.617,0	1,16	1.869.062,0	5,26	1.967.360,0	-1,53	1.937.331,0	4,57
	sonstige Erkrankte	86.363,0	5,31	90.953,0	-2,86	88.349,0	6,47	94.064,0	5,36	99.102,0	14,75
	Patienten mit psychischer Störung	2.367.646,0	0,24	2.373.370,0	1,61	2.411.633,0	5,27	2.538.683,0	-0,83	2.517.634,0	6,33
	eingeschlossene Patienten	2.382.289,0	0,23	2.387.681,0	1,65	2.426.993,0	5,35	2.556.890,0	-0,90	2.533.825,0	6,36
tiefenpsychologische Therapie	komplex Erkrankte	1.718.026,0	2,52	1.761.291,0	-2,98	1.708.737,0	-5,30	1.618.153,0	-0,98	1.602.370,0	-6,73
	nicht-komplex Erkrankte	4.678.663,0	-0,39	4.660.412,0	-4,63	4.444.750,0	-6,74	4.145.102,0	-0,92	4.106.932,0	-12,22
	sonstige Erkrankte	317.264,0	6,66	338.381,0	-0,58	336.435,0	-3,70	324.003,0	-0,38	322.768,0	1,73
	Patienten mit psychischer Störung	6.713.953,0	0,69	6.760.084,0	-4,00	6.489.922,0	-6,20	6.087.258,0	-0,91	6.032.070,0	-10,16
	eingeschlossene Patienten	6.770.513,0	0,66	6.815.122,0	-4,10	6.535.676,0	-6,18	6.132.017,0	-0,95	6.073.720,0	-10,29
Verhaltenstherapie	komplex Erkrankte	1.903.659,5	8,23	2.060.264,5	3,25	2.127.294,5	0,83	2.144.851,5	4,78	2.247.443,5	18,06
	nicht-komplex Erkrankte	4.774.180,5	5,93	5.057.495,0	1,56	5.136.355,5	0,48	5.161.138,5	4,11	5.373.403,5	12,55
	sonstige Erkrankte	355.214,5	12,83	400.802,5	3,74	415.789,5	2,58	426.514,0	5,38	449.451,5	26,53
	Patienten mit psychischer Störung	7.033.054,5	6,90	7.518.562,0	2,14	7.679.439,5	0,69	7.732.504,0	4,37	8.070.298,5	14,75
	eingeschlossene Patienten	7.086.313,0	6,85	7.571.549,0	2,07	7.728.023,5	0,72	7.783.924,0	4,32	8.120.551,5	14,59

eTabelle 97. Prozentuale Anteile der Richtlinientherapiesitzungen, die für ein bestimmtes Setting, Dauer oder Verfahren abgerechnet wurden, an allen abgerechneten Richtlinientherapiesitzungen und Differenz dieser Anteile zwischen den Jahren bzw. zwischen 2015 und 2019 – getrennt nach Diagnosegruppe.

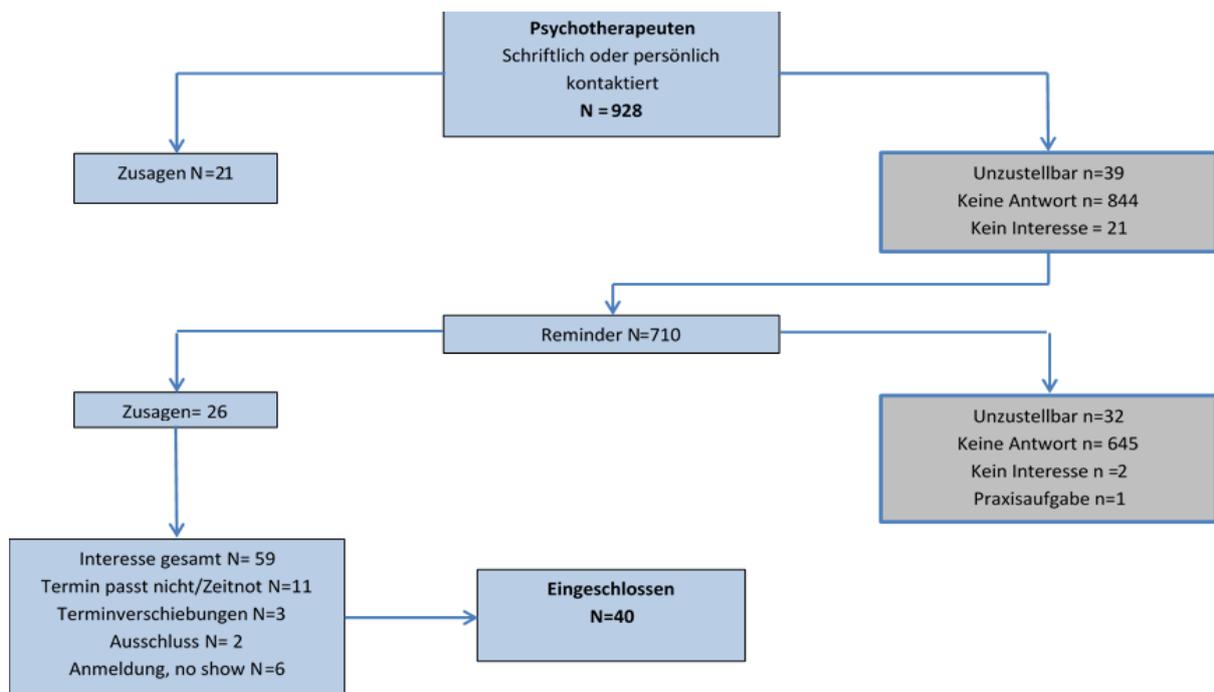
Richtlinien-Therapie	Diagnosegruppe	Anteil 2015 in %	Differenz 2015 -2016 in %	Anteil 2016 in %	Differenz 2016 -2017 in %	Anteil 2017 in %	Differenz 2017 -2018 in %	Anteil 2018 in %	Differenz 2018 -2019 in %	Anteil 2019 in %	Differenz 2015 -2019 in %
Einzeltherapie	komplex Erkrankte	97,07	-0,07	97,00	-0,15	96,85	-0,74	96,12	-0,50	95,62	-1,45
	nicht-komplex Erkrankte	97,21	-0,05	97,16	-0,21	96,95	-0,79	96,16	-0,48	95,68	-1,53
	sonstige Erkrankte	97,11	-0,15	96,96	-0,27	96,68	-0,74	95,94	-0,53	95,41	-1,70
Gruppen-therapie	komplex Erkrankte	2,93	0,07	3,00	0,15	3,15	0,74	3,88	0,50	4,38	1,45
	nicht-komplex Erkrankte	2,79	0,05	2,84	0,21	3,05	0,79	3,84	0,48	4,32	1,53
	sonstige Erkrankte	2,89	0,15	3,04	0,27	3,32	0,74	4,06	0,53	4,59	1,70
Kurzzeit-therapie	komplex Erkrankte	55,70	-0,13	55,57	-2,17	53,40	-3,31	50,09	-0,60	49,48	-6,22
	nicht-komplex Erkrankte	52,09	-0,45	51,64	-1,76	49,88	-3,07	46,81	-0,19	46,62	-5,47
	sonstige Erkrankte	54,88	0,01	54,89	-1,89	53,00	-3,31	49,69	-1,13	48,56	-6,32
Langzeit-therapie	komplex Erkrankte	44,30	0,13	44,43	2,17	46,60	3,31	49,91	0,60	50,52	6,22
	nicht-komplex Erkrankte	47,91	0,45	48,36	1,76	50,12	3,07	53,19	0,19	53,38	5,47
	sonstige Erkrankte	45,12	-0,01	45,11	1,89	47,00	3,31	50,31	1,13	51,44	6,32
analytische Therapie	komplex Erkrankte	10,58	-0,37	10,22	0,37	10,59	0,67	11,26	-0,14	11,11	0,53

	nicht-komplex Erkrankte	16,39	-0,41	15,98	0,35	16,32	1,13	17,45	-0,48	16,97	0,58
	sonstige Erkrankte	11,38	-0,42	10,96	-0,45	10,51	0,63	11,14	0,24	11,37	-0,01
tiefenpsychologische Therapie	komplex Erkrankte	42,42	-1,04	41,38	-1,55	39,83	-1,67	38,16	-1,16	37,00	-5,42
	nicht-komplex Erkrankte	41,38	-1,09	40,30	-1,48	38,82	-2,05	36,77	-0,80	35,97	-5,41
	sonstige Erkrankte	41,81	-1,05	40,76	-0,74	40,02	-1,66	38,36	-1,32	37,04	-4,77
Verhaltenstherapie	komplex Erkrankte	47,00	1,40	48,40	1,18	49,58	1,00	50,58	1,31	51,89	4,89
	nicht-komplex Erkrankte	42,23	1,50	43,73	1,13	44,86	0,92	45,78	1,28	47,06	4,83
	sonstige Erkrankte	46,81	1,47	48,28	1,18	49,46	1,04	50,50	1,08	51,58	4,77

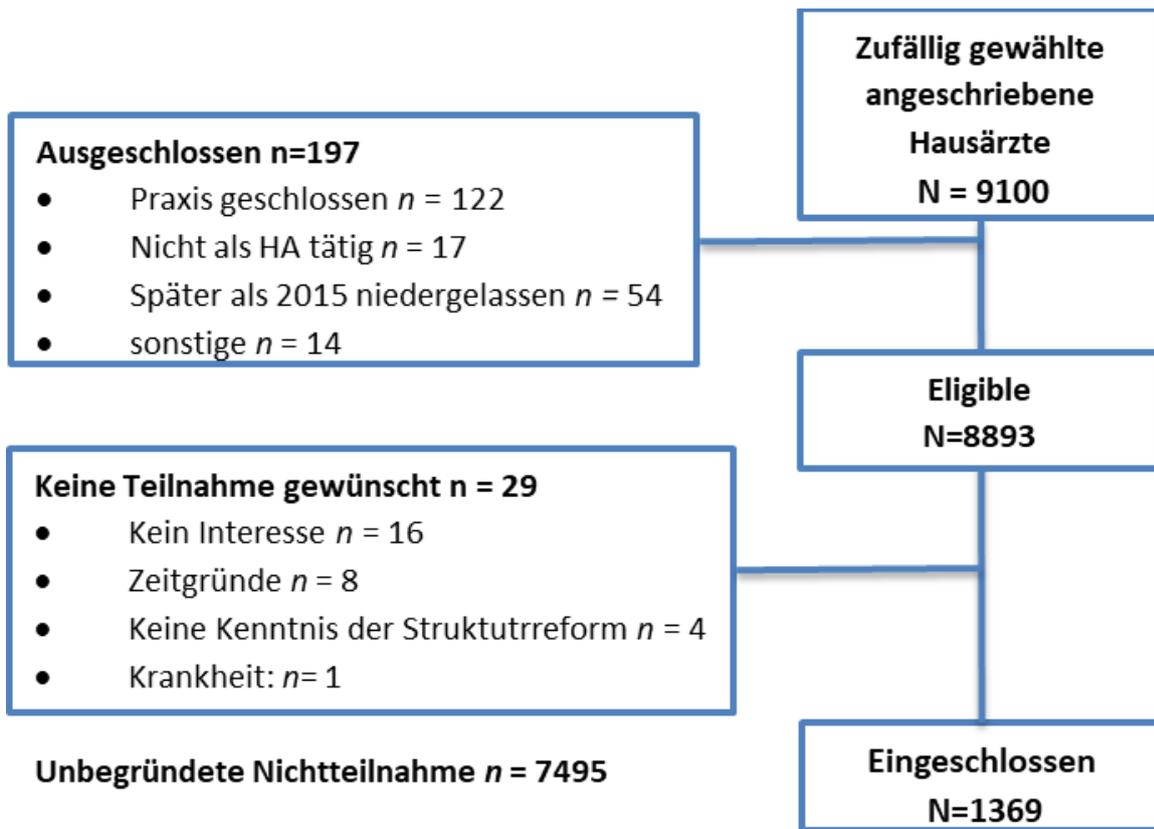
Anhang 28: Ergebnisse Teilstudie IV – Flow Charts



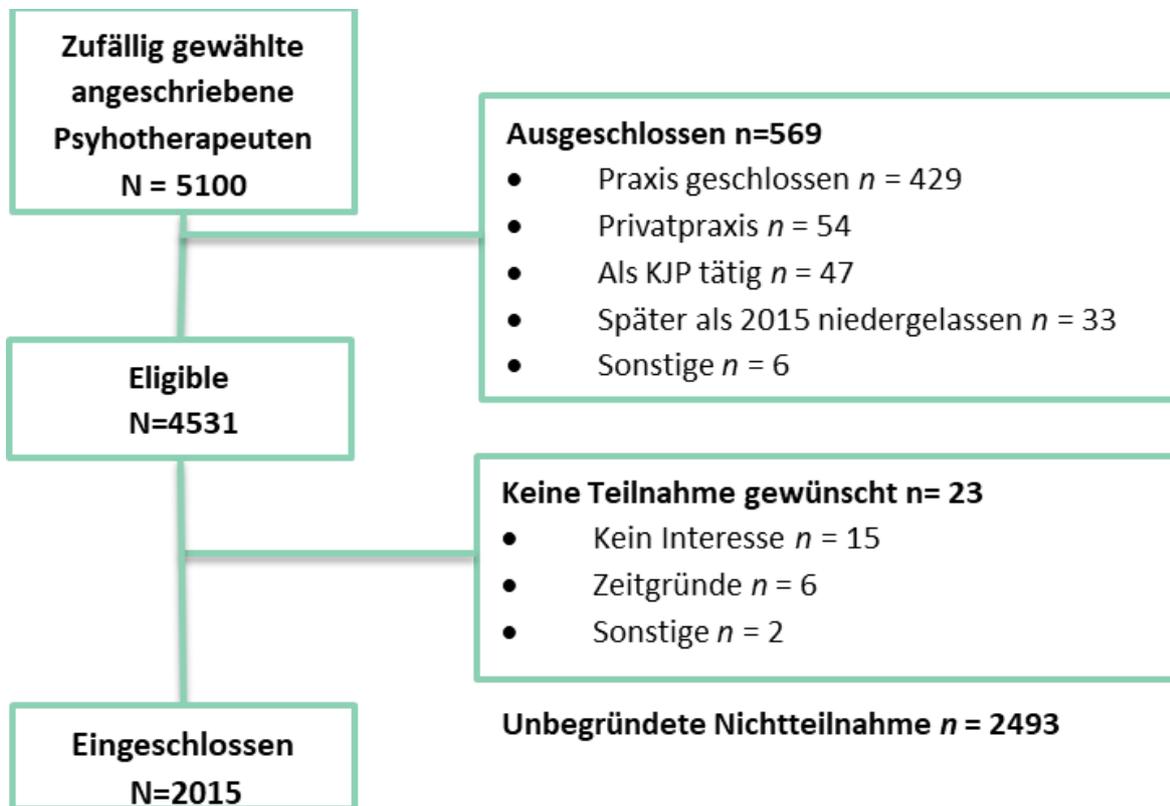
eAbbildung 56. Flow Chart zur Rekrutierung von Hausärzten für die Fokusgruppen.



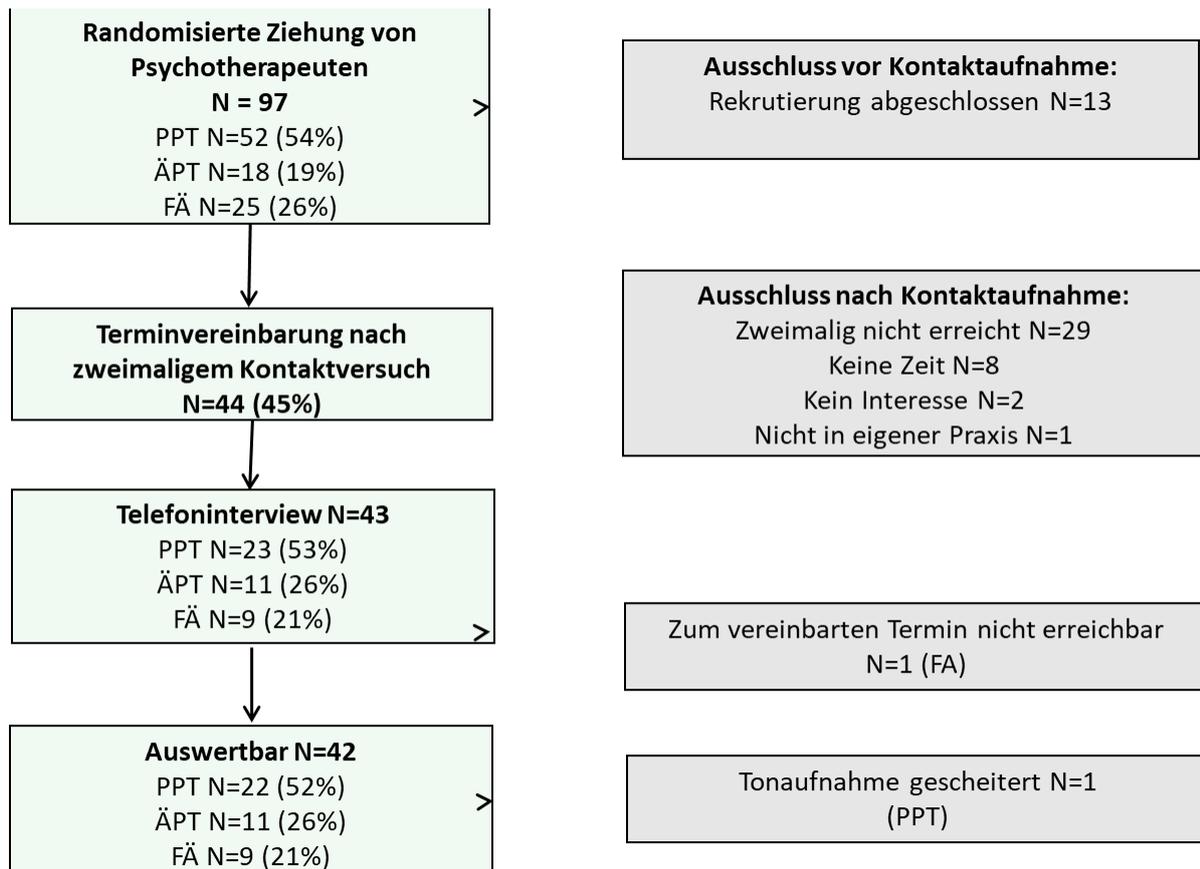
eAbbildung 57. Flow Chart zur Rekrutierung von Psychotherapeuten für die Fokusgruppen.



eAbbildung 58. Flow Chart zur Rekrutierung von Hausärzten für den Survey.



eAbbildung 59. Flow Chart zur Rekrutierung von Psychotherapeuten für den Survey.



eAbbildung 60. Flow Chart zur Rekrutierung von Psychotherapeuten für die Interviews.

Anhang 29: Ergebnisse Teilstudie IV – Darstellung der Untersuchungspopulation

eTabelle 98. Demographische Merkmale der Hausärztestichprobe aus dem Survey.

	M (SD)
Alter	58.3 (7.5)
Jahre in ambulanter Praxis	21.1 (9.0)
	N (%)
Weiblich	693 (50.6)
Facharztrichtung	
Allgemeinmedizin	885 (64.6)
Innere Medizin	406 (29.7)
Prakt. Arzt/ keine	78 (5.7)
Kurs Psychosomatische Grundversorgung	
Im Rahmen der Facharztweiterbildung	637 (47.2)*
Als Fortbildung	531 (39.4)
Abrechnung der Leistungsziffern 35100 / 35110	1185 (87.4)
Durchschnittliche Scheinzahl	
< 500	42 (3.2)
500-1000	374 (28.1)
1001-1500	507 (38.2)
>1500	404 (30.4)

* Hiervon haben 15 Personen zusätzlich eine Fortbildung absolviert

eTabelle 99. Demographische Merkmale der Psychotherapeutenstichprobe aus dem Survey.

	M (SD)
Alter	60.0 (8.5)
Jahre Berufserfahrung	24.9 (9.1)
	N (%)
Weiblich	1376 (68.3)
Gruppentherapeut*innen	861 (43.0)
Psychotherapie-Verfahren	
Nur VT	806 (40.1)
Nur TP oder nur PA	729 (36.3)
VT und TP oder PA	100 (5.0)
TP und PA	375 (18.6)
Fachgruppe	
Psychologische*r Psychotherapeut*in	1293 (64.2)
Fach*ärztin für Psychosomatik	374 (18.6)
Ärztliche*r Psychotherapeut*in	348 (17.3)
Praxisform	
Einzelpraxis	1324 (66.2)
Gemeinschaftspraxis	130 (6.5)
Praxisgemeinschaft	513 (25.7)
MVZ	32 (1.6)

eTabelle 100. Demographische Merkmale der Stichprobe der Psychotherapeuteninterviews.

	M (SD)
Alter	57.4 (6.7)
Jahre Berufserfahrung	24.3 (7.3)
	N (%)
Weiblich	31 (73.8)
Psychotherapie-Verfahren	
Nur VT	19 (45.2)
Nur TP oder nur PA	16 (38.1)
Mehrere VT und TP oder PA	7 (16.7)
Fachgruppe	
Psychologische*r Psychotherapeut*in	22 (52.4)
Fach*ärztin für Psychosomatik	9 (21.4)
Ärztliche*r Psychotherapeut*in	11 (26.2)
Praxisform	
Einzelpraxis	26 (61.9)
Gemeinschaftspraxis	1 (2.4)
Praxisgemeinschaft	15 (35.7)

Anhang 30: Ergebnisse Teilstudie IV – Darstellung der Kodierschemata

eTabelle 101. Kodierschema für die Ergebnisse der Fokusgruppen/ Interviews.

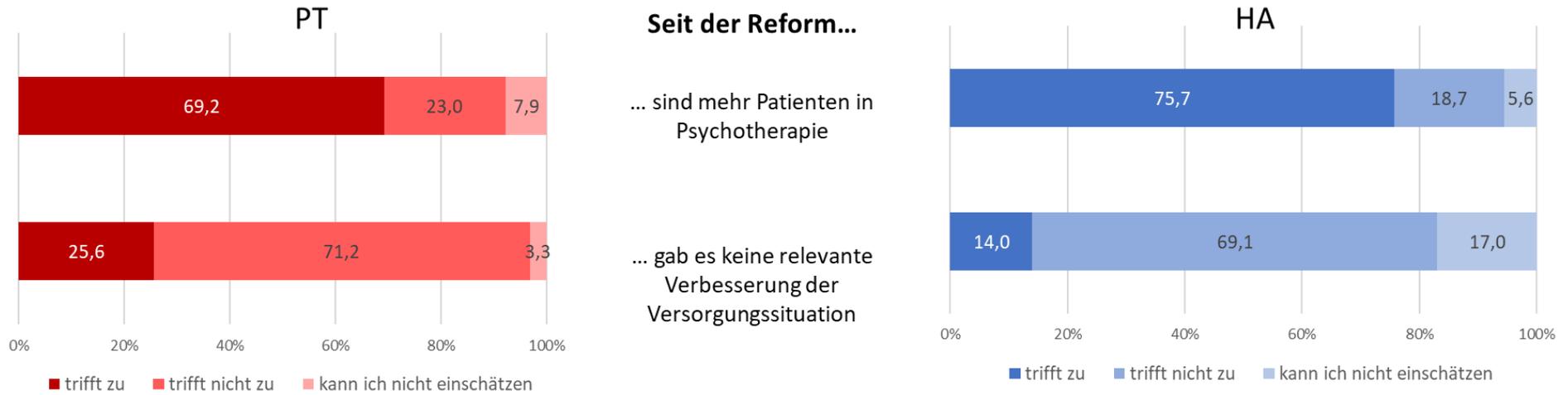
Codesystem	Interviews	Fokusgruppen
Recommendation		
strength of recommendation	●	●
clarity	●	●
cultural appropriateness	●	●
accessibility of the recommendation	●	●
source of the recommendation	●	●
consistency with other guidelines	●	●
recommended clinical intervention	●	●
feasibility	●	●
accessibility of the intervention	●	●
recommended behavior	●	●
observability	●	●
trialability	●	●
effort	●	●
compatibility	●	●
tailoring (inductive)	●	●
individual health professional factors		
Knowledge and skills		
domain knowledge	●	●
awareness and familiarity with tl	●	●
knowledge about own practice	●	●
skills needed to adhere	●	●
cognitions/attitudes	●	●
agreement with the recommendatic	●	●
intention and motivation	●	●
expected outcome	●	●
self-efficacy	●	●
emotions	●	●
professional behavior		
nature of the behavior	●	●
capacity to plan change	●	●
self-monitoring or feedback	●	●
patient factors		
physiological constraints (inductive)	●	●
patient needs	●	●
reliability aspects (inductive)	●	●
professional interactions		
communication and influence	●	●
Team processes/peer influence (indi	●	●
referral processes	●	●
incentives and resources		
assistance for clinicians	●	●
continuing education system	●	●
quality assurance and patient safety	●	●
financial incentives and disincentive	●	●
availability of necessary resources	●	●
social, political and legal factors		
economic constraints on the health	●	●
systemic	●	●

eTabelle 102 Kodierschema für die Ergebnisse der Einzelinterviews mit PT.

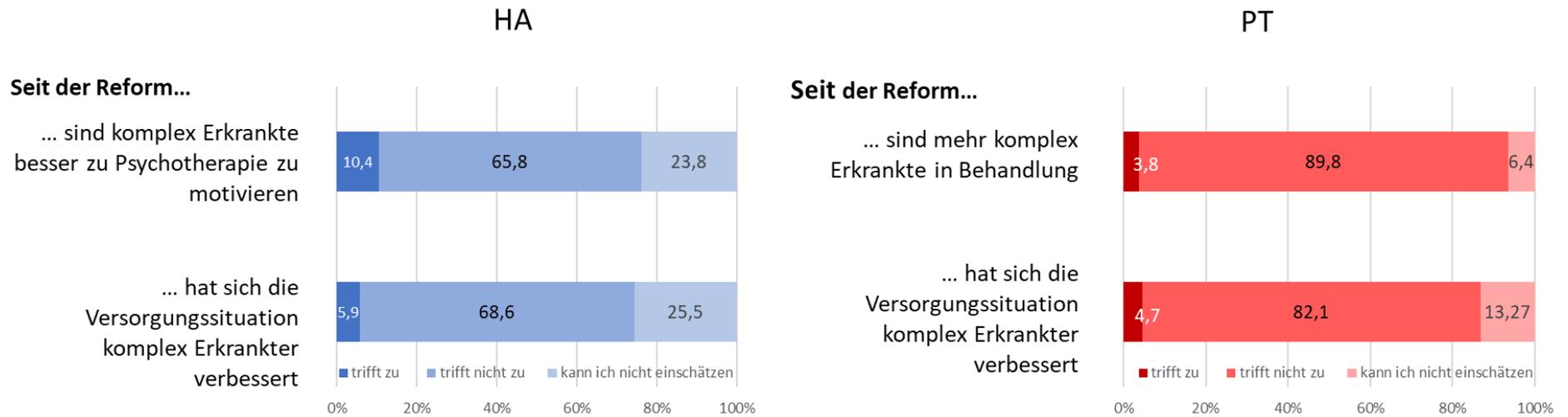
Oberkategorie	Unterkategorien	Codes
Sprechstunde	Inhaltliche Ausgestaltung	Aktive Hinführung zu PT
		Prüfung auf eigene Weiterbehandlung
		Diagnostik und Weiterleitung
		Kombinationen
	Formale Ausgestaltung	Regelmäßige Zeiten
		Blockmodell
		Variabel
	Barrieren	Organisatorisch
		Persönliche Belastung
		Mangelnde Ausbildung
		Reduktion von Therapiekapazität
		Fehlzuweisung
	Professionsverständnis	Versorgungsauftrag
		Psychotherapeut
		Arbeitsteilung
		Spezialist mit Schwerpunkt
	Outcomes/Nutzen	Erlebte Sinnhaftigkeit
		Professionelle Weiterleitung
		Mehr Flexibilität
		Benefit für Patienten
Anbindung		
Erste Entlastung		
Akutbehandlung	Inhaltliche Ausgestaltung	Fokussierung
		Flexibler Übergang
		Therapieausschluss
		Technikinvarianz
	Formale Ausgestaltung	Potenzielle Zielgruppen
		Vereinbarkeit mit Therapiekapazität
		Begrenzte Planbarkeit
		Rhythmus/ Frequenz
	Outcomes/ Nutzen	Notwendige Ergänzung
		Überbrückungsmöglichkeit
		Prävention von Chronifizierung
		Schneller Behandlungseinstieg
	Barrieren	Motivationsprüfung
		Finanzielle Anreize
		Unklare Abgrenzung zu PT
		Organisatorische Ressourcen
	Freiwilligkeit	
	Reduktion Behandlungskapazität PT	

Rezidivprophylaxe	Inhaltliche Ausgestaltung	Stabilisierung
		Autonomie
		Techniken, Materialien
		Krisenplan
	Formale Ausgestaltung	Notwendigkeit
		Rhythmus
		Festes Konzept
	Barrieren	Anrechnung
		Planungsbedarf
		Alternativen
Komplexe Patienten	Patientengruppen	
	Kooperation mit somat. Ärzten	
	Schwerpunktsetzung	
	Auftragsverständnis	
	Spezifische Bedürfnisse	
	Behandlungsmotivation	
	Ausweitung Therapiekapazität	
Optimierungsmöglichkeit	Reduktion Bürokratie	
	Gruppenangebote	
	Netzwerke	
	Telemöglichkeiten	

Anhang 31: Ergebnisse Teilstudie IV – Auswirkung auf die Versorgungssituation

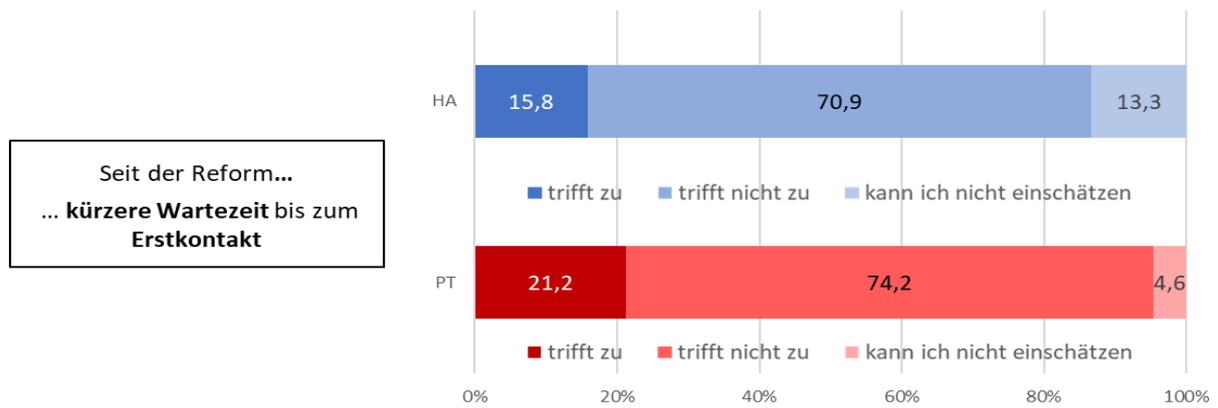


eAbbildung 103. Allgemeine Versorgungssituation nach der Reform.

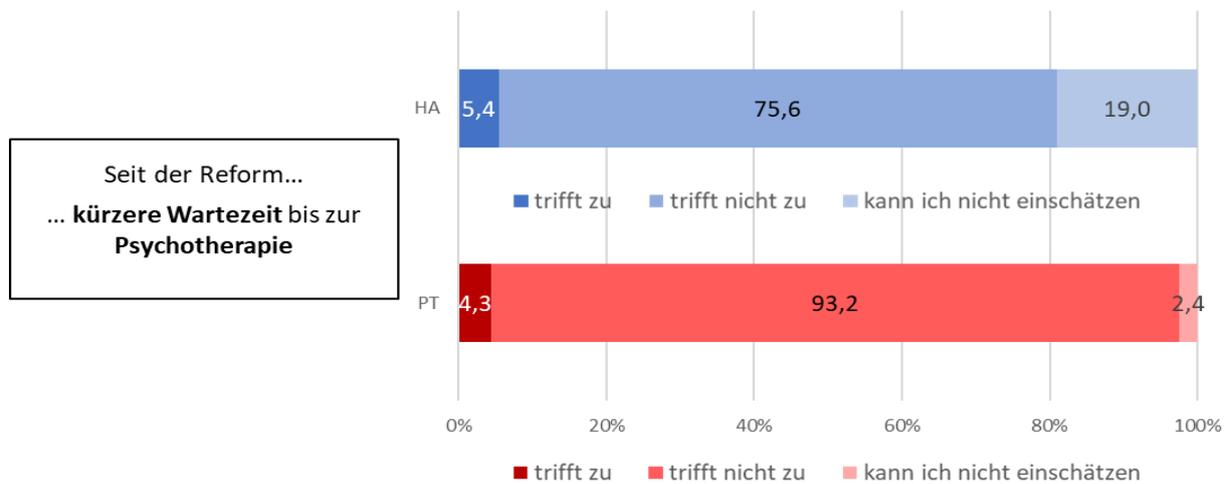


eAbbildung 104. Auswirkungen der Reform auf komplex Erkrankte.

Anhang 32: Ergebnisse Teilstudie IV – Auswirkung auf die Wartezeiten

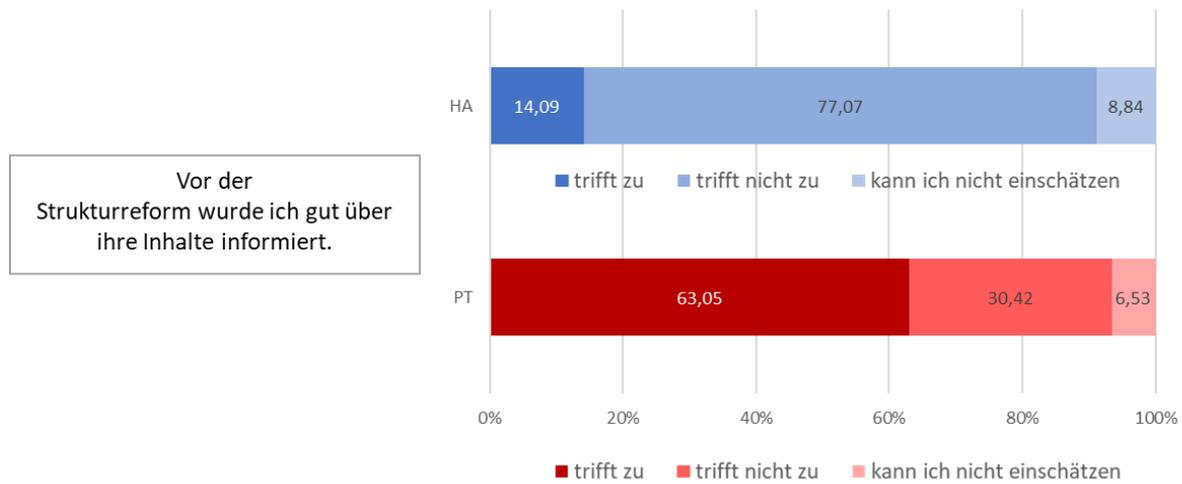


eAbbildung 105. Wartezeit PTen-Erstkontakt bis Inanspruchnahme einer Richtlinienpsychotherapie-Leistung.



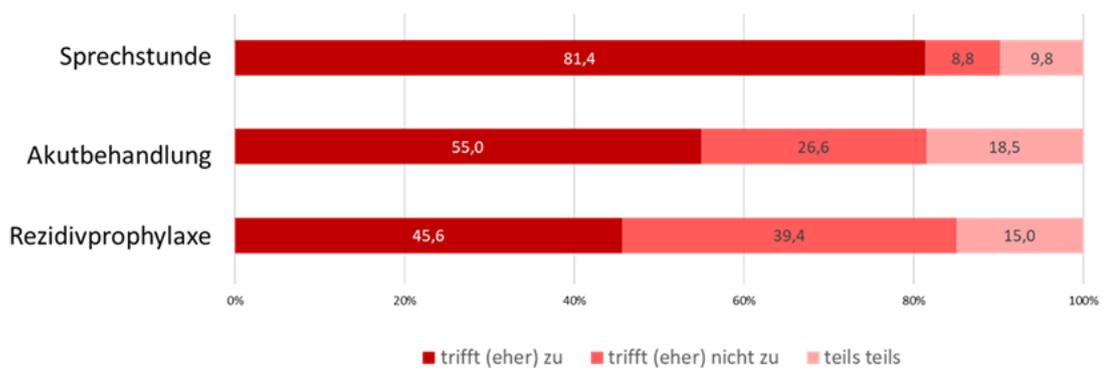
eAbbildung 106. Wartezeit Erstdiagnose bis Inanspruchnahme einer Richtlinienpsychotherapie-Leistung.

Anhang 33: Ergebnisse Teilstudie IV – Informiertheit, Implementierung und Veränderung der Versorgungssituation



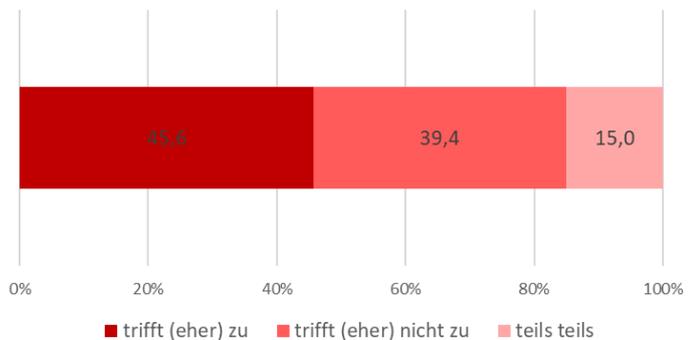
eAbbildung 107. Informiertheit über die Reform.

Folgende Elemente sind fester Bestandteil meiner Arbeitsroutine geworden...



eAbbildung 108. Implementierung neuer Elemente der Reform.

Meine Praxisabläufe/-organisation habe ich durch die Strukturreform deutlich geändert



eAbbildung 109. Veränderung Praxisorganisation durch die Reform.

Anhang 34: Ergebnisse Teilstudie IV – Formale und inhaltliche Ausgestaltung der neuen Strukturelemente

eTabelle 110. Sprechstunde: Inhalte und Techniken.

Inhalte	Auftragsverständnis, Diagnostik, Planung Procedere, Schaffen von Motivation/ Empowerment
Modus/ Häufigkeit	Meist 50 Minuten/ einmalig; bei eventueller Übernahme auch mehrfach
Techniken	<ul style="list-style-type: none"> • Fragebögen, Anamnesebögen • Denkmuster verstehen, Strategien erkennen • Übertragung und Gegenübertragung • Psychoedukation, Achtsamkeits- und Entspannungs-übungen, Meditation, Stabilisierungstechniken • Rahmen erklären, KV- und weitere Informationen mitgeben, Verweis auf elektronische Quellen, eigene Materialien und direkte Empfehlungen

eTabelle 111. Akutbehandlung: Inhalte und Techniken.

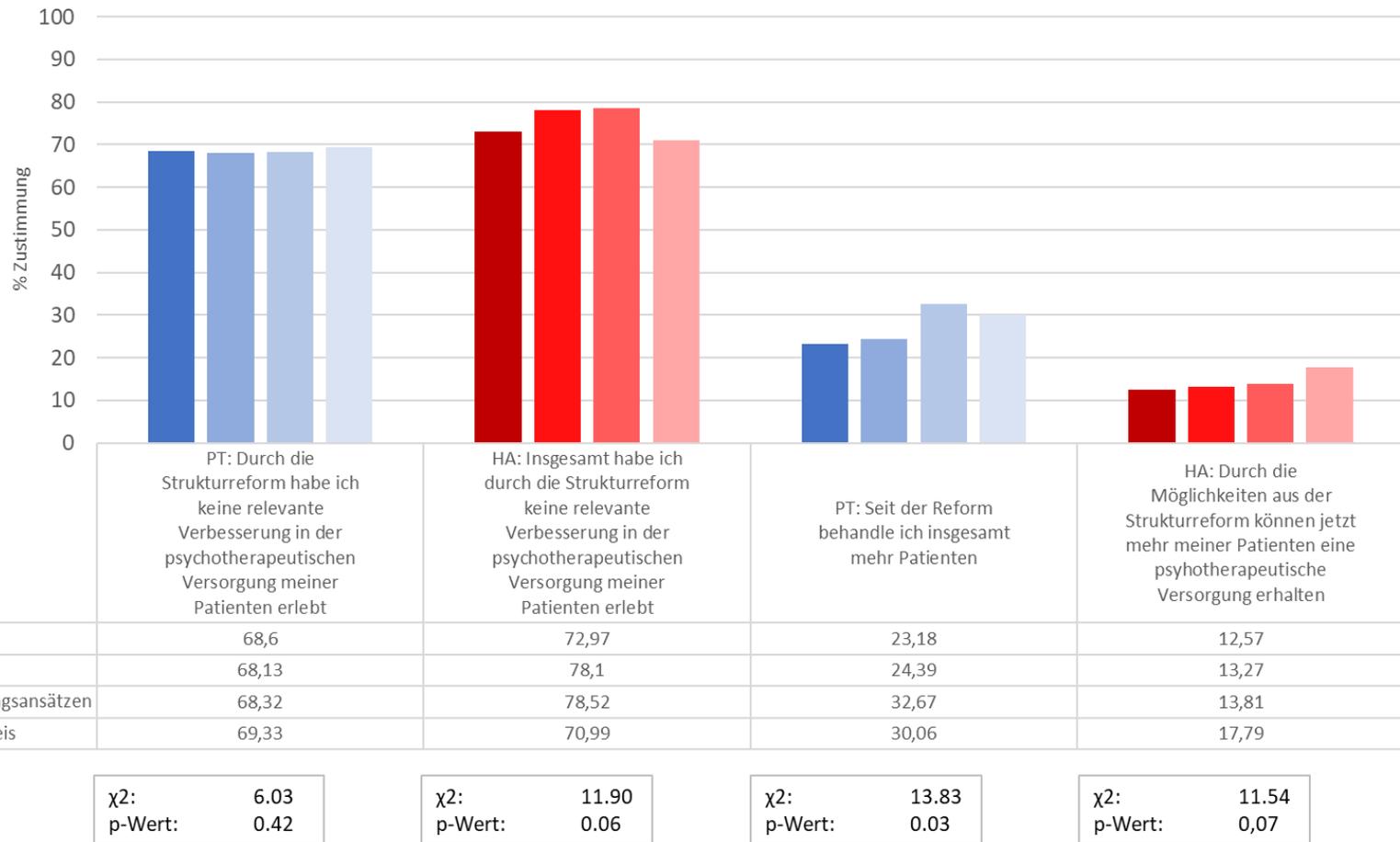
Indikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Eindeutig psychisch akut mit Chronifizierungsneigung • Klärung Prozessbereitschaft / differentieller Optionen • Nachbehandlung und erneute Krise • verzögerter oder nicht erhältlicher Konsiliarbericht • Übergang zur Antragstellung • stationäre Aufnahme
Modus / Häufigkeit	Zumeist 50 Minuten – 1 mal wöchentlich
Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> • Weitere Diagnostik und Dringlichkeit klären • Krisenbewältigung und Stabilisierung, Ressourcen, „Stabilisieren statt Intervenieren“ • Psychoedukation & Förderung von Krankheitsakzeptanz

eTabelle 10112. Rezidivprophylaxe: Inhalte und Techniken.

Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> • Rückfallprävention, verträgliche Dosierung des Ablöseprozess, Gelerntes festigen • Keine neue Themen, neue Diagnostik, Traumabearbeitung / -rekonstruktion, biographische Arbeit
Modus / Häufigkeit	Meist 50 Min/ oft „ausschleichend“ mit zunehmendem zeitlichem Abstand oder als „Guthaben bei Bedarf“
Techniken	<ul style="list-style-type: none"> • Bilanzieren • Ressourcenorientierung • Tagesstrukturierung, Stimmungs-/Symptomtagebuch, Notfallkoffer • direkter und konfrontativer (und das Gegenteil) da konfliktfähiger bzw. da gewachsen

Anhang 35: Ergebnisse Teilstudie IV – Regionale Einflüsse

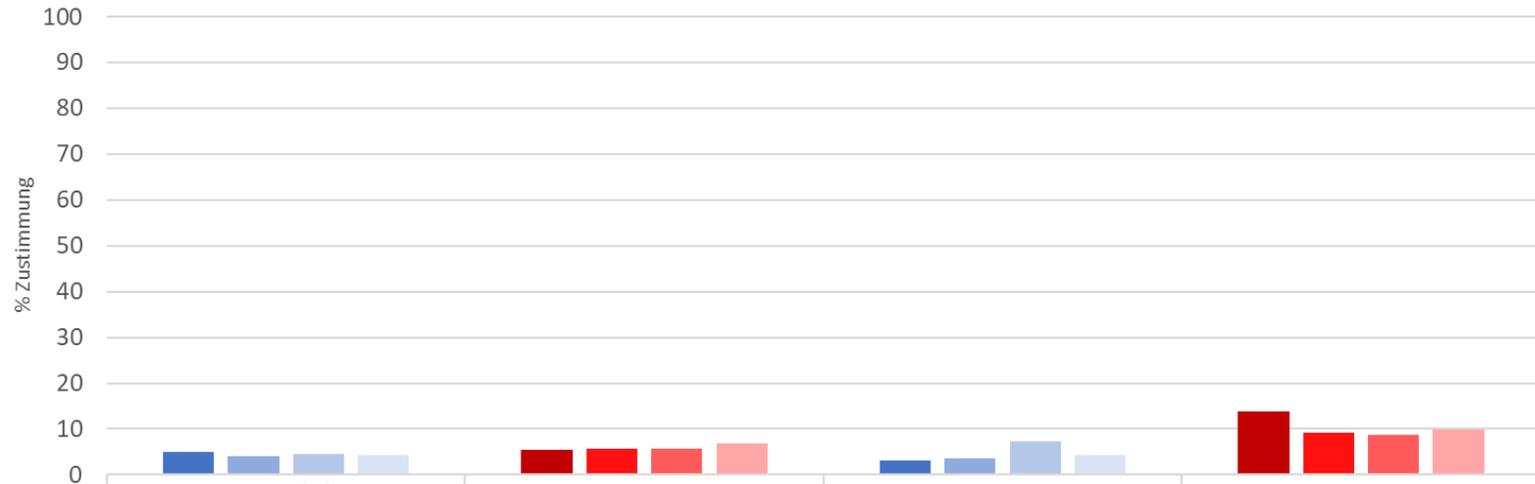
Versorgungssituation allgemein



eAbbildung 113. Allgemeine Versorgungssituation nach der Reform in Abhängigkeit von regionalen Einflüssen.

Regionale Einflüsse

Versorgungssituation komplex Erkrankte



Kreisfreie Großstadt	5,08	5,44	3,06	13,81
Städtischer Kreis	4,06	5,78	3,64	9,20
Ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen	4,46	5,69	7,39	8,81
Dünn besiedelter ländlicher Kreis	4,36	6,9	4,39	9,99

χ²: 10.77
p-Wert: 0.10

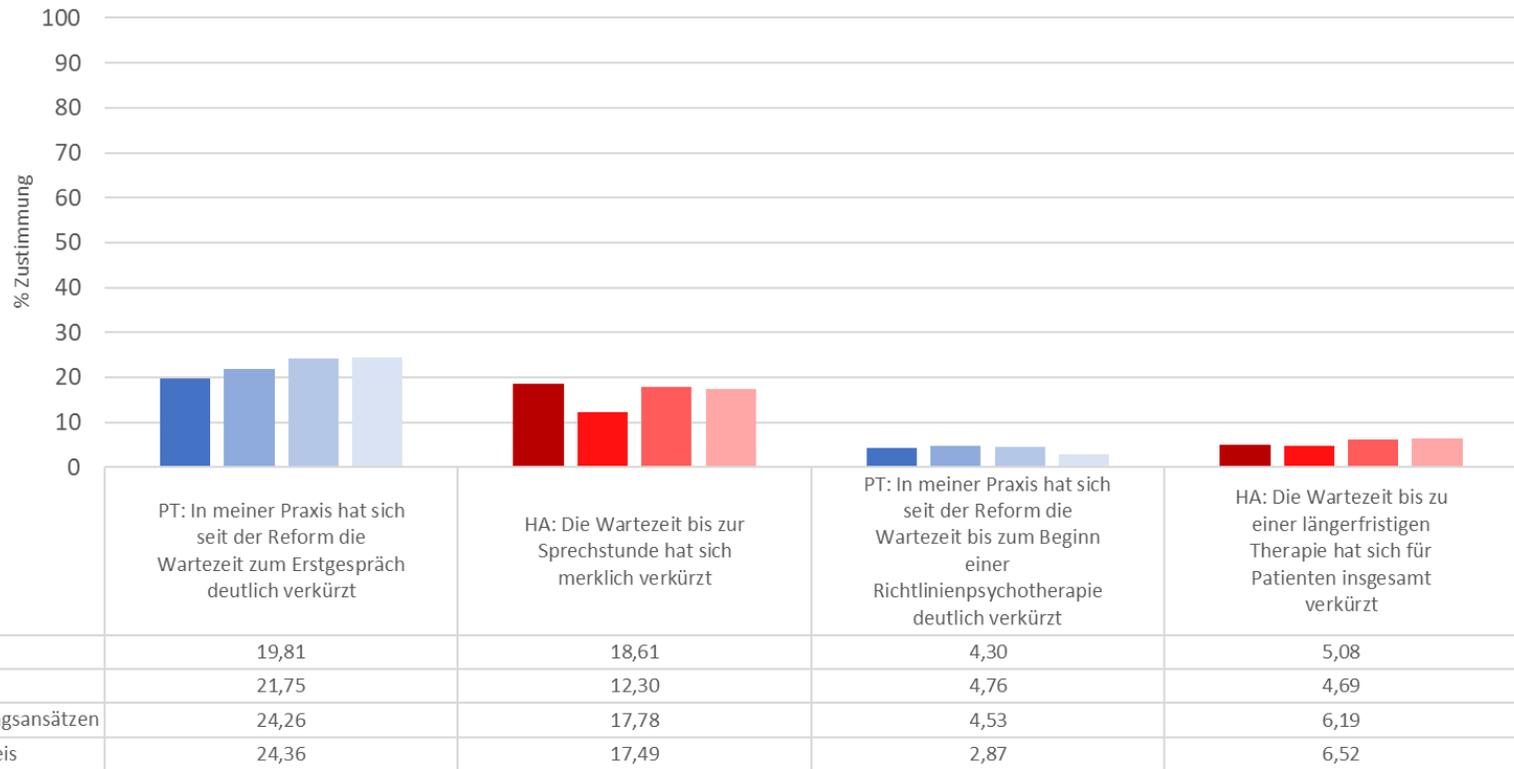
χ²: 4.43
p-Wert: 0.62

χ²: 12.42
p-Wert: 0.05

χ²: 6.53
p-Wert: 0.37

eAbbildung114. Versorgungssituation komplex Erkrankter in Abhängigkeit von regionalen Einflüssen.

Wartezeiten



χ^2 : 12.35
 p-Wert: 0.05

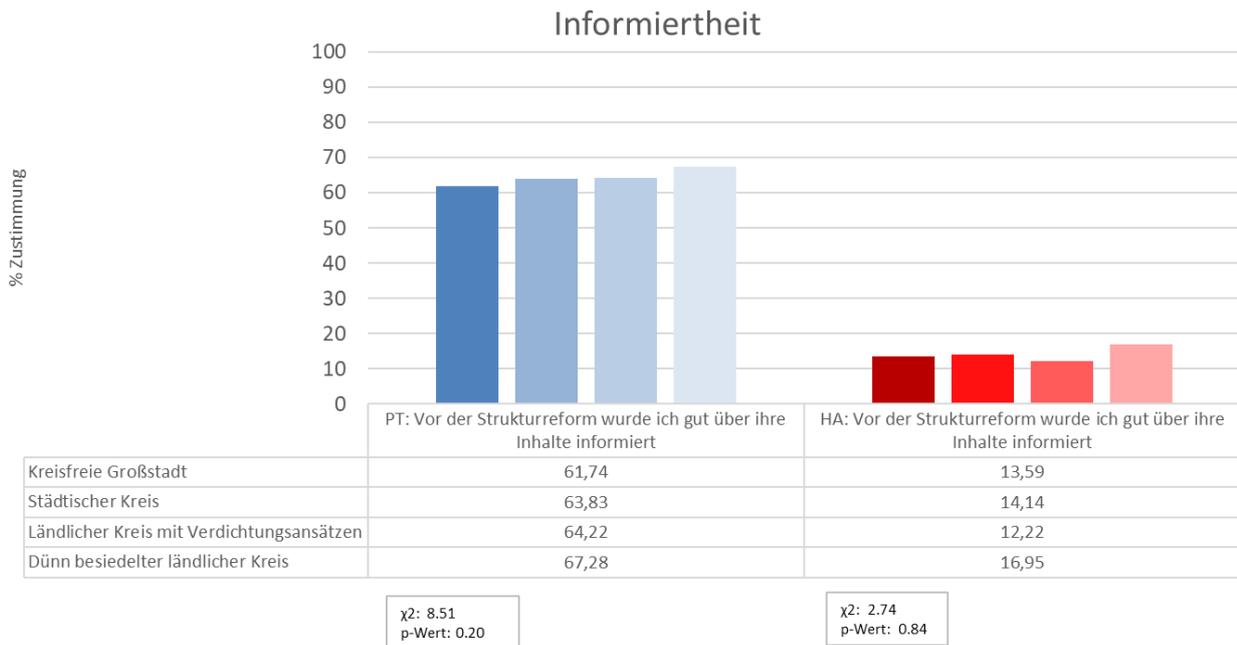
χ^2 : 18.33
 p-Wert: 0.01

χ^2 : 7.33
 p-Wert: 0.29

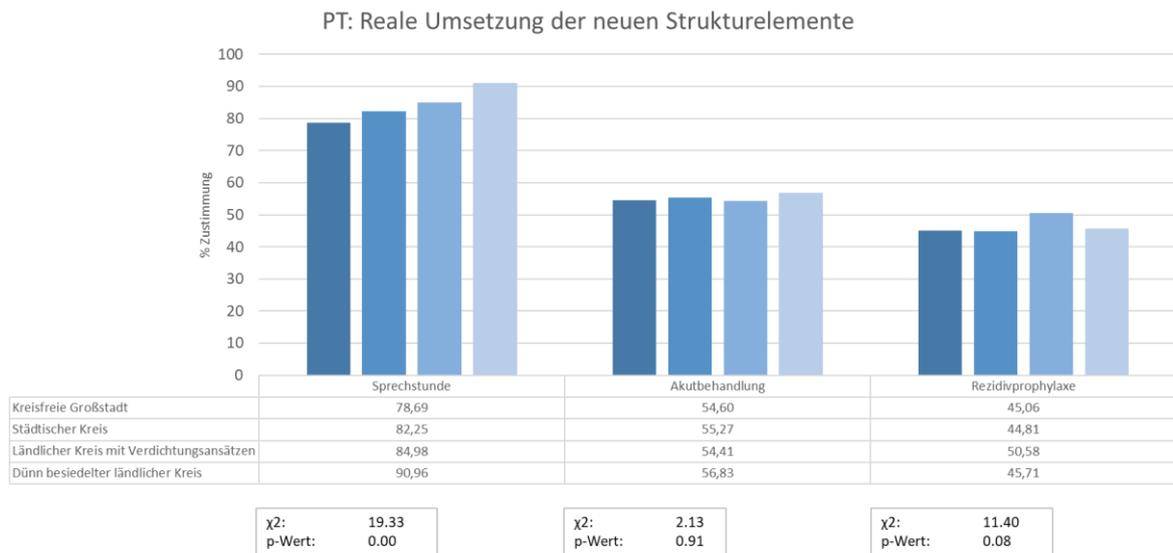
χ^2 : 2.70
 p-Wert: 0.85

eAbbildung 115. Wartezeiten in Abhängigkeit von regionalen Einflüssen.

Regionale Einflüsse

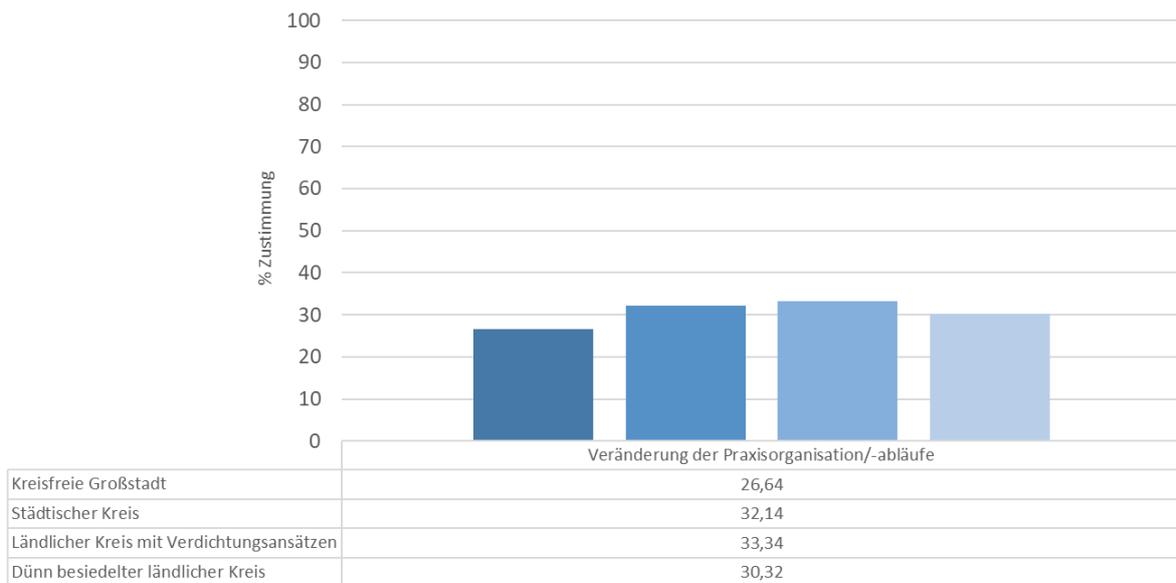


eAbbildung 116. Informiertheit über die Reform in Abhängigkeit von regionalen Einflüssen.



eAbbildung117. Umsetzung der neuen Elemente in Abhängigkeit von regionalen Einflüssen.

PT: Relevante Veränderung der Praxisorganisation/ -abläufe



χ^2 :	16.87
p-Wert:	0.15

eAbbildung 618. Praxisorganisationsveränderung durch die Reform in Abhängigkeit von regionalen Einflüssen.

Anhang 36: Ergebnisse Teilstudie IV – Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen

eTabelle 119. Ergebnisse der Regressionsanalyse zum Umsetzungsgrad (Gesamtscore).

Lineare Regression Modell: Umsetzungsgrad						
Parameter		B	SE	Beta	T	p
Alter		-0,02	0,01	-0,06	-2,41	0,02
Geschlecht	männlich	0,68	0,15	0,10	4,40	0,00
Therapieverfahren	VT	0,49	0,16	0,08	3,16	0,00
Fachgruppe	PPT	-0,03	0,18	0,00	-0,15	0,88
Kreistyp	Großstadt	-0,44	0,26	-0,08	-1,73	0,08
Kreistyp	Umgebung Großstadt	-0,35	0,27	-0,05	-1,30	0,19
Kreistyp	Weitere Umgebung Großstadt	-0,06	0,32	-0,01	-0,18	0,86
Intercept		11,89	0,60		19,89	0,00

Anmerkung: N= 1851; F(7)=8,22; p<0.01; R²=0.03; adj.R²=0.03.

eTabelle 102. Logistische Regression: Informiertheit.

Logistische Regression Modell: Informiertheit						
Parameter		df	B	SE	Wald χ²	p
Alter		1	-0.03	0.13	0.07	0.79
Gender	männlich	1	-0.02	0.01	10.26	0.00
Richtlinienverfahren	VT	1	-0.09	0.06	2.41	0.12
Fachgruppe	PPT	1	-0.12	0.06	3.73	0.05
BBSR	Großstadt	1	0.27	0.07	15.35	0.01
BBSR	Umgebung Großstadt	1	-0.05	0.08	0.37	0.54
BBSR	weitere Umgebung Großstadt	1	0.06	0.10	0.37	0.54
Intercept		1	1.79	0.39	20.74	<0.01

Anmerkung: Wald $\chi^2(7) = 30.59$; p<0.01; Max rescaled-R²= 0.02; Konkordanz 58.20%; N= 1743

eTabelle 121. Logistische Regression: Umsetzung Sprechstunde.

Logistische Regression Modell: Umsetzung Sprechstunde						
Parameter		df	B	SE	Wald χ^2	p
Alter		1	-0.04	0.01	10.93	<0.01
Gender	männlich	1	-0.14	0.09	2.27	0.13
Richtlinien- verfahren	VT	1	0.31	0.10	10.36	0.00
Fachgruppe	PPT	1	-0.12	0.11	1.22	0.27
BBSR	Großstadt	1	-0.49	0.17	8.09	<0.01
BBSR	Umgebung Großstadt	1	-0.45	0.19	5.66	0.02
BBSR	weitere Umgebung Groß- stadt	1	0.02	0.27	0.01	0.94
Intercept		1	4.81	0.68	50.27	<0.01

Anmerkung: Wald $\chi^2(7) = 44.75$; $p < 0.01$; Max rescaled- $R^2 = 0.06$; Konkordanz 65.10%; N= 1683

eTabelle 103. Logistische Regression: Umsetzung Akutbehandlung.

Logistische Regression Modell: Umsetzung Akutbehandlung						
Parameter		df	B	SE	Wald χ^2	p
Alter		1	0.01	0.01	1.37	0.24
Gender	männlich	1	-0.22	0.06	12.63	0.00
Richtlinien- verfahren	VT	1	0.01	0.06	0.03	0.86
Fachgruppe	PPT	1	0.09	0.07	1.56	0.21
BBSR	Großstadt	1	0.02	0.09	0.07	0.80
BBSR	Umgebung Großstadt	1	0.04	0.10	0.12	0.73
BBSR	weitere Umgebung Groß- stadt	1	-0.08	0.14	0.38	0.54
Intercept		1	0.10	0.41	0.06	0.81

Anmerkung: Wald $\chi^2(7) = 15.62$; $p=0.03$; Max rescaled- $R^2= 0.01$; Konkordanz 55.90%; N= 1523

eTabelle 123. Logistische Regression: Umsetzung Rezidivprophylaxe.

Logistische Regression Modell: Umsetzung Rezidivprophylaxe						
Parameter		df	B	SE	Wald χ^2	p
Alter		1	-0.02	0.01	13.66	<0.01
Gender	männlich	1	-0.22	0.06	13.40	<0.01
Richtlinien- verfahren	VT	1	0.09	0.06	2.09	0.15
Fachgruppe	PPT	1	0.02	0.07	0.10	0.75
BBSR	Großstadt	1	-0.05	0.08	0.34	0.56
BBSR	Umgebung Großstadt	1	-0.01	0.10	0.02	0.89
BBSR	weitere Umgebung Groß- stadt	1	0.23	0.13	2.92	0.09
Intercept		1	1.46	0.39	13.99	<0.01

Anmerkung: Wald $\chi^2(7) = 45.3$; $p<0.01$; Max rescaled- $R^2= 0.04$; Konkordanz 59.80%; N= 1564

eTabelle 124. Logistische Regression: Veränderung Praxisorganisation.

Logistische Regression Modell: Veränderung Praxisorganisation						
Parameter		Df	B	SE	Wald χ^2	p
Alter		1	-0.04	0.01	33.71	<0.01
Gender	männlich	1	-0.01	0.07	0.01	0.91
Richtlinien- verfahren	VT	1	0.15	0.07	5.15	0.02
Fachgruppe	PPT	1	0.10	0.08	1.69	0.19
BBSR	Großstadt	1	-0.15	0.10	2.50	0.11
BBSR	Umgebung Großstadt	1	0.15	0.11	1.96	0.16
BBSR	weitere Umgebung Groß- stadt	1	0.12	0.14	0.70	0.40
Intercept		1	2.26	0.44	25.97	<0.01

Anmerkung: Wald $\chi^2(7) = 70.98$; $p < 0.01$; Max rescaled- $R^2 = 0.08$; Konkordanz 64.70%; N= 1267

eTabelle 125. Logistische Regression Versorgungssituation: mehr Patienten in Behandlung.

Logistische Regression Versorgungssituation: mehr Patienten in Behandlung						
Parameter		Df	B	SE	Wald χ^2	p
Alter		1	-0.02	0.01	11.06	0.00
Gender	männlich	1	-0.04	0.06	0.52	0.47
Richtlinien- verfahren	VT	1	0.06	0.06	0.78	0.38
Fachgruppe	PPT	1	-0.01	0.07	0.03	0.85
BBSR	Großstadt	1	-0.20	0.08	5.54	0.02
BBSR	Umgebung Großstadt	1	-0.21	0.10	4.74	0.03
BBSR	Weitere Umgebung Groß- stadt	1	0.25	0.12	4.26	0.04
Intercept		1	0.37	0.39	0.88	0.35

Anmerkung: Wald $\chi^2(7) = 29.77$; $p < 0.01$; Max rescaled- $R^2 = 0.02$; Konkordanz 58.10%; N= 1821

eTabelle 126. Logistische Regression Versorgungssituation: keine relevante Verbesserung.

Logistische Regression Modell: Versorgungssituation: keine relevante Verbesserung						
Parameter		df	B	SE	Wald χ^2	p
Alter		1	0.00	0.01	0.00	0.98
Gender	männlich	1	-0.10	0.06	2.26	0.13
Richtlinien- verfahren	VT	1	-0.23	0.07	11.71	0.00
Fachgruppe	PPT	1	0.23	0.08	8.76	0.00
BBSR	Großstadt	1	0.03	0.09	0.15	0.70
BBSR	Umgebung Großstadt	1	0.12	0.10	1.29	0.26
BBSR	Weitere Umgebung Groß- stadt	1	-0.09	0.14	0.43	0.51
Intercept		1	0.97	0.41	5.61	0.02

Anmerkung: Wald $\chi^2(7) = 19.08$; $p = 0.01$; Max rescaled- $R^2 = 0.02$; Konkordanz 57.20%; $N = 1735$

eTabelle 104. Logistische Regression Verbesserung Versorgungssituation komplex Erkrankter.

Logistische Regression Modell: Versorgungssituation: Verbesserung komplex Er- krankte						
Parameter		df	B	SE	Wald χ^2	p
Alter		1	0.02	0.01	2.50	0.11
Gender	männlich	1	0.04	0.12	0.14	0.71
Richtlinien- verfahren	VT	1	0.26	0.13	3.72	0.05
Fachgruppe	PPT	1	-0.44	0.14	10.43	0.00
BBSR	Großstadt	1	0.09	0.18	0.26	0.61
BBSR	Umgebung Großstadt	1	-0.10	0.21	0.21	0.65
BBSR	Weitere Umgebung Groß- stadt	1	0.08	0.28	0.09	0.76
Intercept		1	-3.98	0.87	21.07	<0.01

Anmerkung: Wald $\chi^2(7) = 13.71$; $p = 0.06$; Max rescaled- $R^2 = 0.02$; Konkordanz 61.80%; $N = 1639$

eTabelle 105. Logistische Regression: mehr komplex Erkrankte in Behandlung.

Logistische Regression Modell: mehr komplex Erkrankte in Behandlung					
Parameter	df	B	SE	Wald χ^2	p
Alter	1	0.04	0.02	4.64	0.03
Gender männlich	1	-0.11	0.14	0.54	0.46
Richtlinien- verfahren VT	1	-0.19	0.15	1.60	0.21
Fachgruppe PPT	1	-0.20	0.15	1.91	0.17
BBSR Großstadt	1	-0.50	0.20	6.29	0.01
BBSR Umgebung Großstadt	1	-0.19	0.22	0.74	0.39
BBSR Weitere Umgebung Groß- stadt	1	0.66	0.24	7.75	0.01
Intercept	1	-5.12	1.02	25.37	<0.01

Anmerkung: Wald $\chi^2(7) = 23.67$; $p < 0.01$; Max rescaled- $R^2 = 0.05$; Konkordanz 65.50 %; N= 1763

eTabelle 129 Logistische Regression Wartezeit Erstgespräch.

Logistische Regression Modell: Wartezeit Erstgespräch					
Parameter	df	B	SE	Wald χ^2	p
Alter	1	-0.03	0.01	13.41	<0.01
Gender männlich	1	-0.03	0.07	0.22	0.64
Richtlinien- verfahren VT	1	0.14	0.07	4.16	0.04
Fachgruppe PPT	1	-0.10	0.08	1.75	0.18
BBSR Großstadt	1	-0.12	0.09	1.60	0.21
BBSR Umgebung Großstadt	1	-0.01	0.10	0.01	0.93
BBSR Weitere Umgebung Groß- stadt	1	0.09	0.14	0.40	0.53
Intercept	1	0.34	0.42	0.65	0.42

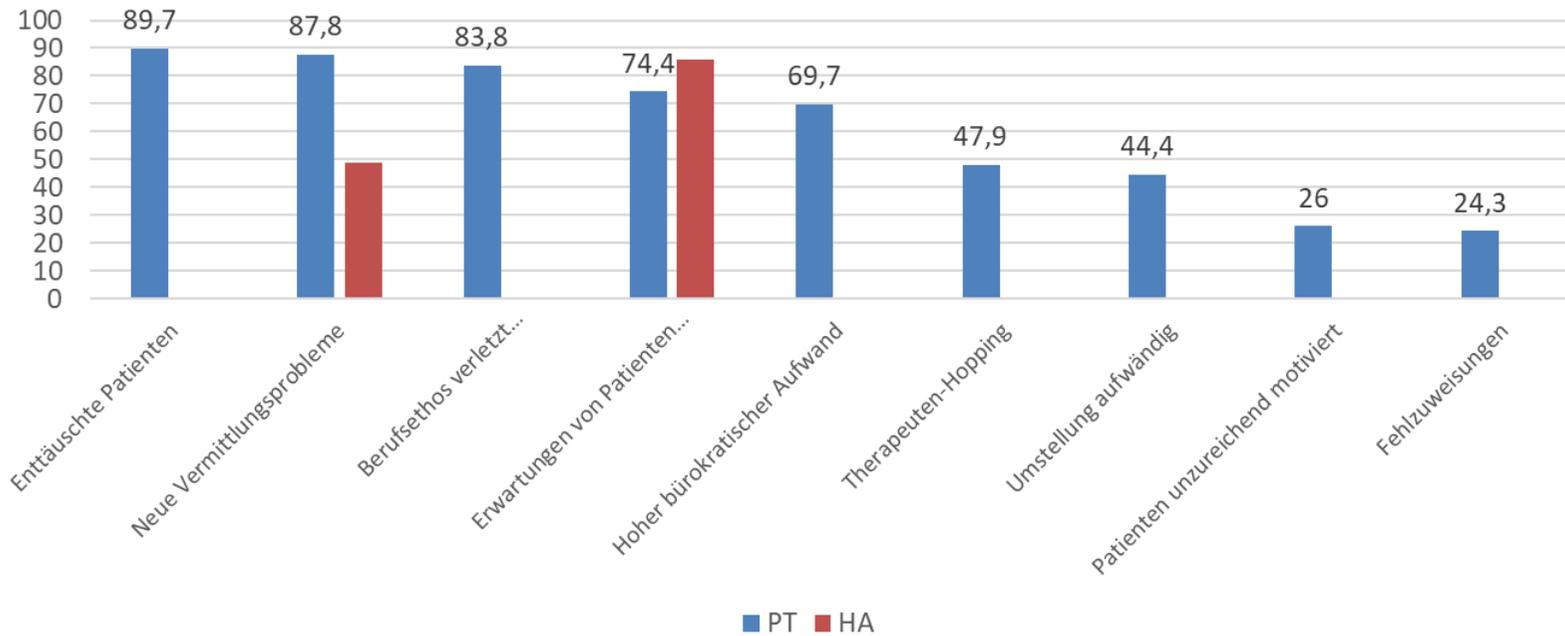
Anmerkung: Wald $\chi^2(7) = 28.10$, $p < 0.01$, Max rescaled- $R^2 = 0.02$; Konkordanz: 57.20%; N= 1790

eTabelle130. Logistische Regression Wartezeit Richtlinientherapie.

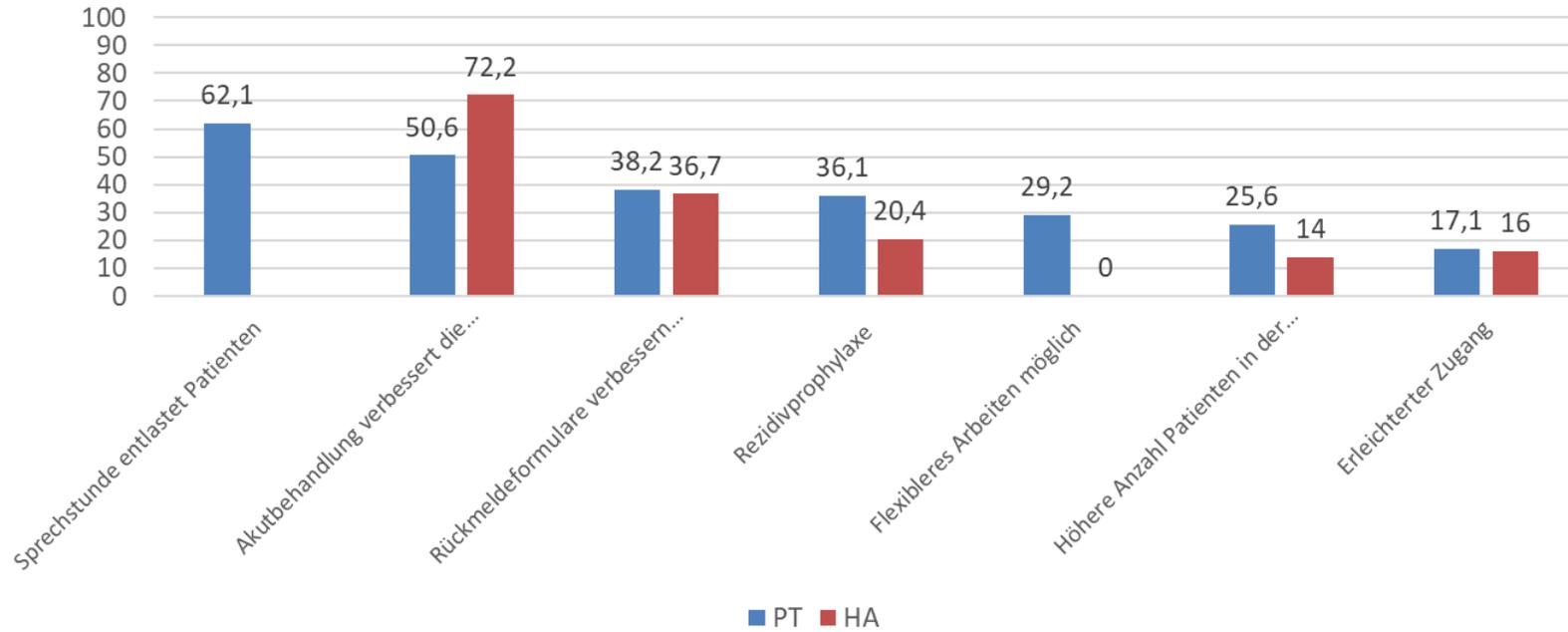
Logistische Regression Modell: Wartezeit Erstgespräch						
Parameter		df	B	SE	Wald χ^2	p
Alter		1	0.00	0.01	0.01	0.92
Gender	männlich	1	0.24	0.12	3.81	0.05
Richtlinien- verfahren	VT	1	0.15	0.14	1.20	0.27
Fachgruppe	PPT	1	-0.34	0.15	5.31	0.02
BBSR	Großstadt	1	-0.04	0.20	0.05	0.83
BBSR	Umgebung Großstadt	1	0.23	0.21	1.16	0.28
BBSR	Weitere Umgebung Groß- stadt	1	0.18	0.28	0.41	0.52
Intercept		1	-2.79	0.86	10.46	<0.01

Anmerkung: Wald $\chi^2(7) = 11.62$, $p=0.11$; Max rescaled- $R^2= 0.02$; Konkordanz 61.00%; N= 1836

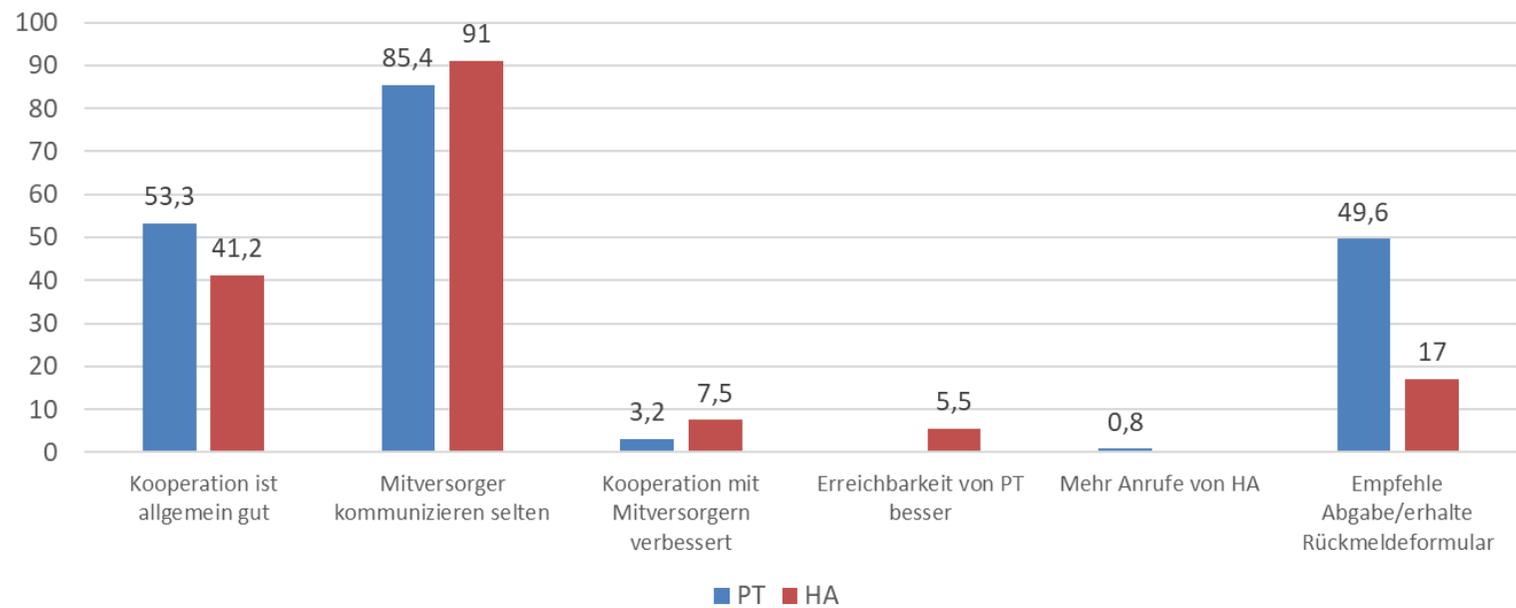
Effekte und Nebenwirkungen/Barrieren



eAbbildung 131 Effekte.



eAbbildung 132. Nebenwirkungen/Barrieren.



eAbbildung 133: Interdisziplinäre Kooperation.

Anhang 37: Ergebnisse Teilstudie IV – Weitere explorative Ergebnisse zum Einfluss von Alter, Geschlecht, Richtlinienverfahren und Fachgruppe der Leistungserbringer auf die Einschätzungen zur Reform

eTabelle 134. Ergebnisse zum Einfluss von Alter auf die Informiertheit über die Reform.

Informiertheit / Alter				
		HÄ		PT
		Vor der Strukturreform wurde ich gut über ihre Inhalte informiert		Vor der Strukturreform wurde ich gut über ihre Inhalte informiert
Alters- gruppe in Jahren	Trifft zu %	35-44	8,93	70,18
		45-54	13,02	64,91
		55-64	14,60	63,83
		65+	15,52	59,2
χ^2 -Test		$\chi^2(6)$	3,25	18,64
		p	0,78	<0,01
N			1342	1963

eTabelle 135. Ergebnisse zum Einfluss von Alter auf den Umsetzungsgrad der Reform.

Umsetzungsgrad PT / Alter					
		Folgende Elemente sind fester Bestandteil meiner Arbeitsroutine geworden			
			Sprechstunde	Akutbehandlung	Rezidivprophylaxe
Alters- gruppe in Jahren	Trifft zu %	35-44	88,51	54,49	49,57
		45-54	86,48	52,71	53,4
		55-64	81,59	55,32	47,96
		65+	75,99	56,46	36,48
χ^2 -Test		$\chi^2(6)$	28,59	4,30	37,09
		p	<0,01	0,64	<0,01
N			1980	1968	1938

eTabelle136. Ergebnisse zum Einfluss von Alter auf die Veränderung der Praxisorganisation.

Umstellung Praxisorganisation / Alter			
			Meine Praxisabläufe/-Praxisorganisation habe ich durch die Reform deutlich geändert
Altersgruppe in Jahren	Trifft zu %	35-44	39,42
		45-54	39,56
		55-64	31,37
		65+	22,07
χ^2 -Test		$\chi^2(6)$	55,15
		p	<0,01

Anmerkung: N= 1928

eTabelle137. Ergebnisse zum Einfluss von Alter auf die allg. Versorgungssituation.

Versorgungssituation / Alter						
		HÄ			PT	
		Durch die Strukturreform habe ich keine relevante Verbesserung in der psychotherapeutischen Versorgung meiner Patienten erlebt	Durch die Möglichkeiten aus der Strukturreform können jetzt mehr meiner Patienten eine psychotherapeutische Versorgung erhalten.	Durch die Strukturreform habe ich keine relevante Verbesserung in der psychotherapeutischen Versorgung meiner Patienten erlebt	Seit der Reform behandle ich insgesamt mehr Patienten	
Altersgruppe in Jahren	Trifft zu %	35-44	73,13	6,59	69,78	25,94
		45-54	74,25	16,5	68,26	32,04
		55-64	75,6	13,49	67,99	27,85
		65+	77,35	12,62	72,05	17,77
χ^2 -Test		$\chi^2(6)$	1,86	15,72	12,80	40,41
		p	0,93	0,015	0,05	<0,01
N			1341	1366	2005	1983

eTabelle 138. Ergebnisse zum Einfluss von Alter auf die Versorgungssituation komplex Erkrankter.

Versorgungssituation komplex Erkrankter / Alter								
			HÄ		PT			
			Durch die Strukturen- reform hat sich die psycho- thera-peuti- sche Versor- gung dieser Patienten verbessert	Diese Patienten sind seit der Strukturenreform besser zu einer psychothera- peutischen Be- handlung zu motivieren	Durch die Struk- turenreform hat sich in meiner Praxis die psy- chothera-peuti- sche Versor- gung dieser Pa- tienten verbes- sert	Seit der Re- form kom- men mehr dieser Pati- enten in meine Pra- xis		
Alters- gruppe in Jahren	Trifft zu %	zu	35-44	4,38	15,76	2,59	0,93	
			45-54	4,75	6,51	6,47	2,13	
			55-64	6,42	12,64	3,29	4,28	
			65+	6,51	9,55	6,32	4,61	
χ^2 -Test			$\chi^2(6)$	7,48	17,38	18,13	14,52	
			P	0,28	0,01	0,01	0,02	
N			1340	1340	1980	1984		

eTabelle139. Ergebnisse zum Einfluss von Alter auf die Wartezeit.

Wartezeit / Alter								
			HÄ		PT			
			Die Wartezeit bis zum Erst- gespräch hat sich merklich verkürzt	Die Wartezeit bis zu einer längerfristi- gen Therapie hat sich deut- lich verkürzt	In meiner Praxis hat sich die War- tezeit bis zum Erstge- spräch merk- lich verkürzt	In meiner Praxis hat sich die Wartezeit bis zu einer längerfris- tigen Therapie deutlich ver- kürzt		
Alters- gruppe in Jah- ren	Trifft zu %	zu	35-44	24,30	4,56	33,19	5,38	
			45-54	16,55	3,94	23,99	5,12	
			55-64	16,46	4,90	22,08	3,07	
			65+	12,30	8,30	15,59	5,6	
χ^2 -Test			$\chi^2(6)$	18,78	12,85	27,32	11,87	
			p	0,00	0,05	0,00	0,07	
N			1343	1343	1976	1983		

Anhang 38: Ergebnisse Teilstudie IV – Ergebnisse zum Einfluss von Geschlecht auf die Einschätzungen zur Reform

eTabelle140. Ergebnisse zum Einfluss von Geschlecht auf die Informiertheit über die Reform.

Informiertheit / Geschlecht			HÄ	PT
			Vor der Strukturreform wurde ich gut über ihre Inhalte informiert	Vor der Strukturreform wurde ich gut über ihre Inhalte informiert
Geschlecht	Trifft zu %	weiblich	15,06	64,52
		männlich	13,20	59,15
χ^2 -Test		$\chi^2(2)$	2,96	5,26
		p	0,23	0,07
		N	1358	1985

eTabelle141. Ergebnisse zum Einfluss von Geschlecht auf den Umsetzungsgrad der Reform.

Umsetzungsgrad PT / Geschlecht					
Folgende Elemente sind fester Bestandteil meiner Arbeitsroutine geworden					
Geschlecht	Trifft zu %		Sprechstunde	Akutbehandlung	Rezidivprophylaxe
			weiblich	82,61	56,32
männlich	78,05	51,30	37,32		
χ^2 -Test		χ^2	6,68	14,56	21,51
		p	0,04	<0,01	0,00
		N	2003	1991	1962

eTabelle142. Ergebnisse zum Einfluss von Geschlecht auf die Veränderung der Praxisorganisation.

Umstellung Praxisorganisation / Geschlecht			
			Meine Praxisabläufe/-Praxisorganisation habe ich durch die Reform deutlich geändert
Geschlecht	Trifft zu %	weiblich	31,3
		männlich	28,72
χ²-Test		χ²	2,43
		p	0,30

Anmerkung: N=1951

eTabelle143. Ergebnisse zum Einfluss von Geschlecht auf die allg. Versorgungssituation.

Versorgungssituation / Geschlecht				
			PT	
			Durch die Strukturreform habe ich keine relevante Verbesserung in der psychotherapeutischen Versorgung meiner Patienten erlebt	Seit der Reform behandle ich insgesamt mehr Patienten
Ge- schlecht	Trifft zu %	weiblich	70,45	26,44
		männlich	65,81	23,3
χ²-Test		χ²(2)	5,00	3,21
		p	0,08	0,20
N			2005	2007

eTabelle144. Ergebnisse zum Einfluss von Geschlecht auf die Versorgungssituation komplex Erkrankter.

Versorgungssituation komplex Erkrankter / Geschlecht				
			PT	
			Durch die Strukturreform hat sich in meiner Praxis die psychotherapeutische Versorgung dieser Patienten verbessert	Seit der Reform kommen mehr dieser Patienten in meine Praxis
Ge- schlecht	Trifft zu %	weiblich	4,39	3,86
		männlich	5,41	3,60
χ²-Test		χ²(2)	0,94	1,25
		p	0,63	0,54
N			2002	2007

eTabelle145. Ergebnisse zum Einfluss von Geschlecht auf die Wartezeit.

Versorgungssituation Wartezeit / Geschlecht				
		PT		
		In meiner Praxis hat sich die Wartezeit bis zum Erstgespräch merklich verkürzt		
		In meiner Praxis hat sich die Wartezeit bis zu einer längerfristigen Therapie deutlich verkürzt		
Geschlecht	Trifft zu %	weiblich	21,72	3,87
		männlich	19,83	5,60
	χ^2 -Test	$\chi^2(2)$	4,91	4,44
	p		0,09	0,11
	N		2000	2007

Anhang 39: Ergebnisse Teilstudie IV – Ergebnisse zum Einfluss der Richtlinienverfahren auf die Einschätzungen zur Reform

eTabelle146. Ergebnisse zum Einfluss der Richtlinienverfahren auf die Informiertheit über die Reform.

Informiertheit / Therapieverfahren			
		PT	
		Vor der Strukturreform wurde ich gut über ihre Inhalte informiert	
Therapieverfahren	Trifft zu %	VT	64,17
		TP/PA	62,55
χ^2 -Test		$\chi^2(2)$	1,29
		p	0,53

Anmerkung: N=1904

eTabelle147. Ergebnisse zum Einfluss der Richtlinienverfahren auf den Umsetzungsgrad der Reform.

Umsetzungsgrad PT / Therapieverfahren					
		Folgende Elemente sind fester Bestandteil meiner Arbeitsroutine geworden			
		Sprechstunde Akutbehandlung Rezidivprophylaxe			
Therapieverfahren	Trifft zu %	VT	86,59	54,85	48,99
		TP/PA	76,55	54,43	42,28
χ^2 -Test		$\chi^2(2)$	32,67	0,25	9,79
		p	<0,01	0,88	0,01
N			1921	1910	1883

eTabelle 148. Ergebnisse zum Einfluss der Richtlinienverfahren auf die Veränderung der Praxisorganisation nach der Reform.

Umstellung Praxisorganisation / Therapieverfahren			
		Meine Praxisabläufe/Praxisorganisation habe ich durch die Reform deutlich geändert	
Therapieverfahren	Trifft zu %	VT	34,83
		TP/PA	26,09
χ^2 -Test		χ^2	34,51
		p	<0,01

Anmerkung:N=1870

eTabelle149. Ergebnisse zum Einfluss der Richtlinienverfahren auf die allg. Versorgungssituation.

Versorgungssituation / Therapieverfahren				
		PT		
		Durch die Strukturreform habe ich keine relevante Verbesserung in der psychotherapeutischen Versorgung meiner Patienten erlebt		Seit der Reform behandle ich insgesamt mehr Patienten
Therapieverfahren	Trifft zu %	VT	69,86	25,95
		TP/PA	66,66	24,21
χ^2 -Test		$\chi^2(2)$	5,30	1,62
		p	0,07	0,44
N			1923	1925

eTabelle150. Ergebnisse zum Einfluss der Richtlinienverfahren auf die Versorgungssituation komplex Erkrankter.

Versorgungssituation komplex Erkrankter / Therapieverfahren				
		PT		
		Durch die Strukturreform hat sich in meiner Praxis die psychotherapeutische Versorgung dieser Patienten verbessert		Seit der Reform kommen mehr dieser Patienten in meine Praxis
Therapieverfahren	Trifft zu %	VT	4,66	2,54
		TP/PA	4,63	4,92
χ^2 -Test		$\chi^2(2)$	0,44	11,51
		p	0,80	<0,01
N			1920	1924

eTabelle151. Ergebnisse zum Einfluss der Richtlinienverfahren auf die Wartezeit.

		Wartezeit / Therapieverfahren		
		PT		
		In meiner Praxis hat sich die Wartezeit bis zum Erstgespräch merklich verkürzt		In meiner Praxis hat sich die Wartezeit bis zu einer längerfristigen Therapie deutlich verkürzt
Therapieverfahren	Trifft zu %	VT	23,96	4,27
		TP/PA	18,50	4,17
χ^2 -Test		$\chi^2(2)$	11,17	0,77
		p	<0,01	0,68
N			1917	1924

Anhang 40: Ergebnisse Teilstudie IV – Ergebnisse zum Einfluss der Fachgruppe auf die Einschätzungen zur Reform

eTabelle152. Ergebnisse zum Einfluss der Fachgruppe auf die Informiertheit über die Reform.

		Informiertheit / Fachgruppe	
		PT	
		Vor der Strukturreform wurde ich gut über ihre Inhalte informiert	
Fachgruppe	Trifft zu %	PPT	65,37
		ÄPT	54,39
χ^2 -Test		$\chi^2(2)$	18,51
		p	<0,01

Anmerkung: N=1985

eTabelle153. Ergebnisse zum Einfluss der Fachgruppe auf den Umsetzungsgrad der Reform.

		Umsetzungsgrad PT / Fachgruppe			
		Folgende Elemente sind fester Bestandteil meiner Arbeitsroutine geworden			
		Sprechstunde Akutbehandlung Rezidivprophylaxe			
Fachgruppe	Trifft zu %	PPT	9,24	55,55	46,70
		ÄPT	11,98	52,71	41,47
χ^2 -Test		$\chi^2(2)$	4,08	2,84	3,72
		p	0,13	0,24	0,16
N			2003	1991	1962

eTabelle 154. Ergebnisse zum Einfluss der Fachgruppe auf die Veränderung der Praxisorganisation.

Umstellung Praxisorganisation / Fachgruppe			
			Meine Praxisabläufe/Praxisorganisation habe ich durch die Reform deutlich geändert
Fachgruppe	Trifft zu %	PPT	31,93
		ÄPT	25,48
χ²-Test		χ²	16,72
		p	<0,01

Anmerkung: N=1870

eTabelle 155. Ergebnisse zum Einfluss der Fachgruppe auf die allg. Versorgungssituation.

Versorgungssituation / Fachgruppe				
			PT	
			Durch die Strukturreform habe ich keine relevante Verbesserung in der psychotherapeutischen Versorgung meiner Patienten erlebt	Seit der Reform behandle ich insgesamt mehr Patienten
Fachgruppe	Trifft zu %	PPT	69,86	25,95
		ÄPT	66,66	24,21
χ²-Test		χ²(2)	5,30	1,62
		p	0,07	0,44
N			2005	2007

eTabelle156. Ergebnisse zum Einfluss der Fachgruppe auf die Versorgungssituation komplex Erkrankter.

Versorgungssituation komplex Erkrankter / Fachgruppe				
			PT	
			Durch die Strukturreform hat sich in meiner Praxis die psychotherapeutische Versorgung dieser Patienten verbessert	Seit der Reform kommen mehr dieser Patienten in meine Praxis
Fachgruppe	Trifft zu %	PPT	3,89	3,27
		ÄPT	7,61	5,75
χ²-Test		χ²(2)	11,10	5,68
		p	0,00	0,06
N			2002	2007

eTabelle157. Ergebnisse zum Einfluss der Fachgruppe auf die Wartezeiten.

Wartezeit / Fachgruppe				
				PT
			In meiner Praxis hat sich die Wartezeit bis zum Erstgespräch merklich verkürzt	In meiner Praxis hat sich die Wartezeit bis zu einer längerfristigen Therapie deutlich verkürzt
Fachgruppe	Trifft zu	PPT	21,45	3,89
	%	ÄPT	20,27	6,02
χ²-Test		χ²(2)	0,44	3,93
		p	0,80	0,14
N			2000	2007

Anlage 1: Erhebungsinstrumente Teilstudie II

ES-RiP: Patientenbefragung durch die USUMA GmbH

Vollständiger Fragebogen für die telefonischen Interviews Gruppen A - C

Die Durchführung der telefonischen Interviews (CATIs) gliedert sich in sechs Phasen im Sinne eines gestaffelten Informationssystems. Im Folgenden werden die sechs Phasen mit den dazugehörigen Interviewfragen dargestellt.

Phase I: Kontaktphase

In der Kontaktphase erfolgt die Befragung semistrukturiert und soll auch die Umstände der Befragten (z. B. in der Bahn, Kinder im Hintergrund) berücksichtigen. Grundsätzlich sollen erste inhaltliche Informationen geliefert und das Interesse der Befragten für die Studie geweckt werden:

Wir führen im Auftrag der Universität Gießen eine Untersuchung zum Thema "Gesundheitsversorgung in Deutschland" durch. Es geht darum, ob Gesundheitsreformen der letzten Jahre auch erfolgreich umgesetzt wurden.

Die Ergebnisse der Befragung werden uns helfen, die Unterstützung für Menschen mit gesundheitlichen Problemen und ihren Familien zu verbessern. Wir würden uns freuen, wenn Sie daran teilnehmen.

Die Teilnahme ist absolut freiwillig und die Ergebnisse der Umfrage verbleiben vollkommen anonym.

Phase II: Informationsphase

In der Informationsphase erfolgt die Befragung weitgehend strukturiert, wobei die Interviewer ggf. adaptiv auf die Situation reagieren können:

In der wissenschaftlichen Studie geht es um individuelle Erfahrungen mit einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung. Ziel der Studie ist es, einen besseren Überblick über die derzeitige Qualität und Verfügbarkeit der Psychotherapie in Deutschland zu erhalten. Dabei interessieren wir uns dafür, wie Sie in die Psychotherapie kamen, welche Barrieren es gab und wie zufrieden Sie mit Wartezeiten und Behandlung sind. Zudem würden wir gerne mehr über Ihre Beschwerden, Ihre Lebensqualität und weitere Erkrankungen erfahren.

Wir sprechen dazu mit Personen, die mindestens 18 Jahre alt sind.

Weitere Hinweise (nur bei verstärktem Interesse am Forschungsinhalt):

www.usuma.com/es_rip (exemplarisch; Homepageinhalte werden im Rahmen der Studie entwickelt)

Phase III: Datenschutz-und Teilnahmephase

In der Datenschutz- und Teilnahmephase erfolgt die Befragung strukturiert. Nach Vermittlung der Datenschutzerklärung wird aktiv die Bereitschaft zur Teilnahme am Interview erhoben. Stimmen die Befragten der Teilnahme zu, schließt sich die „Phase IV: Screening“ an. Lehnt ein Befragter die Teilnahme ab, endet auch die Befragung an dieser Stelle (direkt „Phase IV: Abschlussphase“).

Datenschutzerklärung:

Mit dieser Erklärung versichern wir Ihnen, dass Ihre hier erfassten Daten streng vertraulich nach Maßgabe des Bundesdatenschutzgesetzes behandelt werden.

Ihre Telefonnummer wurde durch ein wissenschaftliches Zufallsverfahren ausgewählt. Die Befragung ist selbstverständlich freiwillig. Die Einwilligung zur Teilnahme kann jederzeit und ohne Benennung von Gründen zurückgezogen werden. Nach Beendigung des Telefoninterviews wird Ihre Telefonnummer getrennt von Ihren Angaben für die Dauer der s Projektes bis Mai 2022 gespeichert. Nach Projektabschluss wird auch Ihre Telefonnummer gelöscht. Die Auswertung erfolgt vollkommen anonym.

Stimmen Sie der Befragung zu?

Nur bei Bedarf:

Anonym, d. h. die Auswertung ist nicht personenbezogen, d. h. Ihre Telefonnummer wird nicht zusammen mit den Befragungsergebnissen gespeichert und wird unmittelbar im Anschluss an diese Befragung gelöscht.

Freiwillig, d. h. ihnen entstehen keinerlei Nachteile, wenn Sie sich nicht beteiligen.

Antwortstufen:

- | | | |
|----|-----------------|---------------------------------|
| 01 | Stimme zu | → Beginn mit Interview: Frage 1 |
| 02 | Stimme nicht zu | → Screen Out |

Q101

Phase IV: Screening-Phase

In der Screening-Phase wird mittels eines im Rahmen der Studie entwickelten Screening-Fragebogens überprüft, ob die Befragten die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen. Erfüllen Sie diese, erfolgt in Phase V das eigentliche Interview. Erfüllen Sie diese nicht, wird die Befragung an dieser Stelle beendet (direkt „Phase VI: Abschlussphase“).

Nr	Frage	Item	Code	Gruppe
Screening	01	Wie alt sind Sie?	Scr1	A, B, C
		_____ in Jahren		
		→ wenn <18 oder >79: Screen-Out		
	02	Haben Sie seit 2012 versucht, ambulante psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen? Damit meinen wir Hilfe für seelische Probleme.	Scr2	A, B, C
		Ja		1
		→ Frage Scr3		
		Nein		2
		→ Screen-Out		
	03	Hatten Sie seit 2012 mindestens einen persönlichen Ersttermin (vor Ort-Termin oder Video-Termin) bei einem Psychotherapeuten/einer Psychotherapeutin? Damit meinen wir einen direkten Gesprächskontakt, der von der Krankenkasse bezahlt wurde, unabhängig davon, ob danach eine Psychotherapie zustande kam oder nicht?	Scr3	A, B, C
		Ja		1
		→ Frage Scr4		
		Nein		2
		→ Befragung Gruppe A		
	04	In welchen Jahren ab 2012 hatten Sie einen Ersttermin bei einem Psychotherapeuten/einer Psychotherapeutin?	Scr4	A, B, C
		_____ Jahr		
		→ wenn 2017: dann Scr4_1		
	→ wenn 2012 bis 2016: Befragung Gruppe B			
	→ wenn 2018 bis 2020 (und nicht auch 2012-2016): Befragung Gruppe C			
	_____ Monat			
	→ wenn Januar bis März 2017: Befragung Gruppe B	Scr4_1		
	→ wenn April bis Dezember 2017: Screen-Out			

Definition der drei Gruppen:

- Gruppe A: Psychotherapiewunsch aber **kein persönlicher Kontakt** zu Psychotherapeuten (max. telefonische Rücksprache).
- Gruppe B: **prä-Reform** – Psychotherapiewunsch und **mind. ein persönlicher Erstkontakt** im Zeitraum 1. Quartal 2012 bis 1. Quartal 2017
- Gruppe C: **post-Reform** – Psychotherapiewunsch und **mind. ein persönlicher Erstkontakt** im Zeitraum 1. Quartal 2018 bis 2020

Für ein besseres Verständnis während des Telefoninterviews wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers verzichtet. Im Folgenden wird daher ausschließlich die männliche Form genutzt, gemeint sind aber immer alle Geschlechter.

A, B, C

Phase V: Interviewphase

In der Interviewphase erfolgt die Befragung mittels eines im Rahmen der Studie entwickelten und in einem Pre-Test erprobten Fragebogens.

PSYCHOTHERAPIE

07	Sie sagten, dass Sie [JAHR aus SCR4] einen persönlichen Kontakt zu einem Psychotherapeuten hatten. Wie viele Therapeuten haben Sie etwa kontaktiert, um [JAHR aus SCR4] einen persönlichen Erstgesprächstermin zu erhalten?	PT3		B, C
	_____	o_PT3	Freitext	
08	Nachdem Sie sich [JAHR aus SCR4] für eine Psychotherapie entschieden hatten, wie lange hat es gedauert, bis das erste Gespräch mit einem Therapeuten stattgefunden hat?	PT4		B, C
	_____	o_PT4	Freitext	
	Ich weiß nicht/Keine Angabe	PT4_99	99	
09	Empfanden Sie die Wartezeit bis zu einem Erstgespräch...	PT5		B, C
	...kürzer als gedacht		1	
	...angemessen		2	
	...etwas zu lang		3	
	...viel zu lang		4	
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99	
10	Haben Sie später nach diesem Erstgespräch auch eine ambulante Psychotherapie gemacht? Mit ambulanter Psychotherapie sind keine stationären oder tagesklinischen Behandlungen gemeint, sondern Sitzungen bei einem Therapeuten vor Ort.	PT6		B, C
	Ja → Wenn ja, dann weiter mit PT8		1	
	Nein → Wenn nein, dann PT7, , PT9, PT10, PT21, PT25-PT28, Med1-Med3 Koe1-Koe4 sowie Koe6-Koe7		2	
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99	
11	Sie sagten, dass Sie keine Psychotherapie gemacht haben. Nennen Sie uns bitte die Gründe, warum dies so war:	PT7		B, C
	Der Therapeut konnte mir keinen Therapieplatz anbieten.	PT7_01	1	
	Ich empfand die Wartezeit auf einen Therapieplatz als zu lang. (ca. _____ Monate)	PT7_05 o_PT7_51	5 Freitext	
	Ärzte/Therapeuten haben mir gesagt, ich brauche keine Therapie.	PT7_6	6	
	Andere, z. B. Familie und Freunde, haben mir gesagt, ich brauche keine Therapie.	PT7_07	7	
	Ich selbst war mir unsicher, ob ich eine Psychotherapie machen soll.	PT7_08	8	
	Mein Problem hat sich gelöst.	PT7_09	9	
	Sonstige _____	PT7_10 o_PT7_101	10 Freitext	

	Ich weiß nicht/Keine Angabe	PT7_99	99	
12	Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu? Bitte antworten Sie mit ja oder nein.	PT8		
	Ich bin aktuell noch in psychotherapeutischer Behandlung.		1	
	Die Therapie wurde regulär beendet.		2	
	Die Therapie wurde vorzeitig beendet.		3	
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99	
13	Haben Sie früher [also vor JAHR aus SCR4] schon einmal eine ambulante Psychotherapie gemacht?	PT9		A, B, C
	Ja, einmalig		1	
	Ja, mehrfach		2	
	Nein		3	
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99	
14	Wann haben Sie diese (jeweils) begonnen? → Wenn PT9 „ja, mehrfach“(2), dann auch „jeweils“	PT10		A, B, C
	Filter: +1, wenn PT9 > 2			
	_____ (Jahr)			Freitext
	Ich weiß nicht/Keine Angabe	o_PT10_99	99	
15	Beziehen Sie sich bitte bei den folgenden Fragen immer auf die Therapie, die sich aus dem psychotherapeutischen Erstkontakt von [SCR4] ergab. Nach den ersten Gesprächen/dem ersten Gespräch, wie lange hat es gedauert, bis Sie regelmäßige Psychotherapie-Termine hatten?	PT11		B, C
	_____ (Monate)			Freitext
	Ich weiß nicht/Keine Angabe	o_PT11	99	
16	Wie zufrieden waren Sie mit der Wartezeit auf Ihre Psychotherapie?	PT12		B, C
	Sehr zufrieden		1	
	Eher zufrieden		2	
	Eher unzufrieden		3	
	Sehr unzufrieden		4	
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99	
17	War/Ist dies eine... → Wenn PT8 „Ich bin aktuell noch in psychotherapeutischer Behandlung.“ (1) → dann „ist“ → Wenn PT8 „Die Therapie wurde regulär beendet.“ (2) oder „Die Therapie wurde vorzeitig beendet.“ (3) → dann „war“	PT13		B
	...Einzeltherapie		1	
	...Familien- oder Paartherapie		2	

	...Gruppentherapie		3	
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99	
18	War/Ist dies eine...			C
	→ Wenn PT8 „Ich bin aktuell noch in psychotherapeutischer Behandlung.“ (1) → dann „ist“	PT14		
	→ Wenn PT8 „Die Therapie wurde regulär beendet.“ (2) oder „Die Therapie wurde vorzeitig beendet.“ (3) → dann „war“			
	...Einzeltherapie		1	
	...Familien- oder Paartherapie		2	
	...Gruppentherapie		3	
	...Kombination aus Gruppen- und Einzeltherapie		4	
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99	
19	Mit welcher Art Psychotherapie wurden/werden Sie behandelt?			B, C
	Bitte antworten Sie nur, wenn Sie sich sicher sind. Wenn Sie die Frage nicht beantworten können, ist das natürlich auch kein Problem, antworten Sie dann einfach „Ich weiß nicht“.	PT15		
	→ Wenn PT8 „Ich bin aktuell noch in psychotherapeutischer Behandlung.“ (1) → dann „werden“			
	→ Wenn PT8 „Die Therapie wurde regulär beendet.“ (2) oder „Die Therapie wurde vorzeitig beendet.“ (3) → dann „wurden“			
	Verhaltenstherapie		1	
	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie		2	
	Psychoanalytische Therapie		3	
	Sonstige:		4	
	_____	o_PT15 _41	Freitext	
	Ich weiß nicht		98	
	Keine Angabe		99	
20	Welchem Berufsstand gehört Ihr Psychotherapeut an?			B, C
	Bitte antworten Sie nur, wenn Sie sich sicher sind. Wenn Sie die Frage nicht beantworten können, ist dies erneut natürlich auch kein Problem, antworten Sie dann einfach „Ich weiß nicht“.	PT16		
	Psychologe/Psychologin		1	
	Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		2	
	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie		3	
	Facharzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie		4	
	Andere Berufsgruppen		5	
	Facharzt (unspezifisch)		9	
	Ich weiß nicht		98	

	Keine Angabe		99	
21	Wie oft fanden/finden Ihre psychotherapeutischen Sitzungen überwiegend statt? → Wenn PT8 „Ich bin aktuell noch in psychotherapeutischer Behandlung.“ (1) → dann „finden“ → Wenn PT8 „Die Therapie wurde regulär beendet.“ (2) oder „Die Therapie wurde vorzeitig beendet.“ (3) → dann „fanden“	PT17		B, C
	Mehr als 1 Mal pro Woche		1	
	1 Mal pro Woche		2	
	1 Mal alle zwei Wochen		3	
	1 Mal pro Monat oder weniger		4	
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99	
22	Wie viele Gesprächstermine á 50 Minuten hatten Sie bei Ihrem Psychotherapeuten in etwa?			B, C
	_____	o_PT18	Freitext	
23	Welche der folgenden Angebote haben Sie in dieser Zeit wahrgenommen?	PT19		B
	Probatorik	PT19_1	Ja 1 Nein 0 Ich weiß nicht/ Keine Angabe 99	
	Kurzzeittherapie	PT19_2	Ja 1 Nein 0 Ich weiß nicht/ Keine Angabe 99	
	Langzeittherapie	PT19_3	Ja 1 Nein 0 Ich weiß nicht/ Keine Angabe 99	
	Rezidivprophylaxe (im Sinne einer Rückfallvorbeugung)	PT19_4	Ja 1 Nein 0 Ich weiß nicht/ Keine Angabe 99	
24	Welche der folgenden Angebote haben Sie in dieser Zeit wahrgenommen?	PT20		C
	Sprechstunde	PT20_1	Ja 1 Nein 0 Ich weiß nicht/ Keine Angabe 99	
	Probatorik	PT20_2	Ja 1 Nein 0 Ich weiß nicht / Keine Angabe 99	
	Akuttherapie	PT20_3	Ja 1 Nein 0 Ich weiß nicht/ Keine Angabe 99	
	Kurzzeittherapie I	PT20_4	Ja 1 Nein 0	

						Ich weiß nicht/ Keine Angabe 99	
	Kurzzeittherapie II	PT20_5				Ja 1 Nein 0 Ich weiß nicht/ Keine Angabe 99	
	Langzeittherapie	PT20_6				Ja 1 Nein 0 Ich weiß nicht / Keine Angabe 99	
	Rezidivprophylaxe (im Sinne einer Rückfallvorbeugung)	PT20_7				Ja 1 Nein Ich weiß nicht/ Keine Angabe 99	
25	Wer hat Ihnen empfohlen, eine ambulante Psychotherapie zu machen?	PT21					B, C
	Ein Hausarzt	PT21_1				Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Ein anderer Facharzt → Wenn ja, dann P21_21	PT21_2				Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Welche Fachrichtung hatte dieser?	o_PT21_21				Freitext	
	Familie, Freunde oder Kollegen	PT21_3				Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Ein Mitarbeiter...						
	...in einer psychosomatischen Ambulanz	PT21_4				Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	...im Rahmen eines psychosomatischen Klinikaufenthaltes	PT21_5				Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	...in einer psychiatrischen Ambulanz	PT21_6				Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	...im Rahmen eines psychiatrischen Klinikaufenthaltes	PT21_7				Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	...im Rahmen eines psychosomatischen Reha-Aufenthaltes	PT21_8				Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	...in einer Beratungsstelle oder etwas Vergleichbarem (z. B. Seelsorger)	PT21_9				Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Ich selbst hatte die Idee	PT21_10				Ja 1 Nein 2 Keine Angabe 99	
	Sonstige	PT21_11				Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
26	Wie haben Sie den Psychotherapeuten gefunden, bei dem Sie in Behandlung gingen?	PT22					B
	Ich bin zu meinem alten Therapeuten zurückgegangen	PT22_01				1	
	Auf Empfehlung meines Arztes	PT22_02				2	

	Auf Empfehlung der Klinik	PT22_03	3	
	Mithilfe meiner Krankenkasse	PT22_04	4	
	Auf Empfehlung der Kassenärztlichen Vereinigung	PT22_05	5	
	Durch die Psychotherapeutenkammer oder Berufsverbände	PT22_06	6	
	Auf Empfehlung anderer, z. B. Familie, Freunde, Kollegen, Mitpatienten	PT22_07	7	
	Über eine Beratungsstelle oder Selbsthilfegruppe	PT22_08	8	
	Sonstige	PT22_09	9	
	_____	o_PT22_91	Freitext	
	Ich weiß nicht/Keine Angabe	PT22_99	99	
27	Wie haben Sie den Psychotherapeuten gefunden, bei dem Sie in Behandlung gingen?	PT23		C
	Ich bin zu meinem alten Therapeuten zurückgegangen	PT23_01	1	
	Auf Empfehlung meines Arztes	PT23_02	2	
	Auf Empfehlung der Klinik	PT23_03	3	
	Mithilfe der Terminservicestelle	PT23_04	4	
	Mithilfe meiner Krankenkasse	PT23_05	5	
	Auf Empfehlung der Kassenärztlichen Vereinigung	PT23_06	6	
	Durch die Psychotherapeutenkammer oder Berufsverbände	PT23_07	7	
	Auf Empfehlung anderer, z. B. Familie, Freunde, Kollegen, Mitpatienten	PT23_08	8	
	Über eine Beratungsstelle oder Selbsthilfegruppe	PT23_09	9	
	Sonstige	PT23_10	10	
	_____	o_PT23_101	Freitext	
	Ich weiß nicht/Keine Angabe	PT23_99	99	
28	Sie sagten, Ihre Therapie sei bereits beendet worden. Warum wurden die Gesprächstermine nicht fortgesetzt bzw. Ihre Therapie beendet? → Wenn PT8 „Die Therapie wurde regulär beendet.“ (2) oder „Die Therapie wurde vorzeitig beendet.“ (3) → dann wird diese Frage (PT24) gestellt. → Wenn PT8 „Ich bin aktuell noch in psychotherapeutischer Behandlung.“ (1) → dann Frage auslassen → Permutation	PT24		B, C
	Mein Problem hat sich gelöst.	PT24_1	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Ich konnte mit meinen Problemen besser umgehen.	PT24_2	Ja 1 Nein 0	

			Keine Angabe 99	
	Ich dachte, eine weitere Behandlung würde mir nicht mehr helfen.	PT24_3	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Durch die Psychotherapie ging es mir insgesamt schlechter.	PT24_4	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Ich habe eine chronische körperliche Erkrankung, bei dessen Bewältigung der Therapeut mir nicht helfen konnte.	PT24_5	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Ich habe eine chronische körperliche Erkrankung, die es erschwert hat, die Therapietermine regelmäßig wahrzunehmen.	PT24_6	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Der Psychotherapeut sagte, dass er mir bei meinem Problem nicht helfen könne.	PT24_7	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Mein Psychotherapeut schlug eine Beendigung der Behandlung vor.	PT24_8	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Mein Psychotherapeut und ich waren nicht auf einer Wellenlänge.	PT24_9	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Ich hatte Bedenken hinsichtlich der Kompetenz meines Psychotherapeuten.	PT24_10	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Die eigenen Kosten für die Psychotherapie waren zu hoch.	PT24_11	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Die zur Verfügung gestellten Therapiestunden waren aufgebraucht.	PT24_12	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Ich hatte Probleme mit dem Kostenträger, z. B. meiner Krankenkasse.	PT24_13	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Andere Gründe	PT24_14	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	_____	o_PT24_141	Freitext	
29	Haben Sie neben/statt einer ambulanten Psychotherapie <u>eine andere Behandlung bzw. Unterstützung bezüglich Ihrer seelischen Probleme</u> in Anspruch genommen? → Gruppe A: „statt“ → Gruppe B/C: „neben/statt“ in Abhängigkeit von Item PT6: → Wenn PT6 „ja“ (1) -> dann „neben“ → Wenn PT6 „nein“ (2) -> dann „statt“	PT25		A,B, C
	Ja → weiter mit PT26			1
	Nein → weiter mit PT27			2
30	War das...	PT26		A, B, C
	...eine ambulante Behandlung durch Ihren Hausarzt?	PT26_1	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	

	→ wenn ja, dann auch PT26-11			
	...eine medikamentöse Behandlung?	PT26_2	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	A, B, C
	...eine ambulante Behandlung durch andere Ärzte? → wenn ja, dann auch PT26-31	PT26_3	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	...eine Behandlung in einer Beratungsstelle?	PT26_4	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	...eine Behandlung durch einen Heilpraktiker?	PT26_5	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	...eine stationäre Behandlung in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhausabteilung/Klinik?	PT26_6	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	...eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Krankenhausabteilung/Klinik?	PT26_7	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	...eine stationäre Behandlung in einer psychosomatischen Reha-Klinik?	PT26_8	Ja 1 Nein 2 Keine Angabe 99	
	...eine teilstationäre Behandlung in einer psychosomatischen Tagesklinik.	PT26_9	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	...eine teilstationäre Behandlung in einer psychiatrischen Tagesklinik.	PT26_10	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	...eine Begleitung durch eine Selbsthilfegruppe?	PT2611	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	...eine Begleitung durch einen Seelsorger, Geistlichen oder Ähnliches?	PT26_12	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	...etwas Anderes? → Wenn ja, dann PT26_101	PT27_13	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Sie sagten, Sie erhielten eine ambulante Behandlung durch Ihren Hausarzt. Hat dieser regelmäßig Gespräche mit einer Dauer von wenigstens 25 Min. mit Ihnen geführt?	PT26_11	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Sie sagten, Sie erhielten eine weitere Behandlung durch andere Ärzte. Welche waren das? _____	o_PT26_31	Freitext	
	Sie sagten, Sie erhielten eine hier nicht genannte Unterstützung. Wie sah diese aus? _____	o_PT26_131	Freitext	
31	Welche Beschwerden veranlassten im Zeitraum [SCR4] Sie therapeutische Hilfe zu suchen? Um ihr Leiden bzw. Ihre Krankheit besser einordnen zu können, lese ich Ihnen eine Liste verschiedener seelischer Probleme vor. Sagen Sie mir bitte, welche davon auf Sie zutreffen:	PT27		
	Angststörungen	PT27_1	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Gedrückte oder schwankende Stimmung	PT27_2	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Süchtiges Verhalten (z. B. Alkohol, Drogen, Spielsucht)	PT27_3	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	

	Störungen des Essverhaltens	PT27_4	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Zwangshandlungen und/oder –gedanken	PT27_5	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Konflikte/Probleme in der Partnerschaft	PT27_6	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Sexuelle Probleme/Funktionsstörungen	PT27_7	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Probleme mit den Kindern oder anderen Familienangehörigen	PT27_8	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Lern- und/oder Arbeitsstörungen (<i>Erklärung: Arbeitsstörungen und Prokrastination erfassen problematische Verhaltensweisen im Zusammenhang mit dem Erledigen von Aufgaben im beruflichen oder privaten Bereich sowie in Ausbildung, Schule und Studium.</i>)	PT27_9	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Probleme am Arbeitsplatz	PT27_10	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Psychosomatische Beschwerden (z. B. Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen)	PT27_11	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Persönlichkeitsstörungen → Wenn ja, dann PT27_121 Welche sind/waren das? _____	PT27_12 o_PT27_121	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99 Freitext	
	Bewältigung schwerer Belastungen (z. B. Verkehrsunfall, Gewalt, Krisen)	PT27_13	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Probleme mit einer körperlichen Erkrankung fertig zu werden	PT27_14	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
	Andere Störungen oder Probleme	PT27_15	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
32	Wie beeinträchtigt fühlen bzw. fühlten Sie sich durch Ihre seelischen Probleme?	PT28		A, B, C
	Gar nicht beeinträchtigt		1	
	Wenig beeinträchtigt		2	
	Deutlich beeinträchtigt		3	
	Stark beeinträchtigt		4	
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99	
33	In welchem Ausmaß half/hilft Ihnen die Behandlung bezüglich der Probleme, die Sie in die Behandlung führten? → Wenn PT8 „Ich bin aktuell noch in psychotherapeutischer Behandlung.“ (1) → dann „hilft“	PT29		B, C

	→ Wenn PT8 „Die Therapie wurde regulär beendet.“ (2) oder „Die Therapie wurde vorzeitig beendet.“ (3) → dann „half“		
	Es wurde viel besser		1
	Es wurde etwas besser		2
	Alles blieb nahezu unverändert		3
	Es wurde etwas schlimmer		4
	Es wurde viel schlimmer		5
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99
34	Wie zufrieden sind/waren Sie mit der psychotherapeutischen Behandlung? → Wenn PT8 „Ich bin aktuell noch in psychotherapeutischer Behandlung.“ (1) → dann „sind“ → Wenn PT8 „Die Therapie wurde regulär beendet.“ (2) oder „Die Therapie wurde vorzeitig beendet.“ (3) → dann „waren“	PT30	B, C
	Sehr zufrieden		1
	Ziemliche zufrieden		2
	Etwas unzufrieden		3
	Sehr unzufrieden		4
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99
35	Hat sich Ihre Lebensqualität insgesamt durch die psychotherapeutische Behandlung verändert?	PT31	B, C
	Stark gebessert		1
	Etwas gebessert		2
	Unverändert		3
	Etwas verschlechtert		4
	Stark verschlechtert		5
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99
36	Wurden Sie zu Beginn der Behandlung über die Wirkweise der Psychotherapie sowie Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung aufgeklärt?	PT32	B, C
	Ja		1
	Nein		2
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99
37	Gab es auch unerwünschte Veränderungen, die Sie auf die psychotherapeutische Behandlung zurückführen, wie...	PT33	B, C
	...Partnerschaftsprobleme oder eine Trennung vom Partner?	PT33_01	Ja 1 Nein 0
	...ein zu starkes Abhängigkeitsgefühl vom Therapeuten?	PT33_02	Ja 1 Nein 0

	...eine Verschlechterung meiner psychischen Verfassung?	PT33_03	Ja 1 Nein 0
	...gesteigerter Alkohol- und/oder Drogenkonsum?	PT33_04	Ja 1 Nein 0
	...das Auftreten neuer Symptome.	PT33_05	Ja 1 Nein 0
	...das Auftreten oder die Zunahme suizidaler Gedanken oder Absichten?	PT33_06	Ja 1 Nein 0
	...ein verschlechtertes Verhältnis zu Freunden oder Familie?	PT33_07	Ja 1 Nein 0
	...ungünstige Auswirkungen auf die Arbeitsplatzsituation?	PT33_08	Ja 1 Nein 0
	...ungünstige Auswirkungen auf die Beziehungen zu Kollegen und Vorgesetzten?	PT33_09	Ja 1 Nein 0
	...eine Zunahme Von Krankheitsfehlzeiten?	PT33_10	Ja 1 Nein 0
	...Stigmatisierungen durch andere.	PT33_11	Ja 1 Nein 0
	...Enttäuschungen über den Therapieverlauf bzw. das Therapieergebnis.	PT33_12	Ja 1 Nein 0
	Keine unerwünschten Veränderungen.	PT33_13	Ja 1 Nein 0
38	Gab es aus Ihrer Sicht ein Fehlverhalten durch Ihren Therapeuten, wie...	PT34	
	...die Anwendung falscher Techniken?	PT34_01	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99
	...das Aufzwingen bestimmter therapeutischer Interventionen, z. B. Konfrontationsbehandlungen oder Rollenspiele?	PT34_02	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99
	...Situationen, in denen er sich über Sie lustig gemacht hat?	PT34_03	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99
	...offensichtlich entwertende oder verletzende Aussagen?	PT34_04	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99
	...intolerantes Verhalten gegenüber meiner sexuellen Orientierung oder meiner Herkunft?	PT34_05	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99
	...wie private Treffen zwischen Patient und Therapeut?	PT34_06	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99
	...sexuelle Annäherungsversuche?	PT34_07	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99
	...gewalttätiges Verhalten?	PT34_08	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99
	...einen Bruch der Schweigepflicht?	PT34_09	Ja 1 Nein 0

	Kein Fehlverhalten des Therapeuten.	PT34_10	Keine Angabe 99 Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99	
--	-------------------------------------	---------	--	--

MEDIKATION				
MEDIKATION	39	Wurde Ihnen geraten, zur Behandlung seelischer Probleme rezeptpflichtige Medikamente einzunehmen? Bitte beziehen Sie sich auf den Behandlungszeitraum, der sich aus dem psychotherapeutischen Erstkontakt von [SCR4] ergab.	Med1	A, B, C
		Ja		1
		Nein → Frage Koe1		2
		Ich weiß nicht/Keine Angabe → Frage Koe1		99
	40	Falls ja, haben Sie diese Medikamente über einen Zeitraum von mind. 4 Wochen regelmäßig genommen?	Med2	A, B, C
		Ja → Frage Med3		1
		Nein → Frage Koe1		2
		Ich weiß nicht/Keine Angabe		99
	41	Wie hilfreich empfanden Sie diese Medikamente bezüglich Ihrer seelischen Probleme und traten dabei Nebenwirkungen auf?	Med3	A, B, C
		Hilfreich ohne belastende Nebenwirkungen		1
		Hilfreich mit belastenden Nebenwirkungen		2
		Nicht hilfreich ohne belastende Nebenwirkungen		3
	Nicht hilfreich mit belastenden Nebenwirkungen		4	
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99	

KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN				
MEDIKATION	42	Wurde bei Ihnen die Diagnose einer Intelligenzminderung oder einer hirnorganischen Störung wie z. B. einer Demenz gestellt?	Koe1	A, B, C
		Ja → Befragung wird beendet		1
		Nein		0
	43	Liegt bei Ihnen eine der folgenden chronischen körperlichen Erkrankungen vor? Antworten Sie bitte mit Ja/Nein.	Koe2	A, B, C
		Herzinfarkt → Wenn ja, dann Koe2_11	K2_1	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99
		Angeborener Herzfehler → Wenn ja, dann Koe2_21	K2_2	Ja 1 Nein 0

		Keine Angabe 99
Veränderungen oder Verschlüsse der Gefäße in Armen und Beinen (periphere Gefäßerkrankungen) → Wenn ja, dann Koe2_31	K2_3	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99
Schlaganfall, Aneurysma, Hirnblutungen oder Veränderungen bzw. Verschlüsse der Hirngefäße (zerebrovaskuläre Erkrankungen). → Wenn ja, dann Koe2_41	K2_4	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99
Chronische Lungenerkrankung, z. B. Asthma oder COPD → Wenn ja, dann Koe2_51	K2_5	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99
Bindegewebserkrankung, also Autoimmunerkrankungen, die sich gegen körpereigenes Gewebe richten und vorwiegend im Bindegewebe und den Blutgefäßen auftreten (z. B. Lupus) → Wenn ja, dann Koe2_61	K2_6	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99
Ulceröse Erkrankung, z. B. chronisch entzündliche Darmerkrankungen wie Colitis ulcerosa → Wenn ja, dann Koe2_71	Ko2_7	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99
Lebererkrankung → Wenn ja, dann Koe2_81	K2_8	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99
Diabetes → Wenn ja, dann Koe2_91 → Wenn ja, dann Koe9 bis Koe10_5	K2_9	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99
Halbseitenlähmung → Wenn ja, dann Koe2_101	K2_10	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99
Fortgeschrittene Nierenerkrankungen → Wenn ja, dann Koe2_111	K2_11	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99
Krebs (solide Tumoren, Lymphome, Leukämie) → Wenn ja, dann Koe2_121	K2_12	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99
Aids/HIV → Wenn ja, dann Koe2_131	K2_13	Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99
Wann wurde der Herzinfarkt festgestellt?	o_K2_1_1	Freitext
Wann wurde der angeborene Herzfehler festgestellt?	o_K2_2_1	Freitext
Wann wurde die periphere Gefäßerkrankung festgestellt?	o_K2_3_1	Freitext
Wann wurde die zerebrovaskuläre Erkrankung festgestellt?	o_K2_4_1	Freitext
Wann wurde die chronische Lungenerkrankung festgestellt?	o_K2_5_1	Freitext

	Wann wurde die Bindegewebs-/Autoimmunerkrankung festgestellt?	o_K2_6_1	Freitext	
	Wann wurde die ulceröse/entzündliche Darmerkrankung festgestellt?	o_K2_7_1	Freitext	
	Wann wurde die Lebererkrankung festgestellt?	o_K2_8_1	Freitext	
	Wann wurde der Diabetes festgestellt?	o_K2_9_1	Freitext	
	Wann wurde die Halbseitenlähmung festgestellt?	o_K2_10_1	Freitext	
	Wann wurde die Nierenerkrankung festgestellt?	o_K2_11_1	Freitext	
	Wann wurde die Krebserkrankung festgestellt?	o_K2_12_1	Freitext	
	Wann wurde die AIDS-Erkrankung festgestellt?	o_K2_13_1	Freitext	
44	Liegen weitere, hier nicht genannte chronische körperliche Erkrankungen vor, durch die Sie sich beeinträchtigt fühlen?	Koe3		
	Ja → Wenn ja, dann Koe3_1 sowie Koe3_2		1	
	Nein		0	
	Ich weiß nicht/Keine Angabe	Koe3_1_99	99	
45	Wenn ja, welche?	Koe3_1		
	_____	o_Koe3_1	Freitext	
46	Wann wurde(n) diese festgestellt?	Koe3_2		
	_____	o_Koe3_2	Freitext	
47	Wie beeinträchtigt fühlten Sie sich durch diese Erkrankung(en) als Sie versuchten [SCR4] einen Psychotherapieplatz zu finden/im Behandlungszeitraum, der sich aus dem psychotherapeutischen Erstkontakt von [SCR4] ergab. → Wenn auch nur bei einer der genannten Erkrankung aus Koe02 und Koe03 „ja“ geantwortet wurde, dann wird diese Frage (Koe4) gestellt → Wenn bei allen genannten Erkrankungen aus „Koe02“ und „Koe03“ „Nein“ (2) und/oder „ich weiß es nicht/keine Angabe“ (3) geantwortet wurde, dann weiter mit „S1“ → Wenn bei „Koe2“ nur ein „Ja“ → dann ohne Mehrzahl → Wenn bei „Koe2“ mehr als ein „Ja“ → dann Mehrzahl → Wenn bei „Koe2“ ein „Ja“ und bei „Koe3“ ein „Ja“ → dann Mehrzahl → Wenn Gruppe A → dann „als Sie versuchten, einen Psychotherapieplatz zu finden“ → Wenn Gruppe B/C → dann „im Zeitraum des hier besprochenen psychotherapeutischen Ersttermins“	Koe4		A, B, C

	Gar nicht beeinträchtigt		1	
	Wenig beeinträchtigt		2	
	Deutlich beeinträchtigt		3	
	Stark beeinträchtigt		4	
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99	
48	Wusste Ihr Therapeut von Ihrer chronischen körperlichen Erkrankung?	Koe5		B, C
	Ja		1	
	Nein		0	
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99	
49	Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu? Die chronische körperliche Erkrankung und damit möglicherweise einhergehende Belastungen...	Koe6		A
	...waren kein Grund für meine psychische meinen Beschwerden	Koe6_01	Ja 1 Nein 0	
	...waren einer der Hauptgründe, für meine psychischen Beschwerden.	Koe6_02	Ja 1 Nein 0	
	...waren einer der Hauptgründe, eine Psychotherapie machen zu wollen.	Koe6_03	Ja 1 Nein 0	
	...erschwerten es, einen Therapieplatz zu erhalten	Koe6_04	Ja 1 Nein 0	
	Ich weiß nicht/Keine Angabe	Koe6_99	99	
50	Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu? Die chronische körperliche Erkrankung und damit möglicherweise einhergehende Belastungen...	Koe7		B, C
	...waren einer der Hauptgründe, für meine psychischen Beschwerden.	Koe7_01	Ja 1 Nein 0	
	...waren einer der Hauptgründe, eine Psychotherapie zu machen.	Koe7_02	Ja 1 Nein 0	
	...waren ein wesentlicher Bestandteil der Psychotherapie.	Koe7_03	Ja 1 Nein 0	
	...erschwerten es, einen Therapieplatz zu erhalten.	Koe7_04	Ja 1 Nein 0	
	...überforderten meinen Therapeuten.	Koe7_05	Ja 1 Nein 0	
	...wollte ich in der Therapie nicht besprechen.	Koe7_06	Ja 1 Nein 0	
	Ich weiß nicht/Keine Angabe	Koe7_99	99	
51	Hat die psychotherapeutische Behandlung Ihre körperliche Gesundheit beeinflusst?	Koe8		B, C

	Meine körperliche Gesundheit hat sich verbessert.		1
	Meine körperliche Gesundheit hat sich verschlechtert.		2
	Es hatte keinen Einfluss auf meine körperliche Gesundheit.		3
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99
52	Sie sagten, dass bei Ihnen ein Diabetes vorliege. Ich würde Ihnen hierzu gerne noch einige Fragen stellen. Wird dieser mit Insulin behandelt? → Wenn Koe2_9 „ja“ (1), dann wird dieser Frage gestellt, sonst S1	Koe9	A,B, C
	Ja		1
	Nein		0
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99
53	Ist es derzeit für Sie ein Problem, dass Sie der Gedanke, mit dem Diabetes leben zu müssen, ängstigt?	Koe10_1	
	Kein Problem		1
	Eher geringes Problem		2
	Mittleres Problem		3
	Eher größeres Problem		4
	Großes Problem		5
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99
54	Ist es derzeit für Sie ein Problem, dass Sie sich beim Gedanken, mit dem Diabetes leben zu müssen, depressiv fühlen?	Koe10_2	
	Kein Problem		1
	Eher geringes Problem		2
	Mittleres Problem		3
	Eher größeres Problem		4
	Großes Problem		5
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99
55	Ist es derzeit für Sie ein Problem, dass Sie sich Sorgen über die Zukunft und über mögliche ernste Folgeerkrankungen machen?	Koe10_3	
	Kein Problem		1
	Eher geringes Problem		2
	Mittleres Problem		3
	Eher größeres Problem		4
	Großes Problem		5
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99

56	Ist es derzeit für Sie ein Problem, dass Sie das Gefühl haben, dass der Diabetes Ihnen täglich zu viel geistige/körperliche Kraft raubt?	Koe10_4	
	Kein Problem		1
	Eher geringes Problem		2
	Mittleres Problem		3
	Eher größeres Problem		4
	Großes Problem		5
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99
57	Ist es derzeit für Sie ein Problem, dass Sie Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Folgeerkrankungen haben?	Koe10_5	
	Kein Problem		1
	Eher geringes Problem		2
	Mittleres Problem		3
	Eher größeres Problem		4
	Großes Problem		5
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99
58	Da es insgesamt um das Thema Gesundheit geht, hätte ich gern zwei Angaben zu Ihrer Statur. Sagen Sie mir bitte wie groß Sie sind.	Koe11	A, B, C
	_____ in cm		
	keine Angabe		99
59	Wie viel wiegen Sie aktuell? → Wird nur abgefragt, wenn bei Frage S1 eine Größe in cm angegeben wurde.	Koe12	
	_____ in Kg		
	keine Angabe		99
60	Berechnung BMI auf Basis von Koe11 und Koe12	Koe13	

Das waren die Fragen zu Ihrem körperlichen Wohlbefinden und Ihren Erfahrungen mit Psychotherapie. END_FB

Abschließend möchte ich Sie noch um einige Angaben zu Ihrer Person bitten. A, B, C

SOZIODEMOGRAPHIE				
Soziode-	61	Welches Geschlecht wurde bei Ihrer Geburt in Ihre Geburtsurkunde eingetragen?	Soz1	A,B,C
		Männlich		1
		Weiblich		2

62	Welchen Familienstand haben Sie?	Soz2	A, B, C
	Ledig		1
	Verheiratet oder eingetragene Lebenspartnerschaft, zusammenlebend		2
	Verheiratet oder eingetragene Lebenspartnerschaft, getrennt lebend		3
	Verwitwet oder eingetragene/r Lebenspartner/in gestorben		4
	Geschieden oder eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben		5
	Keine Angabe		99
63	Haben Sie einen festen Partner/eine feste Partnerin?	Soz3	
	Filter: +1 wenn Soz2=2		
	Ja		1
	Nein		2
	Keine Angabe		99
64	Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?	Soz4	
	den Volks-/Hauptschulabschluss		1
	den Realschulabschluss (auch Abschluss der POS/ Abschluss der Sekundarstufe ohne Berechtigung zum Hochschulstudium)		2
	die allgemeine Hochschulreife oder Fachhochschulreife (auch Erweiterte Oberschule)		3
	Anderer Schulabschluss: _____		4
	Keine Angabe		99
65	Welchen höchsten beruflichen Bildungsabschluss haben Sie?	Soz5	
	eine betriebliche Ausbildung (Lehre)		1
	eine Fachschulausbildung (auch Handelsschule, Ausbildung für den mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung)		2
	den Meister/Techniker		3
	Einen Bachelor		4
	ein abgeschlossenes Fach-, bzw. Hochschulstudium (Diplom/Magister/Master/Staatsexamen)		5
	einen anderen, welchen: _____		6
	Keinen beruflichen Abschluss (und derzeit keine Ausbildung)		7
	bin noch in Ausbildung		8
	keine Angabe		99
66	Welche Lebenssituation trifft derzeit überwiegend auf Sie zu?	Soz6	
	Erwerbstätig		Ja 1 Nein 0

		Keine Angabe 99
Arbeitssuchend		Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99
Erwerbsminderungsrente		Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99
Altersrente		Ja 1 Nein 2 Keine Angabe 999
Schüler/Student		Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 999
Hausfrau/Hausmann, Betreuung von Kindern oder hilfsbedürftigen Personen		Ja 1 Nein 2 Keine Angabe 99
Sonstiges		Ja 1 Nein 0 Keine Angabe 99

67	Waren Sie in den letzten 5 Jahren einmal arbeitslos?	Soz7
	Ja	1
	Nein	0
	Keine Angabe	99

68	Für statistische Auswertungen der Wohnregionen benötige ich Ihre Postleitzahl: Hinweis: Bei Bedenken zur Anonymität: "Uns reichen hier für eine regionale Zuordnung auch die ersten 4 Stellen der PLZ." --> Nur im Ausnahmefall die ersten 3 Stellen erfassen!	Soz8
	PLZ: _____	
	Keine Angabe	99

69	Wie viele Personen gehören derzeit insgesamt zum Haushalt? Zählen Sie dabei bitte auch sich selbst und alle im Haushalt lebenden Kinder mit.	Soz9
	Anzahl: _____	
	Keine Angabe	99

DUAL FRAME

70	Haben Sie bei sich zu Hause auch ein Telefon mit Festnetzanschluss? Das heißt ein Telefon, über das Sie unter Ihrer Ortsvorwahl erreichbar sind?	Dual1	A, B, C
	Ja		1
	Nein		0

	Keine Angabe		99	
71	Über wie viele Handynummern sind Sie persönlich derzeit telefonisch erreichbar, also nutzen Sie zum Telefonieren, egal ob beruflich oder privat?	Dual2		A, B, C
	keine (nur Festnetz)		1	
	Eine		2	
	Zwei		3	
	Drei		4	
	Vier		5	
	Fünf		6	
	Keine Angabe		99	
72	Kommen wir nun einmal zu Ihrem Festnetzanschluss. Über wie viele unterschiedliche Festnetz-Rufnummern mit Ihrer Ortsvorwahl sind Sie selbst zu Hause erreichbar? Damit sind auch alle ISDN Anschlüsse gemeint. Rufnummern, die ausschließlich zu einem Faxgerät oder Computer gehören, sollen nicht mitgezählt werden. → Wenn Dual1 „Ja“ (1) → dann wird diese Frage (Dual3) gestellt. → Wenn Dual1 „Nein“ (2) oder „keine Angabe“ (3) → dann wird diese Frage ausgelassen	Dual 3		A, B, C
	Keine (nur Handy)		1	
	Eine		2	
	Zwei		3	
	Drei		4	
	Vier		5	
	Fünf		6	
	Ich weiß nicht/Keine Angabe		99	

Nachtrag:

die Telefonnummern müssen bei USUMA verwahrt bleiben. Der Auftraggeber erhält aus Datenschutzgründen nur pseudonymisierte Daten.

Phase VI: Abschlussphase

In der letzten Phase werden die Befragten dankend verabschiedet.

Anlage 2: Erhebungsinstrumente Teilstudie IV

Gesprächsleitfaden für hausärztliche Fokusgruppen



UniversitätsKlinikum Heidelberg

Gesprächsleitfaden für Fokusgruppen mit Hausärzten*Innen

zur Studie „Evaluation der Strukturreform der Richtlinien-Psychotherapie – Vergleich von komplex und nicht-komplex erkrankten Patienten (ES-RiP)“

Vorbereitung

- Hinweis auf Aufzeichnung (Audio und Video), Datenschutz: pseudonymisierte Auswertung, keine Weitergabe der Namen der Teilnehmer, die Ton- und Videoaufnahmen werden nicht an Personen außerhalb der Forschergruppe weitergegeben. Dritte erhalten keinen Einblick in die Originalunterlagen. Nach Beendigung der Studie werden die Ton- und Videoaufzeichnungen unwiderruflich gelöscht. Die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes werden eingehalten.
- Freiwilligkeit der Teilnahme, Möglichkeit das Gespräch jederzeit zu beenden; Erklärung zum Ablauf der Fokusgruppe
- Das Fokusgruppengespräch dient nicht einer Abfrage von Wissen, sondern gibt Raum für die Darstellung von persönlicher Meinung und Sichtweise. Es gibt daher keine richtigen oder falschen Antworten. Alle Beiträge sind wertvoll.
- Nachfrage: Ist Ihnen noch etwas unklar?

A. Warm Up

Im Vorfeld des nun folgenden Gruppengesprächs haben Sie bereits einige Informationen zur ES-RiP Studie erhalten. Die ES-RiP Studie beschäftigt sich aktuell mit der Versorgungssituation von Patienten, die eine ambulante psychotherapeutische Versorgung benötigen und zusätzlich unter mindestens einer chronischen körperlichen Erkrankung leiden. Die Versorgung dieser komplex erkrankten Patienten stellt das Versorgungssystem vor große Herausforderungen. Im Rahmen der gestuften Versorgung kommt den Hausärzten und Hausärztinnen dabei eine besondere Bedeutung zu, da sie in der Regel der erste Ansprechpartner für diese Patienten sind. Um einen niedrigschwelligen und schnellen Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen zu erreichen, wurden mit der Strukturreform der ambulanten Psychotherapie ab April 2017 neue Versorgungselemente eingeführt.

- (1) Woran denken Sie, wenn Sie den Begriff ‚Strukturreform‘ im Zusammenhang mit der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung hören?

Mögliche Nachfragen:

- Was genau verstehen Sie unter dem Begriff Strukturreform?
- Wie gehen Sie vor, wenn komplex erkrankte Patienten, die Sie in Ihrer Praxis betreuen, schnellen Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen benötigen?

B. Kenntnisse über die Strukturreform

(2) *Wie schätzen Sie Ihre eigene Informiertheit über die Strukturreform ein?*

(3) *Welche Neuerungen der Strukturreform der ambulanten Psychotherapie sind Ihnen eigentlich bekannt?*

Mögliche Nachfragen:

- *Wie haben Sie von der Strukturreform erfahren?*
- *Welche Fragen blieben dabei für Sie offen?*
- *Wo konnten Sie die noch fehlende Information bekommen?*

C. Umsetzung der Reform

(4) *Inwieweit konnten Sie die Neuerungen in die tägliche Versorgung in Ihrer Praxis in der Zwischenzeit integrieren? (Terminservicestelle, Psychotherapeutische Sprechstunde, Akutbehandlung, Rezidivprophylaxe, Rückmeldeformular)*

Mögliche Nachfragen:

- *Welche Schwierigkeiten gab es dabei aus Ihrer Sicht?*
 - *Welche Aufgaben haben sich ggf. verschoben?*
 - *Welche Aufgaben sind neu hinzugekommen?*
 - *Wie können die Neuerungen an die betreffenden Patienten vermittelt werden?*
 - *Welche Erfahrungen haben sie hinsichtlich des Rückmeldeformulars gemacht?*
- (5) *Wie wirkt die Strukturreform aus Ihrer Perspektive zurück auf die hausärztliche Versorgung von komplex Erkrankten?*

Mögliche Nachfragen:

- *Welches Spektrum an komplex Erkrankten sehen Sie in Ihrer Praxis?*
- *Wie waren die Abläufe in Bezug auf komplex Erkrankte vor der Reform?*
- *Was hat sich an diesen Prozessen durch die Reform geändert?*
- *Inwieweit haben sich für Sie neue Kooperationen ergeben?*
- *Welchen Einfluss kann die Strukturreform auf Entscheidungen eines Arztes haben hinsichtlich komplex erkrankter Patienten, die eine ambulante psychotherapeutische Versorgung benötigen?*

D. Kontextfaktoren: Allgemein

(6) *Welche weiteren Faktoren oder auch Entwicklungen spielen aus Ihrer Perspektive eine Rolle hinsichtlich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von komplex Erkrankten?*

Mögliche Nachfragen:

- *Wie z.B. Entwicklungen in der Gesundheitspolitik, die Strukturen der Praxisteams, die Organisation der Praxisabläufe?*

(7) *Was könnte aus Ihrer Perspektive der Nutzen der Strukturreform sein?*

Mögliche Nachfragen:

- *Welche (potentiellen) Effekte sehen Sie?*
- *Welche (potentiellen) Nebenwirkungen kennen Sie?*
- *Wo sehen Sie weiteren Änderungsbedarf?*

E. Abschluss

Zum Abschluss noch zwei Fragen zur Versorgung in der Zukunft:

- (8) Welchen weitergehenden Änderungsbedarf über die Strukturreform hinaus sehen Sie für die Abläufe in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung?

Mögliche Nachfragen:

- Welche Ideen und Anmerkungen haben Sie zur Weiterentwicklung der Reform?
 - Was wären die Voraussetzungen dafür?
- (9) Was empfehlen Sie hinsichtlich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von komplex erkrankten Patienten für die Zukunft?
- (10) Was wurde bisher noch nicht angesprochen? Was möchten sie gerne noch mitteilen?

Vielen Dank, dass Sie sich zur Teilnahme an dieser Fokusgruppe bereiterklärten.

Gesprächsleitfaden für Psychotherapeuten- Fokusgruppen



UniversitätsKlinikum Heidelberg

Gesprächsleitfaden für Fokusgruppen mit Psychotherapeuten*Innen

zur Studie „Evaluation der Strukturreform der Richtlinien-Psychotherapie – Vergleich von komplex und nicht-komplex erkrankten Patienten (ES-RiP)“

Vorbereitung

- Hinweis auf Aufzeichnung (Audio und Video), Datenschutz: pseudonymisierte Auswertung, keine Weitergabe der Namen der Teilnehmer, die Ton- und Videoaufnahmen werden nicht an Personen außerhalb der Forschergruppe weitergegeben. Dritte erhalten keinen Einblick in die Originalunterlagen. Nach Beendigung der Studie werden die Ton- und Videoaufzeichnungen unwiderruflich gelöscht. Die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes werden eingehalten.
- Freiwilligkeit der Teilnahme, Möglichkeit das Gespräch jederzeit zu beenden; Erklärung zum Ablauf der Fokusgruppe
- Das Fokusgruppengespräch dient nicht einer Abfrage von Wissen, sondern gibt Raum für die Darstellung von persönlicher Meinung und Sichtweise. Es gibt daher keine richtigen oder falschen Antworten. Alle Beiträge sind wertvoll.
- Nachfrage: Ist Ihnen noch etwas unklar?

A. Warm Up

Im Vorfeld des nun folgenden Gruppengesprächs haben Sie bereits einige Informationen zur ES-RiP Studie erhalten. Die ES-RiP Studie beschäftigt sich aktuell mit der Versorgungssituation von Patienten, die eine ambulante psychotherapeutische Versorgung benötigen. Im Rahmen der gestuften Versorgung kommt neben den Hausärzten und Hausärztinnen den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten dabei eine besondere Bedeutung zu. Wir möchten gerne von Ihnen, den Psychotherapeuten erfahren, wie Sie die bestehende Versorgung dieser Patienten derzeit erleben. Zwei Aspekte sind uns dabei besonders wichtig:

*Zum einen die Versorgungssituation von **Patienten die neben psychischen Störungen zusätzlich unter mindestens einer chronischen körperlichen Erkrankung leiden (komplex Erkrankte)** und zum anderen die Auswirkung der Strukturreform der ambulanten Psychotherapie ab April 2017, die das Ziel hat, einen niedrighschwelligen und schnellen Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen für alle Patienten zu erreichen.*

- (1) Wie erleben Sie die Kooperation mit Hausärzten*innen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen in der alltäglichen Versorgung?

Mögliche Nachfragen:

- Welche Kooperationsformen begegnen Ihnen dabei (z.B. Praxisnetze, Meldung von freien Plätzen, Arzt ist Teil von MVZ oder einer Praxisgemeinschaft?)
- (2) Woran denken Sie, wenn Sie den Begriff ‚Strukturreform‘ im Zusammenhang mit der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung hören?

Mögliche Nachfragen:

Was genau verstehen Sie unter dem Begriff Strukturreform?

B. Kenntnisse über die Strukturreform

(3) Wie schätzen Sie Ihre eigene Informiertheit über die Strukturreform ein?

Mögliche Nachfragen:

- *Welche weiteren Elemente der Strukturreform kennen Sie?*
- *Wie haben Sie von der Strukturreform erfahren?*
- *Welche Fragen blieben dabei für Sie offen?*
- *Wo konnten Sie die noch fehlende Information bekommen?*

(4) Auf welche Neuerungen der Strukturreform der ambulanten Psychotherapie weisen Sie Ihre Patienten hin?

Mögliche Nachfragen:

- *Wie können die Neuerungen an die betreffenden Patienten vermittelt werden?*
- *Wie kommt das Ihrer Erfahrung nach bei den Patienten an?*
- *Welches Feedback geben Ihnen die Patienten dazu?*

C. Umsetzung der Reform

(5) Inwieweit haben diese Neuerungen (Psychotherapeutische Sprechstunde, Akutbehandlung, Rezidivprophylaxe, erleichterte Gruppentherapie) Auswirkungen auf Ihre tägliche Routine in Ihrer Praxis in der Zwischenzeit gehabt?

Mögliche Nachfragen:

- *Wie erleben Sie selbst die Neuerungen?*
- *Welche Neuerungen der Strukturreform der ambulanten Psychotherapie nutzen Sie in der Versorgung von komplex Erkrankten?*
- *Welche Schwierigkeiten gab es dabei aus Ihrer Sicht?*
- *Welche Aufgaben haben sich ggf. verschoben?*
- *Welche Aufgaben sind neu hinzugekommen?*
- *Inwieweit haben sich für Sie neue Kooperationen ergeben? (Frage erproben)*

(6) Wer profitiert Ihrer Ansicht nach unter den Patienten am meisten von der Strukturreform?

Mögliche Nachfragen: Für welche Patientengruppen hat sich die Versorgungssituation positiv verändert?

Wie eingangs schon erwähnt, wollen wir auch speziell auf solche Patienten fokussieren, die gleichzeitig körperlicher wie auch psychischer Behandlung benötigen: die sogenannten komplex Erkrankten

(7) Wie wirkt die Strukturreform aus Ihrer Perspektive zurück auf die psychotherapeutische Versorgung von komplex Erkrankten?

Mögliche Nachfragen:

- *Welches Spektrum an komplex Erkrankten sehen Sie in Ihrer Praxis?*
 - *Welche der neuen Strukturmerkmale wenden Sie bei komplex Erkrankten an?*
 - *Wie gehen Sie vor, wenn komplex erkrankte Patienten, die Sie in Ihrer Praxis betreuen, die Psychotherapie für die Wahrnehmung somatischer Behandlungen unterbrechen müssen?*
 - *Inwieweit kooperieren Sie bei komplex Erkrankten mit Haus/Fachärzten?*
-

-
- *Aus Ihrer Perspektive: Machen Hausärzte nun etwas anders als früher bei der Überweisung von komplexen Patienten zur ambulanten Psychotherapie?*

D. Kontextfaktoren: Allgemein

- (8) Welche weiteren Faktoren oder auch Entwicklungen spielen aus Ihrer Perspektive eine Rolle hinsichtlich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von komplex Erkrankten?

Mögliche Nachfragen:

- *Wie z.B. Entwicklungen in der Gesundheitspolitik, die Strukturen der Praxisteam, die Organisation der Praxisabläufe?*
- *Wenn Sie nun noch an die nicht-komplex Erkrankten denken, wie würde dann Ihre Antwort ausfallen?*

- (9) Was könnte aus Ihrer Perspektive der Nutzen der Strukturreform sein?

Mögliche Nachfragen:

- *Welche (potentiellen) Effekte sehen Sie?*
- *Welche (potentiellen) Nebenwirkungen kennen Sie?*
- *Wo sehen Sie weiteren Änderungsbedarf?*
- *Inwieweit sehen Sie einen spezifischen Nutzen für komplex Erkrankte?*

E. Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (vom 22.11.2019)

F. Abschluss

Zum Abschluss noch zwei Fragen zur Versorgung in der Zukunft:

- (10) Welchen weitergehenden Änderungsbedarf über die Strukturreform und die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie hinaus sehen Sie für die Abläufe in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung?

Mögliche Nachfragen:

- *Was wären die Voraussetzungen dafür?*
- *Was empfehlen Sie hinsichtlich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von komplex erkrankten Patienten für die Zukunft?*

- (11) Was wurde bisher noch nicht angesprochen? Was möchten sie gerne noch mitteilen? Welche Ideen und Anmerkungen haben Sie noch?

Vielen Dank, dass Sie sich zur Teilnahme an dieser Fokusgruppe bereiterklärten.

Surveyfragebogen für Hausärzte

A: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie (2017)	Trifft zu	Trifft nicht zu	Kann ich nicht einschätzen
1. Vor der Strukturreform wurde ich gut über ihre Inhalte informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Inzwischen sind die Änderungen im Versorgungsalltag angekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Seit der Reform bin ich besser über die ambulante psychotherapeutische Versorgung meiner Patienten bei Psychotherapeuten informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Seit der Reform hat sich für mich die Kooperation mit ambulanten Psychotherapeuten verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Im Allgemeinen erachte ich die Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten als gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Durch die Möglichkeiten aus der Strukturreform können jetzt mehr meiner Patienten eine psychotherapeutische Versorgung erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Die Strukturreform sorgte hinsichtlich der Versorgung von psychisch Erkrankten für eine Entlastung in meiner Praxis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Meine Patienten erwarten weiterhin, dass ich passende Therapeuten empfehle und nicht nur auf die Terminservice-stelle verweise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die Möglichkeiten aus der Strukturreform helfen mir, um Patienten zu einem Kontakt mit einem Psychotherapeuten zu motivieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Seit der Reform hat sich die Erreichbarkeit von Psychotherapeuten <u>für mich</u> verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Seit der Reform hat sich die Erreichbarkeit von Psychotherapeuten <u>für Patienten</u> verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Insgesamt wurde die psychotherapeutische Versorgung psychisch <u>Ersterkrankter</u> durch die Strukturreform verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die psychotherapeutische Versorgung von <u>chronisch</u> psychisch Erkrankten wurde durch die Strukturreform verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Insgesamt habe ich durch die Strukturreform keine relevante Verbesserung in der psychotherapeutischen Versorgung meiner Patienten erlebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation			
15. Die Terminservicestellen für ambulante Psychotherapie haben sich aus meiner Sicht bewährt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Die psychotherapeutische Sprechstunde hat den Zugang zu ambulanter Psychotherapie merklich verbessert (max. 6 x 25 Minuten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Die Rückmeldefomulare nach der psychotherapeutischen Sprechstunde erhalte ich in der Regel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Die Rückmeldefomulare nach der psychotherapeutischen Sprechstunde sind eine hilfreiche Information zur Weiterbehandlung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Psychotherapeuten kommunizieren selten mit mir, um patientenbezogene Information auszutauschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Die Option der Akutbehandlung ist eine wichtige Ergänzung der psychotherapeutischen Versorgung (max. 12 Stunden).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Seit der Reform können meine Patienten mit dringendem Behandlungsbedarf ohne lange Wartezeiten im Rahmen der Akutbehandlung psychotherapeutisch versorgt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Die Wartezeit bis zu einer psychotherapeutisch-diagnostischen Erstbegutachtung und Therapieplanung hat sich für die Patienten merklich verkürzt (Psychotherapeutische Sprechstunde).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Die Wartezeit bis zu einer längerfristigen Therapie hat sich für Patienten insgesamt verkürzt (2 x 12 Stunden Kurzzeittherapie; 60 Stunden Langzeittherapie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Die Strukturreform hat neue Vermittlungsprobleme geschaffen: Psychotherapeutische Erstkontakte sind nun frühzeitiger erreichbar, die eigentliche Therapie jedoch nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Seit der Reform sind Zugangsbarrieren zu ambulanter Psychotherapie insgesamt geringer geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Seit der Reform hat sich für mich die Überbrückung von Wartezeiten der Patienten auf ambulante psychotherapeutische Versorgung durch stabilisierende Gespräche reduziert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Die Möglichkeit der Rezidivprophylaxe verbessert die psychotherapeutische Versorgung meiner Patienten merklich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B: Patienten mit gleichzeitiger psychischer und chronischer körperlicher Erkrankung (beispielsweise Diabetes, Adipositas, KHK, onkologische Erkrankung, neuro-degenerative Erkrankung, chronische Schmerzen, etc.)	Trifft zu	Trifft nicht zu	Kann ich nicht einschätzen
28. Patienten mit chronischer körperlicher Erkrankung haben aktuell hohe Barrieren im Zugang zu ambulanter psychotherapeutischer Versorgung, da es schwierig ist, geeignete Therapieplätze für sie zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Diese Patienten behandle und begleite ich meist selbst und verweise nicht an Psychotherapeuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Diese Patienten überweise ich an <u>ärztliche</u> Psychotherapeuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Durch die Strukturreform hat sich die psychotherapeutische Versorgung dieser Patienten verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Diese Patientengruppe profitiert vom Angebot der psychotherapeutischen Sprechstunde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Diese Patienten profitieren von der Möglichkeit der Akuttherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Diese Patienten sind seit der Strukturreform besser zu einer psychotherapeutischen Behandlung zu motivieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Der Austausch zwischen Psychotherapeuten und Hausarzt ist bei dieser Patientengruppe besonders relevant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Spezifische Behandlungsangebote, die der Komplexität der Symptomatik dieser Patientengruppe gerecht werden, würde ich als sinnvoll erachten (z.B. Psycho-Kardiologie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C: Die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Patienten könnte durch folgende Ergänzungen optimiert werden:	Trifft zu	Trifft nicht zu	Kann ich nicht einschätzen
Allgemein:			
37. Verbindlicher strukturierter, wechselseitiger Informationsaustausch zwischen Hausarzt und Psychotherapeuten in Kurzform zu Erkrankung, Therapieaufnahme, -planung und -verlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Etablierung einer höheren Zahl von Psychotherapeutenstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Fachpersonal (ähnlich einer MFA) in Psychotherapiepraxen als Ansprechpartner für Patienten und Hausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Regionale, zentrale Stelle, an die sich Hausärzte wenden können, um freie Therapieplätze zu erfragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Möglichkeit der Praxisgemeinschaft oder tageweise angebotener psychotherapeutischer Sprechstunde in meiner Praxis (Liaison-Psychotherapeut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen für Hausärzte und Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Gemeinsame Qualitätszirkel für Hausärzte und Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezifisch für Patienten mit <u>gleichzeitig körperlicher und psychischer</u> Erkrankung:			
44. Verbindlicher strukturierter Informationsaustausch zwischen Hausarzt und Psychotherapeuten in Kurzform zur chronischen körperlichen Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Abstimmung eines Gesamtbehandlungsplans zwischen Hausarzt und Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Die Möglichkeit der telefonischen und videobasierten psychotherapeutischen Behandlung bei Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Möglichkeit des Hausbesuchs durch Psychotherapeuten für Patienten, die eine Praxis nicht aufsuchen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Möglichkeit und adäquate Abrechenbarkeit von Fallbesprechungen mit ambulanten Psychotherapeuten zur interdisziplinären Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Unterstützung durch eine Fallmanagerin, die eine zusätzliche engmaschige Betreuung übernimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Erweiterung gruppentherapeutischer Angebote speziell für diese Patientengruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Regionale interdisziplinäre Netzverbände von Hausärzten, weiteren Fachärzten und Psychotherapeuten zur strukturierten und koordinierten Versorgung für diese Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Spezifisch ausgerichtete Psychotherapiepraxen mit Schwerpunkt auf Akutversorgung und ggf. Weiterleitung dieser Patienten, bei weitergehender Behandlungsnotwendigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Allgemeine Angaben zur Person und Praxis

Ihr Geburtsjahr? (Bitte Jahreszahl eintragen)

Ihr Geschlecht? weiblich männlich divers

Bitte geben Sie das Jahr Ihrer Approbation an.

Bitte geben Sie das Jahr an, seitdem Sie in ambulanter Praxis arbeiten.

Bitte geben Sie die beiden letzten Ziffern Ihrer LANR an.

Ich habe den Kurs „Psychosomatische Grundversorgung“ absolviert. nein ja, im Rahmen der Facharztweiterbildung (Umfang 80Std.) ja, als Fortbildung (Umfang 50 Std.)

Führen Sie die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „fachgebundene Psychotherapie“? nein ja

Falls ja: In welchem Umfang Ihrer Tätigkeit bieten Sie psychotherapeutische Leistungen an? Bitte tragen Sie eine % Angabe ein. An wie vielen Tagen pro Woche?

Ich rechne Leistungen über die Ziffer 35100 bzw. 35110 ab. (Genehmigungspflichtige Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung - Differentialdiagnostik und verbale Intervention) nein ja

Bieten Sie komplementärmedizinische Verfahren an? nein ja

(Manuelle Medizin, Naturheilverfahren, Akupunktur, etc.)

Sind Sie Teil eines definierten regionalen Netzwerkes ...

...bezogen auf gemeinsame Patientenbehandlung

nein

mit Fachkollegen

interdisziplinär mit - Hausärzten/Psychotherapeuten

...zur gemeinsamen Weiterbildung/ Qualitätssicherung

nein

mit Fachkollegen

interdisziplinär mit - Hausärzten/Psychotherapeuten

...hinsichtlich Meldung / Suche freier Therapieplätze

nein

mit Fachkollegen

interdisziplinär mit - Hausärzten/Psychotherapeuten

Wie hoch ist Ihre durchschnittliche Scheinzahl pro Quartal (Kassen- u. Privatpatienten)?

< 500-Scheine

1001-1500 Scheine

500-1000 Scheine

> 1500 Scheine

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Surveyfragebogen für Psychotherapeuten

A: Auswirkungen der Strukturreform der ambulanten Psychotherapie (2017) auf meine Praxis	Trifft zu	Trifft eher zu	Teils teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
1. Folgende Elemente der Strukturreform sind fester Bestandteil meiner Arbeitsroutine geworden... ... Sprechstunde im geforderten Ausmaß ... Akutbehandlung ... Rezidivprophylaxe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
2. Meine Praxisabläufe, bzw. Praxisorganisation habe ich durch die Reform deutlich geändert.	<input type="checkbox"/>				

B: Ihr subjektiver Eindruck bzgl. der Auswirkungen der Strukturreform auf die Versorgungssituation	Trifft zu	Trifft nicht zu	Kann ich nicht einschätzen
3. In meiner Praxis hat sich seit der Reform die Wartezeit bis zum Erstgespräch (Sprechstunde) deutlich verkürzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. In meiner Praxis hat sich seit der Reform die Wartezeit bis zum Beginn einer Kurzzeit-/Langzeitpsychotherapie deutlich verkürzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Meine Sprechstundenpatienten mit dringendem Behandlungsbedarf kann ich ohne lange Wartezeiten im Rahmen der Akutbehandlung psychotherapeutisch versorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Seit der Reform berichten weniger meiner Patienten sehr viele Therapeuten kontaktiert haben zu müssen, um einen Psychotherapieplatz angeboten bekommen zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Die Reform hat neue Vermittlungsprobleme geschaffen: Psychotherapeutische Erstkontakte sind nun frühzeitiger erreichbar, die eigentliche Therapie jedoch nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die psychotherapeutische Sprechstunde hat meines Erachtens den Zugang zu ambulanter Psychotherapie merklich verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die Terminservicestellen haben sich aus meiner Sicht bewährt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Rückmeldefomulare nach der psychotherapeutischen Sprechstunde enthalten hilfreiche Informationen für Patienten und Hausärzte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Seit der Reform nehmen mehr meiner Patienten an Gruppentherapie teil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Die Möglichkeit der Rezidivprophylaxe verbessert die psychotherapeutische Versorgung meiner Patienten merklich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die Option der Akutbehandlung ist in meinem Praxisalltag eine wichtige Ergänzung der psychotherapeutischen Versorgung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Insgesamt haben sich in meiner Praxis die psychotherapeutischen Versorgungsmöglichkeiten psychisch <u>Ersterkrankter</u> durch die Strukturreform deutlich verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Insgesamt haben sich in meiner Praxis die psychotherapeutischen Versorgungsmöglichkeiten von <u>chronisch</u> psychisch Erkrankten durch die Strukturreform deutlich verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Seit der Reform behandle ich insgesamt mehr Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Insgesamt habe ich durch die Strukturreform keine relevante Verbesserung in der psychotherapeutischen Versorgung meiner Patienten erlebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C: Kooperation mit Hausärzten	Trifft zu	Trifft nicht zu	Kann ich nicht einschätzen

18. Hausärzte kommunizieren selten mit mir, um patientenbezogene Informationen auszutauschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Im Allgemeinen erachte ich die Zusammenarbeit mit Hausärzten als gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Seit der Reform sind die Hausärzte meiner Patienten besser über deren ambulante psychotherapeutische Versorgung informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Seit der Reform hat sich meine Kooperation mit Hausärzten verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich empfehle meinen Patienten die Formulare nach der Sprechstunde an deren Hausarzt weiterzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Seit der Reform nutzen Hausärzte häufiger meine Telefonsprechzeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D: Patienten mit gleichzeitiger psychischer und körperlicher Erkrankung (beispielsweise Diabetes, Adipositas, KHK, onkologische Erkrankung, neuro-degenerative Erkrankung, chronische Schmerzen, etc.)	Trifft zu	Trifft nicht zu	Kann ich nicht einschätzen
24. Für mich ist es schwierig einem Patienten dieser Gruppe einen Therapieplatz anzubieten, weil ich mich zu wenig mit den Besonderheiten der jeweiligen somatischen Symptomatik auskenne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Diese Patienten vermittele ich an ärztliche Psychotherapeuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Es sollten mehr spezifische Behandlungsangebote, die der Komplexität der jeweiligen Symptomatik gerecht werden können, etabliert werden (z.B. Psycho-Kardiologie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Durch die Strukturreform hat sich in meiner Praxis die psychotherapeutische Versorgung dieser Patienten verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Der Austausch zwischen mir und dem behandelnden Hausarzt ist bei dieser Patientengruppe besonders relevant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Seit der Reform kommen mehr dieser Patienten in meine Praxis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. diese Patientengruppe profitiert aus meiner Sicht besonders von der Möglichkeit der Akuttherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. diese Patientengruppe profitiert aus meiner Sicht besonders von dem Angebot der psychotherapeutischen Sprechstunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ein hoher Anteil dieser Patientengruppe ist wenig motiviert für eine längerfristige psychotherapeutische Behandlung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ich achte darauf, nur einen geringen Anteil an Patienten mit hoher Ausfallwahrscheinlichkeit zu behandeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Falls erforderlich, würde ich dieser Patientengruppe Hausbesuche anbieten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E: Die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Patienten könnte durch folgende Ergänzungen optimiert werden:	Trifft zu	Trifft nicht zu	Kann ich nicht einschätzen
Allgemein:			
35. Verbindlicher strukturierter, wechselseitiger Informationsaustausch zwischen Hausarzt und Therapeuten in Kurzform zu Erkrankung, Therapieaufnahme, -planung und -verlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Etablierung einer höheren Zahl von Psychotherapeutensitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Fachpersonal in Psychotherapiepraxen (z.B. Medizinische Fachangestellte) als Ansprechpartner für Patienten und Hausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Regionale, zentrale Stelle, an die sich Therapeuten wenden können, um freie Therapieplätze nach Verfahren zu erfragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Kombinationsbehandlung (Einzel- und Gruppensetting, auch aus unterschiedlichen Verfahren).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Möglichkeit des tageweisen Angebots psychotherapeutischer Sprechstunden in der Hausarztpraxis durch Psychotherapeuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Förderung von Gemeinschaftspraxen/Praxisgemeinschaft, etc. mit Haus-/Fachärzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen für Hausärzte und Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Gemeinsame Qualitätszirkel für Hausärzte und Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezifisch für Patienten mit gleichzeitig körperlicher und psychischer Erkrankung:			
44. Verbindlicher strukturierter Informationsaustausch zwischen Hausarzt und Therapeuten in Kurzform <u>zur chronischen körperlichen</u> Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Abstimmung eines Gesamtbehandlungsplans zwischen Hausarzt und Therapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Es sollte möglich sein, einen Anteil aller therapeutischen Behandlungsformen videobasiert / telefonisch anzubieten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Möglichkeit und adäquate Abrechenbarkeit von Fallbesprechungen mit Hausärzten/Fachärzten zur interdisziplinären Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Unterstützung durch Fallmanager, die eine zusätzliche engmaschige Betreuung der Patienten übernehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Regionale interdisziplinäre Netzverbände von Hausärzten, weiteren Fachärzten und Psychotherapeuten zur strukturierten und koordinierten Versorgung für diese Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Spezifisch ausgerichtete Psychotherapiepraxen mit Schwerpunkt auf Akutversorgung und ggf. Weiterleitung dieser Patienten, bei weitergehender Behandlungsnotwendigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Erweiterung gruppentherapeutischer Angebote speziell für diese Patientengruppe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F: Ihre Erfahrungen mit der Strukturreform	Trifft zu	Trifft nicht zu	Kann ich nicht einschätzen
52. Vor der Strukturreform wurde ich gut über ihre Inhalte informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Die Strukturreform ermöglicht mir ein flexibleres und patientengerechteres therapeutisches Angebot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Seit der Strukturreform sehe ich häufiger Patienten mit unzureichender Motivation für eine Psychotherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Die Strukturreform bedeutet eine anhaltende Mehrbelastung meiner Praxis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Meine Patienten, die eine Akutbehandlung benötigen, benötigen meist auch eine längerfristige Psychotherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Sprechstundentermine sind bei manchen meiner Patienten ausreichend, um den Behandlungsbedarf abzudecken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Sprechstundentermine tragen zu einer ersten Entlastung meiner Patienten bei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Ich habe seit der Strukturreform vermehrt mit Fehlzweisungen (keine Indikation für Psychotherapie) zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Sprechstunden-Patienten erwarten, dass ich passende Psychotherapeuten empfehle und nicht nur auf die Terminservicestelle verweise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Für viele meiner Patienten stellt es eine Belastung dar, sich nach der Sprechstunde für die Weiterbehandlung in einer anderen Praxis vorstellen zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Viele Sprechstunden-Patienten sind enttäuscht, wenn ich ihnen keinen Therapieplatz anbiete, selbst wenn vorab die fehlende Kapazität kommuniziert wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Mir persönlich fällt es schwer Patienten nach der Sprechstunde aus Kapazitätsgründen weitervermitteln zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Durch den erleichterten Zugang nehmen Patienten Ersttermine in meiner Praxis häufiger nicht wahr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Patienten, die über die Terminservicestellen zu mir kommen, haben häufig einen zu langen Anfahrtsweg, um längerfristig bei mir behandelt werden zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Der bürokratische Aufwand hat sich für mich insgesamt erkennbar erhöht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Mein höherer Aufwand seit der Reform wird durch die eingeführten Vereinfachungen nicht kompensiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Es kommt häufiger zu (An-)Behandlung bei mehreren Therapeuten („Therapeuten-Hopping“).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Die Umstellung von Arbeitsroutinen durch die Reform war für mich sehr zeit-/ kostenaufwändig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Die Komplexität der Reform hat die Umsetzung erschwert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Die Reform wird ihren Zielen nicht gerecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Mit der Strukturreform wird Misstrauen gegenüber der Arbeitsweise von Psychotherapeuten ausgedrückt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Durch die Reform bin ich mit psychotherapeutischen Kollegen intensiver vernetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G: Allgemeine Angaben

Ihr Geburts <u>j</u> ahr?	_ _ _ _ _ _ _
Ihr Geschlecht?	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Ihre Fachgruppe?	<input type="checkbox"/> Facharzt für Psychosomatische Medizin & Psychotherapie <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut <input type="checkbox"/> Psychotherapeutisch tätiger Arzt
Wie viele Jahre Berufserfahrung als Psychotherapeut haben Sie?	ca. _____ Jahre
Ihr Praxisstandort ist in einer Stadt / Gemeinde mit bis zu	<input type="checkbox"/> 5000 Einwohner <input type="checkbox"/> 20.000 Einwohner <input type="checkbox"/> 100.000 Einwohner <input type="checkbox"/> über 100.000 Einwohner <input type="checkbox"/> über 500.000 Einwohner
In welchen Verfahren sind sie tätig? (mehrfach Nennungen möglich)	<input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> ST
In welcher Praxisform arbeiten Sie?	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> MVZ
Haben Sie eine Qualifikation als Gruppentherapeut?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie an Qualitätszirkeln teil?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Teil eines definierten regionalen Netzwerkes ...	
- bezogen auf gemeinsame Patientenbehandlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Fachkollegen <input type="checkbox"/> interdisziplinär mit - Hausärzten/Psychotherapeuten
- zur gemeinsamen Weiterbildung/ Qualitätssicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Fachkollegen <input type="checkbox"/> interdisziplinär mit - Hausärzten/Psychotherapeuten
- hinsichtlich Meldung / Suche freier Therapieplätze	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Fachkollegen <input type="checkbox"/> interdisziplinär mit - Hausärzten/Psychotherapeuten
Wie hoch schätzen Sie den Anteil (%) Ihrer Patienten ein, die zusätz-	_____ % der Patienten _ _ _ _

lich mind. eine chronische körperliche Erkrankung mit Behandlungsbedarf aufweisen?	
Wären Sie bereit uns noch mehr Auskunft über Anpassungen zu geben, die Sie aufgrund der Strukturreform in Ihrer Praxis gemacht haben (im Rahmen eines Telefoninterviews/ Praxisbesuchs gegen entsprechende Aufwandsentschädigung)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Gesprächsleitfaden für Psychotherapeuten- Interviews

A. Einführung und Projektvorstellung

Vorstellen Interviewer(in)

Hinweis auf Audioaufzeichnung, Datenschutz, Einholung schriftlicher Informed Consent, Schilderung des Interviewablaufs (Allgemeine Fragen, Fallbeispiele, besonderes Interesse an Fällen von Patienten mit auch chronisch körperlichen Erkrankungen)

B. – D. jeweils pro neuem Strukturelement

B Inhaltliche Fragen, C Konkrete Fallbeispiele aus der Praxis, D Fallbeispiele komplex
Einstieg

Sie haben im Rahmen der Tätigkeit in Ihrer Praxis bereits längere Erfahrung mit einer Vielzahl von Anforderungen und Regularien gesammelt. Für das heutige Gespräch geht es vor allem um die Anpassungen seit der Strukturreform von 2017.

1. Wie haben Sie Ihre Praxisabläufe konkret an die Reformen angepasst?

Stichwort: Sprechstunden

2. Wie kommen Sie zu Ihren Sprechstunden-Patient*innen?
3. Was ist bei Ihnen der typische **Modus** von Sprechstunden-Terminen?
(1 Sprechstundentermin à 25 min, mehrere à 25 min, mehrere à 50 min? wie Kontaktaufnahme, wann: Randzeiten, mittags, kurzfristig oder eher langfristig geplant und angeboten?)
4. **Wie läuft eine Sprechstunde bei Ihnen typischerweise ab? Könnten Sie das bitte schildern?**

Nachfragen: Wovon machen Sie es abhängig, wie viele Sprechstundentermine Sie vergeben? welche Techniken (z.B. nie konfliktorientiert, schon Achtsamkeits- und Entspannungsübungen, Hausaufgaben, Tests, Fragebögen) setzen Sie dabei ein? Was würden Sie nicht machen? Wenn Sie jetzt jüngeren Psychotherapeuten, die sich niederlassen wollen, einen Rat geben sollten, was würden Sie zur Umsetzung der Sprechstunde raten?

Hinweis: wenn Abstraktionsniveau „typisch“ schwer fällt - gleich konkrete Fälle

5. Welche konkreten **Fälle** können sie schildern, in denen die Sprechstunde ein echter Gewinn war, also eine Verbesserung gegenüber der Zeit zuvor (ohne Sprechstunde)?
Ziel: Erleben sinnvoller Neuerung erkennbar machen

6. Wechsel zu komplexen Patienten: Fallbeispiele! Können Sie einen Fall mit gleichzeitig körperlicher Erkrankung erinnern und schildern?

Nachfragen: Würden Sie den Ablauf beschreiben... Wie sehr haben Sie sich die körperliche Krankheitssituation und deren Behandlung schildern lassen? Spielte die körperliche Erkrankung im Verlauf der Therapie eine Rolle? Was machen Sie konkret, wenn Patient*innen mit zugleich somatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf in die Sprechstunde kommen?

7. *Wie unterscheiden sich Ihre Aufgaben im Zusammenhang mit der Sprechstunde, wenn Patient:innen auch einen somatischen Behandlungsbedarf haben?*
Stichwort: Akutbehandlung

8. Für welche Fälle oder Konstellationen nutzen Sie die Akutbehandlung?

9. Wie ist der Modus? (Häufigkeit, Intervall)

10. **Wie läuft eine Sprechstunde bei Ihnen typischer Weise ab? Könnten Sie das bitte schildern?**

Wenn Sie jetzt jüngeren Psychotherapeuten, die sich niederlassen wollen, einen Rat geben sollten, was würden Sie zur Umsetzung der Akutbehandlung raten?

11. Welche konkreten Fälle können sie schildern, in denen der Einsatz der Akutbehandlung sich als besonders nützlich erwiesen hat? Wäre das vor der Reform so schon möglich gewesen? (analog Rezidivprophylaxe)
12. **Wechsel zu komplexen Patienten: Fallbeispiele!** Was machen Sie konkret, wenn Menschen mit somatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf in die Akutbehandlung kommen?
13. Wie unterscheiden sich Ihre Aufgaben im Zusammenhang mit der Akutbehandlung, wenn Patient*innen auch einen somatischen Behandlungsbedarf haben?
14. *Wie unterscheidet sich Ihre Arbeitsweise in Akutbehandlungen von jener in KZT?*
15. *Wie unterscheidet sich Ihre Arbeitsweise in Akutbehandlungen von jener in LZT?*
16. *In welchen Fällen wandeln Sie eine Akutbehandlung in KZTII um?*
17. *In welchen Fällen wandeln Sie eine Akutbehandlung in LZT um?*

Stichwort: Rezidivprophylaxe

18. In welchen Fällen nutzen Sie die Rezidivprophylaxe?
19. Wie ist der Modus (Intervall?)
20. Wie setzen Sie die Rezidivprophylaxe typischerweise ein?
21. **Wechsel zu komplexen Patienten: Fallbeispiele!** In welchen Fällen nutzen Sie die Rezidivprophylaxe bei Patienten mit zugleich somatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf?
22. Wie unterscheiden sich Ihre Aufgaben im Zusammenhang mit der Rezidivprophylaxe, wenn Patient*innen auch einen somatischen Behandlungsbedarf haben?

D. Konkrete Fallbeispiele aus Ihrer Praxis – komplex –

Stichwort: Menschen mit zugleich somatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Konkrete Formulierungen aus dem Kontext

23. Konkretes Vorgehen: Spielt die körperliche Erkrankung eine Rolle bei Diagnostik/Anamnese? Wird systematisch nach Behandlung / Medikation der körperlichen Erkrankung gefragt? Ist Adherence bezüglich der körperlichen Behandlung ein Thema? Werden diese Aspekte im Verlauf einer Therapie erneut thematisiert?
24. Arbeitsmodell/Arbeitsmodell: Versucht der Therapeut eine Hypothese zur eventuellen Wechselwirkung von körperlicher und psychischer Erkrankung herzustellen und darauf seine Therapie auszurichten? Hält er das für notwendig und sinnvoll? Arbeitsteilung
25. Kolloaboration: Wann werden Primärbehandler einbezogen? Wie gelingt die Kommunikation mit somatischen Mitbehandler*innen und Hausarzt*innen? Gibt es Routinen für den interprofessionellen Austausch?

Bitte schildern Sie ein (oder mehrere) konkrete(s) Fall-Beispiel(e) mit Einbezug von Mitbehandler*innen aus Ihrer Praxis?

E. Abschluss

26. Welche Aspekte sind Ihnen noch wichtig, die Sie noch nicht in unserem Gespräch thematisiert haben?

Beobachtungsleitfaden für Praxisbeobachtungen

Leitfaden Teilnehmende Beobachtung in ES-Rip

Begleitung psychologischer Psychotherapeuten im
Praxisalltag

A - Setting

„Ambulante Psychotherapie“, Teilnehmende der ES-RIP Studie werden im Praxissetting begleitet.

B - Methode

Beobachtung durchgeführt von Wissenschaftler*Innen unter folgenden Bedingungen:

- 1) Offene, teilnehmende Beobachtung (zurückhaltende Fremdbeobachtung)
- 2) Systematisch, standardisiert
- 3) Setting: Praxis-Räumlichkeiten der Behandelnden
- 4) Jeweils schriftliches Einverständnis der Behandelnden und der Patienten
- 5) Zusätzlich Reflexionsgespräch(e) (RG) mit Psychotherapeuten nach Beobachtung

C - Forschungsfragen

Die nachfolgende Tabelle listet Beobachtungsschwerpunkte, die während der Begleitung im Praxisalltag im Rahmen der Evaluation der Strukturreform der Richtlinien-Psychotherapie bezüglich der Umsetzung der neuen Versorgungsleistungen (Sprechstunde, Akutbehandlung, Gruppentherapie, Rezidivprophylaxe) durch Leistungserbringer gesetzt werden:

Variable	Forschungsfrage
Setting	Wie gestalten Psychotherapeuten die Einbettung der neuen Strukturelemente in den üblichen Praxisablauf? (zeitlicher und formaler Rahmen) Welche Variabilität besteht zwischen Leistungserbringern? Welche Überlegungen waren für die konkrete Umsetzung leitend? (RG)
Haltung	Welche therapeutische Grundhaltung zeigt der Psychotherapeut im Patientenkontakt (supportiv, konfrontativ, edukativ...)? Wie ausgeprägt ist seine Aktivität in Bezug auf Redezeit, Direktivität Inwiefern korrelieren die neuen Strukturelemente mit spezifischen Haltungen/Aktivitäten?
Inhaltliche Ausgestaltung	Welche konkreten Vorgehensweisen und psychotherapeutische Techniken setzt der Psychotherapeut in den neuen Strukturelementen ein?

Anlage 3: Charlson Comorbidity Index (CCI) mit zugehörigen ICD-10-Codes

Myocardial infarction; congestive heart failure; peripheral vascular disease; cerebrovascular disease; dementia; chronic pulmonary disease; rheumatic disease; peptic ulcer disease; mild liver disease; diabetes without chronic complication; diabetes with chronic complication; hemiplegia or paraplegia; renal disease; any malignancy, including lymphoma and leukemia, except malignant neoplasm of skin; moderate or severe liver disease; metastatic solid tumor; AIDS/HIV

Krankheits- gruppe	ICD10- Code	Erkrankung
Myocardial infarction	I21.x	Akuter Myokardinfarkt
	I22.x	Rezidivierender Myokardinfarkt
	I25.2	Alter Myokardinfarkt
Congestive heart failure	I09.9	Rheumatische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet
	I11.0	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz
	I13.0	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz
	I13.2	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herz- und Niereninsuffizienz
	I25.5	Ischämische Kardiomyopathie
	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie
	I42.5	Sonstige restriktive Kardiomyopathie
	I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie
	I42.7	Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen
	I42.8	Sonstige Kardiomyopathien
	I42.9	Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet
	I43.x	Kardiomyopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
I50.x	Herzinsuffizienz	
P29.0	Herzinsuffizienz beim Neugeborenen	
Peripheral vascular disease	I70.x	Atherosklerose
	I71.x	Aortenaneurysma und -dissektion
	I73.1	Thrombangiitis obliterans [Endangiitis von-Winiwarter-Buerger]
	I73.8	Sonstige näher bezeichnete periphere Gefäßkrankheiten
	I73.9	Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet
	I77.1	Arterienstriktur
	I79.0	Aortenaneurysma bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
	I79.2	Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
	K55.1	Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes
	K55.8	Sonstige Gefäßkrankheiten des Darmes
	K55.9	Gefäßkrankheit des Darmes, nicht näher bezeichnet
	Z95.8	Vorhandensein von sonstigen kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten
Z95.9	Vorhandensein von kardialem oder vaskulärem Implantat oder Transplantat, nicht näher bezeichnet	
Cerebrovascular disease	G45.x	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome
	G46.x	Zerebrale Gefäßsyndrome bei zerebrovaskulären Krankheiten
	H34.0	Transitorischer arterieller retinaler Gefäßverschluss
	I60.x	Subarachnoidalblutung
	I61.x	Intrazerebrale Blutung
	I62.x	Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung
I63.x	Hirninfrakt	

	I64.x	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
	I65.x	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt
	I66.x	Infarkt
	I67.x	Verschluss und Stenose zerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt
	I68.x	Infarkt
	I69.x	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten Zerebrovaskuläre Störungen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit
Dementia [Hinweis: Ausschlusskriterium]	F00.x	Demenz bei Alzheimer-Krankheit
	F01.x	Vaskuläre Demenz
	F02.x	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
	F03.x	Nicht näher bezeichnete Demenz
	F05.1	Delir bei Demenz
	G30.x	Alzheimer-Krankheit
	G31.1	Senile Degeneration des Gehirns, anderenorts nicht klassifiziert
Chronic pulmonary disease	I27.8	Sonstige näher bezeichnete pulmonale Herzkrankheiten
	I27.9	Pulmonale Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet
	J40.x	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet
	J41.x	Einfache und schleimig-eitrige chronische Bronchitis
	J42.x	Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis
	J43.x	Emphysem
	J44.x	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung
	J45.x	Asthma bronchiale
	J46.x	Status asthmaticus
	J47.x	Bronchiektasen
	J60.x	Kohlenbergarbeiter-Pneumokoniose
	J61.x	Pneumokoniose durch Asbest und sonstige anorganische Fasern
	J62.x	Pneumokoniose durch Quarzstaub
	J63.x	Pneumokoniose durch sonstige anorganische Stäube
	J64.x	Nicht näher bezeichnete Pneumokoniose
	J65.x	Pneumokoniose in Verbindung mit Tuberkulose
	J66.x	Krankheit der Atemwege durch spezifischen organischen Staub
	J67.x	Allergische Alveolitis durch organischen Staub
	J68.4	Chronische Krankheiten der Atmungsorgane durch chemische Substanzen, Gase, Rauch und Dämpfe
	J70.1	Chronische und sonstige Lungenbeteiligung bei Strahleneinwirkung
	J70.3	Chronische arzneimittelinduzierte interstitielle Lungenerkrankungen
Rheumatic disease	M05.x	Seropositive chronische Polyarthritiden
	M06.x	Sonstige chronische Polyarthritiden
	M31.5	Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica
	M32.x	Systemischer Lupus erythematodes
	M33.x	Dermatomyositis-Polymyositis
	M34.x	Systemische Sklerose
	M35.1	Sonstige Overlap-Syndrome
	M35.3	Polymyalgia rheumatica
	M36.0	Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen
Peptic ulcer disease	K25.x	Ulcus ventriculi
	K26.x	Ulcus duodeni
	K27.x	Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet
	K28.x	Ulcus pepticum jejuni
Mild liver disease	B18.x	Chronische Virushepatitis
	K70.0	Alkoholische Fettleber
	K70.1	Alkoholische Hepatitis

	K70.2	Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber
	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose
	K70.9	Alkoholische Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet
	K71.3	Toxische Leberkrankheit mit chronisch-persistierender Hepatitis
	K71.4	Toxische Leberkrankheit mit chronischer lobulärer Hepatitis
	K71.5	Toxische Leberkrankheit mit chronisch-aktiver Hepatitis
	K71.7	Toxische Leberkrankheit mit Fibrose und Zirrhose der Leber
	K73.x	Chronische Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert
	K74.x	Fibrose und Zirrhose der Leber
	K76.0	Fettleber [fettige Degeneration], anderenorts nicht klassifiziert
	K76.2	Zentrale hämorrhagische Lebernekrose
	K76.3	Leberinfarkt
	K76.4	Peliosis hepatis
	K76.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leber
	K76.9	Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet
	Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation
Diabetes without chronic complication	E10.0	Diabetes mellitus, Typ 1, mit Koma
	E10.1	Diabetes mellitus, Typ 1, mit Ketoazidose
	E10.6	Diabetes mellitus, Typ 1, mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen
	E10.8	
	E10.9	Diabetes mellitus, Typ 1, mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
	E11.0	Diabetes mellitus, Typ 1, ohne Komplikationen
	E11.1	Diabetes mellitus, Typ 2, mit Koma
	E11.6	Diabetes mellitus, Typ 2, mit Ketoazidose
	E11.8	Diabetes mellitus, Typ 2, mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen
	E11.9	
	E12.0	Diabetes mellitus, Typ 2, mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
		Diabetes mellitus, Typ 2, ohne Komplikationen
	E12.1	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition], mit Koma
	E12.6	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition], mit Ketoazidose
	E12.8	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition], mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen
	E12.9	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition], mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
	E13.0	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition], ohne Komplikationen
	E13.1	
	E13.6	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus, mit Koma
		Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus, mit Ketoazidose
	E13.8	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus, mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen
	E13.9	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus, mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
	E14.0	
	E14.1	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus, ohne Komplikationen
	E14.6	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus, mit Koma
		Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus, mit Ketoazidose
	E14.8	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus, mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen
	E14.9	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus, mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
		Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus, ohne Komplikationen

Diabetes with chronic complication	E10.2	Diabetes mellitus, Typ 1, mit Nierenkomplikationen
	E10.3	Diabetes mellitus, Typ 1, mit Augenkomplikationen
	E10.4	Diabetes mellitus, Typ 1, mit neurologischen Komplikationen
	E10.5	Diabetes mellitus, Typ 1, mit peripheren vaskulären Komplikationen
	E10.7	Diabetes mellitus, Typ 1, mit multiplen Komplikationen
	E11.2	Diabetes mellitus, Typ 2, mit Nierenkomplikationen
	E11.3	Diabetes mellitus, Typ 2, mit Augenkomplikationen
	E11.4	Diabetes mellitus, Typ 2, mit neurologischen Komplikationen
	E11.5	Diabetes mellitus, Typ 2, mit peripheren vaskulären Komplikationen
	E11.7	Diabetes mellitus, Typ 2, mit multiplen Komplikationen
	E12.2	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition], mit Nierenkomplikationen
	E12.3	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition], mit Augenkomplikationen
	E12.4	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition], mit neurologischen Komplikationen
	E12.5	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition], mit peripheren vaskulären Komplikationen
	E12.7	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition], mit multiplen Komplikationen
	E13.2	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus, mit Nierenkomplikationen
	E13.3	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus, mit Augenkomplikationen
	E13.4	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus, mit neurologischen Komplikationen
	E13.5	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus, mit peripheren vaskulären Komplikationen
	E13.7	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus, mit multiplen Komplikationen
	E14.2	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus, mit Nierenkomplikationen
	E14.3	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus, mit Augenkomplikationen
	E14.4	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus, mit neurologischen Komplikationen
E14.5	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus, mit peripheren vaskulären Komplikationen	
E14.7	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus, mit multiplen Komplikationen	
Hemiplegia or paraplegia	G04.1	Humane T-Zell-lymphotrope Virus-assoziierte Myelopathie
	G11.4	Hereditäre spastische Paraplegie
	G80.1,	Spastische diplegische Zerebralparese
	G80.2	Infantile hemiplegische Zerebralparese
	G81.x	Hemiparese und Hemiplegie
	G82.x	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie
	G83.0	Diparese und Diplegie der oberen Extremitäten
	G83.1	Monoparese und Monoplegie einer unteren Extremität
	G83.2	Monoparese und Monoplegie einer oberen Extremität
	G83.3	Monoparese und Monoplegie, nicht näher bezeichnet
G83.4	Cauda- (equina-) Syndrom	
G83.9	Lähmungssyndrom, nicht näher bezeichnet	
Renal disease	I12.0	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz
	I13.1	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz
	N03.2	Chronisches nephritisches Syndrom, diffuse membranöse Glomerulonephritis
	N03.3	Chronisches nephritisches Syndrom, diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis

	N03.4	Chronisches nephritisches Syndrom, diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis
	N03.5	Chronisches nephritisches Syndrom, diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis
	N03.6	Chronisches nephritisches Syndrom, Dense-deposit-Krankheit
	N03.7	Chronisches nephritisches Syndrom, Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung
	N05.2	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom, diffuse membranöse Glomerulonephritis
	N05.3	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom, diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis
	N05.4	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom, diffuse endokapillär-proliferative Glomerulonephritis
	N05.5	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom, diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis
	N05.6	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom, Dense-deposit-Krankheit
	N05.7	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom, Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung
	N18.x	Chronische Nierenkrankheit
	N19.x	Chronische Nierenkrankheit
	N25.0	Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz
	Z49.0	Renale Osteodystrophie
	Z49.1	Vorbereitung auf die Dialyse
	Z49.2	Extrakorporale Dialyse
	Z94.0	Sonstige Dialyse
	Z99.2	Zustand nach Nierentransplantation Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz
Any malignancy, including lymphoma and leukemia, except malignant neoplasm of skin	C00.x	Bösartige Neubildung der Lippe
	C01.x	Bösartige Neubildung des Zungengrundes
	C02.x	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge
	C03.x	Bösartige Neubildung des Zahnfleisches
	C04.x	Bösartige Neubildung des Mundbodens
	C05.x	Bösartige Neubildung des Gaumens
	C06.x	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Mundes
	C07.x	Bösartige Neubildung der Parotis
	C08.x	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter großer Speicheldrüsen
	C09.x	Bösartige Neubildung der Tonsille
	C10.x	Bösartige Neubildung des Oropharynx
	C11.x	Bösartige Neubildung des Nasopharynx
	C12.x	Bösartige Neubildung des Recessus piriformis
	C13.x	Bösartige Neubildung des Hypopharynx
	C14.x	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
	C15.x	Bösartige Neubildung des Ösophagus
	C16.x	Bösartige Neubildung des Magens
	C17.x	Bösartige Neubildung des Dünndarmes
C18.x	Bösartige Neubildung des Kolons	
C19.x	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang	
C20.x	Bösartige Neubildung des Rektums	
C21.x	Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals	

C22.x	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
C.23.x	Bösartige Neubildung der Gallenblase
C24.x	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege
C25.x	Bösartige Neubildung des Pankreas
C26.x	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Verdauungsorgane
C30.x	
C31.x	Bösartige Neubildung der Nasenhöhle und des Mittelohres
C32.x	Bösartige Neubildung der Nasennebenhöhlen
C33.x	Bösartige Neubildung des Larynx
C34.x	Bösartige Neubildung der Trachea
C37.x	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
C38.x	Bösartige Neubildung des Thymus
C39.x	Bösartige Neubildung des Herzens, des Mediastinums und der Pleura Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen des Atmungssystems und sonstiger intrathorakaler Organe
C40.x	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten
C41.x	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
C43.x	Bösartiges Melanom der Haut
C45.x	Mesotheliom
C46.x	Kaposi-Sarkom [Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum]
C47.x	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems
C48.x	Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums
C49.x	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe
C50.x	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
C51.x	Bösartige Neubildung der Vulva
C52.x	Bösartige Neubildung der Vagina
C53.x	Bösartige Neubildung der Cervix uteri
C54.x	Bösartige Neubildung des Corpus uteri
C55.x	Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet
C56.x	Bösartige Neubildung des Ovars
C57.x	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter weiblicher Genitalorgane
C58.x	Bösartige Neubildung der Plazenta
C60.x	Bösartige Neubildung des Penis
C61.x	Bösartige Neubildung der Prostata
C62.x	Bösartige Neubildung des Hodens
C63.x	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter männlicher Genitalorgane
C64.x	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
C65.x	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens
C66.x	Bösartige Neubildung des Ureters
C67.x	Bösartige Neubildung der Harnblase
C68.x	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane
C69.x	Bösartige Neubildung des Auges und der Augenanhangsgebilde
C70.x	Bösartige Neubildung der Meningen
C71.x	Bösartige Neubildung des Gehirns
C72.x	Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems

	C73.x	Bösartige Neubildung der Schilddrüse
	C74.x	Bösartige Neubildung der Nebenniere
	C75.x	Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen
	C76.x	
	C81.x	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen
	C82.x	Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]
	C83.x	Follikuläres Lymphom
	C84.x	Nicht follikuläres Lymphom
	C85.x	Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome
	C88.x	Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms
	C90.x	Bösartige immunproliferative Krankheiten
	C91.x	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen
	C92.x	Lymphatische Leukämie
	C93.x	Myeloische Leukämie
	C94.x	Monozytenleukämie
	C95.x	Sonstige Leukämien näher bezeichneten Zelltyps
	C96.x	Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps
	C97.x	Sonstige und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
		Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
Moderate or severe liver disease	I85.0	Ösophagusvarizen mit Blutung
	I85.9	Ösophagusvarizen ohne Blutung
	I86.4	Magenvarizen
	I98.2	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung
	K70.4	Alkoholisches Leberversagen
	K71.1	Toxische Leberkrankheit mit Lebernekrose
	K72.1	Chronisches Leberversagen
	K72.9	Leberversagen, nicht näher bezeichnet
	K76.5	Veno-okklusive Leberkrankheit
K76.6	Portale Hypertonie	
K76.7	Hepatorenales Syndrom	
Metastatic solid tumor	C77.x	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten
	C78.x	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
	C79.x	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
AIDS/HIV	C80.x	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
	B20.x	Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
	B21.x	Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
	B22.x	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
	B24.x	Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]

Anlage 4: Modified Charlson Comorbidity Index (modCCI) mit zugehörigen ICD-10-Codes

ICD-10 Code	Chronic disease	ICD-10 Code	Chronic disease
B18	Chronic viral hepatitis	I86.4	Gastric varices
B20-B24	Human immunodeficiency virus [HIV] disease	I98.2	Oesophageal varices without bleeding in diseases classified elsewhere
C00-C97	Malignant neoplasms	J40-J47	Chronic lower respiratory diseases
D86	Sarcoidosis	J60-J70	Lung diseases due to external agents
E10-E14	Diabetes mellitus	K25	Gastric ulcer
E66.02/.12/.22/.82/.92	Any obesity: WHO grade III	K26	Duodenal ulcer
G04.1	Human T-cell lymphotropic virus associated myelopathy	K27	Peptic ulcer, site unspecified
G10-G12	Systemic atrophies primarily affecting the central nervous system (Huntington disease, Hereditary ataxia, Spinal muscular atrophy and related syndromes)	K28	Gastrojejunal ulcer
G20-G22	Parkinson disease and Parkinsonism	K50	Crohn disease
G23	Other degenerative diseases of basal ganglia	K51	Ulcerative colitis
G25	Other extrapyramidal and movement disorders	K55.1	Chronic vascular disorders of intestine
G35	Multiple sclerosis	K55.8, K55.9	Other vascular disorders of intestine and unspecified vascular disorder of intestine
G40	Epilepsy	K70-K77	Liver diseases
G43	Migraine	K86.1	Other chronic pancreatitis
G45	Transient cerebral ischaemic attacks and related syndromes	L93	Lupus erythematosus
G46	Vascular syndromes of brain in cerebrovascular diseases	M05-M14	Inflammatory polyarthropathies

G62, G63	Polyneuropathy	M30-M36	Systemic disorders of connective tissue
G70-G73	Diseases of myoneural junction and muscle	M79.7	Fibromyalgia
G80.1	Spastic diplegic cerebral palsy	N03	Chronic nephritic syndrome
G80.2	Spastic hemiplegic cerebral palsy	N04	Nephrotic syndrome
G81	Hemiplegia	N05.2	Diffuse membranous glomerulonephritis
G82	Paraplegia and Tetraplegia	N05.3	Diffuse mesangial proliferative glomerulonephritis
G83	Other paralytic syndromes	N05.4	Diffuse endocapillary proliferative glomerulonephritis
G90.5/.6	CRPS type I & II	N05.5	Diffuse mesangiocapillary glomerulonephritis
H34.0	Transient retinal artery occlusion	N05.6	Dense deposit disease
H35.3	Macular Degeneration	N05.7	Diffuse crescentic glomerulonephritis
I09.9	Unspecified rheumatic heart disease	N18	Chronic kidney disease
I11.0, I12.0, I13.0-.2	Hypertensive heart and or renal diseases with heart and or renal failure	N19	Unspecified kidney failure
I20-I25	Ischaemic heart diseases	N25.0	Renal osteodystrophy
I27	Other pulmonary heart diseases	N30.2	Chronic cystitis
I42, I43	Cardiomyopathy and Cardiomyopathy in diseases classified elsewhere	N41.1	Chronic prostatitis
I50	Heart failure	N80	Endometriosis
I60-I69	Cerebrovascular diseases	P29.0	Neonatal cardiac failure
I70	Atherosclerosis	U55	Registration for organ transplant
I71	Aortic aneurysm and dissection	Z49.0	Preparatory care for dialysis
I73.1	Thromboangiitis obliterans [Buerger]	Z49.1	Extracorporeal dialysis
I73.8/.9	Other specified peripheral vascular diseases and unspecified peripheral vascular disease	Z49.2	Other dialysis
I77.1	Stricture of artery	Z94.0	Kidney transplant status

179.0	Aneurysm of aorta in diseases classified elsewhere	Z94.4	Liver transplant status
179.2	Peripheral angiopathy in diseases classified elsewhere	Z95.8, Z95.9	Presence of other cardiac and vascular implants and grafts and presence of cardiac and vascular implant and graft, unspecified
185.0	Oesophageal varices with bleeding	Z99.2	Dependence on renal dialysis
185.9	Oesophageal varices without bleeding		