

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Univ.-Prof. Dr. Dr. med. Gereon Heuft, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster
Förderkennzeichen:	01VSF20025
Akronym:	BARGRU-II
Projekttitel:	BARGRU-II - Barrieren bei Gruppenpsychotherapeut:innen trotz modifizierter Psychotherapie-Richtlinie gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie in der GKV
Autoren:	Gereon Heuft*, Heribert Knott*, Raphael Koch, Carsten Szardenings, Clara Janinhoff**, Elena Dapper** *geteilte Erstautorenschaft; **geteilte Letztautorinnenschaft
Förderzeitraum:	1. Januar 2022 – 31. Dezember 2023

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis	2
II.	Abbildungsverzeichnis	2
III.	Tabellenverzeichnis	2
1.	Zusammenfassung.....	3
2.	Beteiligte Projektpartner	4
3.	Projektziele	4
4.	Projektdurchführung	4
5.	Methodik	6
5.1	Primärdatenanalyse	7
5.2	Sekundärdatenanalyse.....	8
6.	Projektergebnisse.....	10
6.1	Primärdatenanalyse: Subjektive Einschätzungen der Barrieren in der Durchführung ambulanter GT aus Sicht der Behandelnden (Quelle: BARGRU-II-Fragebogenerhebung)	10
6.2	Sekundärdatenanalyse: Versorgungsrealität im Hinblick auf ambulante ET und GT in Deutschland in den Jahren 2019 bis 2021 (Quelle: Versorgungsdatensatz der KBV).....	21
6.3	Primärdatenanalyse: Ergebnisse der Fokusgruppen – Ableitung möglicher Strategien zur Förderung ambulanter Gruppenpsychotherapie.....	27
7.	Diskussion der Projektergebnisse	30
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	34
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	37
10.	Literaturverzeichnis.....	37
11.	Anhang.....	38
12.	Anlagen.....	38

I. Abkürzungsverzeichnis

AP	Analytische Psychotherapie
BAG	Berufsverband der Approbierten Gruppenpsychotherapeuten
BARGRU	Barrieren bei Psychotherapeut:innen trotz modifizierter PT-Richtlinie gegenüber der ambulanten GT in der GKV
ET	Einzels psychotherapie
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GT	Gruppenpsychotherapie
IBKF	Institut für Biometrie und Klinische Forschung
KT	Kombinationstherapie
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZT	Kurzzeittherapie
LZT	Langzeittherapie
PT	Psychotherapie
PTN	Psychotherapeut:innennetzwerk
rET	reine Einzels psychotherapie
rGT	reine Gruppenpsychotherapie
RLPT	Richtlinienpsychotherapie
SD	Standardabweichung
ST	Systemische Psychotherapie
TP	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
VT	Verhaltenstherapie

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Struktur und Ablauf des BARGRU-II-Projektes.....	6
Abbildung 2: Einschätzung der neuen Behandlungsoption GT-Grundversorgung von denjenigen mit GT-Zulassung	13
Abbildung 3: Einschätzung der Möglichkeit probatorische Sitzungen im Gruppensetting durchzuführen aus Sicht derjenigen mit GT-Zulassung	13
Abbildung 4: Einschätzung der Möglichkeit, GT in allen Behandlungsverfahren in Einheiten von 50 Minuten durchzuführen aus Sicht derjenigen mit GT-Zulassung	14
Abbildung 5: Subgruppenvergleich zwischen GT-Praktizierenden und Nicht-Praktizierenden in Bezug auf die Einschätzung der neuen Behandlungsoption der GT Grundversorgung	14
Abbildung 6: Subgruppenvergleich zwischen GT-Praktizierenden und Nicht-Praktizierenden in Bezug auf die Einschätzung der probatorischen Sitzungen im Gruppensetting.....	15

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner:innen.....	4
Tabelle 2: Verteilung des Alters und Geschlechts differenziert nach Fragebogenversion (A: mit GT-Zulassung; B: ohne GT-Zulassung).....	10
Tabelle 3: Anzahl von Patient:innen, Leistungen und Behandelnde der Jahre 2016 bis 2021	21
Tabelle 4: Anzahl der Patient:innen nach Therapieform (KT, rET, rGT) der Jahre 2019 bis 2021	23

1. Zusammenfassung

Die BARGRU-I-Studie (Christoffer et al., 2021) hat gezeigt, dass Gruppenpsychotherapie (GT) in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bisher eine eher marginale Rolle spielt: Nur 21% der in GT Weitergebildeten realisieren diese auch tatsächlich in der kassenärztlichen Patient:innenversorgung. Mit den Reformen der Psychotherapie (PT)-Richtlinie 2017 und 2020 wurden (gesundheits-)politische Entscheidungen zur Förderung der ambulanten GT getroffen. Ziel der BARGRU-II-Studie ist die Evaluation dieser PT-Richtlinien-Veränderungen auf die ambulante Versorgungsrealität, auch unter Berücksichtigung der COVID-19-Pandemie. So sollen Optionen sichtbar gemacht werden, die den Einsatz ambulanter GT weiter fördern könnten.

Es wurden zwei Fragebogenversionen entwickelt (Version A für Behandelnde mit GT-Zulassung, Version B für Behandelnde ohne GT-Zulassung), die an alle niedergelassenen ärztlichen, psychologischen sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut:innen des Psychotherapeut:innen-Netzwerks (PTN) Münster und Münsterland e.V. (n=645) und der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin (n=3.259) versandt wurden. Die Fragebogenerhebung wurde von Fokusgruppen mit niedergelassenen Psychotherapeut:innen begleitet. Diese dienten dazu, den Fragebogen vor der Versendung auf inhaltliche Validität zu prüfen und nach der Erhebung die Ergebnisse der Primärdaten mit den Expert:innen in Bezug auf mögliche Lösungsansätze zu diskutieren. Zudem fanden zwei Fokusgruppen mit niedergelassenen Hausärzt:innen sowie ein Reflektionsgespräch mit dem Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität Münster zur Frage der Perspektive der Ärzt:innen in der Primärversorgung auf GT statt. - Im Rahmen einer Sekundärdatenanalyse wurden die Ergebnisse durch anonymisierte Versorgungsdaten der KBV zur ambulanten Einzelpsychotherapie (ET) und GT der Jahre 2019 bis 2021 ergänzt und mit den Versorgungsdaten der Jahre 2016 bis 2018 verglichen.

Von insgesamt 3.834 angeschriebenen niedergelassenen Behandelnden beantworteten 359 Behandelnde mit und 424 Behandelnde ohne GT-Zulassung den Fragebogen (Rücklaufquote 20,4%). Obwohl einige der durch die PT-Richtlinien-Modifikation entstandenen Veränderungen als hilfreich wahrgenommen werden, bestehen organisatorische und inhaltliche Barrieren bei der Umsetzung von GT fort. - Die Analyse der Versorgungsdaten der KBV zeigt moderate Anstiege der Anteile von GT-Leistungen (+1,7%), GT-Patient:innen (+1,4%) und GT-Behandelnden (+2,2%) zwischen den Jahren 2016 und 2021 in Relation zu allen Leistungen, Patient:innen und Behandelnden im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie (RLPT). In dem von der COVID-19-Pandemie geprägten Jahr 2020 ist ein kurzfristiger Rückgang des Anteils der GT-Leistungen sowie eine Stagnation des Anteils der Patient:innen sichtbar, während im Jahr 2021 ein leichter Rückgang des Anteils der GT-Behandelnden zu beobachten ist. - Basierend auf den Ergebnissen des Fragebogens wurden zusammen mit den Fokusgruppen Lösungsvorschläge zur Förderung ambulanter GT aus Sicht der psychotherapeutisch und hausärztlich Niedergelassenen generiert.

Die BARGRU-II-Studie bietet einen umfassenden Einblick in die derzeitige Realität der gruppenpsychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Die Ergebnisse zeigen, dass trotz der forcierten Förderung von GT diese im Vergleich zur ET weiterhin stark unterrepräsentiert ist. Dennoch ist trotz der Hindernisse durch die COVID-19-Pandemie ein moderater Anstieg von GT zu verzeichnen als Hinweis, dass Modifikationen der Rahmenbedingungen für GT Wirkung zeigen können. Die aus Sicht der psychotherapeutisch und hausärztlich Niedergelassenen weiterhin bestehenden Barrieren für die Durchführung von GT werden in konkrete Lösungsvorschläge auf organisatorischer und inhaltlicher Ebene übersetzt.

2. Beteiligte Projektpartner:innen

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner:innen

Einrichtung/Institut	Ansprechpartner:innen	Rolle/Verantwortlichkeit
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster	Univ.-Prof. Dr. med. Dr. theol. Gereon Heuft	Konsortialführung: Projektleitung
Forschungsbeauftragter des Berufsverbands der Approbierten Gruppenpsychotherapeuten e.V. (BAG); niedergelassen in eigener Praxis	Dr. med. Heribert Knott	Kooperationspartner: Rekrutierung der Fokusgruppen; inhaltliche Weiterentwicklung des Fragebogens; Förderung des Feldzugangs
Institut für Biometrie und Klinische Forschung, Universität Münster (IBKF)	Univ.-Prof. Dr. rer. nat. et med. habil. Andreas Faldum	Kooperationspartner: Biometrie
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Dezernat Ärztliche und veranlasste Leistungen, Abt. Nutzenbewertung und Dezernat Digitalisierung und IT	Dr. med. Ekkehard von Pritzbuier und Frau Diana Kurch-Bek	Kooperationspartner:innen: Bereitstellung der Versorgungsdaten; Unterstützung bei der Sekundärdatenanalyse

3. Projektziele

Seit der Realisierung der bis August 2020 laufenden BARGRU-I-Studie, die Versorgungsdaten bis Ende 2018 einschließen konnte, sind erneute (gesundheits-)politische Entscheidungen zur Förderung ambulanter GT beschlossen worden. Hierunter fallen die Neuerungen in der PT-Richtlinie im Jahr 2020 (s. Tabelle 1, Anhang 1). Zusätzlich wird mit einem nachlaufenden Effekt durch die Modifikation der Vergütung ambulanter GT (2017) auf die ambulante Versorgungsrealität gerechnet. Die BARGRU-II Studie dient der systematischen Evaluation hierdurch entstandener Erleichterungen, fortbestehender Barrieren sowie potenzieller neu hinzugekommener Herausforderungen, auch unter Berücksichtigung der COVID-19-Pandemie. Auf Basis der Erkenntnisse sollen Vorschläge für Interventionen zur Veränderung psychotherapeutischer Versorgungsstrukturen generiert werden.

Die BARGRU-II-Studie verfolgt drei Hauptziele: Das **erste Ziel** besteht in der Evaluation der trotz Modifikation der PT-Richtlinie bei niedergelassenen Behandelnden fortbestehenden Hindernisse, ambulante GT innerhalb des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) anzubieten bzw. durchzuführen sowie der Identifikation von förderlichen Faktoren für die Realisierung von GT aus Sicht Behandelnder mit und ohne GT-Zulassung auf der Basis einer systematischen schriftlichen Befragung (Primärdaten-Analyse). Hierbei sollten auch mögliche neu hinzugekommene Aspekte im Rahmen der COVID-19-Pandemie identifiziert werden. Das **zweite Ziel** beinhaltet die Auswertung der Versorgungsdaten im Hinblick auf die Durchführung ambulanter GT aus den Jahren 2019 bis 2021 im Vergleich zu 2016 bis 2018 (Sekundärdaten-Analyse). Das **dritte Ziel** besteht in der Erarbeitung von Strategien zur weiteren Erhöhung der Indikationen ambulanter GT wie bspw. durch Öffentlichkeitsarbeit oder die verstärkte Information bzw. Aufklärung von Patient:innen und (Haus-)Ärzt:innen.

Im gesamten Bericht werden die Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeut:innen, der Ärztlichen Psychotherapeut:innen sowie der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut:innen zusammenfassend als Behandelnde bezeichnet. Sofern es um andere Berufsgruppen geht, bspw. Hausärzt:innen, wird dies explizit benannt.

4. Projektdurchführung

Von der Forschergruppe wurden - basierende auf den Erfahrungen aus der BARGRU-I-Studie – zwei Fragebogenversionen entwickelt: die Version A für Behandelnde mit einer Zulassung zur ambulanten GT durch die GKV und Version B für Behandelnde ohne GT-Zulassung) (vgl.

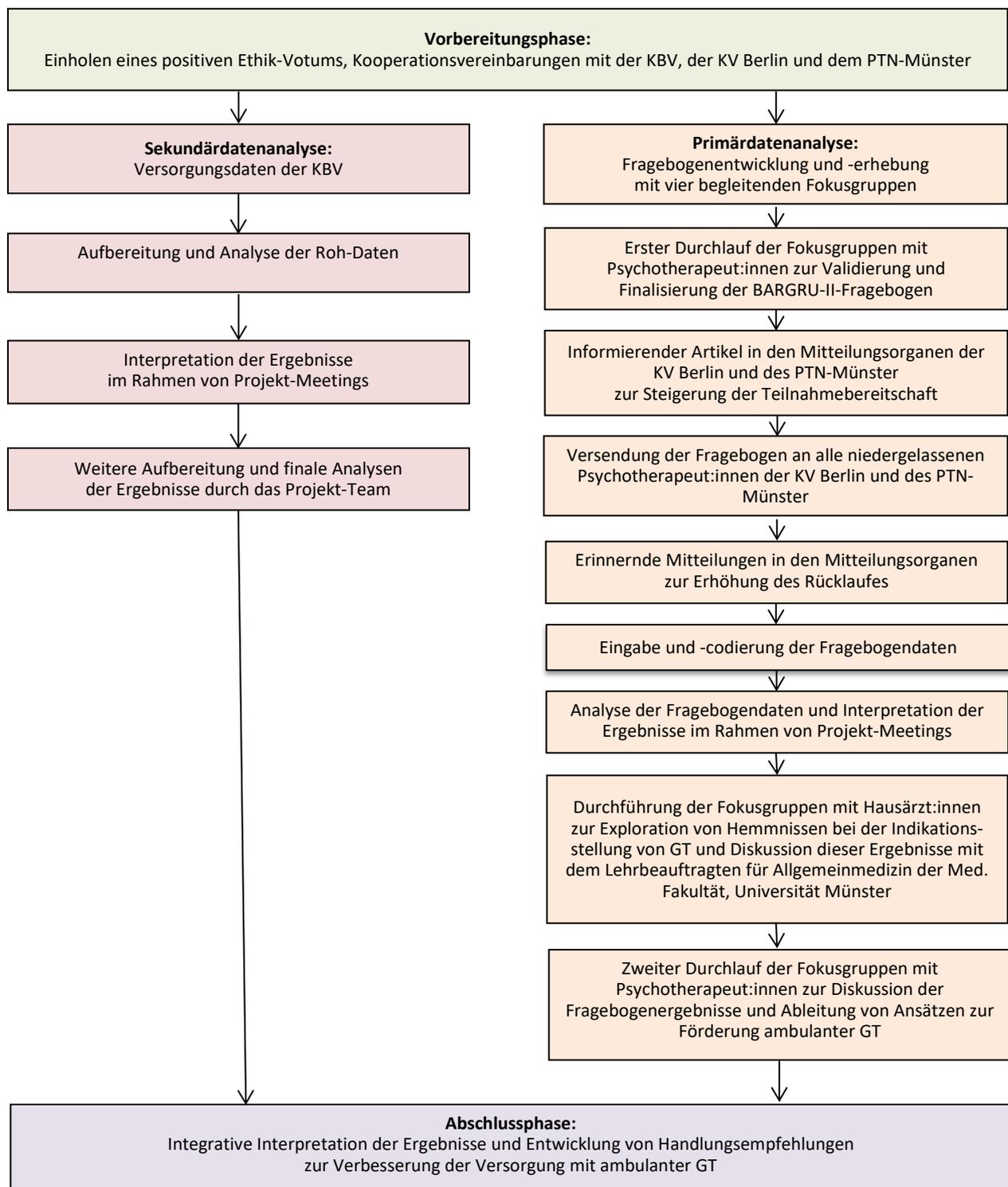
rechte Seite von Abb. 1). Diese beiden Versionen wurden in vier Fokusgruppen von jeweils 10 niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeut:innen kritisch durchgesehen und diskutiert – entsprechend dem Untersuchungsdesign zwei Fokusgruppen mit Teilnehmenden aus dem Münsterland und zwei Fokusgruppen aus Berliner Teilnehmenden. Nach jeder Fokusgruppensitzung wurden die eingebrachten Überarbeitungsvorschläge in die aktualisierte Version eingearbeitet und diese Version der nächsten Fokusgruppe zur Diskussion vorgelegt. Erwartungsgemäß hatte die vierte Fokusgruppe kaum noch Verbesserungsvorschläge, so dass man unter methodischen Gesichtspunkten von einem „Sättigungseffekt“ ausgehen kann. Wir führen die relativ hohe Akzeptanz des Fragebogens bei den Praktikern auch auf diese Überarbeitungsdurchgänge zurück.

Parallel zur Versendung der Fragebögen über die KV Berlin und das Psychotherapeut:innen-Netzwerk Münster und Münsterland e.V. wurden in den Medien dieser beiden Kooperationspartner informierende Artikel über die Studie veröffentlicht. – Die zurücklaufenden Fragebögen wurden hinsichtlich der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten quantitativ und in Bezug auf die zusätzlichen Freitext-Antwortmöglichkeiten qualitativ ausgewertet. Die Ergebnisse wurden von der Forschungsgruppe dann mit zwei Fokusgruppen aus Hausärzt:innen, dem Fakultätsbeauftragten für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Münster und erneut mit den o.g. vier Fokusgruppen im Hinblick auf die Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Projektes diskutiert.

Außerdem erfolgte eine Auswertung der bei der KBV für ganz Deutschland verfügbaren Versorgungsdaten zur ambulanten Gruppenpsychotherapie von 2019 bis 2021 (vgl. linke Seite von Abb. 1) mit dem Ziel, die Auswirkungen der Veränderungen in der Psychotherapierichtlinie 2017 und 2020 zugunsten der GT zu evaluieren. Damit schließt die BARGRU-II-Studie bruchlos an die Analyse der Versorgungsdaten der Jahre BARGRU-I-Studie über die Jahre 2016-2018 an und setzt sich zudem mit den möglichen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die GT auseinander. Da die Daten eines kompletten Jahres erst ein Jahr später bei der KBV verfügbar sind, waren bis zum Ende der Projektlaufzeit im Dezember 2023 als letzter kompletter Jahrgang das Jahr 2021 auszuwerten.

In Abbildung 1 sind die Struktur und der Ablauf des BARGRU-II-Projekts ersichtlich.

Abbildung 1: Struktur und Ablauf des BARGRU-II-Projektes



5. Methodik

Die explorative Studie umfasste im Rahmen eines Mixed-Methods-Designs neben quantitativen auch qualitative Datenerhebungs- und Datenauswertungsverfahren: die Primärdatenanalyse auf der Basis der Fragebogenerhebung mit quantitativen und einigen qualitativen Auswertungsformaten, welche durch qualitative Verfahren ergänzt wurde (Durchführung von Gruppendiskussionen in Form von Fokusgruppen). Diese wurde verbunden

mit der Sekundärdatenanalyse (routinemäßig erhobene Versorgungsdaten) an ausschließlich quantitativen Daten.

Wie im Projektantrag in Aussicht gestellt, wurden darüber hinaus – wo immer es sinnvoll möglich war – die aktuellen Ergebnisse in Bezug zu den Ergebnissen der BARGRU-I-Studie gestellt. So wurden in der BARGRU-I-Studie die Versorgungsdaten der KBV der Jahre 2016-2018 berichtet [in der Mitte des ersten Untersuchungszeitraums lag 2017 die erste für die GT einschlägige Reform der Psychotherapie-Richtlinie]. In der BARGRU-II-Studie konnten die Daten von 2019-2021 untersucht werden [in 2020 erfolgten weitere Veränderungen der Psychotherapie-Richtlinie].

In der Abschlussphase des Projektes traf sich das gesamte Projektteam wöchentlich zu mehrstündigen Sitzungen, um – auf dem Hintergrund der Rückmeldungen aus der zweiten Runde der vier Fokusgruppen niedergelassener ärztlicher und psychologischer Psychotherapeut:innen sowie der zwei Fokusgruppen niedergelassener Hausärzt:innen - aus den Ergebnissen der Fragebogenerhebung und den Versorgungsdaten der KBV die gesundheits- und versorgungspolitischen Empfehlungen für eine weitere Förderung der GT herauszuarbeiten. Dabei wurden sowohl die bedeutsamen Voten der Fragebogenerhebung, die aus den Versorgungsdaten erkennbaren Tendenzen über die Jahre 2016-2021 und die (kritischen) Diskussionsbeiträge der Fokus-Gruppen-Mitglieder zur Versorgungsrealität aus Sicht der niedergelassenen Praxen berücksichtigt. Dabei berücksichtigt wurde das Spannungsfeld zwischen den Haltungen/Antworten derjenigen, die GT praktizieren und denjenigen, die zwar eine GT-Zulassung haben, sie aber nicht realisieren, und denjenigen, die keine GT-Zulassung haben und sie ev. auch gar nicht anstreben.

5.1 Primärdatenanalyse

Die Primärdatenanalyse fokussiert eine Teilerhebung Behandelnder mit und ohne Zulassung für GT in Berlin (eher städtisch geprägt) und im Münsterland (auch ländlich geprägt). Die verwendeten Fragebogenversionen (Version A für Behandelnde mit GT-Zulassung, Version B für Behandelnde ohne GT-Zulassung; s. Anhang 2) wurden auf Basis des in der BARGRU-I-Studie verwendeten Fragebogens (damals wurden nur Behandelnde mit GT-Zulassung befragt) und unter Berücksichtigung der Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der Freitextantworten der BARGRU-I-Studie entwickelt. Eine Validierung der Fragebogen fand durch die Gruppendiskussionen von Behandelnden im Rahmen der Fokusgruppen statt.

Bei allen inhaltlichen Entsprechungen der beiden Fragebogenversionen gab es auch Unterschiede bei den persönlichen Angaben im Zusammenhang mit GT. Zum Beispiel lag der Fokus in Version A auf detaillierten Informationen zur eigenen Praxis in GT, während es in Version B u.a. um die Frage ging, ob eine Zulassung für GT angestrebt wird. Allgemeinere Einschätzungen zur GT, bspw. Veränderungen der PT-Richtlinie, wurden in beiden Versionen abgefragt. Die BARGRU-II-Fragebogen umfassen Fragen zu folgenden Kernbereichen: soziodemographische Angaben, beruflicher Hintergrund, Auswirkungen der Modifikation der PT-Richtlinie 2020 auf die Häufigkeit ambulanter GT, hinderliche und förderliche Faktoren bei der Durchführung ambulanter GT während der COVID-19-Pandemie, allgemeine organisatorische und inhaltliche Aspekte, die die Praxis ambulanter GT erschweren, allgemeine organisatorische und inhaltliche Aspekte, die die ambulante GT erleichtern, alternative Qualitätssicherungsmaßnahmen für GT und die Angemessenheit der Vergütung für ambulante GT. Die Antwortmöglichkeiten bestanden überwiegend aus vorgegebenen Multiple-Choice-Items, die Mehrfachantworten erlaubten, sofern es inhaltlich sinnvoll war. Zusätzlich zu den vorgegebenen Items konnten Freitextantworten gegeben werden, entweder zur Ergänzung oder zur Erläuterung zuvor angekreuzter Antworten (Fragebogen-Versionen in Anhang 2).

Die Codierung der Fragebogen erfolgte in IBM SPSS Statistics for Windows, Version 29.0 (Armonk, NY: IBM Corp). Die statistische Auswertung wurde mit SAS-Software, Version 9.4 TS1M8 des SAS-Systems für Windows (Copyright © 2023 SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) durchgeführt. Alle p-Werte und Konfidenzintervalle sind zweiseitig, explorativ und nicht als

konfirmatorisch zu interpretieren. Daher wurde keine Anpassung bezüglich multiplen Testens vorgenommen. Zweiseitige explorative p-Werte $\leq 0,05$ wurden als statistisch bedeutsam erachtet. In der deskriptiven Analyse wurden kontinuierliche Variablen als Mittelwert \pm Standardabweichung (SD) bzw. als Median (25%-Quantil - 75%-Quantil, IQR) angegeben. Für kategoriale Variablen wurden absolute und relative Häufigkeiten angegeben. Zusammenhänge zwischen den kategorialen Items und den Fragebogenversionen A und B bzw. zwischen Behandelnden, die eine GT-Zulassung haben und GT praktizieren, und denen, die diese nicht praktizieren, wurden in Kreuztabellen dargestellt. Prozente wurden entweder innerhalb der Gruppen (Fragebogenversionen bzw. GT-Praktizierende oder Nicht-Praktizierende) oder innerhalb der Ausprägung einer kategorialen Variable berechnet (Zeilen- bzw. Spaltenprozente). Die Antworten wurden zwischen den Fragebogenversionen bzw. den beiden Subgruppen (GT-Zulassung und GT praktizierend vs. GT-Zulassung und nicht praktizierend) mittels zweiseitigen Tests wie Mann-Whitney U-Tests, exakten Tests nach Fisher oder Chi-Quadrat-Tests verglichen. Für die grafische Darstellung wurden gruppierte Balkendiagramme verwendet.

Die qualitative Auswertung der Freitextantworten erfolgte mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Die Kategorisierung der Texte folgte den im Fragebogen bereits kategorial vorgegebenen Spezifizierungen sowie der Identifizierung zusätzlicher hinderlicher und förderlicher Faktoren für GT. Die Freitextantworten wurden kategorisiert und als Häufigkeiten bzw. Prozente dargestellt, wobei sich die Gesamtzahl auf die Anzahl der Fragebogen insgesamt bzw. pro Gruppe, bei denen Freitexte angegeben wurden, bezieht. Zusätzliche qualitative Daten wurden durch Fokusgruppen mit niedergelassenen Psychotherapeut:innen und Hausärzt:innen generiert. Während in der ersten Runde der Fokusgruppen der Psychotherapeut:innen der Fragebogen erarbeitet wurde, wurden in der zweiten Runde der Fokusgruppen mit den Psychotherapeut:innen und Hausärzt:innen Strategien entwickelt, um die Anzahl der Indikationen für ambulante GT gemäß dem dritten Projektziel weiter zu steigern. Die Aussagen der Teilnehmenden wurden schriftlich dokumentiert, innerhalb der Forschungsgruppe diskutiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) analysiert.

5.2 Sekundärdatenanalyse

Analog zur BARGRU-I-Studie wurden im Rahmen der Sekundärdatenanalyse drei Zielgrößen analysiert: Die Anzahl der abgerechneten ambulanten psychotherapeutischen Leistungen, die Anzahl der Patient:innen, die mind. eine ambulante psychotherapeutische Leistung im jeweiligen Kalenderjahr erhalten haben, sowie die Anzahl der Behandelnden, die mind. eine ambulante psychotherapeutische Leistung erbracht haben.

Der Beobachtungszeitraum entspricht den Jahren 2019 bis 2021. Eingeschlossen wurden alle im Beobachtungszeitraum im Rahmen der GKV abgerechneten Leistungen mit einer im Anhang 4 in Tabelle 1 aufgeführten EBM-Ziffer an Patient:innen mit definiertem Geschlecht männlich oder weiblich.

Insbesondere wurden die bereits in der BARGRU-I-Studie berücksichtigten Leistungen erhoben: Kurzzeittherapie (KZT) und Langzeittherapie (LZT) nach Richtlinienpsychotherapie (RLPT), psychotherapeutische Sprechstunde, probatorische Sitzung im Einzelsetting und psychotherapeutische Akutbehandlung. Neu hinzugenommen wurden Leistungen, die bis 2018 nicht abrechenbar waren: Systemische Psychotherapie (ST), GT-Grundversorgung, Rezidivprophylaxe, Videositzungen und probatorische Sitzungen im Gruppensetting.

Bei den Studiendaten handelte es sich um Versorgungsleistungen auf der Abrechnungsstufe 2 (Honorarabrechnungen) und um geschützte Sozialdaten. Um eine Anonymisierung zu gewährleisten, werden Daten seitens der KBV nur aggregiert, jeweils basierend auf mind. 30 Leistungen und fünf Patient:innen bzw. Behandelnden, übermittelt.

Diese Daten entsprechen einer Vollerhebung der in Deutschland im Rahmen der GKV abgerechneten Leistungen sowie deren Empfänger:innen (Patient:innen) und deren Erbringer:innen (Behandelnde). Analog der BARGRU-I-Studie wurden durch deskriptive

Statistik Häufigkeiten und Prozente der erbrachten Leistungen, der Behandelnden und der Patient:innen dargestellt. Die statistische Auswertung erfolgte mit R (Version 4.3.1, 2023).

Differenziert wurden die abgerechneten ambulanten Leistungen nach KV-Versorgungsgebiet, Leistungsart (Sprechstunden, Probatorik, Akuttherapie, RLPT, innerhalb der RLPT nach Teilnehmendenanzahl (eins; drei bis neun), Therapieverfahren (psychoanalytisch vs. tiefenpsychologisch vs. verhaltenstherapeutisch vs. systemisch) und Therapiedauer (KZT vs. LZT), Leistungen per Video und unter Einbeziehung der Bezugsperson.

Um die Anonymisierung zu gewährleisten (vgl. oben), wurden aufgrund ihrer aktuell noch gefundenen Seltenheit Leistungen im Rahmen der ST in fast allen Fällen nicht direkt dargestellt, sondern den Leistungen im Rahmen der Verhaltenstherapie (VT) – dem häufigsten Therapieverfahren – zugeordnet, um das Verzerrungsrisiko möglichst gering zu halten.

Patient:innen wurden nach Alter (<10 Jahre, 10-19 Jahre, 20-29 Jahre, 30-39 Jahre, 40-49 Jahre, 50-59 Jahre, 60-69 Jahre, 70-79 Jahre, 80-89 Jahre, >90 Jahre) und Geschlecht differenziert.

Die Behandelnden wurden quartalsweise nach ihrem Abrechnungsverhalten basierend auf KBV-Abrechnungsgruppen (vgl. <https://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>) in Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (KBV-Abrechnungsgruppen 2201 und 2202), Psychologische Psychotherapeut:innen (KBV-Abrechnungsgruppen 2301 und 2302), Ärztliche Psychotherapeut:innen und Psychiatrie (KBV-Abrechnungsgruppen 2101, 2211 und 2212), Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapeut:innen (KBV-Abrechnungsgruppen 1401, 2303, 2304, 2309) und Sonstige (alle weiteren KBV-Abrechnungsgruppen) differenziert. Für ein Kalenderjahr wurden Behandelnde allen Gruppen zugeordnet, in denen sie in mind. einem Quartal desselben Kalenderjahres zugeordnet wurden. Im Folgenden werden die aus dieser Differenzierung resultierenden Gruppen vereinfachend als Abrechnungsgruppe bezeichnet.

Darüber hinaus wurden Patient:innen und Behandelnde nach Leistungen differenziert, die sie mind. einmal im Kalenderjahr erhalten bzw. erbracht haben. Dabei ist zu beachten, dass ein:e Patient:in oder ein:e Behandelnde:r in einem Kalenderjahr mehreren nach Leistungen differenzierten Gruppen zugeordnet wurde, falls sie entsprechend differenzierte Leistungen erhalten bzw. erbracht hat. Leistungen und Patient:innen wurden differenziert nach der Abrechnungsgruppe der Behandelnden, die die Leistungen erbracht haben bzw. für die Patient:in mind. einmalig im Kalenderjahr eine Leistung erbracht haben.

Jede Leistung wird hingegen genau einer Gruppe zugeordnet, da eine Leistung von nur einer:m Behandelnden in einem bestimmten Quartal abgerechnet wurde. Ferner wurden Leistungen pro Leistungsempfänger:in abgerechnet und differenziert nach Patient:in, die die Leistung erhalten hat. Einige Leistungen können in halber und voller Dauer abgerechnet werden. Die Anzahl der Leistungen entspricht der Anzahl abgerechneter voller Leistungen, d.h. eine Gruppensitzung in voller Dauer mit n Patient:innen entspricht n Leistungen, eine Gruppensitzung mit n Patient:innen in halber Dauer n/2 Leistungen. Die Anzahl der Leistungen innerhalb eines Kalenderjahres wird abgerundet angegeben.

Patient:innen, die innerhalb eines Kalenderjahres mind. eine RLPT erhalten haben, wurden nach Verhältnis der innerhalb dieses Kalenderjahres erhaltenen ET- und GT-RLPT-Leistungen den Therapieformen reine ET (rET, keine GT-Leistung), Kombinationstherapie (KT) oder reine GT (rGT, Verhältnis von GT-Leistungen zu ET-Leistungen größer 10:1 bzw. keine ET-Leistung) differenziert.

In der Kombination von Therapieform und Therapieverfahren wurden für rGT und KT nur GT-Leistungen im jeweiligen Verfahren berücksichtigt, d.h. die Summe der Anzahl der Leistungen (Patient:innen) eines Verfahrens im Rahmen einer rGT und der Anzahl der Leistungen (Patient:innen) eines Verfahrens im Rahmen einer KT entspricht der Anzahl der (Patient:innen mit) GT-Leistungen dieses Verfahrens; eine KT-Patient:in mit einer GT-Leistung in Analytischer Psychotherapie (AP) und einer ET-Leistung in VT wird nur unter KT x AP und nicht unter KT x VT geführt.

6. Projektergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der BARGRU-II-Studie dargelegt: Der erste Abschnitt befasst sich mit den Kernergebnissen der Fragebogenerhebung (Primärdatenerhebung), der zweite Abschnitt mit der Versorgungsrealität anhand der KBV-Daten (Sekundärdatenanalyse) und der dritte Abschnitt mit den mithilfe der Fokusgruppen gewonnenen Vorschlägen zur weiteren Förderung ambulanter GT. Der detaillierte Ergebnisbericht der Primärdatenanalyse findet sich in Anhang 3, der Ergebnisbericht der Sekundärdatenanalyse in Anhang 4.

6.1 Primärdatenanalyse: Subjektive Einschätzungen der Barrieren in der Durchführung ambulanter GT aus Sicht der Behandelnden (Quelle: BARGRU-II-Fragebogenerhebung)

6.1.1 Teilnahmebereitschaft und Rücklaufquote

Im Rahmen des BARGRU-II-Forschungsprojekts wurden Fragebogen an alle niedergelassenen Behandelnden des PTN-Münster ($n=645$) und der KV Berlin ($n=3.259$) versandt (insgesamt 3.904). Jede Person erhielt sowohl die Fragebogenversion A für Behandelnde mit GT-Zulassung als auch die Version B für Behandelnde ohne GT-Zulassung mit der Bitte, den für sie passenden Fragebogen auszufüllen. Von den versandten Fragebogen waren insgesamt 70 unzustellbar (PTN: $n=20$; KV Berlin: $n=50$). Somit wurden insgesamt 3.834 Sendungen erfolgreich zugestellt. In die Auswertungen eingeschlossen wurden alle Rückläufe bis zum 28.02.2023 ($n=784$; Rücklaufquote 20,4%). Von den zurückerhaltenen Fragebogen musste eine Person ausgeschlossen werden, da sie erkennbar versehentlich die Fragebogenversion der falschen Gruppe ausgefüllt hat. Alle folgenden Datenanalysen und deren Ergebnisse beziehen sich auf die Stichprobe der Behandelnden, die die korrekte Fragebogenversion ausgefüllt zurückgeschickt haben ($n=783$). Bei der Subgruppenanalyse derjenigen mit GT-Zulassung beziehen sich alle Prozentzahlen auf $n=350$, da unter denjenigen mit GT-Zulassung 9 Personen wegen fehlender Angaben weder der Gruppe der GT-Praktizierenden noch der Nicht-Praktizierenden zugeordnet werden konnten.

6.1.2 Soziodemografische und berufsspezifische Stichprobenmerkmale

Von den insgesamt 783 Fragebogen, die in die Auswertung einbezogen wurden, entfielen 45,8% ($n=359$) auf Version A (vorhandene GT-Zulassung) und 54,2% ($n=424$) auf Version B (keine GT-Zulassung). 29,5% der 783 Behandelnden machten von ihrer GT-Zulassung Gebrauch. Das mittlere Alter betrug 52,4 Jahre (SD $\pm 10,6$ Jahre). Von den 783 Teilnehmenden waren zwei Personen divers, 21,9% männlich und 77,8% weiblich. Eine detaillierte Aufschlüsselung des Alters und Geschlechts nach Fragebogenversion ist in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Verteilung des Alters und Geschlechts differenziert nach Fragebogenversion (A: mit GT-Zulassung; B: ohne GT-Zulassung)

	Fragebogen			P-value
	Total (N=783)	A (N=359)	B (N=424)	
Alter				0.164 ¹
N (Missing)	772 (11)	351 (8)	421 (3)	
Median (IQR)	53.0 (44.0, 60.0)	52.0 (44.0, 59.0)	54.0 (45.0, 61.0)	
Range	29.0, 85.0	31.0, 85.0	29.0, 82.0	
Mean (SD)	52.4 (10.61)	51.8 (10.50)	52.9 (10.69)	
Geschlecht, n (%)				0.047 ²
weiblich	600 (77.8%)	261 (74.6%)	339 (80.5%)	

	Total (N=783)	Fragebogen		P-value
		A (N=359)	B (N=424)	
männlich	169 (21.9%)	89 (25.4%)	80 (19.0%)	
divers	2 (0.3%)	0 (0.0%)	2 (0.5%)	
Missing	12	9	3	

¹Wilcoxon rank sum p-value; ²Chi-Square p-value

Die am häufigsten vertretene Berufsgruppe waren Psychologische Psychotherapeut:innen (70,7%), gefolgt von Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut:innen (18,2%), den Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie (8,2%), Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (6,2%), den Fachärzt:innen mit Zusatzweiterbildung in Psychotherapie/Psychoanalyse (4%), andere Fachärzt:innen mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie (2,4%) und Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (1%). Hinsichtlich der beiden Fragebogenversionen A und B zeigten sich statistisch bedeutsame Unterschiede: bei denjenigen mit GT-Zulassung waren Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut:innen weniger vertreten als in der Gruppe ohne GT-Zulassung (11,6% vs. 23,6%). Fachärzt:innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bzw. Fachärzt:innen mit Zusatzweiterbildung in Psychotherapie/Psychoanalyse waren unter denjenigen mit GT-Zulassung deutlich häufiger vertreten (12,2% vs. 1,2% bzw. 6,5% vs. 1,9%; s. Anhang 3, Abschnitt 2.4). 52,5% der Befragten waren in einer Einzelpraxis tätig, 27% in einer Praxisgemeinschaft, 10,7% im Rahmen eines Jobsharings, 10,1% in einer Gemeinschaftspraxis und 4,9% in einem MVZ (s. Anhang 3, Abschnitt 2.3). Bezüglich der Praxisform gab es keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Fragebogenversionen A und B.

Von den 783 eingeschlossenen Personen waren 86,3% zur ET für Erwachsene und 23,1% zur ET für Kinder und Jugendliche zugelassen. Auch hier zeigten sich die oben beschriebenen Unterschiede zwischen denjenigen mit und ohne GT-Zulassung: 16,4% derjenigen mit GT-Zulassung hatten eine ET-Zulassung für Kinder und Jugendliche vs. 28,7% derjenigen ohne GT-Zulassung. 52,6% waren zur ET für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) zugelassen, 48,4% für das verhaltenstherapeutische Behandlungsverfahren, 24,6% für das psychoanalytische und 1,4% für das systemische. Hinsichtlich der beiden Fragebogenversionen A und B zeigten sich diesbezüglich keine relevanten Unterschiede (s. Anhang 3, Abschnitt 2.8).

Von denjenigen mit GT-Zulassung (Fragebogen A, n=359) hatten 93,4% diese für die Therapie von Erwachsenen und lediglich 12,3% für die Therapie von Kindern und Jugendlichen. 50,1% hatten eine GT-Zulassung im tiefenpsychologischen Verfahren, 48,4% im verhaltenstherapeutischen, 22,1% im psychoanalytischen und nur eine Person im systemischen (s. Anhang 3, Abschnitt 2.9). Von den Personen mit GT-Zulassung wendeten 64,3% diese auch im Rahmen der GKV an, während 35,7% von ihrer Zulassung keinen Gebrauch machten. 58,9% derjenigen mit GT-Zulassung führten ambulante Gruppen im Rahmen der GKV für Erwachsene durch, während 6% Gruppen für Kinder und Jugendliche durchführten.

Hinsichtlich der Therapieverfahren führten von denjenigen, die aktuell GT im Rahmen der GKV praktizieren, 47,1% tiefenpsychologische GT durch, 28,4% psychoanalytische, 36,4% verhaltenstherapeutische und 0,9% systemische (s. Anhang 3, Abschnitt 3.9).

Die Anzahl an ambulanten Gruppen bei denjenigen, die aktuell GT im Rahmen der GKV praktizieren, betrug im Median zwei Gruppen pro Woche. 30,9% der Praktizierenden führten eine Gruppe pro Woche durch und 16,9% bis zu drei Gruppen pro Woche. Im Einzelfall wurden bis zu zehn Gruppen pro Woche berichtet (s. Anhang 3, Abschnitt 2.12.2).

Von denjenigen mit GT-Zulassung berichteten 27,6%, dass sie ambulante Gruppen außerhalb der RLPT durchführen. Davon führten ein großer Teil Gruppen im Rahmen von Supervision (51,6%) oder Selbsterfahrung (40,7%) durch (s. Anhang 3, Abschnitt 2.13). Zudem leiteten 67,7% der Personen mit GT-Zulassung neben ihrer ambulanten Tätigkeit auch schon (teil-)stationäre Gruppen. In Bezug auf ihre Aus- bzw. Weiterbildung in GT haben 98,3% derjenigen mit GT-Zulassung an GT-Selbsterfahrung teilgenommen. Auf die Frage, ob sie sich

durch ihre GT-Aus- bzw. Weiterbildung auf die praktische Durchführung ambulanter GT ausreichend vorbereitet fühlen, antworteten 53,6% mit *ja*, 34,2% mit *überwiegend ja*, 9,4% mit *überwiegend nein* und 2,8% mit *nein* (s. Anhang 3, Abschnitt 2.14).

Im Rahmen von Freitextantworten konnten die Befragten angeben, was ihnen in der Aus- bzw. Weiterbildung in GT gefehlt hat (s. Anhang 3, Abschnitt 4.2). Von den Personen, die GT praktizieren (GT-Praktizierende, $n=225$), machten 87 von dieser Möglichkeit zusätzlicher Angaben Gebrauch, ebenso wie 47 Personen derjenigen, die trotz GT-Zulassung keine GT praktizieren (Nicht-Praktizierende, $n=125$). Die nachfolgenden Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtzahl der Fragebogen pro Gruppe bzw. insgesamt, bei denen Freitextantworten angegeben wurden. Am häufigsten wurde ein fehlendes *breiteres Theoriefundament* (18% der GT-Praktizierenden und 8,5% der Nicht-Praktizierenden) und mangelnde *Supervision* (6,9% der GT-Praktizierenden und 11% der Nicht-Praktizierenden) genannt. Von den Nicht-Praktizierenden fehlten 28% der Antwortenden eine *Einführung in die administrativen Aufgaben*, während dies nur 6,9% der GT-Praktizierenden angaben. Zusätzlich hätten sich von den GT-Praktizierenden 9,2% *praxisnahe Theorie* und *Wissensvermittlung bzgl. der Indikationsstellung und Gruppenzusammenstellung* gewünscht, sowie 8% mehr *praktische Übung* und das Erlernen eines *Umgangs mit schwierigen Gruppensituationen*. Von den Nicht-Praktizierenden kritisierten 11% das Fehlen von *Praxiserfahrung* in ihrer Ausbildung.

Von denjenigen, die keine GT-Zulassung besaßen (Fragebogen B, $n=424$), hatten 15,4% eine GT-Aus- bzw. Weiterbildung (s. Anhang 3, Abschnitt 2.7). Von diesen 65 Personen waren 76,9% für Erwachsenen-GT und 12,3% für Kinder- und Jugendlichen-GT aus- bzw. weitergebildet. 53,3% derjenigen ohne GT-Zulassung gaben an, dass von ihrem Ausbildungsinstitut bzw. Klinik eine Aus- bzw. Weiterbildung in GT angeboten wurde, während 46,7% angaben, dass dies nicht der Fall war. Während ihrer Aus- bzw. Weiterbildung nahmen 72,1% der Personen ohne GT-Zulassung an GT-Selbsterfahrung teil, während 27,9% angaben, keine Gruppenselbsterfahrung gemacht zu haben. Eine deutliche Mehrheit von 76,1% derjenigen ohne GT-Zulassung leitete bereits neben der ambulanten Tätigkeit (teil-)stationäre Gruppen. Auf die Frage nach einer ausreichenden Vorbereitung für die Durchführung (teil-)stationärer GT im Rahmen ihrer Aus- bzw. Weiterbildung antworteten 15,9% derjenigen ohne GT-Zulassung mit *ja*, 26,6% mit *überwiegend ja*, 28,8% mit *überwiegend nein* und 28,8% mit *nein* (s. Anhang 3, Abschnitt 2.15).

Insgesamt 184 Personen derjenigen ohne GT-Zulassung ($n=424$) antworteten im Rahmen der Freitextantworten auf die Frage, was ihnen in ihrer Aus- bzw. Weiterbildung in Bezug auf die Durchführung (teil-)stationärer Gruppen gefehlt hat (s. Anhang 3, Abschnitt 4.2). Dabei kritisierten 21% der Antwortenden ein fehlendes *breiteres Theoriefundament*, 14% mangelnde *Supervision*, 11% fehlende *gruppendynamische Inhalte*, 8,7% ein fehlendes *Angebot für eine GT-Weiterbildung*, 8,2% fehlende *Praxiserfahrung* und 7,6% mangelnde *praktische Anleitung* im Rahmen der Aus- bzw. Weiterbildung.

Von denjenigen ohne GT-Zulassung gaben 17,6% an, in absehbarer Zeit eine solche Zulassung anzustreben, während 58% dies verneinten und 24,5% unentschlossen waren. Gründe für das Nichtanstreben einer GT-Zulassung waren für 51,8% derjenigen, die das Anstreben einer GT-Zulassung verneinten, *Schwierigkeiten und der zeitliche Aufwand beim Nachholen der Gruppenfachkunde*. 3,3% konnten die Aus- bzw. Weiterbildung wegen der COVID-19-Pandemie nicht beenden. 52,8% nannten andere Gründe (s. Anhang 3, Abschnitt 2.5).

6.1.3 Auswirkungen der Modifikation der PT-Richtlinie 2020

a) Einschätzung der Behandelnden mit GT-Zulassung

Bei den Behandelnden mit GT-Zulassung ($n=359$) variierte die Nutzung der mit der PT-Richtlinie einhergehenden Änderungen (s. Anhang 1) zwischen 3,6% (GT in allen PT-Verfahren in 50-Minuten-Einheiten durchführbar) und 28,2% (Probatorische Sitzungen auch im GT-Setting durchführbar). Insbesondere die Abschaffung der Gutachterpflicht wurde von 77,2%, die Möglichkeit der Durchführung von GT außerhalb der eigenen Praxisräume (51,9%) sowie mit zwei Therapeut:innen (37,4%) als *sehr hilfreich* bewertet. Die hohe Flexibilität in der

Raumnutzung wird auch nach der Pandemie als hilfreich gesehen. Die neuen Optionen der GT-Grundversorgung, probatorische Sitzungen auch im Gruppensetting durchführen zu können sowie die Möglichkeit, GT in allen Verfahren in Einheiten von 50 Minuten durchzuführen, lösten weniger Resonanz aus (s. Abbildungen 2-4 und Anhang 3, Abschnitt 2.16.1).

Abbildung 2: Einschätzung der neuen Behandlungsoption GT-Grundversorgung von denjenigen mit GT-Zulassung; n=348 (11 Missings)

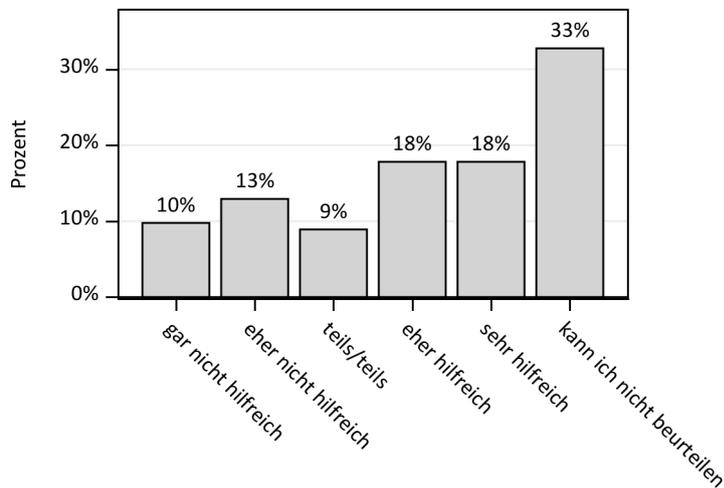


Abbildung 3: Einschätzung der Möglichkeit probatorische Sitzungen im Gruppensetting durchzuführen aus Sicht derjenigen mit GT-Zulassung; Gesamt n=349 (10 Missings)

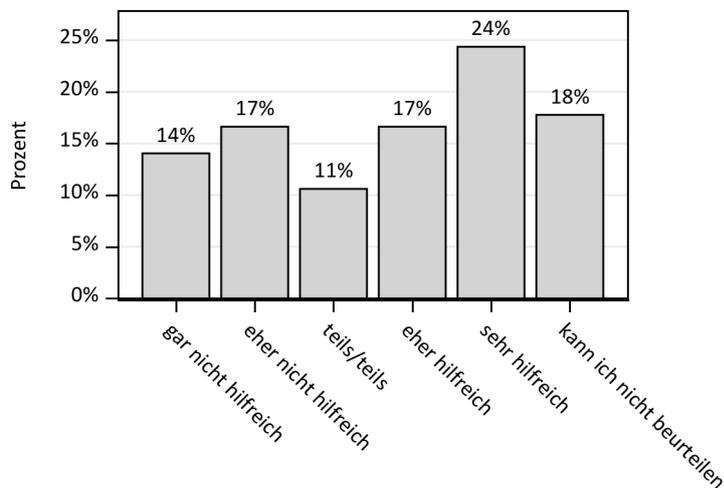
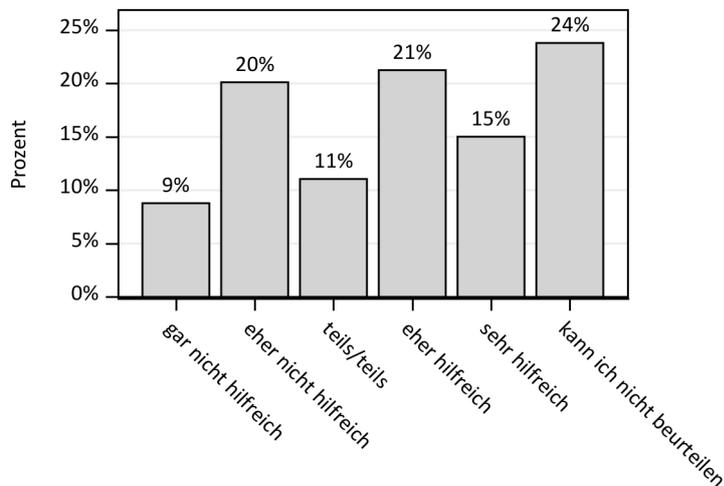


Abbildung 4: Einschätzung der Möglichkeit, GT in allen Behandlungsverfahren in Einheiten von 50 Minuten durchzuführen aus Sicht derjenigen mit GT-Zulassung; Gesamt n=353 (6 Missings)



72,8% der Behandelnden mit GT-Zulassung fanden, dass durch die erlassenen Änderungen keine neuen Herausforderungen oder Probleme geschaffen würden. Jedoch äußerten 71 der GT-Praktizierenden und 16 der Nicht-Praktizierenden trotz GT-Zulassung zusätzliche Kritikpunkte im Rahmen von Freitextantworten. GT-Praktizierende benannten insbesondere *Kritik an der Probatorik in Gruppen* (23%), *Schwierigkeiten bei Kombinationstherapien* (15%) und *Kritik an der GT-Grundversorgung* (11%). Probatorik in Gruppen wurde bspw. hinsichtlich einer zu großen Instabilität für die bestehende Gruppe kritisch gesehen, KT sowie die Grundversorgung bspw. in Hinblick auf die Abrechnung (s. Anhang 3, Abschnitt 4.3).

b) Einschätzung der Behandelnden ohne GT-Zulassung

Unter denjenigen ohne GT-Zulassung (n=424) gaben je Frage zwischen 15,9% (Durchführung von GT außerhalb der eigenen Praxisräume) und 45,9% (neue Behandlungsoption GT Grundversorgung) und damit deutlich mehr Befragte als unter denjenigen mit GT-Zulassung an, die neuen Modifikationen nicht beurteilen zu können. Dennoch bewerteten diejenigen ohne GT-Zulassung die Abschaffung der Gutachterpflicht und die Möglichkeiten der GT-Durchführung außerhalb eigener Praxisräume sowie mit zwei Therapeut:innen verglichen mit den anderen PT-Richtlinien-Änderungen als *sehr hilfreich* (zwischen 44,6% und 47,5%). 79,1% äußerten keine Herausforderungen durch die PT-Richtlinien-Veränderung. Dennoch formulierten insgesamt 68 Personen Bedenken in Freitextantworten: 15% über ihre Sorge einer *übermäßigen Durchführung von GT trotz ET-Indikation*, sowie 10% ihre Bedenken einer *verminderten psychotherapeutischen Qualität* als Folge zunehmender GT-Angebote durch die PT-Richtlinien-Modifikationen. Zudem äußerten 13% *Kritik an der Probatorik in Gruppen* (s. Anhang 3, Abschnitte 2.16.2 und 4.3).

c) Subgruppenvergleich innerhalb derjenigen mit GT-Zulassung zwischen GT-Praktizierenden und Nicht-Praktizierenden

Im Vergleich zwischen den GT-Praktizierenden und Nicht-Praktizierenden innerhalb der Gruppe der Behandelnden mit GT-Zulassung, lassen sich Unterschiede in der Bewertung der neuen Behandlungsoptionen der GT-Grundversorgung und der probatorischen Sitzungen im Gruppensetting erkennen (s. Abbildungen 5 und 6, sowie Anhang 3, Abschnitt 3.13).

Abbildung 5: Subgruppenvergleich zwischen GT-Praktizierenden und Nicht-Praktizierenden in Bezug auf die Einschätzung der neuen Behandlungsoption der GT Grundversorgung; (GT-Praktizierende: n=218 (7 Missings), Nicht-Praktizierende: n=121 (4 Missings))

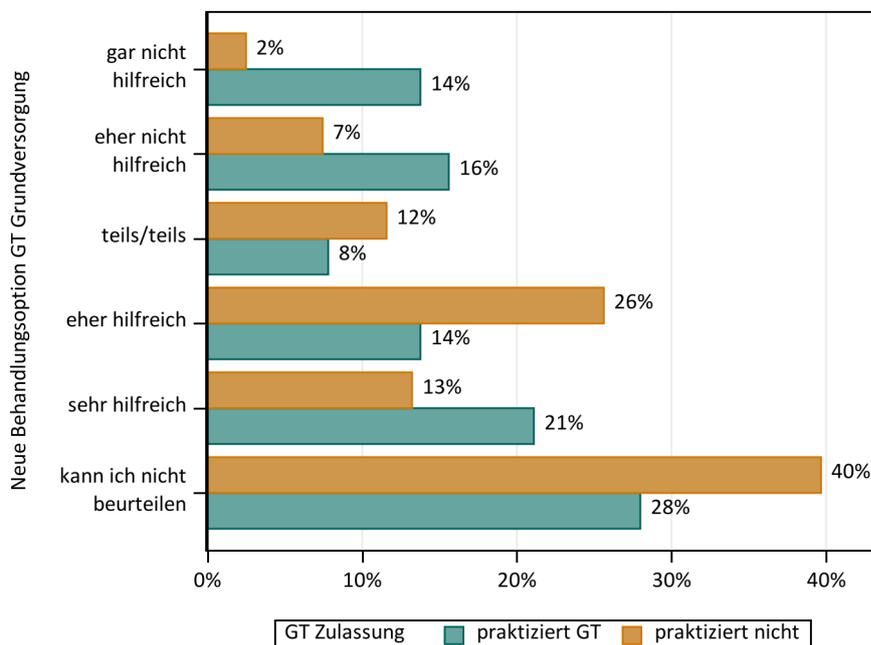
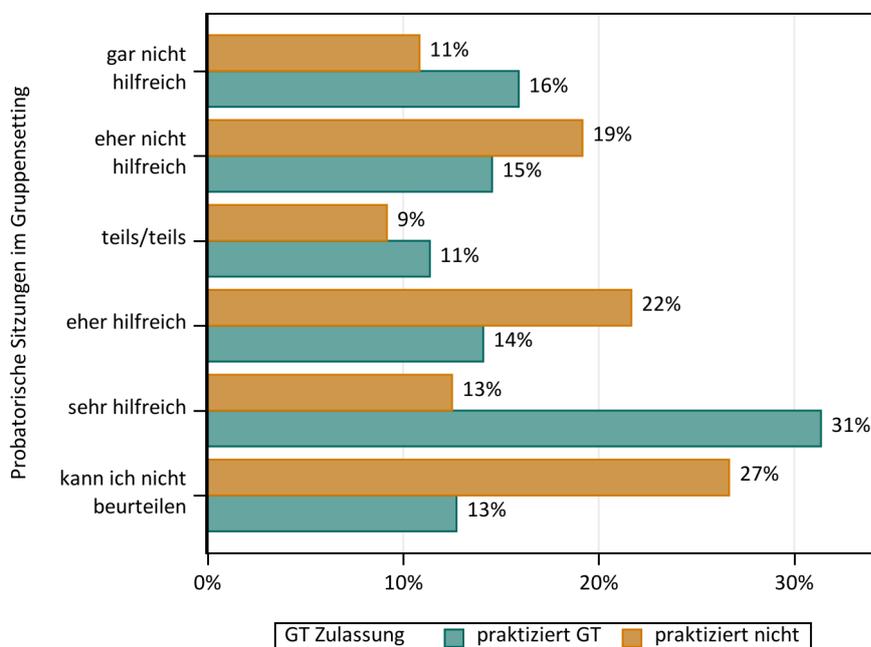


Abbildung 6: Subgruppenvergleich zwischen GT-Praktizierenden und Nicht-Praktizierenden in Bezug auf die Einschätzung der probatorischen Sitzungen im Gruppensetting; GT-Praktizierende: n=220 (5 Missings), Nicht-Praktizierende: n=120 (5 Missings))



6.1.4 Hinderliche Faktoren in Bezug auf die COVID-19-Pandemie für die ambulante GT

a) Einschätzung der Behandelnden mit vs. ohne GT-Zulassung

Insgesamt gaben 98,4% der Befragten an, dass es während der COVID-19-Pandemie hinderliche Faktoren für die Durchführung von GT gab oder immer noch gibt. Diejenigen ohne GT-Zulassung nannten tendenziell eine höhere Anzahl möglicher hinderlicher Umstände aufgrund der Pandemie als diejenigen mit GT-Zulassung, die sich mit diesen Umständen

tatsächlich in ihrem Arbeitsalltag konfrontiert sahen. Dies war insbesondere bei Faktoren wie *krankheitsbezogenen Befürchtungen* der Behandelnden sowohl in Bezug auf sich selbst (72,2% vs. 42,9%) als auch auf ihre Patient:innen (89,4% vs. 72,3%) der Fall. - Ähnliche Tendenzen zeigten sich bei Faktoren wie der *mangelnden Bereitschaft der Patient:innen zur Nutzung von Online-Tools* (47,5% vs. 27,4%), *technischen Hindernissen bei der Online-Therapie* (63,1% vs. 42%), der *Notwendigkeit der Teilung bestehender Gruppen* (52,5% vs. 20,3%), der *Instabilität des Gruppenrahmens* (49,6% vs. 31,1%), dem *Fehlen geschützter Räumlichkeiten für Patient:innen oder Gruppen in der Online-Therapie* (49,4% vs. 36,3%), *veränderte Gruppendynamik bei Online-Therapie* (78,4% vs. 51,1%) und *fehlende menschliche Präsenz bei Online-Therapie* (76,3% vs. 58%). Weitere Details finden sich im Anhang 3, Abschnitt 2.17.

b) Subgruppenvergleich innerhalb derjenigen mit GT-Zulassung zwischen GT-Praktizierenden und Nicht-Praktizierenden

Unter den Personen mit GT-Zulassung nannten die Nicht-Praktizierenden häufiger *eigene krankheitsbezogene Befürchtungen* (56,3% vs. 34,7%) als hinderlichen Faktor der COVID-19-Pandemie im Vergleich zu den GT-Praktizierenden. Andererseits wurde die *eingeschränkt sichtbare Mimik und Akustik bei Präsenz-Therapie mit Maske* von den GT-Praktizierenden deutlich häufiger als hinderlich benannt (83,8% vs. 66,4%; s. Anhang 3, Abschnitt 3.14). In den Freitextantworten äußerten 48 GT-Praktizierende und lediglich 11 Nicht-Praktizierende zusätzliche hinderliche Faktoren in Bezug auf COVID-19. Dabei benannten 23% der GT-Praktizierenden *vermehrte Absagen von Patient:innen* während der COVID-19-Pandemie als Problem (s. Anhang 3, Abschnitt 4.4).

6.1.5 Förderliche Faktoren in Bezug auf die COVID-19-Pandemie für die ambulante GT

a) Einschätzung der Behandelnden mit vs. ohne GT-Zulassung

Trotz der offenkundigen Hindernisse für die GT im Rahmen der COVID-19-Pandemie sind insgesamt 83,9% der Befragten der Meinung, dass sich aufgrund der COVID-19-Pandemie auch förderliche Faktoren für die GT entwickelt hätten. Von den Antwortmöglichkeiten wurde vor allem die *erhöhte Wertschätzung von Gruppenzusammenkünften* als förderlich für die GT bewertet (50,1% insgesamt). Die Tendenz, die sich bereits bei den hinderlichen Faktoren abzeichnete, war auch hier bei einigen Faktoren zu erkennen, nämlich, dass Personen ohne GT-Zulassung tendenziell häufiger förderliche Faktoren sahen als diejenigen mit GT-Zulassung. Zum Beispiel waren 60,7% der Personen ohne GT-Zulassung der Meinung, die *Pandemie fördert die Erfahrung mit Online-Psychotherapie*, während dies nur von 45% der Personen mit GT-Zulassung festgestellt wurde. Diese Tendenz zeigte sich auch bei der *erhöhten zeitlichen Flexibilität für die Teilnehmenden* (43,9% vs. 25,7%) und bei der allgemeinen Bewertung, ob es überhaupt förderliche Faktoren für die GT im Rahmen der Pandemie gab (88,1% vs. 78,7%; s. Anhang 3, Abschnitt 2.18).

b) Subgruppenvergleich innerhalb derjenigen mit GT-Zulassung zwischen GT-Praktizierenden und Nicht-Praktizierenden

Die *erhöhte Wertschätzung von Gruppenzusammenkünften* wurde in der Gruppe der Personen mit GT-Zulassung, die GT praktizieren, bedeutend häufiger genannt als in der Gruppe der Nicht-Praktizierenden (56,6% vs. 35,1%). Ansonsten zeigten sich keine auffälligen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (s. Anhang 3, Abschnitt 3.15).

6.1.6 Barrieren auf organisatorischer Ebene für die ambulante GT

a) Einschätzung der Behandelnden mit vs. ohne GT-Zulassung

88% der 783 Befragten sahen hinderliche Faktoren, um eine ambulante GT im Rahmen des GKV-Systems durchzuführen oder eine GT-Zulassung anzustreben. Die am häufigsten genannten hinderlichen organisatorischen Faktoren waren: *größerer Organisationsaufwand* (47,6%), *schwierigere zeitliche Koordination der Termine für die Gruppe* (44,4%), *Notwendigkeit von Terminen am Spätnachmittag oder Abend* (43,7%), *vermehrte schriftliche*

Tätigkeiten und Verwaltungsarbeit (36,2%), Probleme mit dem Vakanzhonorar, wenn ein:e Patient:in nicht erscheint (34,4%) sowie keine Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit zwei Teilnehmenden (30,1%).

Unterschiede zwischen den beiden Fragebogenversionen zeigten sich darin, dass diejenigen ohne GT-Zulassung häufiger keine organisatorischen Hindernisse sahen als diejenigen mit GT-Zulassung (16,2% vs. 7,1%). Im Gegensatz dazu nannten Personen mit GT-Zulassung folgende Probleme häufiger: *Problem der fehlenden Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit zwei Teilnehmenden (38,4% vs. 23,2%), zu geringes Stundenkontingent insgesamt für ambulante GT (29,9% vs. 12,2%), Probleme mit dem Vakanzhonorar, wenn ein:e Patient:in nicht erscheint (39,5% vs. 30,1%) und zu geringe Vergütung ambulanter GT (24,6% vs. 11,9%).*

In den Freitextantworten äußerten 60 Personen ohne GT-Zulassung und 57 mit GT-Zulassung weitere organisatorische Hindernisse. 50% derjenigen ohne GT-Zulassung nannten die *aufwändige Gruppenausbildung und -zulassung* sowie 20% ein *(eigenes) zu hohes Alter* als zusätzliche organisatorische Hindernisse für das Anstreben einer GT-Zulassung. Die Freitextantworten bezüglich der aufwändigen Gruppenausbildung und -zulassung betonen insbesondere, dass die Ausbildung viel Zeit und Geld koste und daher schwer mit dem Praxisalltag vereinbar sei. Es gebe außerdem Schwierigkeiten bei der Anerkennung früher geleisteter Gruppenstunden (z.B. im Rahmen einer (teil-)stationären Anstellung). Es sei weiterhin im Rahmen der Ausbildung häufig nicht möglich, die Gruppenstunden in den eigenen Praxisräumen durchzuführen, die Honorare an Ausbildungsinstituten seien gering, und es würden hohe Anforderungen an Supervisor:innen gestellt. Zudem wurde betont, dass die Pflicht zur Falldokumentation trotz Wegfalls der Gutachterpflicht eine zu hohe zeitliche Belastung darstelle. Insbesondere erfahrene Behandelnde äußerten den Wunsch, sich nicht nochmals in ein langwieriges und kostenintensives Ausbildungsverhältnis begeben zu müssen und „wieder unentgeltlich“ arbeiten zu müssen. Von den 57 Antwortenden mit GT-Zulassung nannten 19,3% *mangelnde Kapazitäten auf Therapeut:innenseite* und *Schwierigkeiten bei der Gruppenzusammenstellung* als weitere hinderliche organisatorische Faktoren. Weitere Details sind dem Anhang 3, Abschnitte 2.19 und 4.6 zu entnehmen.

b) Subgruppenvergleich innerhalb derjenigen mit GT-Zulassung zwischen GT-Praktizierenden und Nicht-Praktizierenden

Unter denjenigen Behandelnden mit GT-Zulassung, die keine GT praktizieren, wurden die folgenden hinderlichen organisatorischen Aspekte deutlich häufiger genannt als unter den GT-Praktizierenden: *Größerer Organisationsaufwand (66,4% vs. 43,9%), schwierigere zeitliche Koordination der Termine für die Gruppe (63,1% vs. 38,6%), Notwendigkeit von Terminen am Spätnachmittag/Abend (53,3% vs. 43,5%), vermehrte schriftliche Tätigkeiten und Verwaltungsarbeit (50% vs. 24,2%), sowie mangelnde Verfügbarkeit angemessener Räumlichkeiten (34,4% vs. 18,8%).*

Unter den GT-Praktizierenden wurde hingegen lediglich das *Problem der fehlenden Abrechnungsmöglichkeiten für Gruppen mit zwei Teilnehmenden* häufiger genannt als unter den Nicht-Praktizierenden (42,2% vs. 32%). Zudem sahen von den GT-Praktizierenden mehr Personen überhaupt keine organisatorischen Hindernisse (9,9% vs. 1,6%; s. Anhang 3, Abschnitt 3.16).

In den Freitextantworten zeigte sich ein Unterschied, da 35% der 23 Antwortenden der Nicht-Praktizierenden im Vergleich zu nur 8,8% der 34 Antwortenden der GT-Praktizierenden *mangelnde Kapazitäten auf Therapeut:innenseite* im Sinne verfügbarer Arbeitszeit als zusätzliches organisatorisches Hindernis für die Durchführung von GT äußerten (s. Anhang 3, Abschnitt 4.6).

6.1.7 Barrieren auf inhaltlicher Ebene für die ambulante GT

a) Einschätzung der Behandelnden mit vs. ohne GT-Zulassung

Insgesamt 28,8% der Befragten waren der Meinung, dass keine hinderlichen Faktoren auf inhaltlicher Ebene bestehen. Die am häufigsten genannten hinderlichen Faktoren waren

folgende: *mangelnde Motivation und Teilnahmebereitschaft der Patient:innen* (36,1%), *„Einsamkeit“ und hohe Verantwortung bei alleiniger Leitung einer ambulanten Gruppe* (28,5%), *eigene Unsicherheit in praktischer Durchführung ambulanter GT* (27,6%), *eigene Befürchtungen im Hinblick auf schwierige Gruppeninteraktionen* (24,7%) sowie *mangelndes Wissen der Zuweisenden über GT* (18,2%).

Im Gruppenvergleich schätzten deutlich mehr Behandelnde ohne GT-Zulassung die Faktoren *„Einsamkeit“ und hohe Verantwortung bei alleiniger Leitung einer ambulanten Gruppe* (33,7% vs. 22,4%), *eigene Unsicherheit in praktischer Durchführung ambulanter GT* (36,7% vs. 17%), sowie *eigene Befürchtungen im Hinblick auf schwierige Gruppeninteraktionen* (31,1% vs. 17,2%) als hinderlich ein. Unter den Personen mit GT-Zulassung wurde die *mangelnde Motivation und Teilnahmebereitschaft der Patient:innen* (46,6% vs. 27,1%) sowie das *mangelnde Wissen der Zuweisenden über GT* (24,7% vs. 12,7%) deutlich häufiger genannt.

52 Personen ohne GT-Zulassung und 35 Personen mit GT-Zulassung äußerten weitere hinderliche inhaltliche Faktoren innerhalb der Freitextantworten. Dabei wurde von 25% derjenigen ohne GT-Zulassung erneut die *aufwändige Gruppenausbildung und -zulassung* sowie von 19% ein zu *hohes eigenes Alter* als hinderliche inhaltliche Faktoren für das zukünftige Anstreben einer GT-Zulassung angegeben. Ebenso wurden unter denjenigen mit GT-Zulassung *mangelnde Kapazitäten auf Therapeut:innenseite* im Sinne verfügbarer Arbeitszeit (23%) beschrieben (s. Anhang 3, Abschnitte 2.20 und 4.7).

b) Subgruppenvergleich innerhalb derjenigen mit GT-Zulassung zwischen GT-Praktizierenden und Nicht-Praktizierenden

Auch in Bezug auf inhaltliche Barrieren, GT zu praktizieren, zeigte sich, dass unter den GT-Praktizierenden deutlich mehr Personen keine Hindernisse sahen als unter den Nicht-Praktizierenden (36,4% vs. 11,7%). Diejenigen, die trotz GT-Zulassung keine GT praktizieren, nannten folgende inhaltliche Hindernisse deutlich häufiger: *eigene Unsicherheit in praktischer Durchführung ambulanter GT* (33,3% vs. 8,2%), *„Einsamkeit“ und hohe Verantwortung bei alleiniger Leitung einer ambulanten Gruppe* (30% vs. 18,2%), *eigene Befürchtungen im Hinblick auf schwierige Gruppeninteraktionen* (24,2% vs. 13,2%), sowie *mangelnde kollegiale Vernetzung* (22,5% vs. 10,9%). Unter den GT-Praktizierenden wurde hingegen *mangelndes Wissen der Zuweisenden über GT* deutlich häufiger genannt als in der Vergleichsgruppe (29,5% vs. 15,8%).

Wie bereits bei den hinderlichen organisatorischen Faktoren zeigte sich im Rahmen der Freitextantworten lediglich ein Unterschied in Bezug auf *mangelnde Kapazitäten auf Therapeut:innenseite*, die von 7 der 17 Antwortenden der Nicht-Praktizierenden und nur von einem der 18 Antwortenden der GT-Praktizierenden als hinderlich angegeben wurde. Weitere Details sind Anhang 3, Abschnitte 3.17 und 4.7 zu entnehmen.

6.1.8 Veränderungswünsche auf organisatorischer Ebene für die ambulante GT

a) Einschätzung der Behandelnden mit vs. ohne GT-Zulassung

Häufig genannte förderliche organisatorische Faktoren insgesamt waren eine *gruppenadäquate Dokumentation anstelle von Einzeldokumentation* (48,1%), eine *höhere zeitliche Flexibilität* (42,1%), die *höhere Vergütung ambulanter GT* (38,7%), die *Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit nur zwei Teilnehmenden* (37,3%), ein *höheres Stundenkontingent für ambulante GT* (35,2%), *Fördermaßnahmen in Bezug auf die Kombinationstherapie von ET und GT im gleichen Verfahren* (29,9%), sowie die *Einführung alternativer, hilfreicher Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Wegfall der Gutachterpflicht* (25,1%). 16,5% der Befragten sahen keine organisatorischen Faktoren, die die Praxis von GT erleichtern oder die Motivation für eine GT-Zulassung steigern könnten. Dabei gab es einen deutlichen Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Personen ohne GT-Zulassung sahen häufiger keine förderlichen organisatorischen Faktoren um eine GT-Zulassung in Zukunft anzustreben (27,5%) im Gegensatz zu nur 3,7% derjenigen mit GT-Zulassung, die keine organisatorischen Faktoren sahen, die es ihnen erleichtern könnten, mehr oder überhaupt GT

anzubieten. Zudem sah ein höherer Anteil der GT-Zugelassenen die im Fragebogen aufgeführten Faktoren als förderlich an. Beispielsweise betrachteten 57,6% der GT-Zugelassenen die *gruppenadäquate Dokumentation anstelle von Einzeldokumentation* als förderlich, verglichen mit 39,9% der Nicht-Zugelassenen. Ähnliche Unterschiede zeigten sich bei anderen organisatorischen Faktoren wie *höhere zeitliche Flexibilität* (48% vs. 37%), *höhere Vergütung ambulanter GT* (48,6% vs. 30,2%), *Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit nur zwei Teilnehmenden* (47,7% vs. 28,2%), *höheres Stundenkontingent für ambulante GT* (46,3% vs. 25,5%) und bei *Fördermaßnahmen in Bezug auf die Kombinationstherapie von ET und GT im gleichen Verfahren* (35% vs. 25,5%).

62 Personen ohne GT-Zulassung und 34 Personen mit GT-Zulassung äußerten weitere förderliche organisatorische Faktoren als Freitextantwort. Dabei äußerten 60% der Antwortenden ohne GT-Zulassung analog zu den genannten hinderlichen Faktoren den Wunsch nach einer *weniger aufwändigen Gruppenausbildung und -zulassung*. Die Antwortenden wünschten sich mehr Freiheit und Flexibilität im Rahmen der Ausbildung, bspw. die Gruppenstunden in den eigenen Praxisräumen mit angemessenem Honorar durchführen zu können, Gruppenerfahrung aus (vergangener) Klinikzeit anrechnen lassen zu können, sowie weniger Supervisionsstunden (und damit geringere Kosten) für die Gruppenzulassung. Zudem äußerten mehrere Antwortende den Vorschlag, die Ausbildung, insbesondere für Behandelnde mit langer Berufserfahrung, zu vereinfachen bzw. zu verkürzen oder sogar bei aktuell bestehenden Versorgungsengpässen eine unkomplizierte GT-Zulassung für alle niedergelassenen Behandelnden zu ermöglichen. Von den 34 Antwortenden mit GT-Zulassung wurde hingegen die *Flexibilisierung der Abrechnungsspielräume* (z.B. Abrechnung in Schulen, von Elterngruppen oder in 150-Minuten Einheiten) am häufigsten als zusätzlicher förderlicher organisatorischer Faktor genannt (14,7%). Weitere Details finden sich in Anhang 3, Abschnitte 2.21 und 4.8.

b) Subgruppenvergleich innerhalb derjenigen mit GT-Zulassung zwischen GT-Praktizierenden und Nicht-Praktizierenden

Im Rahmen des Subgruppenvergleichs innerhalb derjenigen mit GT-Zulassung zeigten sich keine statistisch auffälligen Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den Personen, die GT praktizieren vs. nicht praktizieren (s. Anhang 3, Abschnitt 3.18).

6.1.9 Veränderungswünsche auf inhaltlicher Ebene für die ambulante GT

a) Einschätzung der Behandelnden mit vs. ohne GT-Zulassung

18,2% der Befragten sahen keine förderlichen inhaltlichen Faktoren, die GT erleichtern oder die Motivation, eine GT-Zulassung anzustreben, steigern könnten. Häufig genannte förderliche inhaltliche Faktoren waren: *erhöhte externe Unterstützung bei der Patient:innenrekrutierung* (39,8%), *Vermittlung einer wertschätzenden Kultur gegenüber ambulanter GT* (34,4%), *Angebote zur Wiederholung und Vertiefung theoretischer Kenntnisse und praktischer Kompetenzen* (32,5%), *Vermittlung des Potenzials von GT innerhalb der Aus- bzw. Weiterbildung* (31,8%) und *Co-Therapie zur Einarbeitung über einen längeren Zeitraum* (30,7%).

Ähnlich wie bei den förderlichen organisatorischen Faktoren gab es beim Vergleich zwischen denjenigen mit vs. ohne GT-Zulassung Unterschiede insofern, dass Personen ohne GT-Zulassung häufiger keine förderlichen inhaltlichen Faktoren benannten, die sie dazu motivieren könnten, eine GT-Zulassung anzustreben (24,3%) - im Unterschied zu 11% der Antwortenden mit GT-Zulassung zu Erleichterungen, überhaupt oder mehr GT durchzuführen. Folgende förderliche inhaltliche Faktoren wurden von Personen mit GT-Zulassung deutlich häufiger ausgewählt als von Personen ohne GT-Zulassung: *erhöhte externe Unterstützung bei der Patient:innenrekrutierung* (49% vs. 32%), *Vermittlung einer wertschätzenden Kultur gegenüber ambulanter GT* (50,7% vs. 20,3%), *Vermittlung des Potenzials von GT innerhalb der Aus- bzw. Weiterbildung* (37,1% vs. 27,3%), *verbesserte kollegiale Vernetzung* (28,7% vs. 17,6%), *vermehrte Öffentlichkeitsarbeit* (37,7% vs. 11,7%), *verstärkte wissenschaftliche Forschung zu GT-Interventionen* (31,9% vs. 13,4%), *stärkerer Rückhalt durch*

Institute/Fachgesellschaften/Berufsverbände (26,1% vs. 17,4%), *Möglichkeit der Teilnehmenden-Akquise bereits aus stationärer Behandlung heraus* (29% vs. 17,4%) und *verstärkte Aufklärung von Kolleg:innen* (25,8% vs. 7,2%). Im Gegensatz dazu nannten sie folgende Möglichkeiten weniger häufig als Personen ohne GT-Zulassung: *Angebote zur Wiederholung und Vertiefung theoretischer Kenntnisse und praktischer Kompetenzen* (27,2% vs. 37%) sowie *Co-Therapie zur Einarbeitung über einen längeren Zeitraum* (20,6% vs. 39,5%). 37 Personen ohne GT-Zulassung und 29 mit GT-Zulassung äußerten im Rahmen der Freitextantworten weitere förderliche inhaltliche Faktoren. Unter denjenigen ohne GT-Zulassung war erneut der am häufigsten genannte Aspekt eine *weniger aufwändige Gruppeneinweisung und -zulassung* (43%). Von denjenigen mit GT-Zulassung verwiesen 17% erneut auf die bereits im Fragebogen vorgegebene Kategorie einer *verbesserten kollegialen Vernetzung*. Weitere Details finden sich in Anhang 3, Abschnitte 2.22 und 4.9.

b) Subgruppenvergleich innerhalb derjenigen mit GT-Zulassung zwischen GT-Praktizierenden und Nicht-Praktizierenden

Innerhalb der Subgruppe der Personen mit GT-Zulassung gaben GT-Praktizierende folgende förderliche inhaltliche Faktoren deutlich häufiger an als Nicht-Praktizierende: *Vermittlung einer wertschätzenden Kultur gegenüber ambulanter GT* (61,5% vs. 32,2%), *vermehrte Öffentlichkeitsarbeit* (47,2% vs. 20,3%), *Vermittlung des Potenzials von GT innerhalb der Aus- bzw. Weiterbildung* (45% vs. 24,6%), *verstärkte wissenschaftliche Forschung zu GT-Interventionen* (40,8% vs. 16,1%) und ein *stärkerer Rückhalt durch Institute/Fachgesellschaften/Berufsverbände* (31,2% vs. 17,8%; s. Anhang 3, Abschnitt 3.19).

6.1.10 Alternative Qualitätssicherungsmaßnahmen für GT

a) Einschätzung der Behandelnden mit vs. ohne GT-Zulassung

Hinsichtlich der Frage nach alternativen Qualitätssicherungsmaßnahmen für GT nach dem Wegfall der Gutachterpflicht wünschten sich insgesamt 14,5% der Befragten keine der vorgeschlagenen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Als alternative Maßnahme konnten sich 61,6% der Befragten *gruppenspezifische Fortbildungen* und 56,8% eine *Vernetzung ambulanter Gruppenpsychotherapeut:innen in Inter- bzw. Supervisionsgruppen* vorstellen. Eine *verfahrensspezifische Dokumentation abgestimmt auf die Gruppensituation* wurde von 42,1% derjenigen mit GT-Zulassung und von 31,8% derjenigen ohne GT-Zulassung als denkbar angesehen. Lediglich 8,4% der Befragten konnten sich eine Wiedereinführung des Gutachterverfahrens vorstellen, wobei diejenigen ohne GT-Zulassung eher dazu neigten, sich die Wiedereinführung vorstellen zu können als diejenigen mit GT-Zulassung (12,3% vs. 3,7%). Details finden sich in Anhang 3, Abschnitte 2.23 und 4.10.

b) Subgruppenvergleich innerhalb derjenigen mit GT-Zulassung zwischen GT-Praktizierenden und Nicht-Praktizierenden

Im Subgruppenvergleich zwischen denjenigen, die GT praktizieren und denjenigen, die trotz GT-Zulassung keine GT praktizieren, konnten unter diesem Aspekt keine bedeutsamen Unterschiede beobachtet werden (s. Anhang 3, Abschnitt 3.20).

6.1.11 Einschätzung der Angemessenheit der aktuellen Vergütung ambulanter GT

a) Einschätzung der Behandelnden mit vs. ohne GT-Zulassung

Hinsichtlich der Angemessenheit der Vergütung ambulanter GT im GKV-System hielten 60,9% der Befragten die Vergütung für angemessen, wobei dies von denjenigen ohne GT-Zulassung häufiger angegeben wurde als von denjenigen mit GT-Zulassung (65,7% vs. 55,6%).

Auf die Frage, ob eine höhere Honorierung sie dazu bewegen würde, überhaupt bzw. mehr ambulante GT durchzuführen, antworteten 49,3% der Befragten mit *ja*. Auch hier zeigten sich Unterschiede zwischen den Fragebogenversionen. Diejenigen mit GT-Zulassung gaben mit 64,7% deutlich häufiger an, dass sie sich durch eine höhere Honorierung zu mehr GT

motivieren lassen würden. Nur 35,8% derjenigen ohne GT-Zulassung würden sich dadurch motivieren lassen eine GT-Zulassung anzustreben (s. Anhang 3, Abschnitt 2.24).

Von der Möglichkeit, Freitextantworten in Bezug auf die Angemessenheit der Vergütung ambulanter GT zu geben, machten 167 Personen mit GT-Zulassung und 118 Personen ohne GT-Zulassung Gebrauch. Dabei wurde von denjenigen mit GT-Zulassung der Aspekt des *erhöhten Aufwands* mit Abstand am häufigsten genannt (46,7%). Die *Bezahlung* wurde daher überwiegend als unzureichend bewertet, obwohl einige wenige Personen auch die Meinung vertraten, dass die Bezahlung aufgrund des erhöhten Aufwands angemessen sei. Auch unter denjenigen ohne GT-Zulassung wurde dieser Aspekt von 28% der Antwortenden benannt. Zudem wurde von beiden Gruppen die *erhöhte therapeutische Herausforderung* mit 19% unter den GT-Zugelassenen und 13% unter den Nicht-Zugelassenen verhältnismäßig häufig erwähnt. Weitere Informationen über die Gründe, die bei der Bewertung der Angemessenheit der Vergütung angegeben wurden, finden sich in Anhang 3, Abschnitt 4.11.

b) Subgruppenvergleich innerhalb derjenigen mit GT-Zulassung zwischen GT-Praktizierenden und Nicht-Praktizierenden

Zwischen den Subgruppen wurden in der quantitativen Auswertung hinsichtlich der Vergütung ambulanter GT keine Unterschiede zwischen GT-Praktizierenden und Nicht-Praktizierenden mit GT-Zulassung gefunden (s. Anhang 3, Abschnitt 3.21).

In der qualitativen Auswertung zeigte sich, dass die Begründungen, die Vergütung sei aufgrund des *erhöhten Aufwands* bzw. der *stärkeren therapeutischen Herausforderung* nicht angemessen, verhältnismäßig häufiger von den Personen gegeben wurde, die keine GT praktizieren (60% vs. 40% bzw. 26% vs. 16%; s. Anhang 3, Abschnitt 4.11).

6.2 Sekundärdatenanalyse: Versorgungsrealität im Hinblick auf ambulante ET und GT in Deutschland in den Jahren 2019 bis 2021 (Quelle: Versorgungsdatensatz der KBV)

Zur korrekten Interpretation der nachfolgenden Ergebnisse sollte zunächst die Beschreibung der Methodik der Sekundärdatenanalyse (Abschnitt 5.2) gelesen werden. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse berichtet, der vollständige Ergebnisbericht der Sekundärdatenanalyse ist in Anhang 4 einzusehen. Tabelle 3 stellt das Versorgungsgeschehens der Jahre 2016 bis 2021 dar. Tabelle 2 im Anhang 4 fasst die Alters- und Geschlechtszusammensetzung der Patient:innenpopulation von 2019 bis 2021 zusammen. Tabelle 3 im Anhang 4 bildet die Anzahl der Behandelnden getrennt nach Abrechnungsgruppe der Jahre 2019 bis 2021 ab.

Tabelle 3: Anzahl von Patient:innen, Leistungen und Behandelnde der Jahre 2016 bis 2021
Anmerkung. Zur Erfassung halber Leistungen s. 5.2.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Patient:innen Gesamt	2.055.202	2.360.218	2.592.484	2.728.751	2.735.679	2.826.664
Patient:innen RLPT	1.418.346	1.420.361	1.424.075	1.459.910	1.498.443	1.526.612
Patient:innen ET	1.403.686	1.404.728	1.406.382	1.440.307	1.480.815	1.504.677
Patient:innen GT	37.001	41.149	49.264	57.539	58.855	61.648
Leistungen Gesamt	23.365.514	27.497.487	30.776.301	32.174.484	32.549.390	33.474.159
Leistungen RLPT	19.731.911	19.593.813	19.298.598	19.618.797	20.193.120	20.814.368
Leistungen ET	19.207.220	19.035.129	18.609.277	18.828.202	19.444.247	19.910.662
Leistungen GT	524.691	558.684	689.320	790.594	748.872	903.705
Behandelnde Gesamt	33.904	35.972	37.465	38.892	40.315	41.900
Behandelnde RLPT	32.419	34.162	35.557	36.875	38.193	39.808
Behandelnde ET	32.410	34.149	35.541	36.851	38.178	39.789
Behandelnde GT	2.025	2.378	2.713	3.047	3.233	3.156
Patient:innen AP	78.490	85.344	91.007	92.506	93.390	92.596
Patient:innen TP	600.011	576.935	548.256	539.983	535.582	525.783
Patient:innen VT	761.445	780.311	799.105	839.753	881.461	919.348
Leistungen AP	2.751.520	2.804.910	2.979.801	2.953.988	2.979.828	2.943.390

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Leistungen TP	8.061.525	7.720.186	7.218.674	7.162.969	7.188.250	7.209.866
Leistungen VT	8.918.866	9.068.717	9.100.122	9.501.839	10.025.041	10.661.111
Behandelnde AP	6.039	6.162	6.188	6.193	6.216	6.198
Behandelnde TP	17.520	18.011	17.949	17.873	17.804	17.923
Behandelnde VT	15.160	16.464	17.710	18.910	20.222	21.757
Patient:innen ET AP	75.563	81.817	87.190	88.530	89.695	88.117
Patient:innen GT AP	5.184	6.257	7.251	8.117	9.105	9.876
Patient:innen ET TP	590.868	567.555	538.438	529.432	526.306	514.503
atient:innen GT TP	16.118	17.496	19.365	22.409	23.827	25.455
Patient:innen ET VT	757.712	776.146	794.218	833.855	875.996	912.328
Patient:innen GT VT	16.381	18.339	22.990	27.361	26.204	26.562

6.2.1 Anzahl der Patient:innen, die mind. eine ambulante GT-Leistung erhalten haben

a) Häufigkeiten in der Gesamtbetrachtung

Bei ausschließlicher Betrachtung der absoluten Häufigkeiten zeigt sich eine deutliche Steigerung um 66,6% bei Patient:innen, die von 2016 bis 2021 mind. eine ambulante GT-Sitzung in Anspruch genommen haben. Nach starkem Zuwachs in den Jahren 2018 und 2019 nahmen die Zahlen in den Jahren der COVID-19-Pandemie lediglich um 2,3% von 2019 auf 2020 und um 4,7% von 2020 auf 2021 zu.

Für eine angemessene Interpretation dieser Werte ist zu beachten, dass auch die Gesamtzahl der Patient:innen, die mind. eine ambulante psychotherapeutische Leistung erhalten haben (Sprechstunde, Probatorik, Akutbehandlung, ET, GT), zwischen 2016 und 2021 um 37,5% gestiegen ist. Auch hier zeigt sich in den Jahren der Pandemie von 2019 auf 2020 ein geringer Zuwachs von 0,3%, gefolgt von einem Anstieg von 3,3% von 2020 auf 2021. Betrachtet man den Zeitraum von 2019 bis 2021, erhöhte sich der Anteil der Patient:innen, die eine GT-RLPT erhalten haben, an allen Patient:innen, die eine RLPT erhalten haben, um lediglich 0,1% von 3,9% auf 4%. Über den gesamten Beobachtungszeitraum von 2016 bis 2021 stieg dieser Anteil um 1,4% (s. Anhang 4, Abbildung 1).

b) Patient:innen differenziert nach Richtlinienverfahren

Die absoluten Häufigkeiten zeigen, dass ähnlich wie in den Jahren 2016 bis 2018 (BARGRU-I-Studie) von 2019 bis 2021 deutlich mehr Patient:innen an einer VT- oder TP-Gruppe teilgenommen haben als an einer AP-Gruppe.

Hier gilt es jedoch die Verbreitung der jeweiligen PT-Verfahren zu berücksichtigen. Zum Beispiel erhielten 2021 918.348 Patient:innen mind. eine VT-Leistung im Rahmen der RLPT, während nur 525.783 Patient:innen mit TP und lediglich 92.596 Patient:innen mit AP behandelt wurden.

Differenziert nach PT-Verfahren hat sich vor allem im Rahmen von AP-Behandlungen der Anteil von Patient:innen, die mind. eine GT-Leistung erhalten haben, in den Jahren 2019 bis 2021 leicht erhöht, von 8,8% auf 10,7%. In TP gab es einen geringen Anstieg von 4,1% auf 4,8%, während in der VT ein leichter Rückgang der Patient:innen zu verzeichnen war, die mind. eine GT-Leistung erhalten haben: von 3,3% auf 2,9% (s. Anhang 4, Abbildung 2).

c) Betrachtung von Alter und Geschlecht

Sowohl unter Männern als auch unter Frauen hat von 2016 bis 2021 in allen Altersgruppen die Anzahl der Personen zugenommen, die GT-RLPT-Leistungen erhalten haben. Die detaillierte Aufschlüsselung der Patient:innen, die mind. eine GT-Leistung erhalten haben, getrennt nach Alter und Geschlecht, ist in Anhang 4, Tabelle 4 ersichtlich.

In den Altersgruppen unter 20 und über 70 Jahren erhalten, unabhängig vom Geschlecht, anteilig weniger Personen GT-Leistungen im Vergleich zu den anderen Altersgruppen (s. Anhang 4, Tabelle 6). Der Anteil männlicher Patienten, die mind. eine GT-RLPT-Leistung erhalten haben, übersteigt den Anteil weiblicher Patientinnen in allen Jahren von 2016 bis

2021 und in allen Altersgruppen (s. Anhang 4, Tabelle 5). Undifferenziert nach Altersgruppe beträgt der Unterschied zwischen Männern und Frauen zwischen 0,8% in 2016 bis 1% in 2021 (s. Anhang 4, Abbildung 3). Innerhalb der Altersgruppen variiert die Differenz zwischen den Jahren und ist in den Gruppen der 30-39- und 40-49-Jährigen am größten (1,1% bis 1,6%) und in den Altersgruppen 60-69 bzw. über 70 Jahre am geringsten (0,4% bis 0,7%). Dabei ist zu beachten, dass mehr als doppelt so viele Frauen RLPT-Leistungen erhalten wie Männer (2021 bspw. $n=1.075.397$ vs. $n=451.215$ Personen).

Betrachtet man die Anteile von Patient:innen, die in dem Zeitraum 2016 bis 2021 mind. eine GT-RLPT-Leistung erhalten haben, im Verhältnis zu allen Patient:innen, die eine RLPT-Leistung erhalten haben, so zeigt sich, dass dieser Anteil über beide Geschlechter hinweg in den definierten Altersgruppen zwischen 0,7% und 1,8% ansteigt. Der geringste Anstieg ist in der Gruppe über 70-Jähriger zu verzeichnen, der größte Anstieg liegt in der Gruppe der 20-29-Jährigen. Zwischen 2019 und 2021 ist fast kein Anstieg zu beobachten (0,0% bis 0,3%).

Über alle Altersgruppen hinweg ist der Anstieg des Anteils von Patient:innen, die mind. eine GT-RLPT-Leistung erhalten haben, nahezu unabhängig vom Geschlecht (Frauen: +0,8%; Männer: +0,9% von 2016 auf 2018, wobei es von 2019 bis 2021 nur noch eine Steigerung von +0,1% bei Frauen und Männern gab).

d) Betrachtung von reiner Einzeltherapie, reiner Gruppentherapie und Kombinationstherapie

In Tabelle 4 ist die Anzahl der Patient:innen dargestellt, die in dem jeweiligen Jahr eine rGT, KT oder rET erhalten haben.

Tabelle 4: Anzahl der Patient:innen nach Therapieform (KT, rET, rGT) der Jahre 2019 bis 2021

Anzahl Patient:innen nach Therapieform	2019	2020	2021
KT	32.063	35.647	32.996
rET	1.402.371	1.439.588	1.464.964
rGT	25.476	23.208	28.652

Auch wenn eine unmittelbare Vergleichbarkeit der Daten des Beobachtungszeitraums von 2019 bis 2021 mit denen von 2016 bis 2018 nicht möglich ist (vgl. Methodikteil, Abschnitt 5.2), wird bei der Analyse der Veränderungen im Verhältnis zwischen rGT und KT im Zeitverlauf deutlich, dass der in der BARGRU-I-Studie beobachtete Trend zu einer stärkeren Zunahme von KT im Vergleich zur rGT fortbesteht. Während in 2016 noch deutlich mehr Patient:innen eine rGT erhielten als eine KT (Christoffer et al., 2021), näherte sich dieses Verhältnis in den Folgejahren an und kehrte sich von 2019 bis 2021 sogar um, sodass deutlich mehr Patient:innen eine KT im Vergleich zu einer rGT erhielten.

Insgesamt stieg auch die absolute Anzahl der Patient:innen, die eine GT- oder KT-Behandlung erhielten. Im Verhältnis zur Gesamtzahl der Patient:innen, die eine ambulante RLPT (rET, rGT oder KT) erhielten, waren diese Veränderungen jedoch geringfügig.

Während in 2019 2,2% aller Patient:innen, die eine RLPT erhalten haben, eine KT erhielten, stieg dieser Anteil in 2020 auf 2,4% an und fiel in 2021 wieder auf 2,2%. Im Vergleich dazu lag der Anteil aller Patient:innen, die eine rGT erhielten, im Vergleich zu allen Patient:innen, die eine RLPT erhielten, in den Jahren 2019 bis 2021 unter dem Anteil der KT. So betrug dieser Anteil 2019 noch 1,7%, fiel im COVID-19-Jahr 2020 auf 1,5% und stieg 2021 wieder auf 1,9%. Daher stieg der Anteil der KT in 2020 im gleichen Maße an, wie der Anteil der rGT sank, während die Diskrepanz zwischen dem Anteil von KT und rGT in den Jahren 2019 und 2021 ähnlich stark ausgeprägt war. Im Jahr 2021 erhielten 96%, der Patient:innen, die eine RLPT erhielten, eine rET und nur 4% eine rGT oder KT (s. Anhang 4, Abbildung 4).

Weiterhin ist aufgefallen, dass es bei der Betrachtung der einzelnen KV-Bezirke deutliche Unterschiede zwischen den Bezirken hinsichtlich des Anteils an Patient:innen gibt, die GT in Anspruch genommen haben (s. Anhang 4, Tabelle 7 und 8). Die Daten lassen eine Aufklärung dieser bemerkenswerten Unterschiede nicht zu.

6.2.2 Anzahl Behandelnder, die mind. eine ambulante GT-Leistung erbracht haben

a) Häufigkeiten in der Gesamtbetrachtung

Die Anzahl der Behandelnden, die mind. eine ambulante GT-Sitzung durchgeführt haben, stieg von 2016 bis 2021 um 55,9%. Im Einklang mit den vorherigen Ergebnissen war der Zuwachs während der COVID-19-Pandemie deutlich geringer: Während es von 2019 auf 2020 noch einen Zuwachs von 6,1% gab, verringerte sich die Anzahl der Behandelnden, die mind. eine ambulante GT-Sitzung abgerechnet haben, von 2020 auf 2021 um 2,4%.

Bei der Interpretation der Anzahl der Behandelnden muss jedoch abermals beachtet werden, dass auch die Gesamtzahl der Behandelnden, die mind. eine ambulante RLPT-Leistung abgerechnet haben, zwischen 2016 und 2021 um 22,8% gestiegen ist.

Auf diese kontinuierliche Entwicklung scheinen die Jahre der COVID-19-Pandemie weniger Einfluss genommen zu haben: Die Anzahl der Behandelnden, die mind. eine ambulante RLPT-Leistung durchgeführt haben, stieg ähnlich wie in den Vorjahren von 2018 auf 2019 um 3,7%, von 2019 auf 2020 um 3,6% und von 2020 auf 2021 um 4,2%.

Der Anteil der Behandelnden, die mind. eine ambulante GT-Sitzung durchgeführt haben, im Verhältnis zu allen Behandelnden, die in dem jeweiligen Jahr mind. eine RLPT-Leistung erbracht haben, stieg um 2,2% von 6,2% in 2016 auf 8,5% in 2020 und fiel anschließend auf 7,9% in 2021 (s. Anhang 4, Abbildung 5). Nach dem kontinuierlichen, wenn auch geringen Anstieg in den Jahren 2016 bis 2020 reduzierte sich der Anteil der Behandelnden, die mind. eine ambulante GT-Sitzung abgerechnet haben, im Jahr 2021. Hierbei sollten die Unsicherheiten und Beschränkungen durch die COVID-19-Pandemie berücksichtigt werden.

b) Behandelnde differenziert nach Richtlinienverfahren

Die absoluten Häufigkeiten der Jahre 2019 bis 2021 zeigen, dass in der VT und TP deutlich mehr Behandelnde ambulante GT-Sitzungen durchgeführt haben als in der AP. Auch hier ist die Verbreitung der jeweiligen Verfahren zu beachten. Im Jahr 2021 haben bspw. $n=21.625$ Behandelnde mind. eine ambulante Leistung im Rahmen der VT erbracht, während es in der TP $n=17.923$ und in der AP $n=6.198$ waren.

Im Folgenden werden die Anteile der Behandelnden, die mind. eine ambulante GT-Leistung in einem zugelassenen Therapieverfahren abgerechnet haben, an der Gesamtzahl aller Behandelnden, die eine RLPT im selben Therapieverfahren durchgeführt haben, betrachtet. In der AP ist dieser Anteil von 2019 (8,3%) bis 2021 (9%) am meisten gestiegen. Unter den TP-Behandelnden stieg der Anteil von 7,2% in 2019 auf 7,8% in 2020 und fiel 2021 auf 7,6%, während der Anteil der Behandelnden in der VT von 7,6% in 2019 auf 6,4% in 2021 fiel. Wie bereits in den Vorjahren von 2016 bis 2018 beobachtet (s. Anhang 4, Abbildung 6) zeigt sich, dass, obwohl in der VT aufgrund der größeren Verbreitung des Verfahrens die meisten Behandelnden mind. eine ambulante GT-Sitzung durchgeführt haben, der Anteil der AP-Behandelnden, die im jeweiligen Verfahren mind. eine ambulante GT-Sitzung durchgeführt haben, konstant am größten ist.

c) Behandelnde differenziert nach Abrechnungsgruppe

Die absoluten Häufigkeiten verdeutlichen, dass Psychologische Psychotherapeut:innen zwischen 2016 und 2021 im Vergleich zu anderen Berufsgruppen am häufigsten mind. eine ambulante GT abgerechnet haben. Beispielsweise haben 2021 $n=1.740$ Psychologische Psychotherapeut:innen mind. eine ambulante GT-Sitzung erbracht, während dies bei den Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut:innen $n=481$, bei den Fachärzt:innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie $n=431$ und unter Ärztlichen Psychotherapeut:innen $n=398$ waren.

Es ist wichtig zu beachten, dass Psychologische Psychotherapeut:innen bei der Erbringung von RLPT-Leistungen die am weitesten verbreitete Berufsgruppe sind. Beim Betrachten der Anteile der Behandelnden, die eine GT-RLPT abgerechnet haben im Vergleich zu allen Behandelnden, die eine RLPT abgerechnet haben, fällt auf, dass GT unter Psychologischen Psychotherapeut:innen und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut:innen weit weniger verbreitet ist als unter Fachärzt:innen für Psychosomatik und Psychotherapie sowie unter Ärztlichen Psychotherapeut:innen. Im Jahr 2021 führten bspw. 18,7% aller Fachärzt:innen für

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie 9,8% aller Ärztlichen Psychotherapeut:innen, die im selben Jahr RLPT-Leistungen abgerechnet haben, mind. eine ambulante GT-Sitzung durch – im Vergleich zu 7,7% der Psychologischen Psychotherapeut:innen und 6,6% der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut:innen. Die Entwicklung des Anteils der Behandelnden, die eine GT-RLPT abgerechnet haben, im Vergleich zu allen Behandelnden, die eine RLPT abgerechnet haben, zeigt, dass der Anstieg bei den Fachärzt:innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am deutlichsten ist. Ihr Anteil stieg von 13,5% in 2016 kontinuierlich auf 19,6% in 2020 an und fiel 2021 auf 18,7%. Unter den Ärztlichen Psychotherapeut:innen war der Anstieg geringer: von 8% in 2016 auf 9,8% in 2021 mit einem leichten Rückgang in 2021. Bei Psychologischen Psychotherapeut:innen stieg der Anteil von 5,2% in 2016 kontinuierlich auf 7,8% bis 2020 und reduzierte sich in 2021 auf 7,1%. Bei Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut:innen gab es von 2016 bis 2019 lediglich einen Anstieg von 5,7% auf 6,8%, während sich der Anteil in den Jahren der COVID-19-Pandemie leicht reduzierte. Für Details s. Anhang 4, Abbildung 7.

6.2.3 Häufigkeit der abgerechneten ambulanten GT-Leistungen

a) Häufigkeiten in der Gesamtbetrachtung

Bei der Analyse der absoluten Häufigkeiten zeigt sich ein deutlicher Anstieg von GT-Leistungen an allen abgerechneten Leistungen von 2016 bis 2021 um 72,2%. Hierbei ist auch ein temporärer Einfluss der COVID-19-Pandemie erkennbar: Während die absolute Häufigkeit abgerechneter Leistungen zwischen 2017 und 2019 um 6,5% bis 23,4% anstieg, gab es von 2019 zu 2020 einen Rückgang der GT-Leistungen von 5,3%. Dieser Rückgang setzte sich jedoch nicht fort: Von 2020 bis 2021 stieg die Anzahl ambulanter GT-Leistungen erneut um 20,7%. Auch hier sollte berücksichtigt werden, dass die Anzahl aller abgerechneter ambulanter RLPT-Leistungen zwischen 2016 und 2021 um 5,5% angestiegen ist. In den Jahren der Pandemie fällt dieser Anstieg mit 2,9% von 2019 zu 2020 und 3,1% von 2020 zu 2021 höher aus als in den anderen Jahresvergleichen (Reduktion um -1,5% bis Anstieg um 1,7%). Der Anteil von GT-Leistungen an allen RLPT-Leistungen stieg zwischen 2016 und 2021 um 1,7% (von 2,7% in 2016 auf 4,3% in 2021). Während sich von 2016 bis 2017 der Anteil von GT-Leistungen an allen RLPT-Leistungen lediglich von 2,7% auf 2,9% erhöhte, gab es von 2017 auf 2018 einen Anstieg auf 3,6%. Der Anteil von GT-Leistungen an RLPT-Leistungen verzeichnete von 2019 zu 2020 einen leichten Rückgang von 4% auf 3,7% (s. Anhang 4, Abbildung 8).

b) Leistungen differenziert nach Richtlinienverfahren

In den Jahren 2019 bis 2021 wurden die meisten GT-Leistungen im Rahmen einer TP abgerechnet, gefolgt von der VT und schließlich der AP. Im Jahr 2021 wurden bspw. $n=398.335$ TP-GT-Leistungen, $n=283.433$ VT-GT-Leistungen und $n=221.937$ AP-GT-Leistungen abgerechnet (zur Erfassung halber Leistungen s. 5.2). Dies ist insbesondere unter Berücksichtigung der Verbreitung der jeweiligen Verfahren bemerkenswert: In allen Jahren waren die abgerechneten RLPT-Leistungen in der VT am höchsten, gefolgt von der TP und schließlich der AP. So wurden bspw. im Jahr 2021 $n=10.661.111$ RLPT-VT-Leistungen abgerechnet, $n=7.209.866$ RLPT-TP-Leistungen und $n=2.943.390$ RLPT-AP-Leistungen. Bei Betrachtung der Verhältnisse der GT-RLPT-Leistungen zu allen RLPT-Leistungen zeigt sich, dass dieser Anteil in der AP am stärksten zugenommen hat, und zwar von 6,4% in 2019 auf 7,5% in 2021. In der TP fiel der Anteil von GT-RLPT-Leistungen von 4,7% in 2019 auf 4,6% in 2020, stieg aber 2021 wieder auf 5,5%. In der VT nahm der Anteil von GT-RLPT-Leistungen von 2,8% in 2019 auf 2,3% in 2020 ab, stieg aber 2021 wieder auf 2,7%. Zusätzlich ist der Anteil über alle Jahre hinweg in der AP am höchsten, gefolgt von der TP. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen über die Vorjahre der BARGRU-I-Studie (s. Anhang 4, Abbildung 9).

c) Leistungshäufigkeiten differenziert nach Gruppengröße und Therapieverfahren

Aufgrund der Abrechnung von Leistungen pro Leistungsempfänger:in wurde die Anzahl der Gruppensitzungen gebildet, indem die Anzahl der Leistungen durch die Teilnehmendenzahl

geteilt wurde. Tabelle 9 in Anhang 4 zeigt die Anzahl der GT-Sitzungen getrennt nach Teilnehmendenanzahl und Verfahren (gerundet). In sämtlichen PT-Verfahren sank die Anzahl der Sitzungen mit 9 Teilnehmenden von 2018 auf 2021 um etwa ein Viertel (25,3% bis 26%). Ebenfalls rückläufig waren Gruppen mit 8 Teilnehmenden im gleichen Zeitraum (AP -18,4%, TP -11,8%, VT -1,4%). Die stärksten Zuwächse verzeichneten Gruppen mit drei bis fünf Teilnehmenden in den Verfahren AP und TP mit Steigerungen von 75,2% (TP 5 Teilnehmende) bis 129,4% (TP 3 Teilnehmende).

Von 2019 bis 2021 verringerte sich in allen Verfahren die Anzahl von Gruppen mit sieben bis neun Teilnehmenden (VT 9 Teilnehmende -37,3% bis AP 7 Teilnehmende -2,7%), während die Anzahl der Gruppen mit drei bis sechs Teilnehmenden in allen Verfahren stieg (VT 6 Teilnehmende 1% bis TP 3 Teilnehmende 89,3%).

Im Folgenden werden die Anteile der Sitzungen jeder Gruppengröße an allen GT-Sitzungen eines Jahres betrachtet (s. Anhang 4, Tabelle 10).

Zwischen 2018 und 2019 zeigen sich kaum Veränderungen der Anteile der Gruppengrößen in den drei Verfahren. In 2019 waren in TP Gruppengrößen zwischen drei und sieben Teilnehmenden ähnlich häufig (13,6% bis 18,7%), wobei Gruppen mit acht (8,7%) und neun (7,6%) Teilnehmenden seltener waren. In AP waren Gruppen mit fünf und sechs Teilnehmenden am häufigsten (19,4% bzw. 20,9%), gefolgt von Gruppengrößen sieben, vier, drei, acht und neun (5,8%). In VT dominierten die Gruppengrößen drei (29,6%) und vier (27,2%), während die Häufigkeit mit steigender Gruppengröße auf 2,5% bei neun Teilnehmenden abnahm. Von 2019 bis 2021 sind die Anteile für Gruppen mit sechs oder mehr Teilnehmenden in TP und AP rückläufig, während dies in VT nur für Gruppen ab 8 Teilnehmenden galt.

d) Leistungshäufigkeiten differenziert nach Therapiedauer

In den Jahren 2019 bis 2021 lag der Anteil von GT-Leistungen in der LZT konstant zwischen 4,7% und 5,8% und damit durchgehend höher als in der KZT, wo der Anteil von GT-Leistungen im gleichen Zeitraum zwischen 2,6% und 3,4% variierte. Während der Anteil in der KZT zwischen 2019 und 2021 um 0,6% abnahm, verzeichnete er in der LZT einen Anstieg um 1,2%. Umgekehrt bedeutet dies, dass sich das Verhältnis von KZT zu LZT innerhalb der GT zwischen 2019 und 2021 zugunsten der LZT verschoben hat, während es sich innerhalb der ET zugunsten der KZT verschiebt. Die Anzahl der GT-Leistungen in der KZT bzw. LZT ist in Anhang 4, Tabelle 11 aufgeführt. Die jeweiligen Anteile der GT-Leistungen an allen KZT- bzw. LZT-Leistungen finden sich in Anhang 4, Tabelle 12.

e) Neu abrechenbare Leistungen und Einbezug von Bezugspersonen

Mit den Reformen der PT-Richtlinie 2017 und 2020 wurde die Abrechnung von Video-Sitzungen und Rezidivprophylaxen ermöglicht. In Ergänzung zur BARGRU-I-Studie wurde zudem der Einbezug von Bezugspersonen berücksichtigt.

Die Abrechnung von Video-Leistungen hat von 2019 bis 2021 deutlich zugenommen: Während 2019 insgesamt $n=117$ Video-Leistungen abgerechnet wurden, waren es 2020 $n=1.835.833$ und 2021 $n=2.338.973$. Während diese 2019 und 2020 nur in der ET abgerechnet wurden, wurden 2021 $n=2.619$ der insgesamt $n=2.338.973$ Video-Leistungen im GT-Setting abgerechnet. Für weitere Zahlen im Hinblick auf abgerechnete Video-Leistungen s. Anhang 4, Tabelle 13. Es gilt zu berücksichtigen, dass die Anzahl abgerechneter RLPT-Leistungen von 2019 bis 2021 um 6,1% gestiegen ist. Während der Anteil von Video-Leistungen an allen RLPT-Leistungen 2019 jedoch noch unter 0,1% lag, war dieser 2020 bei 9,1% und 2021 bei 11,2% und stieg damit überproportional zu den RLPT-Leistungen insgesamt. 57,7% aller Behandelnden, die 2021 eine RLPT-Leistung erbracht haben, haben mind. eine Video-Leistung abgerechnet. Zudem haben 21% aller Patient:innen, die eine RLPT-Leistung erhalten haben, mind. eine Video-Leistung während der COVID-19-Pandemie erhalten.

Weiterhin gab es eine Zunahme der Rezidivprophylaxe (s. Anhang 4, Tabelle 14). 2019 wurden bspw. $n=111.175$ Rezidivprophylaxe-Leistungen abgerechnet, davon $n=1.165$ im GT-Setting. Im Jahr 2021 stieg diese Zahl auf $n=226.150$, davon $n=2.938$ im GT-Setting. Dies ist jedoch

abermals vor dem Hintergrund der Zunahme abgerechneter RLPT-Leistungen zu betrachten. Der Anteil von Rezidivprophylaxe-Leistungen an allen RLPT-Leistungen betrug im Jahr 2019 0,6% und stieg im Jahr 2021 um 0,5% auf 1,1%. Dieser Anstieg ist geringer als bei RLPT-Leistungen insgesamt (s. Anhang 4, Tabelle 15). Die Art der Leistung (abrechenbar am Ende der LZT mit 8-16 max. abrechenbaren Leistungen pro Patient:in) bedingt, dass sie vergleichsweise weniger häufig abgerechnet wird als bspw. reguläre Leistungen im Rahmen der LZT. In 2021 haben immerhin 21,8% der Behandelnden, die RLPT-Leistungen abgerechnet haben, mind. eine Rezidivprophylaxe abgerechnet (s. Anhang 4, Tabelle 17). Von 2019 bis 2021 stieg dieser Anteil um 8,7%. Der Anteil von Patient:innen, die mind. eine Rezidivprophylaxe-Leistung erhalten haben, an allen Patient:innen, die mind. eine RLPT-Leistungen erhielten, stieg zwischen 2019 und 2021 um 1,3% (s. Anhang 4, Tabelle 15). Die Rezidivprophylaxe wird in der ET häufiger abgerechnet als in der GT (s. Anhang 4, Tabelle 16).

Die Einbeziehung von Bezugspersonen hat in absoluten Zahlen ebenfalls zugenommen (s. Anhang 4, Tabelle 18). 2019 wurden insgesamt $n=561.459$ RLPT-Leistungen unter Einbeziehung einer Bezugsperson abgerechnet, davon $n=3.300$ im GT-Setting. 2021 waren es insgesamt $n=595.318$ Leistungen, davon $n=5.004$ im GT-Setting. Der Prozentsatz abgerechneter Leistungen unter Einbeziehung einer Bezugsperson an allen RLPT-Leistungen belief sich sowohl 2019 als auch 2021 auf 2,9% (s. Anhang 4, Tabelle 20). Der Anteil von Behandelnden, die unter sämtlichen RLPT-Leistungen mind. eine RLPT-Leistung unter Einbeziehung einer Bezugsperson abrechneten, schwankte 2019 bis 2021 zwischen 23% und 23,4% (s. Anhang 4, Tabelle 21). Bezugspersonen von 10,9% aller Patient:innen, die 2019 eine RLPT-Leistung erhielten, wurden involviert. 2021 betrug der Anteil 11,1% (s. Anhang 4, Tabelle 19). Diese Abrechnungsmöglichkeit zeigt keine erhebliche Zunahme über den Zeitverlauf.

6.3 Primärdatenanalyse: Ergebnisse der Fokusgruppen – Ableitung möglicher Strategien zur Förderung ambulanter Gruppenpsychotherapie

Im folgenden Abschnitt werden die zentralen Diskussionsinhalte der Fokusgruppen mit niedergelassenen Hausärzt:innen, psychotherapeutisch Behandelnden, sowie des Treffens mit dem Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität Münster, Herrn Dr. med. R. Jendyk, berichtet.

a) Fokusgruppen mit Hausärzt:innen

Eine in den hausärztlichen Fokusgruppen mehrfach genannte Herausforderung betraf die Indikationsstellung für PT im Allgemeinen, insbesondere die Indikationsstellung für das Therapiesetting (ET vs. GT, Therapieverfahren). Es bestand teilweise die Ansicht, dies solle psychotherapeutischen Fachleuten überlassen bleiben. Für die hausärztliche Seite könne für die Differentialdiagnostik und Indikationsstellung durch die obligatorischen Sprechstunden von niedergelassenen Behandelnden mehr Sicherheit geschaffen werden, wenn diese auch tatsächlich durchgeführt würden und die Hausärzt:innen eine fachliche Einschätzung bekämen, ob bspw. auch eine GT für ihre Patient:innen in Frage käme. Teilweise wünschten sich Hausärzt:innen jedoch auch eigenständig, die Indikation stellen zu können, bzw. zumindest soweit über unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren und Settings informiert zu sein, dass sie in der Lage seien, über unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären. Dazu wünschten sich die befragten Hausärzt:innen, dass mehr Informationsmaterial über GT von der KV zur Verfügung gestellt werde, welches Patient:innen an die Hand gegeben werden könne. Durch bessere Informationsmöglichkeiten über GT, so die Hausärzt:innen, könne ggf. die häufig bei Patient:innen vorhandene Skepsis gegenüber GT abgemildert werden. Dann, so die Vermutungen, steige auch die Nachfrage nach GT-Behandlungsmöglichkeiten, was wiederum ein erhöhtes Angebot von GT fördern könne.

Weitere strukturelle Probleme stellten die Vermittlung in eine psychotherapeutische Behandlung, unabhängig vom Behandlungssetting sowie eine mangelnde Vernetzung zu niedergelassenen Psychotherapeut:innen dar. Den Erfahrungen der Hausärzt:innen nach bestünden häufig selbst für Erstgespräche erhebliche Wartezeiten. Dies trage zu einer

Chronifizierung psychischer Störungen und langen Perioden von Arbeitsunfähigkeit bei. Gerade bei akuten Fällen seien die Wartezeiten nicht tolerierbar. Hier wünschten sich die Hausärzt:innen eine Verpflichtung zum Angebot von mehr Sprechstundentermine durch niedergelassene Behandelnde bzw. zumindest die Einhaltung der aktuell geforderten Anzahl. Außerdem wurden die bestehenden Vermittlungsstrukturen kritisiert. Es seien keine neuen Vermittlungsstrukturen vonnöten, vielmehr sei eine Verbesserung bereits bestehender nicht-kommerzieller Auskunftsmöglichkeiten, wie dem Patientenservice der KVen (Tel.: 116117) erforderlich. Dieser funktioniere lokal unterschiedlich gut. Immer wieder sei es jedoch nicht möglich, über diesen Service befriedigende Auskünfte zu erhalten. Gerade über GT seien die Mitarbeitenden häufig nicht informiert und wüssten nicht, welche Behandelnden GT anbieten.

Ein weiterer Vorschlag war, GT als Behandlungsoption standardmäßig auf das PTV11 aufzunehmen. Dies könne zu einer Entstigmatisierung und verstärkten Vergegenwärtigung dieser Behandlungsmöglichkeit sowohl aufseiten der Indikationsstellenden, als auch der Patient:innen beitragen.

Die an die Hausärzt:innen gestellten Herausforderungen scheinen sich lokal zu unterscheiden. So scheinen Patient:innen in einer Großstadt vergleichsweise besser über psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt zu sein. Teilweise strebten dort aus Interesse an persönlicher Weiterentwicklung auch Patient:innen eine PT an, bei denen aus hausärztlicher Sicht keine Indikation bestehe. In kleineren Städten scheint noch mehr Aufklärungsarbeit geleistet werden zu müssen und auch das Vermittlungsproblem tendenziell stärker ausgeprägt zu sein.

b) Gespräch mit Herrn Dr. med. Ralf Jendyk, Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität Münster

Herr Dr. Jendyk, bestätigte die in den hausärztlichen Fokusgruppen geäußerte Erfahrung, dass lokal unterschiedliche Herausforderungen bezüglich der Indikationsstellung, Aufklärungsarbeit und Vermittlung an Psychotherapeut:innen bestünden. Dies liege auch darin begründet, dass Erkrankungen bzw. Störungen lokal unterschiedlich verbreitet seien. Außerdem unterscheide sich die Grundausrichtung hausärztlicher Praxen und die Expertise der dort arbeitenden Ärzt:innen. Manche Praxen hätten einen stärkeren psychosomatisch-zwischenmenschlichen Fokus, was dazu führe, dass sich Patient:innen mit entsprechenden Beschwerden eher an diese wendeten. Andere Praxen seien dagegen eher technisch-somatisch orientiert. Ebenso wie bei den niedergelassenen Hausärzt:innen werde die Erfahrung bestätigt, dass patient:innenseits nach wie vor eine große Skepsis gegenüber PT im GT-Setting herrsche, wobei hervorzuheben sei, dass diejenigen Patient:innen, die bereits GT-Erfahrung in vorherigen stationären Behandlungen gemacht hätten, tendenziell offener gegenüber GT seien, was zeige, dass eine verstärkte Aufklärung von Patient:innen auch zu einer höheren Akzeptanz von GT führen könne.

Herr Dr. Jendyk sprach sich ebenfalls für eine verbesserte Vernetzung zwischen Hausärzt:innen und niedergelassenen Psychotherapeut:innen aus. Um dem Bewerbungsverbot zu entsprechen sei es jedoch nötig, gleichermaßen qualifizierte Psychotherapeut:innen den Patient:innen auch gleichermaßen zu benennen. Eine Empfehlung und damit einhergehende Präselektion bestimmter Psychotherapeut:innen (z.B. mit Visitenkarten) durch Hausärzt:innen sei folglich problematisch. Wünschenswert sei, dass freie GT-Therapieplätze den Terminservicestellen der KVen bekannt seien und es hier mehr Transparenz gebe, welche Therapeut:innen überhaupt GT anbieten. Auch wenn die Vermittlung zentral über die KVen geregelt werden sollte, befürwortete Herr Dr. Jendyk die Idee lokaler Treffen zwischen Hausärzt:innen und Psychotherapeut:innen mit dem Ziel, über GT als wirksame Behandlungsmethode zu informieren und um Patient:innen, die eine GT angeboten bekommen, darin bestärken zu können, diese in Erwägung zu ziehen.

Herr Dr. Jendyk plädierte insbesondere auch für eine verstärkte Bereitstellung von Informationen über GT für Hausärzt:innen, um eine noch größere Offenheit für diese Behandlungsoption zu schaffen. Denkbar sei, bspw. in der Weiterbildung in

Psychosomatischer Grundversorgung und in sonstigen Fort- und Weiterbildungen sowie Qualitätszirkeln über GT aufzuklären. Ebenso sei dies denkbar im Rahmen der bundesweit etablierten Kompetenzzentren für Allgemeinmediziner:innen: in den dortigen Mentoring-Programmen könne durch die Mentor:innen oder durch hinzugeladene psychotherapeutische Fachleute über GT informiert werden. Mit einer verstärkten Generierung von Wissen um GT wachse ggf. auch das Vertrauen in die eigene Kompetenz, Behandlungsindikationen für GT adäquat zu stellen und die Offenheit, eigenen Patient:innen eine GT zu empfehlen.

Weiterhin sei vielen ärztlichen Kolleg:innen der Mehrwert von Gruppensettings durch eigene positive Erfahrungen in Balint-Gruppen bekannt. Hierauf sollte bei Balint-Gruppen, aber auch im Rahmen von Weiterbildungen verstärkt hingewiesen werden. Dies könne Hausärzt:innen nochmals den Nutzen derartiger Gruppenzusammenkünfte vergegenwärtigen, was die Empfehlung eines GT-Settings an eigene Patient:innen begünstigen könne.

c) Zweite Runde der Fokusgruppen mit niedergelassenen Psychotherapeut:innen

Im Rahmen der Diskussion um Schwierigkeiten bei der Nachqualifikation für Gruppentherapie, die sich weitgehend mit den in den Fragebogen herausgestellten Hürden deckten, kam der Vorschlag auf, Partner:innenschaften zu bilden zwischen erfahrenen Gruppenpsychotherapeut:innen sowie sich in der GT-Ausbildung befindlichen Personen oder auch Behandelnden, die bereits eine Zulassung für GT haben, jedoch (noch) keine GT praktizieren. Eine solche Partner:innenschaft im Sinne einer Co-Therapie könne für diejenigen, die sich in der Aus- bzw. Weiterbildung für GT befinden, für ihr Curriculum der Gruppenfachkunde anerkannt werden. Beispielsweise könnten bis zu 50% der geforderten Behandlungsstunden als Co-Therapie und die restlichen 50% mit alleiniger Gruppenleitung absolviert werden. Dies könne auch die Qualität der Weiterbildung und Supervision verbessern. Eine Co-Therapie könne für diejenigen, die bereits eine GT-Zulassung haben, jedoch noch wenig Erfahrung mit GT haben oder über längere Zeit keine Gruppen durchgeführt haben, als eine Art „Auffrischung“ dienen mit dem Ziel, sich als Gruppenpsychotherapeut:in sicherer zu fühlen.

Im Rahmen dieser Diskussion kam auch der Wunsch nach mehr Austausch zwischen denjenigen, die GT durchführen und denjenigen, die keine GT durchführen, auf. Hier könnten gemeinsame Qualitätszirkel, Gruppensupervisionen und -interventionen helfen, Hemmschwellen und Unsicherheiten für Nicht-Praktizierende abzubauen.

In Bezug auf die Modifikation der PT-Richtlinie 2020 wurde insbesondere die Möglichkeit, GT auch außerhalb der eigenen Praxisräume durchzuführen als hilfreich erlebt.

Die Möglichkeit der GT-Grundversorgung wurde mehrheitlich als für den Praxisalltag wenig gewinnbringend gesehen. Hier gebe es noch inhaltlichen Arbeitsbedarf an dem Konzept der GT-Grundversorgung, auch im Hinblick auf die Abgrenzung zur Akutversorgung.

Zur Möglichkeit, die Probatorik-Sitzungen auch im GT-Setting durchzuführen, gab es, ähnlich wie bei den Teilnehmenden der Fragebogenerhebung, geteilte Meinungen. Es könnten spezielle Probatorikgruppen sinnvoll sein, um nicht zu viel Unruhe in bereits laufenden Gruppen zu verursachen. Hierbei ergebe sich jedoch das Problem, dass Patient:innen sich schon an eine Gruppe gewöhnen könnten, die sie dann wieder verlassen müssten. Daher sollte eine Ausgestaltung des Konzepts zur GT-Grundversorgung auch eine Konzeptentwicklung zur Probatorik im Gruppensetting einschließen.

Der Wegfall der Berichtspflicht wurde von der überwiegenden Mehrheit als große Erleichterung empfunden. Im Rahmen der Diskussion um alternative Qualitätssicherungsmaßnahmen wurde insbesondere der Wunsch nach einer Wahlfreiheit alternativer Qualitätssicherungsmaßnahmen deutlich, um den individuellen Präferenzen der GT-Praktizierenden hinsichtlich der Qualitätssicherung gerecht zu werden, anstatt sie über Kontrollen und Rechtfertigungsdruck abzuschrecken.

Ein an Patient:innen ausgehändigter Evaluationsbogen nach einer PT wurde vor dem Hintergrund eines Einflusses auf das Therapieergebnis auch nach abgeschlossener PT kritisch gesehen und nicht befürwortet.

Sollte über eine Wiedereinführung des Gutachterverfahrens diskutiert werden oder das Schreiben von Berichten als eine der Möglichkeiten im Rahmen der Wahlfreiheit der Qualitätssicherungsmaßnahmen eingeführt werden, sprachen sich die Teilnehmenden dafür aus, dass es eine:n Gutachter:in für die ganze Gruppe geben sollte, um der Gruppensituation gerecht zu werden. Ein neuartiger Vorschlag für den Fall, dass das Gutachterverfahren als Qualitätssicherungsmaßnahme für GT wieder eingeführt werden sollte, lautete, dass die Kolleg:innen (analog zur seinerzeitigen Regelung für die Befreiung von der Gutachterpflicht in der KZT) für bspw. die ersten 25 GT-Patient:innen Berichte schreiben und danach von der Gutachterpflicht befreit werden.

Im Rahmen der Möglichkeit, GT auch mit zwei Behandelnden durchzuführen, wurde über Vertretungsmöglichkeiten diskutiert. So könne die Möglichkeit geschaffen werden, dass bis zu 20% der Sitzungen von nur eine:r Therapeut:in durchgeführt werden dürfe, wobei die bestehende Vergütungsregelung davon unberührt bleiben (und somit intern geregelt werden) könne. Zudem wurde der Wunsch geäußert, dass es in Fällen, in denen nur zwei Teilnehmende zur Gruppensitzung erscheinen, erlaubt sein sollte, diese ausnahmsweise als Zweier-Gruppe durchzuführen und bei 100 Min. dafür zwei Einzelsitzungen abzurechnen.

Es wurde zudem kritisiert, dass Mitarbeitenden einzelner Krankenkassen die Regelungen in Bezug auf das Gutachterverfahren oder das Stundenkontingent bei KT nicht bekannt seien. In diesem Zusammenhang sei auf die PT-Richtlinie nach Faber-Haarstrick (Dieckmann et al., 2020) verwiesen, die diese Regeln verständlich beschreibt. Als Lösung für die erlebten Inkonsistenzen in der Beurteilung sollte Mitarbeitenden der Krankenkassen auf diesem Standardwerk aufbauende Fortbildungen angeboten werden.

Die Teilnehmenden sprachen sich für eine Erhöhung des Stundenkontingents für GT in allen Verfahren auf bis zu 200 Doppelstunden aus.

Wiederholt wurde auch der Wunsch nach einheitlichen Regeln für ein Vakanzhonorar angesprochen, wobei es weniger um die Festlegung eines fixen Betrags gehe als um den Wunsch, die Legitimität einer solchen Forderung auf der Basis einer mit den Patient:innen getroffenen Privatvereinbarung noch klarer verankert zu wissen.

7. Diskussion der Projektergebnisse

a) Diskussion der Ergebnisse der Primärdatenanalyse

Die Rücklaufquote der Fragebogen in der BARGRU-II-Studie war mit 20,4% geringer als in der BARGRU-I-Studie (36,2%) (s. Abschnitt 6.1.1). Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass *alle* Behandelnden mit und ohne GT-Weiterbildung zur Studienteilnahme gebeten wurden, um eine Perspektiverweiterung und die Haltung gegenüber ambulanter GT realistisch abzubilden – die BARGRU-I-Erhebung beschränkte sich auf Behandelnde *mit* GT-Zulassung. Trotzdem hat sich der postalische Zugang mit der Möglichkeit einer vollständig anonymen postalischen Rücksendung der Fragebogen per Freiumschlag als erfolgreich erwiesen. Dies ist höchstwahrscheinlich auf die hohe Akzeptanz des Fragebogeninstruments dank seiner vorherigen Anpassung und Validierung im Rahmen der Fokusgruppen zurückzuführen.

Von den antwortenden Personen mit GT-Zulassung praktizierten 64,3% diese auch im Rahmen der GKV, während 35,7% von ihrer Zulassung keinen Gebrauch machten (s. Abschnitt 6.1.2). Im Unterschied zur Versorgungsrealität 2019: Nur 21% der Behandelnden mit GT-Zulassung machten nach der bundesweiten Vollerhebung der BARGRU-I-Studie davon Gebrauch (Christoffer et al., 2021). Das heißt, dass unter den Teilnehmenden, die die Fragebogen diesmal zurückgesandt haben, diejenigen überrepräsentiert sind, die auch tatsächlich GT durchführen.

Unter den Antwortenden ohne GT-Zulassung äußerten 17,6% die Bereitschaft eine solche Zulassung anzustreben, während 24,5% diesbezüglich unentschlossen waren. Die bestehende Offenheit gegenüber GT unter den nicht dafür Zugelassenen ist ein unausgeschöpftes Potenzial, die Verbreitung von GT zu fördern. Die Ergebnisse der Freitextantworten und

Fokusgruppendifkussionen verweisen darauf, dass v.a. Erleichterungen beim Nachholen der GT-Fachkunde dazu beitragen könnten, dieses Potenzial zu heben.

Eine Reihe an möglichen durch die COVID-19-Pandemie entstandener Hindernisse wurde sowohl von Personen mit als auch ohne GT-Zulassung kritisch bewertet (s. Abschnitt 6.1.4). Dabei vermuteten aber verhältnismäßig deutlich mehr Personen ohne GT-Zulassung, dass durch die Pandemie Hindernisse für die Durchführung von GT entstanden seien. Obwohl die Entwickelnden des Fragebogens erhebliche Einschränkungen für die GT während der COVID-19-Pandemie vermuteten, zeigt das Antwortverhalten von Personen mit bzw. ohne GT-Zulassung, dass die tatsächlichen Einschränkungen in der Praxis geringer waren als von denjenigen ohne GT-Zulassung erwartet. Jedoch vermuteten anteilmäßig auch mehr Personen ohne GT-Zulassung als mit GT-Zulassung förderliche Aspekte, die durch die COVID-19-Pandemie für die GT entstanden seien (s. Abschnitt 6.1.5). Diese Ergebnisse machen die unterschiedliche Wahrnehmung beider Gruppen deutlich (s. Limitationen). Dies gilt ebenso im Hinblick auf die differierenden Ergebnisse hinsichtlich weiterer, von der Pandemie unabhängiger, organisatorischer Faktoren. Hier sahen Personen ohne GT-Zulassung häufiger keine organisatorischen Hindernisse als Personen mit GT-Zulassung (s. Abschnitt 6.1.6). Dies könnte daran liegen, dass die von uns aufgeführten konkreten organisatorische Barrieren für diejenigen ohne GT-Zulassung im Arbeitsalltag weniger relevant sind.

Es fällt auf, dass unter den Personen mit GT-Zulassung diejenigen, die keine GT praktizieren, deutlich häufiger organisatorische und inhaltliche Hindernisse bei der Durchführung von GT wahrnehmen oder tatsächlich erleben. Dazu gehören der erhöhte Organisationsaufwand und die eigene Unsicherheit. Die vorliegenden Ergebnisse, insbesondere im Kontext der COVID-19-Pandemie, verdeutlichen jedoch, dass erwartete Barrieren in der Praxis nicht zwangsläufig tatsächlich existieren. Ein verstärkter Austausch zwischen GT-Praktizierenden und Nicht-Praktizierenden, wie in Abschnitt 6.3 c) diskutiert, könnte dazu beitragen, Bedenken hinsichtlich solcher Barrieren abzubauen und mehr Behandelnde dazu bewegen, von ihrer GT-Zulassung Gebrauch zu machen.

Nur ein geringer Anteil von 3,7% bzw. 11% derjenigen mit GT-Zulassung sah keine organisatorischen bzw. inhaltlichen Faktoren, die es erleichtern könnten, (mehr) GT anzubieten. Dies unterstreicht das Potenzial der Verbesserung der organisatorischen Rahmenbedingungen für GT, da viele Personen offensichtlich davon überzeugt sind, dass die Praxis von GT durch optimierte Rahmenbedingungen erleichtert werden könnte.

Beim Vergleich der beiden Gruppen (mit vs. ohne GT-Zulassung) fällt auf, dass ein höherer Anteil der GT-Zugelassenen die im Fragebogen aufgeführten organisatorischen und inhaltlichen Faktoren als förderlich ansah. Dieser Gruppenunterschied erscheint vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Fragestellungen für GT-Zugelassene und Nicht-Zugelassene (mehr Durchführung von GT vs. Anstreben einer GT-Zulassung) plausibel. Gleiches gilt für das unterschiedliche Antwortverhalten der Gruppen in Bezug auf eine höhere Honorierung von GT. Hier sind deutlich mehr GT-Zugelassene der Meinung, dass sie dadurch zu mehr GT motiviert wären. Dies ist nicht überraschend, da diejenigen mit GT-Zulassung bereits einen einfacheren Zugang zur GT haben, während diejenigen ohne GT-Zulassung zunächst eine GT-Weiterbildung absolvieren müssten, bevor sie GT anbieten könnten.

Unter Berücksichtigung des kürzlich erschienenen Beitrags zur juristischen Perspektive des Ausfallhonorars (Halbe, 2024) ist der Wunsch nach erhöhter Rechtssicherheit bei der Berechnung eines Ausfallhonorars sowohl von den Befragten als auch den Teilnehmenden der Fokusgruppen gut nachvollziehbar. Zwar sind die grundsätzlichen Voraussetzungen wie feste Terminvergabe und privatrechtlicher Vertrag über das Ausfallhonorar im Falle einer ambulanten GT erfüllt bzw. erfüllbar, aber neben dem unbestimmten Hinweis, die Behandelnden sollten die Zeit dann möglichst für administrative Aufgaben nutzen (was bei einer GT mit einem fehlenden Teilnehmenden entfällt), ist die Rechtsprechung derzeit sowohl im Hinblick auf die Frage des verschuldungs-(un-)abhängigen Verpassens eines Termins als auch auf die Frage der Rechtzeitigkeit einer Terminabsage (24 h vs. 48 h) uneinheitlich. – Ein Sonderproblem ergibt sich noch bei der Kündigung einer Behandlungsvereinbarung (etwa Behandlungsabbruch ohne Vorankündigung) bei einer geschlossenen konzipierten GT.

b) Diskussion der Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse

Die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse zeigen, dass trotz der forcierten Förderung von GT die rGT genau wie die KT im Vergleich zur rET weiterhin unterrepräsentiert ist (s. Abschnitt 6.2.1, d), da der Anteil von Indikationen zur GT nach Literaturlage (Noack, 2016) deutlich größer ist. Dennoch kann von einem moderaten Anstieg des Anteils von GT-Leistungen an allen RLPT-Leistungen zwischen 2016 und 2021 gesprochen werden (um 1,7%; s. Abschnitt 6.2.3, a). Der verhältnismäßig starke Anstieg von 2017 auf 2018 kann vorsichtig als Hinweis eines nachlaufenden Effekts durch die Modifikation der Vergütung ambulanter GT im Jahr 2017 auf die ambulante Versorgungsrealität interpretiert werden und zeigt, dass Veränderungen der Rahmenbedingungen für GT Wirkung zeigen können.

Betrachtet man die Entwicklung des Verhältnisses zwischen rGT und KT, wird deutlich, dass sich der schon in der BARGRU-I-Studie beobachtete Trend eines stärkeren Zuwachses von KT im Verhältnis zur rGT auch in den folgenden Jahren fortgesetzt hat. 2019 bis 2021 erhielten deutlich mehr Patient:innen eine KT im Vergleich zu einer rGT. Bei der Interpretation dieser Zahlen ist jedoch die Möglichkeit zur Umwandlung von GT in ET während der COVID-19-Pandemie zu beachten. Wenn ein:e Patient:in in einem Jahr zunächst eine GT erhielt, die dann später in eine ET umgewandelt wurde, wurde dieser Fall in unseren Daten als KT erfasst.

Auch bei der Betrachtung der absoluten Häufigkeiten von GT-Leistungen muss der Einfluss der COVID-19-Pandemie berücksichtigt werden. Während es 2020 einen Rückgang von GT-Leistungen gab, stieg die Anzahl der GT-Leistungen 2021 wieder deutlich an. Es ist anzunehmen, dass diese Zahlen vor allem zu Beginn der Pandemie bestehende Verunsicherungen hinsichtlich Gruppenzusammenkünften widerspiegeln. Es ist auch denkbar, dass 2021 bereits mehr Alternativen zum Organisieren von GT unter Pandemiebedingungen geschaffen wurden (z.B. Anmieten (größerer) Räumlichkeiten außerhalb des eigenen Praxissitzes, verbesserte Abrechnungsmöglichkeiten auch bei kleineren Gruppen, Online-Sitzungen).

Auf der Ebene der Behandelnden (s. Abschnitt 6.2.2) zeigen die Ergebnisse deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Abrechnungsgruppen. Psychologische Psychotherapeut:innen sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut:innen bieten im Verhältnis deutlich seltener GT an als Fachärzt:innen für Psychosomatik und Psychotherapie sowie Ärztliche Psychotherapeut:innen. Ein Grund könnte bspw. die in die ärztliche Weiterbildung integrierte GT-Fachkunde sowie die längeren Erfahrungen mit GT durch längere Weiterbildungszeiten in Kliniken im Vergleich zu den psychologischen Behandelnden sein. Auf Ebene der Behandelnden fällt zudem auf, dass der Anteil der Behandelnden, die mind. eine ambulante GT-Sitzung durchgeführt haben, bei den AP-Behandelnden konstant am größten ist. Während 2016 bis 2019 eine kontinuierliche Steigerung der Anteile der Behandelnden, die mind. eine ambulante GT-Sitzung durchgeführt haben, in allen drei PT-Verfahren beobachtbar war, scheinen sich die Jahre der COVID-19-Pandemie bei den AP-Behandelnden etwas weniger auf die Durchführung ambulanter GT ausgewirkt zu haben als dies bei den TP- und insbesondere bei den VT-Behandelnden der Fall war. Eine mögliche Ursache hierfür könnte der starke und stabile Gruppenzusammenhalt im Rahmen von AP-Gruppen sein, die meistens als LZT durchgeführt werden.

Auf Patient:innenebene zeigen die Ergebnisse, dass Männer, die RLPT in Anspruch nehmen, im Vergleich zu Frauen deutlich häufiger GT nutzen. Ein möglicher Grund hierfür könnte das Ziel sein, eine ausgewogene Geschlechterverteilung in den Gruppen zu erreichen, was aufgrund der Tatsache, dass mehr als doppelt so viele Frauen RLPT in Anspruch nehmen wie Männer, dazu führen könnte, dass Männer öfter für GT rekrutiert werden. Möglicherweise ist diese Ungleichverteilung zudem darauf zurückzuführen, dass Diagnosen, die eine GT indizieren, nicht gleich häufig gestellt werden. Ebenfalls denkbar wäre, dass Männer und Frauen bei der Inanspruchnahme von RLPT-Leistungen unterschiedliche Leistungserbringende aufsuchen, die anteilmäßig mehr GT praktizieren (s. Abschnitt 6.2.2, c). In den Abrechnungsgruppen der Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeut:innen und der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie ist das Geschlechterverhältnis allerdings

nahezu identisch. Die Ursachen dieser Geschlechtsunterschiede in der GT sollten Gegenstand weiterer Forschungsarbeiten sein.

In Bezug auf den deutlichen Anstieg der abgerechneten Video-Leistungen 2020 und 2021 (s. Abschnitt 6.2.3, e) ist zu beachten, dass diese Jahre stark von der COVID-19-Pandemie beeinflusst waren. Dennoch kann angesichts der fortschreitenden Digitalisierung davon ausgegangen werden, dass die Möglichkeit Video-Leistungen abzurechnen weiterhin genutzt werden wird. Insbesondere in Bezug auf die mögliche Einschränkung der Gruppendynamik wird in Fachkreisen kritisch diskutiert, ob das Videoformat für GT eher die Notlösung (bspw. in Pandemiezeiten) sein sollte (Pavlović, 2022). Die weitere Entwicklung des Einsatzes dieser Settingvariable sollte ebenfalls Gegenstand zukünftiger Forschung sein.

Zwischen 2019 und 2021 hat sich innerhalb der GT das Verhältnis von KZT und LZT zugunsten der LZT entwickelt, während sich das Verhältnis von KZT und LZT in der ET eher zugunsten der KZT verändert hat. Es lässt sich vermuten, dass GT-Behandlungen eher in LZT-Behandlungen überführt werden, weil die Berichtspflicht entfallen ist. Denn im Gegensatz dazu muss die Umwandlung in eine LZT-Behandlung im ET-Setting weiterhin mit einem Antrag begründet werden. Die Daten können vorsichtig so interpretiert werden, dass Behandelnde möglicherweise zögern, diesen Mehraufwand auf sich zu nehmen, und daher Behandlungen im ET-Setting somit mit höherer Wahrscheinlichkeit nach einer KZT beenden.

c) Limitationen der Primär- und Sekundärdatenanalyse

Anhand der Sekundärdaten ist ersichtlich, dass die Teilnehmenden der Primärdatenerhebung keine repräsentative Auswahl bezüglich des Anteils GT-Praktizierender und der Anteile verwendeter PT-Verfahren GT-Praktizierender für Behandelnde in ganz Deutschland darstellen. GT-Behandelnde sind in den Primärdaten im Vergleich zur Grundgesamtheit überrepräsentiert. Dies lässt sich möglicherweise darauf zurückführen, dass Personen mit einem stärkeren Interesse an GT eher bereit waren, an der Studie teilzunehmen. Es fällt zudem auf, dass die Verteilung der realisierten psychotherapeutischen Verfahren zwischen der Primär- und Sekundärdatenanalyse leicht unterschiedlich ist. Es wurden außerdem nur Behandelnde im Münsterland und Berlin eingeschlossen und die Rücklaufquote bedingt einen zusätzlichen Selektionsbias.

Weiterhin fällt auf, dass bei der Primärdatenanalyse hinsichtlich des beruflichen Hintergrunds Unterschiede zwischen denjenigen mit und ohne GT-Zulassung bestehen. Insbesondere war der Anteil der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut:innen unter den GT-Zugelassenen geringer (11,6% vs. 23,6%), während der Anteil der Fachärzt:innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bzw. der Fachärzt:innen mit Zusatzweiterbildung in Psychotherapie/Psychoanalyse höher war (12,2% vs. 1,2% bzw. 6,5% vs. 1,9%). Ob Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut:innen nun seltener eine GT-Zulassung haben oder verhältnismäßig weniger den Fragebogen A (GT-Zulassung) ausgefüllt haben, lässt sich nicht klären, da das Verhältnis GT-Zulassung (ja/nein) aller angeschriebenen Personen unbekannt ist. Auch hierdurch könnte die Repräsentativität der Stichprobe leicht beeinträchtigt sein.

Die Angaben von Personen, die sich in ihrem Praxisalltag wenig mit GT befassen, zu Faktoren, die bei der GT tatsächlich als förderlich bzw. hinderlich erlebt werden, sind weniger aussagekräftig als Angaben von GT-Praktizierenden. Daher sollten deren Ergebnisse im Hinblick auf die Ableitung von Förderstrategien für GT mit Vorsicht interpretiert werden. Jedoch erforderten 6 von 9 Fragen keine Perspektivübernahme, da diese Fragen darauf abzielten, Hindernisse bzw. Förderfaktoren beim Anstreben einer GT-Zulassung zu erfragen. Weiterhin scheint die Entscheidung, bei der Primärdatenerhebung auch Personen ohne GT-Zulassung einzubeziehen, vertretbar und sinnvoll, da hierdurch wichtige Erkenntnisse in Bezug auf Hindernisse bzw. Förderfaktoren für das Anstreben einer GT-Zulassung ermöglicht wurden, was letztlich eine Voraussetzung für die Anwendung von GT ist.

Bei der Analyse der Sekundärdaten wurden Leistungen, Behandelnde und Patient:innen der ST den entsprechenden Komponenten der VT zugeordnet. Diese Vorgehensweise war aufgrund der bisher begrenzten Verbreitung der ST aus Datenschutzgründen (zu kleine Zellen) notwendig, schränkt jedoch die Möglichkeit ein, Entwicklungen in der Anwendung dieses erst

von den Krankenkassen ab 01.07.2020 zur Abrechnung in der GKV zugelassenen PT-Verfahrens zu erfassen. Dies könnte Gegenstand weiterer Forschung sein.

Weiterhin sind die Daten der Sekundärdatenanalyse dahingehend limitiert, dass sie das Zusammenspiel vieler Faktoren, bspw. von Verfahren, Abrechnungsgruppe, Alter und Geschlecht nicht vollständig erfassen. Damit bleiben Erklärungsansätze für gefundene Unterschiede teilweise spekulativ.

Darüber hinaus kann den KBV-Daten nur die Anzahl abgerechneter Leistungen in GT, abrechnender GT-Behandelnder sowie mit GT behandelte Patient:innen entnommen werden. Die Kenntnis über die tatsächliche Anzahl der Behandelnden mit GT-Zulassung würde die aktuelle Versorgungsrealität realitätsgerechter abbilden.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Aus der Diskussion und Interpretation der Ergebnisse der BARGRU-II-Studie ergeben sich konkrete Vorschläge zur Förderung der ambulanten GT. Insbesondere sind die folgenden Anregungen hervorzuheben:

1. Bereitstellung von mehr Informationsmaterial über GT seitens der KVen, die Patient:innen von Hausärzt:innen zur Verfügung gestellt bekommen können, um über die Option einer GT aufzuklären und patient:innenseitige Skepsis gegenüber GT zu reduzieren.
2. Verstärkte Information von Hausärzt:innen über das Potenzial von GT, um eine größere Offenheit für diese Behandlungsmöglichkeit zu schaffen und das Vertrauen in die eigene Kompetenz, angemessen über die Option einer GT zu informieren, zu stärken. Informationen über GT sollten bspw. in die Weiterbildung zur Psychosomatischen Grundversorgung (verpflichtend in den Gebietsweiterbildungen Allgemeinmedizin und Gynäkologie/Geburtshilfe sowie teilweise im Fachgebiet Pädiatrie) und in andere Fort- und Weiterbildungen sowie in Qualitätszirkeln integriert werden. Auch die bundesweit etablierten Kompetenzzentren für Allgemeinmediziner:innen könnten einen Raum bieten, in dem Mentor:innen oder eingeladene psychotherapeutische Fachleute über GT informieren. Auch das Bewusstmachen eigener positiver Gruppenerfahrungen im Rahmen von Balint-Gruppen in der ärztlichen Weiterbildung könnte die Offenheit, GT auch Patient:innen zu empfehlen, fördern.
3. Mind. die verpflichtende Einhaltung oder sogar eine Erhöhung der geforderten Sprechstunden von niedergelassenen Psychotherapeut:innen um Hausärzt:innen bei Differentialdiagnostik und Indikationsstellung (auch in Hinblick auf GT) zu unterstützen.
4. Verbesserung der bestehenden nicht-kommerziellen Auskunftsmöglichkeiten, wie dem Patientenservice der KVen (Tel.: 116117): Freie GT-Therapieplätze sollten den Terminalservicestellen der KVen bekannt sein und es sollte mehr Transparenz darüber geben, welche Behandelnden überhaupt GT anbieten.
5. GT als Behandlungsoption sollte standardmäßig auf das PTV11 aufgenommen werden, um die Entstigmatisierung zu fördern und GT für Indikationsstellende und Patient:innen sichtbar zu machen.
6. Förderung einer verstärkten Vernetzung zwischen Hausärzt:innen und niedergelassenen Psychotherapeut:innen, bspw. durch lokale Treffen mit dem Ziel, über GT als wirksame Behandlungsmethode zu informieren. Am ehesten überzeugen Berichte von Patient:innen, die in der hausärztlichen Praxis von ihren Therapieerfolgen bzw. ihrer Symptomreduktion in/nach einer GT berichten.
7. Begünstigung der Vernetzung zwischen denjenigen, die GT durchführen und denjenigen, die (noch) keine GT durchführen. Hier könnten gemeinsame Qualitätszirkel, Gruppensupervisionen und -interventionen für Gruppenpsychotherapeut:innen, die bereits

- gruppentherapeutisch arbeiten und solchen, die das (noch) nicht tun, helfen, Hemmschwellen und Unsicherheiten für Nicht-Praktizierende abzubauen.
8. Förderung von Partner:innenschaften im Rahmen von Co-Therapien zwischen erfahrenen Gruppenpsychotherapeut:innen und Behandelnden, die sich in der GT-Ausbildung befinden oder bereits eine Zulassung für GT haben, jedoch (noch) keine GT praktizieren. Eine solche sollte für diejenigen, die sich in der Aus- bzw. Weiterbildung für GT befinden, für ihr Curriculum der Gruppenfachkunde anerkannt werden, sodass bspw. bis zu 50% der geforderten Behandlungsstunden als Co-Therapie und die restlichen 50% mit alleiniger Gruppenleitung absolviert werden. Es kann die Qualität der Weiterbildung und Supervision verbessern, wenn im Rahmen dieser Partner:innenschaften Supervisionen über die gemeinsam behandelte Gruppe stattfinden. Eine Co-Therapie zur Einarbeitung über einen längeren Zeitraum könnte für diejenigen, die bereits eine GT-Zulassung haben, jedoch noch wenig Erfahrung mit GT haben oder über längere Zeit keine Gruppen durchgeführt haben, als eine Art „Auffrischung“ dienen mit dem Ziel, sich als Gruppenpsychotherapeut:in sicherer zu fühlen. Überhaupt sollte GT-Supervision - wenn irgend möglich - in einer Supervisionsgruppe stattfinden.
 9. Das Konzept der gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung sollte inhaltlich weiter ausgearbeitet werden, um es für den Praxisalltag gewinnbringend zu machen. Dies sollte insbesondere auch im Hinblick auf die Abgrenzung zur Akutversorgung erfolgen.
 10. Ebenso erforderlich ist eine weitere Ausgestaltung des Konzepts zur Durchführung von Probatorik im Gruppensetting. Hier wäre es insbesondere wünschenswert, ein Konzept zu entwickeln, das es potenziellen Patient:innen erlaubt, GT kennenzulernen, das aber dennoch die Beständigkeit der Gruppenbesetzung bereits bestehender Gruppen gewährleistet. Denkbar wären bspw. „probatorische Gruppen“ unter der expliziten „Kennenlern-Perspektive“ mit grundsätzlich an GT Interessierten in kleineren Gruppen.
 11. Der Wegfall der Berichtspflicht sollte beibehalten werden, da sich dies förderlich auf die Motivation von Gruppenpsychotherapeut:innen auswirkt, GT anzubieten. – Bei zukünftigen Konzepten der Qualitätssicherung sollten GT-Praktizierenden Wahlfreiheit hinsichtlich alternativer Qualitätssicherungsmaßnahmen zugesprochen werden. Dies ermöglicht es, den individuellen Präferenzen der GT-Praktizierenden hinsichtlich der Qualitätssicherung gerecht zu werden und so ihre intrinsische Motivation zu stärken, anstatt sie über Kontrollen und Rechtfertigungsdruck abzuschrecken. Behandelnde sollten für sich entscheiden können, ob sie weiterhin Berichte für das Gutachterverfahren schreiben, an Inter- und Supervisionsgruppen teilnehmen oder gruppenspezifische Fortbildungen als Qualitätssicherungsnachweis besuchen möchten. Ob von den Patient:innen auszufüllende Evaluationsbogen ein taugliches Instrument der Qualitätssicherung sind oder den Therapieprozess und das Therapieergebnis auch nach abgeschlossener Psychotherapie ungünstig beeinflussen, sollte erforscht werden.
 12. Sollte über eine Wiedereinführung des Gutachterverfahrens diskutiert werden oder das Schreiben von Berichten als eine der Möglichkeiten im Rahmen der Wahlfreiheit der Qualitätssicherungsmaßnahmen eingeführt werden, sollte es eine:n Gutachter:in für die ganze Gruppe geben, um der Gruppensituation, in der es nicht nur um Einzelprozesse, sondern auch um die Interaktion zwischen Gruppenteilnehmenden geht, gerecht zu werden (Konzept: „eine Gruppe – ein Gutachter“). Denkbar wäre bspw. alle 40 Sitzungen (= ein Bericht pro Jahr bei einer Frequenz von 1 Gruppensitzung/Woche) einen Bericht über die ganze Gruppe zu verfassen. Für den Fall einer Wiedereinführung der Berichtspflicht könnten Behandelnde (analog zur Regelung für die Befreiung von der Gutachterpflicht in der KZT) für bspw. die ersten 25 GT-Patient:innen Berichte schreiben

und danach aufgrund ausreichender Erfahrung von der Gutachterpflicht befreit werden. – Wichtig ist in jedem Fall, dass ein Qualitätsverfahren für GT gruppenadäquat ist, also speziell auf das Gruppensetting zugeschnitten.

13. Wenn zwei Behandelnde eine Gruppe durchführen, sollten sie einander in einem gewissen Umfang im Falle von Verhinderung vertreten können. Vorgeschlagen wird die Möglichkeit, dass bis zu 20% der Sitzungen auch von nur einem:r Therapeut:in durchgeführt werden dürfen, wobei die bestehende Vergütungsregelung davon unberührt bleiben sollte.
14. In Fällen, in denen nur zwei Teilnehmende zur GT erscheinen, sollte es erlaubt sein, diese als Zweier-Gruppe als DStd. durchzuführen und dafür zwei Einzelsitzungen abzurechnen. Diese Regelung würde verhindern, dass Paargespräche zur „Gruppentherapie umetikettiert“ und mit einem höheren Satz abgerechnet werden.
15. Mitarbeitenden der Krankenkassen, die für das Genehmigungsverfahren von PT verantwortlich sind, sollten Fortbildungen zur PT-Richtlinie nach Faber-Haarstrick (Dieckmann et al., 2020) angeboten werden. Hierdurch könnte der Umgang und die Auskunftskompetenz der Krankenkassen mit Fragen der Berichtspflicht und den Stundenkontingenten bei Kombinationstherapien sicherer und einheitlich werden.
16. Das Kontingent für GT sollte in allen Verfahren auf bis zu 200 Doppelstunden erhöht werden. Die Erfahrungen der Gruppenpsychotherapeut:innen zeigen, dass das aktuelle Kontingent häufig nicht ausreichend ist, um eine langfristig stabile Verbesserung bei Patient:innen zu erreichen. Hierfür sind oft längere Entwicklungszeiten nötig.
17. Die Regelungen für ein Vakanzhonorar sollte auf ein sicheres Fundament gestellt werden. Dabei geht es primär nicht um die Festlegung eines fixen Betrags (orientiert am Honorar der jeweiligen Gruppengröße und dem relativen Verdienstausschlag), sondern es ist den GT-Praktizierenden angesichts der uneinheitlichen Rechtsprechung wichtig, die Legitimität einer solchen Forderung auf der Basis einer mit den Patient:innen getroffenen Privatvereinbarung noch klarer verankert zu wissen.

Außerdem wurden die folgenden beiden Punkte bereits im Abschlussbericht der BARGRU-I-Studie benannt und sollen hier nochmal wiederholt werden:

18. Die mangelnde Möglichkeit, ambulante ET und GT verfahrensübergreifend zu kombinieren, stellte sich sowohl im Fragebogen als auch in den Fokusgruppen als bedeutsame Barriere heraus. Besonders jenen Behandelnden, die im einzeltherapeutischen Setting bspw. verhaltenstherapeutisch ausgebildet sind und ihre gruppenpsychotherapeutische Aus- bzw. Weiterbildung bspw. in einem psychodynamischen Verfahren absolviert haben, sollte es ermöglicht werden, neben der einzeltherapeutischen VT auch psychodynamisch orientierte GT durchzuführen und abzurechnen. Da viele der befragten Behandelnden diese verfahrensübergreifende Kombinationsmöglichkeit generell als sinnvoll einschätzen, könnte auch eine Erweiterung dieser neuen Regelung im Falle der Kooperation zwischen zwei Behandelnden erwogen werden.
19. Eine definitive Empfehlung zur Regelung für die Kombination von ET und GT scheint derzeit schwierig. Die Erfahrungen der Gruppenpsychotherapeut:innen mit der neuen Kombinationsmöglichkeit sollten zunächst untersucht werden, ehe die Vorteile eines kombinierten Settings gegenüber dessen möglichen Nachteilen (innere Unklarheit von Behandelnden und Patient:innen, ob ET oder GT der *eigentliche Ort der Behandlung* ist) abgewogen sind. Übergangsweise ist eine möglichst flexible Regelung sinnvoll, um damit Erfahrung für die Weiterentwicklung der GT zu gewinnen. Im Rahmen dieser flexiblen Handhabung in der Kombinationstherapie wünschen sich die Behandelnden sowohl im Fragebogen als auch in den Fokusgruppen die Möglichkeit, ein Gesamtstundenkontingent zu beantragen, um im Behandlungsverlauf entsprechend den Bedürfnissen der jeweiligen

Patient:in eine adäquate Entscheidung über die konkrete Anzahl der ET- und GT-Sitzungen treffen zu können.

Die vorliegende Arbeit stößt zudem weiterführende Forschung in folgenden Bereichen an:

1. Eruiere die Ursachen dafür, dass Männer, die RLPT in Anspruch nehmen, im Vergleich zu Frauen deutlich häufiger GT nutzen. Sofern dies auf Unterschiede in der intrinsischen Motivation, an GT teilzunehmen, zurückzuführen ist, könnte eine gewissenhafte und noch spezifischere Aufklärung über GT gewinnbringend bei der Förderung von GT sein.
2. Untermauerung von konkreten Verbesserungsansätzen zur Förderung von GT mit einer Datengrundlage, die noch mehr als die vorliegende Arbeit das komplexe Zusammenspiel vieler Faktoren, bspw. von Verfahren, Abrechnungsgruppe, Alter und Geschlecht erfasst.
3. Verfolgung der Entwicklungen in Anwendung und Abrechnung von Systemischer Therapie.
4. Verfolgung der Entwicklungen in Anwendung und Abrechnung von Video-gestützten GT-Leistungen und die Evaluation von gruppenspezifischen und therapeutischen Aspekten wie bspw. von Angstminderung bzw. -mehrerung durch Video-gestützte GT.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Es sind Veröffentlichungen in peer-reviewed Journals geplant.

10. Literaturverzeichnis

- Christoffer, A., Hinrichs, J., Koch, R., Faldum, A., Knott, H. & Heuft, G. (2021). *Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV (BARGRU)*. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/68/2021-06-04_BARGRU_Ergebnisbericht.pdf
- Dieckmann, M., Becker, M., & Neher, M. (Eds.). (2020). *Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien*. Elsevier Health Sciences.
- Halbe, G. (2023). Ausfallhonorar für nicht wahrgenommene Arzttermine. *DÄB 120* (47): B1706-B1707
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Beltz. Weinheim, 4, 58.
- Noack, A. (2016). Gruppenpsychotherapie – Eine Therapie erster Wahl. *Gruppenpsychotherapie Vortrag Hamburg, 3*, 2016.
- Pavlović, M. (2022). Chancen und Risiken von Gruppenpsychotherapie in digitalen Räumen – Aus der Praxis eines Gruppenpsychotherapeuten. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 58*(1), 41 – 57.
- R Core Team (2023). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>

11. Anhang

- Anhang 1: Veränderungen der Psychotherapie-Richtlinie 2020
- Anhang 2: BARGRU-II-Fragebogenversionen A und B
- Anhang 3: Ergebnisbericht der Primärdatenanalyse – **(gesperrt bis 30.06.2025)**
- Anhang 4: Ergebnisbericht der Sekundärdatenanalyse – **(gesperrt bis 30.06.2025)**
- Anhang 5: Danksagungen

12. Anlagen

Nicht vorhanden.

Anhang 1: Veränderungen der Psychotherapie-Richtlinie 2020

Tabelle 1: Relevante Veränderungen der Psychotherapie-Richtlinie 2020 auf der Ebene der ambulanten GT

1.	Einführung einer neuen Behandlungsoption „Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung“ als niederschwellige Ergänzung psychotherapeutischer Gruppenangebote.
2.	Möglichkeit der Durchführung probatorischer Sitzungen im Gruppensetting.
3.	Wegfall der Gutachterpflicht bei Anträgen auf Gruppenpsychotherapie und Anträgen auf eine Kombination aus überwiegend durchgeführter Gruppenpsychotherapie mit Einzelpsychotherapie.
4.	Gruppenpsychotherapien können durch zwei Therapeut:innen gemeinsam durchgeführt werden.
5.	Gruppenpsychotherapien können in allen Behandlungsverfahren in Einheiten von 50 Minuten durchgeführt werden.
6.	Keine Bindung der Durchführung von Gruppenpsychotherapie an die eigenen Praxisräume. Bei Durchführung in anderen Praxisräumen braucht es lediglich eine Mitteilung an die KV, keine Genehmigung mehr.

Anhang 2: BARGRU-II-Fragebogenversionen A und B

Anhang 2.1: Version A für Psychotherapeut:innen *mit* GT-Zulassung

BARGRU-II-Studie

Ansprechpartner:
Univ.-Prof. em. Dr. Dr. med. Gereon Heuft
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Campus 1 (Gebäude A9)
48149 Münster
Tel.: 0251 83 52902
Email: psychosomatik@ukmuenster.de

in Zusammenarbeit mit dem



Berufsverband der Approbierten
Gruppenpsychotherapeuten e.V.

gefördert durch



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Fragebogen zu Barrieren in der ambulanten Gruppenpsychotherapie

Version A

Für Kolleg:innen *mit* Gruppenpsychotherapie-Zulassung

Bitte wählen Sie diese Version, wenn Sie an der Befragung teilnehmen möchten und eine Zulassung zur Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie im Rahmen der GKV haben.

Wir bitten Sie zunächst um einige Angaben zu Ihrer Person und Ihrem beruflichen Hintergrund:

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: weiblich männlich _____

Praxis: Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft Jobsharing MVZ

Hintergrund:

(Mehrfachnennungen möglich)

- Psychologische:r Psychotherapeut:in
- Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapeut:in
- Fachärztin / Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Fachärztin / Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärztin / Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärztin / Facharzt mit Zusatzweiterbildung in Psychotherapie / Psychoanalyse
- andere/r Fachärztin / Facharzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Psychotherapeutisches Behandlungsverfahren, in dem Sie aus- bzw. weitergebildet wurden:

(Mehrfachnennungen möglich)

- Einzeltherapie: Erwachsenenpsychotherapie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- psychoanalytisch tiefenpsychologisch verhaltenstherapeutisch
- systemisch anderes Psychotherapieverfahren, und zwar...
- _____

- Gruppentherapie: Erwachsenenpsychotherapie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- psychoanalytisch tiefenpsychologisch verhaltenstherapeutisch
- systemisch anderes Psychotherapieverfahren, und zwar...
- _____

Psychotherapeutisches Behandlungsverfahren, für das Sie zugelassen sind:

(Mehrfachnennungen möglich)

- Einzeltherapie: Erwachsenenpsychotherapie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- psychoanalytisch tiefenpsychologisch verhaltenstherapeutisch
- systemisch

- Gruppentherapie: Erwachsenenpsychotherapie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- psychoanalytisch tiefenpsychologisch verhaltenstherapeutisch
- systemisch

Psychotherapieverfahren, die Sie aktuell im Rahmen der GKV durchführen:
(Mehrfachnennungen möglich)

- Einzeltherapie: keine Erwachsene Kinder und Jugendliche
 psychoanalytisch tiefenpsychologisch
 verhaltenstherapeutisch systemisch
- Gruppentherapie: keine Erwachsene Kinder und Jugendliche
 psychoanalytisch tiefenpsychologisch
 verhaltenstherapeutisch systemisch

Anzahl aktueller ambulanter psychotherapeutischer Gruppen in der GKV:
(Falls Sie keine Gruppenpsychotherapie durchführen, tragen Sie bitte 0 ein)

Wie viele Gruppen leiten Sie aktuell? _____

Wie viele Gruppensitzungen à 50 Minuten führen Sie pro Woche insgesamt durch? _____

Wie viele Gruppensitzungen à 100 Minuten führen Sie pro Woche insgesamt durch? _____

Falls Sie aktuell keine ambulanten psychotherapeutischen Gruppen durchführen:
Gab es nach der Zulassung einen Zeitraum, in dem Sie ambulante Gruppenpsychotherapie im Rahmen der GKV angeboten und durchgeführt haben?

- Nein
 Ja, und zwar von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____

Leiten Sie ambulante Gruppen außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie?

- Nein
 Ja, und zwar im Rahmen von: Beratung Psychoedukation Rehabilitation
 Supervision Selbsterfahrung Balint-Gruppen
 psychotherapeutisch-medizinische Gruppen
 sonstige _____

Haben Sie jemals neben Ihrer ambulanten Tätigkeit psychotherapeutische Gruppen geleitet, ggf. auch stationär oder teilstationär?

- Nein
 Ja, und zwar _____

Haben Sie an gruppenpsychotherapeutischer Selbsterfahrung im Rahmen Ihrer Aus- bzw. Weiterbildung teilgenommen?

- Ja Nein

Fühlen Sie sich durch Ihre Aus- bzw. Weiterbildung auf die praktische Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie ausreichend vorbereitet?

- Ja Überwiegend ja Überwiegend nein Nein

Was hat ggf. aus Ihrer Sicht gefehlt? _____

Auswirkungen der Modifikation der Psychotherapie-Richtlinien 2020 auf die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapien

Im Jahr 2020 ergaben sich durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinien eine Reihe neuer Regelungen, die insbesondere für die Gruppenpsychotherapie bedeutsam sind. Wir interessieren uns dafür, welche Auswirkungen die einzelnen Regelungen für Ihre Praxis haben.

1. Beantworten Sie die nachfolgenden Fragen bitte dahingehend, inwiefern die jeweilige Regelung Ihnen hilft oder Ihnen – falls Ihnen diese Regelung noch nicht bekannt ist – helfen könnte, überhaupt bzw. mehr ambulante psychotherapeutische Gruppen anzubieten und durchzuführen.

- (a) Es wurde eine neue Behandlungsoption „Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung“ als niedrigschwellige Ergänzung der psychotherapeutischen Gruppenangebote eingeführt.

gar nicht hilfreich	eher nicht hilfreich	teils / teils	eher hilfreich	sehr hilfreich	kann ich nicht beurteilen
<input type="checkbox"/>					

Nutzen Sie diese neue Möglichkeit?

ja (seit Quartal ___ / 202___) nein

- (b) Probatorische Sitzungen können auch im Gruppensetting durchgeführt werden.

gar nicht hilfreich	eher nicht hilfreich	teils / teils	eher hilfreich	sehr hilfreich	kann ich nicht beurteilen
<input type="checkbox"/>					

Nutzen Sie diese neue Möglichkeit?

ja (seit Quartal ___ / 202___) nein

- (c) **Anträge auf Gruppenpsychotherapie oder auf eine Kombination aus überwiegend durchgeführter Gruppenpsychotherapie mit Einzelpsychotherapie sind nicht mehr gutachterpflichtig.**

gar nicht hilfreich	eher nicht hilfreich	teils / teils	eher hilfreich	sehr hilfreich	kann ich nicht beurteilen
<input type="checkbox"/>					

- (d) **Gruppenpsychotherapien können durch zwei Therapeut:innen gemeinsam durchgeführt werden.**

gar nicht hilfreich	eher nicht hilfreich	teils / teils	eher hilfreich	sehr hilfreich	kann ich nicht beurteilen
<input type="checkbox"/>					

Nutzen Sie diese neue Möglichkeit?

ja (seit Quartal ___ / 202___) nein

- (e) **Gruppenpsychotherapien können in allen Behandlungsverfahren in Einheiten von 50 Minuten durchgeführt werden.**

gar nicht hilfreich	eher nicht hilfreich	teils / teils	eher hilfreich	sehr hilfreich	kann ich nicht beurteilen
<input type="checkbox"/>					

Nutzen Sie diese neue Möglichkeit?

ja (seit Quartal ___ / 202___) nein

- (f) **Die Durchführung von Gruppenpsychotherapie ist nicht mehr an die eigenen Praxisräume gebunden, sondern kann auch außerhalb der Praxis durchgeführt werden. Es braucht lediglich eine Mitteilung an die KV, keine Genehmigung mehr.**

gar nicht hilfreich	eher nicht hilfreich	teils / teils	eher hilfreich	sehr hilfreich	kann ich nicht beurteilen
<input type="checkbox"/>					

Nutzen Sie diese neue Möglichkeit?

ja (seit Quartal ___ / 202___) nein

2. Schaffen diese genannten Veränderungen der Psychotherapie-Richtlinie neue Herausforderungen und Probleme?

keine

Folgende: _____

Fragen zu hinderlichen und förderlichen Faktoren bei der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie im Rahmen der COVID-19-Pandemie

Im Folgenden interessieren wir uns für die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie.

3. Beantworten Sie die nachfolgenden Fragen bitte dahingehend, welche Faktoren sich diesbezüglich hinderlich bzw. förderlich auf die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie auswirken.

(a) Hinderliche Faktoren für die Gruppenpsychotherapie im Rahmen der COVID-19-Pandemie (Mehrfachnennungen möglich)

keine

krankheitsbezogene Befürchtungen von Patient:innen bei der Durchführung von Gruppenpsychotherapie

eigene krankheitsbezogene Befürchtungen bei der Durchführung von Gruppenpsychotherapie

Unsicherheit bezüglich angemessener Hygienemaßnahmen oder der Einhaltung dieser in den vorhandenen Räumlichkeiten

eingeschränkt sichtbare Mimik und Akustik bei Präsenz-Therapie mit Maske

Notwendigkeit der Teilung bereits bestehender Gruppen

Unsicherheiten zum Einsatz von Online-Tools

mangelnde Bereitschaft der Patient:innen zur Verwendung von Online-Tools

technische Hindernisse bei Online-Therapie

inhaltliche Hemmnisse bei Online-Therapie im Vergleich zur Präsenz-Therapie

unsicherer Datenschutz bei Online-Therapie

keine geschützten Räumlichkeiten für die Patient:innen bzw. Gruppe bei Online-Therapie

- veränderte Gruppendynamik bei Online-Therapie
 - fehlende menschliche Präsenz bei Online-Therapie
 - Instabilität des Gruppenrahmens durch zu viele Wechsel im Teilnahmeformat (Hybrid vs. Anwesenheit)
 - andere... _____
-

(b) Förderliche Faktoren im Rahmen der COVID-19-Pandemie (Mehrfachnennungen möglich)

- keine
 - Krisensituation regt zum Umdenken und zur Kreativität an
 - Pandemie fördert die Erfahrung mit Online-Psychotherapie
 - einfachere Erreichbarkeit der Patient:innen durch Videositzungen
 - erhöhte zeitliche Flexibilität für die Teilnehmenden
 - erhöhte Wertschätzung von Gruppenzusammenkünften in Präsenz
 - bessere Räumlichkeiten gefunden
 - andere... _____
-

Fragen zu weiteren hinderlichen und förderlichen Faktoren bei der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie

Jenseits der konkreten Auswirkungen der oben genannten Psychotherapie-Richtlinien-Veränderung 2020 und der COVID-19-Pandemie interessieren wir uns im Folgenden für weitere organisatorische und inhaltliche Beweggründe, ambulante Gruppenpsychotherapie (nicht) durchzuführen.

4. Welche organisatorischen Aspekte erschweren es Ihnen bzw. hindern Sie persönlich daran, ambulante Gruppenpsychotherapie durchzuführen? (Mehrfachnennungen möglich)

- keine
- größerer Organisationsaufwand (z.B. mehr Vorgespräche)

- vermehrte schriftliche Tätigkeiten und Verwaltungsarbeit
 - gruppeninadäquate Dokumentation
 - Unklarheit über zukünftige Qualitätssicherungsmaßnahmen (nach Wegfall der Gutachterpflicht)
 - mangelnde Verfügbarkeit angemessener Räumlichkeiten
 - schwierigere zeitliche Koordination der Termine für die Gruppe
 - Notwendigkeit von Terminen am Spätnachmittag/Abend
 - zu geringes Stundenkontingent insgesamt für ambulante psychotherapeutische Gruppen
 - Schwierigkeiten in der Durchführung von Kombinationstherapien von Einzel- und Gruppentherapie im gleichen Verfahren
 - Schwierigkeiten, unterschiedliche Verfahren in Einzel- und Gruppenpsychotherapie zu kombinieren (z.B. tiefenpsychologische Gruppe, verhaltenstherapeutische Einzeltherapie)
 - Beschränkung der Obergrenze der Teilnehmendenzahl für ambulante psychotherapeutische Gruppen (≤ 9 bzw. 14 Teilnehmende)
 - Beschränkung der Obergrenze für Gruppen mit GOÄ-Patient:innen (Privatliquidation) auf maximal 8 Teilnehmende
 - keine Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit 2 Teilnehmenden (gilt auch für begleitende Therapie der Bezugspersonen)
 - Probleme mit dem Vakanzhonorar, wenn ein:e Patient:in nicht zur Gruppensitzung erscheint
 - Staffelung des Honorars entsprechend der Teilnehmendenzahl
 - zu geringe Vergütung ambulanter Gruppenpsychotherapie
 - andere... _____
-

5. Welche inhaltlichen Aspekte erschweren es Ihnen bzw. hindern Sie persönlich daran, ambulante Gruppenpsychotherapie durchzuführen? (Mehrfachnennungen möglich)

- keine
- mangelnde kollegiale Vernetzung
- mangelnde Intervisions- und Supervisionsmöglichkeiten
- mangelndes Wissen der Zuweisenden über Gruppenpsychotherapie
- mangelnde eigene Überzeugung von Wirksamkeit bzw. Mehrwert

gruppenpsychotherapeutischer Verfahren

- mangelnde Motivation und Teilnahmebereitschaft der Patient:innen (z.B. lassen sich gar nicht erst auf Gruppenpsychotherapie ein, nehmen nur unregelmäßig teil oder brechen ab)
 - „Einsamkeit“ und hohe Verantwortung bei alleiniger Leitung einer ambulanten Gruppe
 - eigene Unsicherheit in praktischer Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie
 - eigene Befürchtungen im Hinblick auf schwierige Gruppeninteraktionen (z.B. Kontrollverlust in der Gruppe oder Kränkungen durch die Patient:innen)
 - verunsichernde Vorerfahrungen mit der Durchführung von Gruppenpsychotherapie
 - verunsichernde Vorerfahrungen als Teilnehmende:r von Gruppenpsychotherapie bzw. -selbsterfahrung
 - belastende Vorerfahrungen mit Gruppensituationen in der eigenen Lebensgeschichte
 - andere... _____
-

6. Welche organisatorischen Aspekte könnten es Ihnen persönlich erleichtern, überhaupt oder mehr ambulante psychotherapeutische Gruppen durchzuführen? (Mehrfachnennungen möglich)

- keine
- gruppenadäquate Dokumentation anstelle von Einzeldokumentation
- Einführung alternativer, hilfreicher Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Wegfall der Gutachterpflicht (z.B. Super-/ Intervision)
- höhere zeitliche Flexibilität (z.B. Durchführung am Morgen oder Nachmittag)
- höheres Stundenkontingent für ambulante gruppenpsychotherapeutische Leistungen
- Fördermaßnahmen in Bezug auf Kombinationstherapie von Einzel- und Gruppentherapie im gleichen Verfahren
- Fördermaßnahmen in Bezug auf die Kombination unterschiedlicher Verfahren in Einzel- und Gruppenpsychotherapie (z.B. tiefenpsychologische Gruppe, verhaltenstherapeutisches Einzel)
- gelockerte Obergrenze für ambulante psychotherapeutische Gruppen (> 9 bzw. 14 Teilnehmende)
- gelockerte Obergrenze für Gruppen mit GOÄ-Patient:innen (Privatliquidation) auf mehr als 8 Teilnehmende
- Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit nur 2 Teilnehmenden

höhere Vergütung ambulanter Gruppenpsychotherapie

andere... _____

7. Welche inhaltlichen Aspekte könnten es Ihnen persönlich erleichtern, überhaupt oder mehr ambulante psychotherapeutische Gruppen durchzuführen? (Mehrfachnennungen möglich)

keine

verbesserte kollegiale Vernetzung

verbesserte Intervisions- / Supervisionsmöglichkeiten

Angebote zur Wiederholung und Vertiefung theoretischer Kenntnisse und praktischer Kompetenzen (z.B. durch Auffrischkurse, Seminare zum (Wieder-)Einstieg)

Co-Therapie zur Einarbeitung über einen längeren Zeitraum

verstärkte Aufklärung von Kolleg:innen

vermehrte Öffentlichkeitsarbeit

verstärkte wissenschaftliche Forschung zu gruppenpsychotherapeutischen Interventionen

Vermittlung einer wertschätzenden Kultur gegenüber ambulanter Gruppenpsychotherapie

Vermittlung des Potenzials von Gruppenpsychotherapie innerhalb der Aus- bzw. Weiterbildung

stärkerer Rückhalt durch Institute / Fachgesellschaften / Berufsverbände

erhöhte externe Unterstützung bei der Patient:innenrekrutierung (z.B. durch Berufsverbände, KVen, Fachgesellschaften oder durch Netzwerke zwischen Kliniken und Niedergelassenen)

Möglichkeit der Teilnehmenden-Akquise bereits aus stationärer Behandlung heraus

andere... _____

8. Welche Qualitätssicherungsmaßnahmen für Gruppenpsychotherapie (nach Wegfall der Gutachterpflicht) würden die praktische Tätigkeit als Gruppenpsychotherapeut:in erleichtern? (Mehrfachnennungen möglich)

keine

Vernetzung ambulanter Gruppenpsychotherapeut:innen in Inter- bzw. Supervisionsgruppen als Qualitätsmaßnahme

gruppenspezifische Fortbildungen

verfahrensspezifische Dokumentation abgestimmt auf die Gruppensituation

Wiedereinführung des Gutachterverfahrens

andere... _____

9. Zum Schluss möchten wir Sie noch fragen, ob Sie die aktuelle Vergütung für ambulante Gruppenpsychotherapie im GKV-System für angemessen halten?

Beispiel: Aufgrund der erhöhten therapeutischen Anforderungen beträgt die Vergütung für 100 Minuten ambulante Gruppenpsychotherapie im Jahr 2022 im Minimum 309,60 € (3er-Gruppe mit 103,20 € pro Teilnehmer:in) und im Maximum 539,46 € (9er-Gruppe mit 59,94 € pro Teilnehmer:in (Angaben ohne Strukturzuschlag).

Ja, ich halte die aktuelle Vergütung für angemessen.

Nein, ich halte die aktuelle Vergütung für zu gering.

Bitte erläutern Sie kurz Ihre Antwort:

Würde eine höhere Honorierung Sie dazu bewegen, überhaupt bzw. mehr ambulante psychotherapeutische Gruppen durchzuführen?

Ja Nein

Bitte senden Sie diesen Fragebogen ohne Absenderangabe im beigefügten Freiumschlag an die Studienzentrale in Münster zurück.

Für Ihre Teilnahme bedanken wir uns ganz herzlich!

Anhang 2.2: BARGRU-II-Fragebogen, Version B für Kolleg:innen *ohne* GT-Zulassung

BARGRU-II-Studie

Ansprechpartner:
Univ.-Prof. em. Dr. Dr. med. Gereon Heuft
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Universitätsklinikum
Albert-Schweitzer-Campus 1 (Gebäude A9)
48149 Münster
Tel.: 0251 83 52902
Email: psychosomatik@ukmuenster.de

in Zusammenarbeit mit dem

BAG
Berufsverband der Approbiert
Gruppenpsychotherapeuten e.V.

gefördert durch



**Fragebogen zu Barrieren in der
ambulanten Gruppenpsychotherapie**

Version B

**Für Kolleg:innen *ohne* Gruppenpsychotherapie-
Zulassung**

Bitte wählen Sie diese Version, wenn Sie an der Befragung teilnehmen möchten und keine Zulassung zur Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie im Rahmen der GKV haben.

Wir bitten Sie zunächst um einige Angaben zu Ihrer Person und Ihrem beruflichen Hintergrund:

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: weiblich männlich _____

Praxis: Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft Jobsharing MVZ

Hintergrund:

(Mehrfachnennungen möglich)

- Psychologische:r Psychotherapeut:in
- Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapeut:in
- Fachärztin / Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Fachärztin / Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärztin / Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie
- Fachärztin / Facharzt mit Zusatzweiterbildung in Psychotherapie / Psychoanalyse
- andere/r Fachärztin / Facharzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Streben Sie in absehbarer Zeit eine gruppenpsychotherapeutische Zulassung an?

Ja Nein Unentschlossen

Falls Nein:

- Wegen der Covid-19-Pandemie konnte ich meine gruppenpsychotherapeutische Aus- bzw. Weiterbildung nicht beenden
- Schwierigkeiten und zeitlicher Aufwand beim Nachholen der Fachkunde Gruppenpsychotherapie
- Anderes

Psychotherapeutisches Behandlungsverfahren, in dem Sie aus- bzw. weitergebildet wurden:

(Mehrfachnennungen möglich)

Einzeltherapie: Erwachsenenpsychotherapie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
 psychoanalytisch tiefenpsychologisch verhaltenstherapeutisch
 systemisch anderes Psychotherapieverfahren, und zwar...

Gruppentherapie: Erwachsenenpsychotherapie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
 psychoanalytisch tiefenpsychologisch verhaltenstherapeutisch
 systemisch anderes Psychotherapieverfahren, und zwar...

Psychotherapeutisches Behandlungsverfahren, für das Sie zugelassen sind:

(Mehrfachnennungen möglich)

- Einzeltherapie: Erwachsenenpsychotherapie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
 psychoanalytisch tiefenpsychologisch verhaltenstherapeutisch
 systemisch

Psychotherapieverfahren, die Sie aktuell im Rahmen der GKV durchführen:

(Mehrfachnennungen möglich)

- Einzeltherapie: keine Erwachsene Kinder und Jugendliche
 psychoanalytisch tiefenpsychologisch
 verhaltenstherapeutisch systemisch

Wurde eine gruppenpsychotherapeutische Weiterbildung von Ihrem Aus- bzw. Weiterbildungsinstitut angeboten?

- Ja Nein

Haben Sie an gruppenpsychotherapeutischer Selbsterfahrung im Rahmen Ihrer Aus- bzw. Weiterbildung teilgenommen?

- Ja Nein

Haben Sie jemals neben Ihrer ambulanten Tätigkeit psychotherapeutische Gruppen geleitet, ggf. auch stationär oder teilstationär?

- Nein

- Ja, und zwar _____

Fühlen Sie sich durch Ihre Aus- oder Weiterbildung auf die praktische Durchführung (teil-)stationärer Gruppenpsychotherapie ausreichend vorbereitet?

- Ja Überwiegend ja Überwiegend nein Nein

Was hat ggf. aus Ihrer Sicht gefehlt? _____

(d) Gruppenpsychotherapien können durch zwei Therapeut:innen gemeinsam durchgeführt werden.

gar nicht hilfreich	eher nicht hilfreich	teils / teils	eher hilfreich	sehr hilfreich	kann ich nicht beurteilen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(e) Gruppenpsychotherapien können in allen Behandlungsverfahren in Einheiten von 50 Minuten durchgeführt werden.

gar nicht hilfreich	eher nicht hilfreich	teils / teils	eher hilfreich	sehr hilfreich	kann ich nicht beurteilen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(f) Die Durchführung von Gruppenpsychotherapie ist nicht mehr an die eigenen Praxisräume gebunden, sondern kann auch außerhalb der Praxis durchgeführt werden. Es braucht lediglich eine Mitteilung an die KV, keine Genehmigung mehr.

gar nicht hilfreich	eher nicht hilfreich	teils / teils	eher hilfreich	sehr hilfreich	kann ich nicht beurteilen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Schaffen diese genannten Veränderungen der Psychotherapie-Richtlinie *Ihrer Vorstellung* nach neue Herausforderungen und Probleme?

keine

Folgende: _____

Fragen zu hinderlichen und förderlichen Faktoren bei der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie im Rahmen der COVID-19-Pandemie

Im Folgenden interessieren wir uns für die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie.

3. Wenn Sie sich in die Position von Gruppenpsychotherapeut:innen hineinversetzen, die während der Covid-19-Pandemie Gruppenpsychotherapien anbieten, welche hinderlichen bzw. förderlichen Faktoren mag es geben?

(a) Hinderliche Faktoren für die Gruppenpsychotherapie im Rahmen der COVID-19-Pandemie (Mehrfachnennungen möglich)

- keine
- krankheitsbezogene Befürchtungen von Patient:innen bei der Durchführung von Gruppenpsychotherapie
- eigene krankheitsbezogene Befürchtungen bei der Durchführung von Gruppenpsychotherapie
- Unsicherheit bezüglich angemessener Hygienemaßnahmen oder der Einhaltung dieser in den vorhandenen Räumlichkeiten
- eingeschränkt sichtbare Mimik und Akustik bei Präsenz-Therapie mit Maske
- Notwendigkeit der Teilung bereits bestehender Gruppen
- Unsicherheiten zum Einsatz von Online-Tools
- mangelnde Bereitschaft der Patient:innen zur Verwendung von Online-Tools
- technische Hindernisse bei Online-Therapie
- inhaltliche Hemmnisse bei Online-Therapie im Vergleich zur Präsenz-Therapie
- unsicherer Datenschutz bei Online-Therapie
- keine geschützten Räumlichkeiten für die Patient:innen bzw. Gruppe bei Online-Therapie
- veränderte Gruppendynamik bei Online-Therapie
- fehlende menschliche Präsenz bei Online-Therapie
- Instabilität des Gruppenrahmens durch zu viele Wechsel im Teilnahmeformat (Hybrid vs. Anwesenheit)

andere... _____

(b) Förderliche Faktoren im Rahmen der COVID-19-Pandemie (*Mehrfachnennungen möglich*)

- keine
- Krisensituation regt zum Umdenken und zur Kreativität an
- Pandemie fördert die Erfahrung mit Online-Psychotherapie
- einfachere Erreichbarkeit der Patient:innen durch Videositzungen
- erhöhte zeitliche Flexibilität für die Teilnehmenden
- erhöhte Wertschätzung von Gruppenzusammenkünften in Präsenz
- bessere Räumlichkeiten gefunden
- andere... _____

Fragen zu weiteren hinderlichen und förderlichen Faktoren bei der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie

Jenseits der konkreten Auswirkungen der oben genannten Psychotherapie-Richtlinien-Veränderung 2020 und der COVID-19-Pandemie interessieren wir uns im Folgenden für weitere organisatorische und inhaltliche Beweggründe, die Gruppenpsychotherapie-Zulassung (nicht) anzustreben.

4. Welche organisatorischen Aspekte bestätigen Sie darin keine Gruppenpsychotherapie-Zulassung anzustreben? (*Mehrfachnennungen möglich*)

- keine
- größerer Organisationsaufwand (z.B. mehr Vorgespräche)
- vermehrte schriftliche Tätigkeiten und Verwaltungsarbeit
- gruppeninadäquate Dokumentation
- Unklarheit über zukünftige Qualitätssicherungsmaßnahmen (nach Wegfall der Gutachterpflicht)

- mangelnde Verfügbarkeit angemessener Räumlichkeiten
- schwierigere zeitliche Koordination der Termine für die Gruppe
- Notwendigkeit von Terminen am Spätnachmittag/Abend
- zu geringes Stundenkontingent insgesamt für ambulante psychotherapeutische Gruppen
- Schwierigkeiten in der Durchführung von Kombinationstherapien von Einzel- und Gruppentherapie im gleichen Verfahren
- Schwierigkeiten, unterschiedliche Verfahren in Einzel- und Gruppenpsychotherapie zu kombinieren (z.B. tiefenpsychologische Gruppe, verhaltenstherapeutische Einzeltherapie)
- Beschränkung der Obergrenze der Teilnehmendenzahl für ambulante psychotherapeutische Gruppen (≤ 9 bzw. 14 Teilnehmende)
- Beschränkung der Obergrenze für Gruppen mit GOÄ-Patient:innen (Privatliquidation) auf maximal 8 Teilnehmende
- keine Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit 2 Teilnehmenden (gilt auch für begleitende Therapie der Bezugspersonen)
- Probleme mit dem Vakanzhonorar, wenn ein:e Patient:in nicht zur Gruppensitzung erscheint
- Staffelung des Honorars entsprechend der Teilnehmendenzahl
- zu geringe Vergütung ambulanter Gruppenpsychotherapie
- andere... _____

5. Welche inhaltlichen Aspekte bestätigen Sie darin keine Gruppenpsychotherapie-Zulassung anzustreben? (Mehrfachnennungen möglich)

- keine
- mangelnde kollegiale Vernetzung
- mangelnde Interventions- und Supervisionsmöglichkeiten
- mangelndes Wissen der Zuweisenden über Gruppenpsychotherapie
- mangelnde eigene Überzeugung von Wirksamkeit bzw. Mehrwert gruppenpsychotherapeutischer Verfahren
- mangelnde Motivation und Teilnahmebereitschaft der Patient:innen (z.B. lassen sich gar nicht erst auf Gruppenpsychotherapie ein, nehmen nur unregelmäßig teil oder brechen ab)

- „Einsamkeit“ und hohe Verantwortung bei alleiniger Leitung einer ambulanten Gruppe
 - eigene Unsicherheit in praktischer Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie
 - eigene Befürchtungen im Hinblick auf schwierige Gruppeninteraktionen
(z.B. Kontrollverlust in der Gruppe oder Kränkungen durch die Patient:innen)
 - verunsichernde Vorerfahrungen mit der Durchführung von Gruppenpsychotherapie
 - verunsichernde Vorerfahrungen als Teilnehmende:r von Gruppenpsychotherapie bzw. -selbsterfahrung
 - belastende Vorerfahrungen mit Gruppensituationen in der eigenen Lebensgeschichte
 - andere... _____
-

6. Welche organisatorischen Aspekte könnten dazu führen, dass Sie eine Gruppenpsychotherapie-Zulassung anstreben? (Mehrfachnennungen möglich)

- keine
- gruppenadäquate Dokumentation anstelle von Einzeldokumentation
- Einführung alternativer, hilfreicher Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Wegfall der Gutachterpflicht (z.B. Super-/ Intervention)
- höhere zeitliche Flexibilität (z.B. Durchführung am Morgen oder Nachmittag)
höheres Stundenkontingent für ambulante gruppenpsychotherapeutische Leistungen
- Fördermaßnahmen in Bezug auf Kombinationstherapie von Einzel- und Gruppentherapie im gleichen Verfahren
- Fördermaßnahmen in Bezug auf die Kombination unterschiedlicher Verfahren in Einzel- und Gruppenpsychotherapie (z.B. tiefenpsychologische Gruppe, verhaltenstherapeutisches Einzel)
- gelockerte Obergrenze für ambulante psychotherapeutische Gruppen (> 9 bzw. 14 Teilnehmende)
- gelockerte Obergrenze für Gruppen mit GOÄ-Patient:innen (Privatliquidation) auf mehr als 8 Teilnehmende
- Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit nur 2 Teilnehmenden
- höhere Vergütung ambulanter Gruppenpsychotherapie
- andere... _____

7. Welche inhaltlichen Aspekte könnten dazu führen, dass Sie eine Gruppenpsychotherapie-Zulassung anstreben? (Mehrfachnennungen möglich)

- keine
 - verbesserte kollegiale Vernetzung
 - verbesserte Intervisions- / Supervisionsmöglichkeiten
 - Angebote zur Wiederholung und Vertiefung theoretischer Kenntnisse und praktischer Kompetenzen (z.B. durch Auffrischkurse, Seminare zum (Wieder-)Einstieg)
 - Co-Therapie zur Einarbeitung über einen längeren Zeitraum
 - verstärkte Aufklärung von Kolleg:innen
 - vermehrte Öffentlichkeitsarbeit
 - verstärkte wissenschaftliche Forschung zu gruppenpsychotherapeutischen Interventionen
 - Vermittlung einer wertschätzenden Kultur gegenüber ambulanter Gruppenpsychotherapie
 - Vermittlung des Potenzials von Gruppenpsychotherapie innerhalb der Aus- bzw. Weiterbildung
 - stärkerer Rückhalt durch Institute / Fachgesellschaften / Berufsverbände
 - erhöhte externe Unterstützung bei der Patient:innenrekrutierung (z.B. durch Berufsverbände, KVen, Fachgesellschaften oder durch Netzwerke zwischen Kliniken und Niedergelassenen)
 - Möglichkeit der Teilnehmenden-Akquise bereits aus stationärer Behandlung heraus
 - andere... _____
-

8. Welche alternativen Qualitätssicherungsmaßnahmen für Gruppenpsychotherapie (nach Wegfall der Gutachterpflicht) würden Ihrer Vorstellung nach die praktische Tätigkeit als Gruppenpsychotherapeut:in erleichtern? (Mehrfachnennungen möglich)

- keine
- Vernetzung ambulanter Gruppenpsychotherapeut:innen in Inter- bzw. Supervisionsgruppen als Qualitätsmaßnahme
- gruppenspezifische Fortbildungen
- verfahrensspezifische Dokumentation abgestimmt auf die Gruppensituation

Anhang 5: Danksagungen

BARGRU-II-Studie

Wir danken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für die engagierte Unterstützung im Rahmen der Sekundärdatenanalyse herzlich – insbesondere Herrn Dr. Ekkehard von Pritzbuer für die engagierte Kooperation sowie Frau Natalia Frejnik, Frau Diana Kurch-Bek und allen weiteren beteiligten Mitarbeiter:innen der ISI-Abteilung der KBV für die fachliche Beratung.

Für die logistische Unterstützung bei der Erhebung der Primärdaten danken wir herzlich der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV Berlin) und dem Psychotherapeut:innennetzwerk Münster und Münsterland e.V. (PTN Münster), die die vollständig anonyme postalische Versendung unseres Fragebogens an niedergelassene Psychotherapeut:innen in Berlin, Münster und dem Münsterland ermöglicht haben.

Und wir danken allen ärztlichen, psychologischen sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut:innen sowie den Hausärzt:innen und dem Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität Münster, Herrn Dr. med. Ralf Jendyk, die mit ihrer Teilnahme an der Befragung und an den Fokusgruppen wichtige Einblicke in die hemmenden und die möglichen fördernden Faktoren ermöglicht haben, ambulante Gruppenpsychotherapie (noch nicht) anzubieten.